

Uniwersytet Jagielloński  
Collegium Medicum  
Wydział Nauk o Zdrowiu

**Tomasz Drożdż**

**Temperamentalne i poznawczo-afektywne  
uwarunkowania jakości życia u kobiet  
z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby**

*Praca doktorska*

Promotor: **prof. med. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski**

Zakład Psychologii Lekarskiej Collegium Medicum UJ

Promotor pomocniczy: **dr n. hum. Ewa Wojtyna**

Zakład Psychologii Zdrowia i Jakości Życia

Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach

Kraków, 2016

*Pragnę gorąco podziękować*

*Mojemu Promotorowi, Panu Profesorowi dr. hab. Józefowi Krzysztofowi Gierowskiemu za zaangażowanie w powstawanie tej pracy, opiekę nad całym projektem badawczym, wnikliwe komentarze oraz ogrom życzliwości.*

*Promotorowi Pomocniczemu, dr n. hum. Ewie Wojtynie, za nieocenioną pomoc, bezcenne rady i uwagi na wszystkich etapach powstawania niniejszej pracy, olbrzymie wsparcie oraz osobiste zaangażowanie.*

*Prof. nadzw. dr. hab. Jerzemu Jakubowiczowi, Dyrektorowi Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie za zgodę na przeprowadzenie badań i udaną współpracę w trakcie ich trwania.*

*Dr n. med. Dianie Hodorowicz-Zaniewskiej oraz mgr Alicji Widerze za ogromną pomoc i zaangażowanie w prowadzeniu badań.*

*Jestem wdzięczny Pacjentkom, za odwagę i otwartość.*

*Szczególne podziękowania kieruję do mojej Żony, Córeczek i Rodziców, za wszelkie wsparcie, którego z ich strony doświadczyłem, cierpliwość i wiarę w moje możliwości.*

# SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE .....	5
ABSTRACT .....	7
SPIS SKRÓTÓW .....	9
1. WPROWADZENIE .....	11
1.1. Pojęcie jakości życia .....	12
1.2. Wczesny etap choroby nowotworowej jako czynnik zakłócający dotychczasową jakość życia.....	15
1.3. Stres i jego konsekwencje dla zdrowia psychofizycznego .....	19
1.4. Radzenie sobie z chorobą nowotworową.....	22
1.5. Czynniki modyfikujące reakcję na stres diagnozy choroby nowotworowej .....	26
1.5.1. Temperament .....	26
1.5.2. Obraz własnej choroby .....	31
1.5.3. Akceptacja choroby .....	33
2. ZAŁOŻENIA I CEL PRACY .....	35
2.1. Założenia pracy .....	35
2.2. Model uwarunkowań jakości życia u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby.....	36
2.3. Cel pracy .....	37
2.4. Pytania badawcze .....	39
3. MATERIAŁ I METODY.....	49
3.1. Procedura badawcza i osoby badane .....	49
3.2. Narzędzia .....	50
3.2.1. Kwestionariusz osobowy .....	50
3.2.2. Kwestionariusz Oceny Jakości Życia – SF-36v2 .....	50
3.2.3. Termometr Dystresu i Lista Problemów .....	51
3.2.4. Kwestionariusz Adaptacji do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC.....	52
3.2.5. Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych – SUPIN (PANAS).....	53
3.2.6. Kwestionariusz Oceny Sytuacji – KOS .....	53
3.2.7. Skala Akceptacji Choroby – AIS.....	54
3.2.8. Kwestionariusz Percepcji Choroby – B-IPQ.....	54
3.2.9. Kwestionariusz Temperamentu Formalna Charakterystyka Zachowania – FCZ-KT .....	55
3.3. Metody analizy statystycznej.....	55

4. WYNIKI .....	57
4.1. Charakterystyka osób badanych .....	57
4.1.1. Charakterystyka socjodemograficzna osób badanych.....	57
4.1.2. Charakterystyka grupy pod względem danych związanych ze stanem zdrowia	58
4.1.3. Charakterystyka grupy pod względem cech temperamentalnych .....	61
4.2. Jakość życia i funkcjonowanie kobiet z rakiem piersi w fazie oczekiwania na rozpoczęcie leczenia .....	62
4.2.1. Jakość życia kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia.....	62
4.2.2. Funkcjonowanie kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia .....	65
4.3. Uwarunkowania funkcjonowania kobiet we wczesnym etapie choroby.....	72
4.3.1. Zależności pomiędzy temperamentem i czynnikami poznawczo-afektywnymi a jakością życia kobiet we wczesnym etapie choroby .....	72
4.3.2. Uwarunkowania akceptacji choroby u kobiet z rakiem piersi w fazie przed rozpoczęciem leczenia .....	77
4.3.3. Weryfikacja modelu uwarunkowań jakości życia kobiet we wczesnym etapie choroby nowotworowej .....	78
4.3.3.1. Predyktory jakości życia u kobiet przed rozpoczęciem leczenia raka piersi ...	78
4.3.3.2. Mediacyjna rola czynników poznawczo-afektywnych dla zależności pomiędzy temperamentem a jakością życia .....	80
4.3.4. Profil psychologiczny predysponujący do wyższej jakości życia we wczesnym etapie choroby.....	83
5. INTERPRETACJA WYNIKÓW .....	87
5.1. Dyskusja wyników dotyczących charakterystyki grupy osób badanych .....	87
5.2. Jakość życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi w świetle badań własnych.....	89
5.3. Czynniki poznawczo-afektywne we wczesnym etapie choroby nowotworowej .....	91
5.4. Uwarunkowania jakości życia w świetle badań własnych .....	94
5.5. Kliniczne implikacje płynące z badania.....	97
5.6. Ograniczenia badania i wskazania do dalszych poszukiwań.....	99
6. WNIOSKI .....	100
PIŚMIENNICTWO .....	102
SPIS TABEL.....	118
SPIS RYCIN.....	120
ANEKS .....	121
Książeczka testowa. ....	121

## STRESZCZENIE

**Wprowadzenie.** Nowotwór gruczołu piersiowego jest w krajach rozwiniętych jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet. Z zachorowaniem i leczeniem onkologicznym wiąże się szereg objawów i okoliczności bardzo uciążliwych dla codziennego funkcjonowania chorych. O ile dość dużo już wiadomo na temat psychospołecznych procesów, kształtujących adaptację do choroby i jakość życia pacjentów onkologicznych w późniejszych fazach choroby, to okres pierwszych tygodni po postawieniu diagnozy, wiążący się z radykalną zmianą dotychczasowego trybu życia, wymagający podjęcia intensywnego wysiłku adaptacyjnego i będący okresem szczególnego narażenia na doświadczanie dystresu, wciąż pozostaje okresem bardzo słabo poznanym. Jednocześnie wydaje się, że procesy psychiczne, zachodzące w tym właśnie czasie, będą miały znaczenie dla procesu adaptacji do choroby i dla dalszego funkcjonowania kobiety w dalszych etapach chorowania. Niniejsza praca podejmuje zatem próbę uchwycenia niektórych zjawisk psychologicznych, mających miejsce we wczesnym etapie choroby, jaką jest rak piersi.

**Cel badań.** Podstawowym celem badania była ocena jakości życia i jej uwarunkowań we wczesnym etapie choroby nowotworowej. Celami szczegółowymi było zbadanie zależności pomiędzy czynnikami temperamentalnymi, poznawczo-afektywnymi i jakością życia, identyfikacja istotnych predyktorów akceptacji i jakości życia, a także określenie profilu cech psychologicznych, predysponujących do wysokiej i niskiej jakości życia we wczesnej fazie choroby nowotworowej.

**Metoda.** Badanie nie miało charakteru eksperymentu, było badaniem przekrojowym i nie wiązało się z ingerencją w proces leczenia. Wzięło w nim udział 136 kobiet znajdujących się w okresie do dziewięćdziesiątego dnia po diagnozie raka piersi, i będących jeszcze przed rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia medycznego. Badanie polegało na jednorazowym wypełnieniu przez osobę badaną książki testowej, składającej się z przygotowanego zestawu kwestionariuszy psychologicznych. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz Osobowy, Kwestionariusz Oceny Jakości Życia – SF-36v2, Termometr Dystresu i Lista Problemów, Kwestionariusz Adaptacji do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC, Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych – SUPIN (PANAS), Kwestionariusz Oceny Sytuacji – KOS, Skala Akceptacji Choroby – AIS,

Kwestionariusz Percepcji Choroby – B-IPQ oraz Kwestionariusz Temperamentu Formalna Charakterystyka Zachowania – FCZ-KT.

**Wyniki.** Zaproponowany model uwarunkowań jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi wyjaśniał ponad 40% wariacji jakości życia, przy czym szczególnie przydatny okazał się być w tłumaczeniu wariacji psychicznego komponentu jakości życia. Wykazano także, że silniejszymi predyktorami dla akceptacji choroby i jakości życia są czynniki poznawcze niż afektywne. Jednym z ważniejszych predyktorów jakości życia, szczególnie związanej ze zdrowiem psychicznym, okazała się być składowa obrazu własnej choroby, jaką było przekonanie o negatywnym wpływie choroby na funkcjonowanie emocjonalne. W badaniu wykazano pośredni związek pomiędzy temperamentem i jakością życia. Otrzymane wyniki wskazują, że był on predyspozycją, która dopiero po włączeniu szeregu czynników poznawczych i afektywnych, prowadziła do zmian w jakości życia. Czynnikiem, który okazał się szczególnie istotny w przebiegu tych zależności była reaktywność emocjonalna. Uzyskany profil psychologiczny predysponujący do wysokiej jakości życia charakteryzuje się pod względem temperamentalnym umiarkowanie niską wrażliwością sensoryczną, przeciętną żwawością, umiarkowanie niską reaktywnością emocjonalną i umiarkowanie niską wytrzymałością. W profilu tym zaznaczony jest racjonalny obraz choroby ze zrównoważonym korzystaniem ze strategii radzenia sobie oraz przeważa afekt pozytywny nad negatywnym.

**Wnioski.** Kierunki zależności w modelu mediacyjnym okazały się być spójne z założeniami. Czynniki poznawcze okazały się być predyktorami czynników afektywnych, a w konsekwencji jakości życia. Wynik ten upoważnia do wysunięcia postulatu o celowości włączania interwencji psychoterapeutycznych, ukierunkowanych na zmianę oceny poznawczej choroby nowotworowej. Szczególnie przydatne mogą tutaj być oddziaływania poznawczo-behawioralne. Badanie wykazało bezpośredni wpływ afektu pozytywnego na jakość życia, jednak jego siła okazała się niewielka. Większe znaczenie ma zatem uprawomocnienie negatywnych emocji, a następnie ich modyfikacja poprzez kształtowanie racjonalnego obrazu własnej choroby i uelastycznienie strategii radzenia sobie z chorobą.

**Słowa kluczowe:** rak piersi, wczesny etap choroby, jakość życia, temperament, akceptacja choroby, obraz choroby, ocena poznawcza, dystres, stan afektywny

## ABSTRACT

**Introduction.** The breast cancer is one of the most frequent malignant neoplasms in women in developing countries. Numerous symptoms and circumstances are connected with the occurrence of the disease and oncological treatment that are burdensome for functioning of patients on a daily basis. Whereas a great deal is already known about psychological processes, shaping adaptation to a disease and the quality of life of oncological patients at later stages of the disease, the period of first weeks after a diagnosis has been made, connected with a radical change of a current lifestyle, requiring making an intensive adaptive effort and being the period of particular exposure to experience distress, still remains a very poorly recognized period. It seems at the same time that mental processes, taking place during this period, will be important for the adaptation process to the disease and for further functioning of a woman at later stages of being ill. Therefore, this thesis makes an attempt to compare some psychological phenomena, which take place at an early stage of the disease, which is the breast cancer.

**Objective of the study.** The main objective of the study was to assess the quality of life at the early stage of the neoplastic disease. The specific objectives were to investigate the dependance between the temperament, cognitive and affective factors, as well as the quality of life, to identify important predictors for accepting the quality of life, and also to define a profile of psychological features predisposing to high and low quality of life at the early stage of the neoplastic disease.

**Method.** This study was not an experiment by its nature, however, it was a cross-sectional study and was not related to interference in the treatment process. 136 women participated in it, who were in the period from the ninetieth day after the diagnosis of the breast cancer and still before starting any medical treatment. The study was based on filling in a test book once by an examined person, which composed of a set of prepared psychological questionnaires. The following research tools were applied: Personal Questionnaire, Quality of Life Questionnaire – SF-36v2, Distress Thermometer and Patient Problem List, the Mini-Mental Adjustment to Cancer Questionnaire – Mini-MAC, Positive Affect Negative Affect Scale - PANAS, Situational Stress Appraisal Questionnaire – KOS, Acceptance of Illness Scale – AIS, Brief Illness Perceptions Questionnaire – B-IPQ and Formal Characteristics of Behaviour – Temperament Questionnaire – FCZ-KT .

**Results.** The proposed model of the quality of life conditions at an early stage of a neoplastic disease in women with a breast cancer explained over 40% of the quality of life variances, however, it turned out to be particularly useful in explaining variances of a mental component of the quality of life. It was also indicated that the cognitive factors rather than affective ones are stronger predictors to accept the disease and the quality of life. One of the more important predictors of the quality of life, particularly related to mental health, turned out to be a part of the image of own disease, which was a conviction about negative impact of the disease on emotional functioning. The indirect relationship between temper and quality of life has been indicated in the study. The obtained results indicated that it was a predisposition, which led to changes of the quality of life only after including numerous cognitive and affective factors. The emotional reactivity was the factor, which turned out to be particularly important in the course of these dependencies. The obtained psychological profile predisposing to the high quality of life is characterized as regards the temperament by relatively low sensory sensitiveness, average alertness, moderately low emotional reactivity, and relatively low resistance. The rational image of a disease is indicated in this profile with balanced use of the strategy of managing and the positive affect dominates over the negative one.

**Conclusions.** The trends of dependencies in the mediation model turned out to be coherent with the assumptions. The cognitive factors turned out to be the predictors of the affective factors and in consequence the quality of life. This outcome authorizes to make a postulate on purposefulness of psychotherapeutic interventions, directed at changing the cognitive appraisal of a neoplastic disease. Cognitive and behavioural interactions can be particularly useful here. The study revealed the direct influence of the positive affect to the quality of life, however, its impact turned out to be small. Therefore, authorization of negative emotions has greater significance and then their modification by shaping a rational image of own disease and simplifying the strategy of managing the disease.

**Key words:** breast cancer, early stage of a disease, quality of life, temperament, acceptance of a disease, image of a disease, cognitive appraisal, distress, affective condition



## **SPIS SKRÓTÓW**

**Af\_NEG** – Afekt negatywny

**Af\_POZ** – Afekt pozytywny

**Af\_POZ/NEG** – Bilans afektywny

**AIS** (*ang. Acceptance of Illness Scale*) – Skala Akceptacji Choroby

**AKCEPT** – Akceptacja choroby (wynik liczbowy uzyskany w kwestionariusz AIS)

**B-IPQ** (*ang. Brief Illness Perceptions Questionnaire*) – Kwestionariusz Percepcji Choroby

**Cop\_BEZR** – Bezradność-beznadziejność

**Cop\_DEST** – Destrukcyjne radzenie sobie

**Cop\_DUCH** – Duch walki

**Cop\_KONST** – Konstrukttywne radzenie sobie

**Cop\_LEK** – Lękowe zaabsorbowanie

**Cop\_POZ** – Pozytywne przewartościowanie

**CZAS\_1** – Czas od diagnozy 1-30 dni

**CZAS\_2** – Czas od diagnozy 31-60 dni

**CZAS\_3** – Czas od diagnozy 61-90 dni

**DYSTRES** – Wynik liczbowy uzyskany w Termometrze Dystresu

**FCZ-KT** – Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu

**HPA** (*ang. Hypothalamus-Pituitary-Adrenals*) - oś podwzgórze-przysadka-nadnercza

**KOS** – Kwestionariusz Oceny Sytuacji

**Mini-MAC** (*ang. The Mini-Mental Adjustment to Cancer*) – Kwestionariusz Adaptacji do Choroby Nowotworowej

**OP\_KRZY** – Krzywda/strata

**OP\_NEGAT** – Ocena negatywna

**OP\_POZYT** – Ocena pozytywna

**OP\_WYZW-A** – Wyzwanie-aktywność

**OP\_WYZW-P** – Wyzwanie-pasywność

**OP\_ZAGR** – Zagrożenie

**Owch\_EMO** – Wpływ na emocje

**Owch\_KONT** – Kontrola osobista

**Owch\_LECZ** – Skuteczność leczenia

**Owch\_MART** – Martwienie się chorobą

**Owch\_OBJ** – Istota choroby

**Owch\_PRZEB** – Przebieg choroby

**Owch\_WPŁ** – Wpływ choroby na życie

**Pr\_DUCH** – Problemy religijne/duchowe

**Pr\_EMOC** – Problemy emocjonalne

**Pr\_FIZ** – Problemy fizyczne

**Pr\_PRAKT** – Problemy praktyczne

**Pr\_RODZ** – Problemy rodzinne

**PTSD** – (*ang. Post Traumatic Stress Disorder*) – Zaburzenie Stresu Pourazowego

**Q\_BP** – Dolegliwości bólowe

**Q\_GH** – Ogólne poczucie zdrowia

**Q\_HR-QoL** – Ogólna jakość życia związana ze zdrowiem

**Q\_MCS** – Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym

**Q\_MH** – Poczucie zdrowia psychicznego

**Q\_PCS** – Jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym

**Q\_PF** – Funkcjonowanie fizyczne

**Q\_RE** – Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych

**Q\_RP** – Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem

**Q\_SF** – Funkcjonowanie społeczne

**Q\_VT** – Witalność

**SF-36v2** (*ang. The Short Form - 36 Health Survey Questionnaire*) – Kwestionariusz Oceny Jakości Życia

**SUPIN** – Skala Uczuć Pozytywnych I Negatywnych

**T\_AK** – Aktywność

**T\_PE** – Perseweratywność

**T\_RE** – Reaktywność emocjonalna

**T\_WS** – Wrażliwość sensoryczna

**T\_WT** – Wytrzymałość

**T\_ŻW** – Żwawość

## 1. WPROWADZENIE

Nowotwór gruczołu piersiowego jest w krajach rozwiniętych jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych wśród kobiet. Choroba ta dotyka najczęściej kobiety około 60. roku życia, a szanse na jego wyleczenie są największe w przypadku rozpoznania choroby we wczesnym stadium rozwoju. Co roku na raka piersi zaczyna chorować aż 17 tysięcy Polek, a ponad 5 tysięcy z nich umiera. Już teraz rak piersi to druga, po raku płuca, przyczyna zgonów Polek z powodu chorób nowotworowych. Szacuje się, że w 2020 roku, zachorowalność ta wzrośnie do poziomu ponad 20 tysięcy (Chojnacka-Szawłowska, 2012; Krajowy Rejestr Nowotworów, 2016).

Wprawdzie dostępne leczenie raka piersi, takie jak leczenie chirurgiczne, chemio- i radioterapia, hormonoterapia, czy leczenie skojarzone, pozwala na znaczną poprawę rokowania i wydłużenie czasu życia chorych, to wciąż jednak – w rozumieniu samych chorych – nowotwór uważany jest za nieuchronnie prowadzący do śmierci (Mazurkiewicz, 2010). Samo leczenie onkologiczne wiąże się z możliwością wystąpienia objawów niepożądanych, uciążliwych dla codziennego funkcjonowania chorych. Często wokół tych skutków ubocznych krąży wiele mitów, które przysłaniają pożądane efekty leczenia. Stąd też psychospołeczny aspekt choroby nowotworowej, pomimo znacznych postępów w dziedzinie onkologii, nadal pozostaje palącym problemem dla specjalistów zajmujących się leczeniem i opieką nad chorymi na nowotwory.

Kontrast pomiędzy danymi o wzrastającej liczbie kobiet skutecznie leczonych i danymi o wciąż wysokiej liczbie zaburzeń psychicznych, będących następstwem sytuacji choroby onkologicznej, prowadzi do konieczności odejścia od jednowymiarowego, biomedycznego spostrzegania i rozumienia człowieka jako osoby, na rzecz paradygmatu biopsychospołecznego, pozwalającego podchodzić do człowieka jako fizycznej, psychicznej i społecznej całości. Podejście to cieszy się coraz większym uznaniem na gruncie medycyny i psychologii oraz może być adekwatne na różnych etapach leczenia pacjenta, począwszy od diagnozy, aż do osiągnięcia przez niego terminalnego stadium choroby. Zwiększa ono także szanse, na zidentyfikowanie czynników psychologicznych, mających wpływ na przebieg choroby i na znalezienie bardziej skutecznych sposobów radzenia sobie

z problemami związanymi z sytuacją leczenia onkologicznego.

Już dawno zwrócono uwagę, że wydłużenie okresu przeżycia w chorobie terminalnej, nie zawsze jest związane z odczuwaniem szczęścia. Są chorzy, którzy, gdyby mogli uniknąć cierpienia, świadomie wybraliby szybszą śmierć wieńczącą godne i satysfakcjonujące życie (Dorfmueller i Dietzfelbinger, 2011). Mimo tego, w dalszym ciągu koniecznym wydaje się zrozumienie, jakie czynniki mają kluczowy wpływ na lepsze funkcjonowanie osób chorych w sytuacji choroby nowotworowej.

Przejawem powyższych zmian jest rozwój szeregu nowych dyscyplin, takich jak psychosomatyka czy psychoonkologia. Ta ostatnia to dziedzina medycyny od kilkunastu lat coraz bardziej licząca się w światowej onkologii. Oddziaływania psychoonkologiczne wobec pacjentów chorych na nowotwory są jednak nadal w fazie początkowej i wciąż brakuje opracowanych standardów tego rodzaju pomocy oraz szkoleń z tym związanych. Niniejsza praca wpisuje się w wyzwania psychoonkologii i podejmuje problematykę uwarunkowań jakości życia w okresie bezpośrednio następującym po postawieniu diagnozy choroby nowotworowej, jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. O ile dość dużo już wiadomo na temat psychospołecznych procesów kształtujących adaptację do choroby i jakość życia pacjentów onkologicznych w późniejszych fazach chorowania, to okres pierwszych tygodni po postawieniu diagnozy wciąż pozostaje okresem bardzo słabo poznany.

### **1.1. Pojęcie jakości życia**

Zgodnie z przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia definicją jakość życia jest to dokonana przez danego człowieka subiektywna ocena jego sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której ten człowiek żyje, jego systemu wartości, celów, oczekiwań i zainteresowań (WHOQOL Group, 1995). Definicja ta dobrze oddaje niejednoznaczność i wielowymiarowość konstruktów, jakim jest jakość życia (Gołębiowska, 2005; Talała, 2009). Te same sytuacje mogą bowiem w zupełnie inny sposób być odbierane przez ludzi posiadających inne zasoby i inne dziedzictwo społeczno-kulturowe. Zależności między subiektywnymi doświadczeniami jednostki a obiektywnymi warunkami życia nie są więc ani jednoznaczne, ani zgodne z intuicją, ani stabilne w czasie. Oznacza to, że żaden

z obiektywnych czynników nie wyjaśnia subiektywnej jakości życia, ponadto te same obiektywne wydarzenia życiowe mogą zarówno zmniejszać, jak i zwiększać jakość życia.

W ocenie jakości życia szczególnie istotną rolę odgrywa proces wartościowania poszczególnych jego sfer oraz życia jako całości, czyli odniesienie do stanów uznawanych za idealne lub pożądane, porównywanie się z innymi i oczekiwania dotyczących środowiska fizycznego i społecznego. Wyznawane przez jednostkę wartości, stanowią zatem specyficzny filtr, przez który dokonuje ona oceny własnego położenia, oraz umożliwiają określenie stopnia zgodności zrealizowanych celów z oczekiwaniami i wyobrażeniami (Janowski, 2006; Mróz, 2011). Poczucie jakości życia może być więc pochodną refleksji nad życiem, a miernikiem tej jakości może być satysfakcja emocjonalna (Oleś, 2002; Sęk, 1993).

Na jakość życia składa się wiele elementów. DeNeve i Cooper (1998) na podstawie metaanalizy wyłonili cztery składowe jakości życia: zadowolenie z życia – czyli poznawczą ocenę własnego dobrostanu, szczęście – czyli afektywne spostrzeganie dobrostanu oraz pozytywne i negatywne uczucia. W klasycznych badaniach jakości życia społeczeństwa podkreśla się takie dziedziny jak materialne warunki życia, główny rodzaj aktywności i praca, zdrowie, edukacja, czas wolny i relacje społeczne, bezpieczeństwo ekonomiczne i fizyczne, państwo i podstawowe prawa oraz aktywność obywatelska, jakość środowiska w miejscu zamieszkania oraz subiektywny dobrobyt (Główny Urząd Statystyczny, 2015).

Pomimo wielu niespójności związanych z konceptualizacją pojęcia jakości życia, istnieje kilka założeń, co do których wielu badaczy jest w miarę zgodnych. Po pierwsze, na jakość życia składa się kilka obszarów: fizyczny (stan somatyczny, sprawność funkcjonalna, symptomy fizyczne), psychologiczny (poznawcze i emocjonalne funkcjonowanie) i społeczny (integracja społeczna, relacje z innymi ludźmi, wsparcie, pełnienie ról społecznych). Ostatnio coraz częściej akcentuje się również znaczenie duchowości, jako jednego z istotnych wymiarów jakości życia. Po drugie, jakość życia ma charakter zarówno subiektywny, jak i obiektywny, nie sposób więc analizować jakości życia w oderwaniu od jednego z tych aspektów. Po trzecie, decydującą rolę w ocenie jakości życia odgrywa indywidualna ocena człowieka; i po czwarte, jakość życia nie jest czynnikiem statycznym, ponieważ zmienia się z upływem czasu i jest podatna na oddziaływanie różnych czynników

zewewnętrznych i wewnętrznych (Dziurawicz-Kozłowska, 2002; Kiebert, 1997).

Podjęcie biomedyczne do rozumienia zdrowia i jakości życia eksponowało rolę specjalisty – lekarza, jako jedynej osoby posiadającej kompetencje do orzekania na temat pożądanых zasobów i zjawisk (por. Wojtyna i Stawiarska, 2013). O ile model ten może sprawdzać się w sytuacji ostrego zagrożenia życia i ostrych, bardzo silnych dolegliwości, wymagających wysokospecjalistycznych interwencji, to już w przypadku chorób przewlekłych oraz dolegliwości mniej nasilonych i rozciągniętych w czasie przydatność podejścia biomedycznego znacznie się zmniejsza. Obiektywnie dokonywana przez lekarza ocena stanu pacjenta nie jest zatem adekwatnym wskaźnikiem jego jakości życia w sytuacji choroby. Dopiero podejście biopsychospołeczne, uwzględniające subiektywne doświadczenia człowieka, pozwoliło na lepsze zrozumienie funkcjonowania człowieka chorego (por. Wojtyna i Stawiarska, 2013). W tym właśnie nurcie wyłoniła się tendencja do wyodrębnienia specyficznego typu jakości życia, tzw. jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL – ang. *Health-Related Quality of Life*), rozumianej jako wielopoziomowa koncepcja, reprezentująca rezultat wspólnego działania wszystkich fizjologicznych, psychologicznych i społecznych czynników istotnych dla stanu zdrowia (Schipper, 1990; Farquhar, 1995; Jaracz, 2001). Jest ona związana ze spostrzeganym przez pacjenta wpływem choroby i stosowanego leczenia na funkcjonowanie oraz ogólne poczucie satysfakcji życiowej (por. Majkovicz, 2000).

Tak rozumiana jakość życia, to sposób w jaki osoba wartościuje różnorodne aspekty swojego funkcjonowania, w tym poziom swojego zdrowia fizycznego i emocjonalnego, swoje relacje społeczne a także poziom życiowej samodzielności i niezależności od otoczenia (Skrzypek, 2000). Definicję tę może uzupełniać koncepcja efektów promieniujących, opisująca dodatkowo jakość życia w świetle funkcji biologicznych człowieka (Ware, 1984). Według tego podejścia jakość życia związaną ze stanem zdrowia, należy rozpatrywać analizując trzy główne obszary: fizyczny, mentalny (psychiczny) i społeczny. Choroba somatyczna zaburza dotychczasowe funkcjonowanie tych obszarów i wpływa tym samym na poziom równowagi psychologicznej, a w konsekwencji również społecznej i zawodowej jednostki (Ware, 2003). Badania wskazują na występowanie u osób chorych niższego poczucia jakości życia w stosunku do zdrowych oraz potwierdzają istnienie związku między poziomem jakości życia a poziomem doświadczania jego sensu

(Okła, Steuden i Puzon 2007).

Jakość życia związana ze zdrowiem jest konstruktem podlegającym dynamicznym zmianom w czasie trwania choroby (Costa-Requena i in., 2012), a diagnoza funkcjonowania biopsychospołecznego człowieka w zakresie poszczególnych wymiarów jakości życia, pozwala na wybór najbardziej adekwatnych sposobów oddziaływania (Wojtyna, Życińska i Stawiarska, 2007; Wojtyna i Nawara, 2013). Istnieje wiele danych empirycznych, które potwierdzają możliwość pozytywnego wpływu oddziaływań psychoterapeutycznych na poprawę jakości życia (Bottomley, 1997; Wojtyna, Życińska i Stawiarska, 2007, Wojtyna i Nawara, 2013). Wśród nich duże znaczenie mają interwencje ukierunkowane na procesy emocjonalne, takie jak treningi relaksacyjne (Chen i in., 2015) czy uważnościowe (Zhang i in., 2015), na procesy poznawcze, takie jak np. terapia poznawczo-behawioralna (Wojtyna, Życińska i Stawiarska, 2007; Wojtyna, 2012; Wojtyna i Nawara, 2013), wreszcie na procesy behawioralne, takie jak skoncentrowanie na rozwiązywaniu problemów czy terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu (Hayes i in., 2006; Mohabbat-Bahar i in., 2015). Również takie czynniki jak dobra relacja lekarz-pacjent, edukacja, czy udział w grupie wsparcia mogą korzystnie wpływać na kształtowanie się jakości życia w sytuacji choroby (Rehse i Pukrop, 2002; Zabalegui i in., 2005; Helgeson, Lepore i Eton, 2006). Warto jednak zauważyć, że żadna z wyżej wymienionych interwencji nie przynosi pożądanych efektów u wszystkich chorych, jedynie u części uczestników tych badań (Wojtyna i Nawara, 2013). Badania na temat skuteczności psychologicznych oddziaływań u chorych onkologicznie najczęściej dotyczą dalszych etapów choroby – fazy leczenia, remisji i wyleczenia lub fazy terminalnej. Wciąż zatem brakuje informacji, jakie cechy są istotnymi predyktorami efektywności stosowanych oddziaływań terapeutycznych, a tym samym wciąż brakuje danych na temat, kto i kiedy najbardziej mógłby skorzystać na udziale w tych oddziaływaniach. W kontekście podjętych badań własnych najbardziej interesujący jest pierwszy etap choroby.

## ***1.2. Wczesny etap choroby nowotworowej jako czynnik zakłócający dotychczasową jakość życia***

Adaptacja człowieka do choroby nowotworowej przebiega fazowo. Przez wczesny etap choroby nowotworowej, niezależnie od jej biologicznego zaawansowania, rozumie

się okres czasu, jaki rozciąga się pomiędzy rozpoznaniem choroby a podjęciem jej leczenia. Faza ta może rozpocząć się także wcześniej, w momencie odkrycia przez pacjenta pierwszych niepokojących go symptomów somatycznych, interpretowanych przez niego jako objaw nowotworu. W tym wypadku nie ma jednak jeszcze pewności, że jest to problem onkologiczny. Dla potrzeb niniejszego badania jako początek wczesnego etapu choroby przyjęto moment poinformowania pacjentki o rozpoznaniu u niej raka piersi.

Wczesny etap choroby nowotworowej bardzo często wiąże się z dość dobrym stanem ogólnym chorej. Rak piersi często jest rozpoznawany przypadkowo, podczas badań profilaktycznych, zanim pojawią się pierwsze znaczące sygnały kliniczne choroby. W tym etapie większe znaczenie dla jakości życia powinny mieć zatem procesy psychiczne, niż somatyczne, gdyż podstawową zmianą, z jaką konfrontuje się chora, nie są jeszcze somatyczne objawy postępu choroby lub niepożądane skutki podjętego leczenia, ale jest to zmiana polegająca na przejściu z roli osoby zdrowej do roli pacjentki.

Moment rozpoznania choroby nowotworowej jest sytuacją, wpisującą się w definicję krytycznego wydarzenia życiowego, czyli wydarzenia zmiany życiowej dotyczącej cenionych przez człowieka wartości (por. Antonovsky, 1997). Zmiana ta wymaga od jednostki podjęcia wysiłku adaptacyjnego i przeformułowania jej dotychczasowego funkcjonowania na poziomie fizycznym, psychicznym, społecznym, a także noetycznym. Można się zatem spodziewać, że w okresie następującym po otrzymaniu przez kobietę diagnozy raka piersi pojawią się zmiany w percepcji dotychczasowej jakości życia oraz procesy, które będą miały na celu poradzenie sobie z tą sytuacją (Heszen i Sęk, 2012). Już Kübler-Ross (1979) wskazywała na specyficzne procesy związane z adaptacją do choroby nowotworowej. Wśród nich, zwłaszcza na początku choroby, pojawiało się zaprzeczanie chorobie – sprzyjające pogorszeniu się stosowania do zaleceń lekarskich, gniew – mający znaczenie dla funkcjonowania chorych w relacjach interpersonalnych, czy targowanie się – będące irracjonalną formą odzyskiwania poczucia kontroli nad sytuacją.

Szczególnie burzliwą fazą choroby jest właśnie pierwszy etap po otrzymaniu przez chorego diagnozy. Jest to sytuacja nowa, w radzeniu z którą chorzy nie mają jeszcze doświadczenia. Powszechne jest poczucie zaskoczenia (często przejawiające się



w zadawanym przez chorych pytaniu: „*Dlaczego ja?*”), co jest spójne z powszechnie znanym zjawiskiem niedoceniań ryzyka własnej choroby przy dość dobrej wiedzy na temat powszechności występowania danych schorzeń w populacji ogólnej (Renner i in., 2008).

Kobiety, dowiadujące się o raku piersi, nie są zatem przygotowane na zmiany, jakie wiążą się z wejściem w rolę osoby chorej. Nie mają jeszcze własnych doświadczeń, więc w pierwszym etapie chorowania dominują przekonania na temat raka i radzenia sobie z nim zaczerpnięte z innych źródeł – od innych chorych, rodziny, z mediów, ze źródeł medycznych itd. (Warren i in., 2012). Źródła te mogą zawierać informacje nieprawdziwe lub zniekształcone. Mimo dostępu do rzetelnych informacji medycznych na temat możliwości wyleczenia choroby nowotworowej, sam fakt zachorowania jest przez wielu pacjentów, do dzisiaj traktowany jako „wyrok śmierci”. To stereotypowe myślenie jest często niezależne od rodzaju nowotworu czy przedstawianych przez lekarza rokowań i z pewnością nie pomaga w konfrontacji pacjentów z długotrwałym, często bolesnym leczeniem, lękiem przed okaleczeniem, stagnacją zawodową czy ograniczeniem kontaktu z osobami bliskimi (Sheridan i Redmacher, 1998). Ponadto, doświadczenia innych osób, znajdujących się w podobnej sytuacji, mają większą siłę oddziaływania na pacjentów, niż źródła naukowe czy medyczne (Warren i in., 2012). Stąd wynika duża popularność blogów i forów internetowych, poświęconym zmaganiu się z problemami onkologicznymi, jako ważnych zasobów informacyjnych i wsparciowych.

O ile uwaga personelu medycznego w tym pierwszym okresie czasu po rozpoznaniu nowotworu jest zwrócona przede wszystkim na parametry zdrowia somatycznego, to uwaga samych pacjentek może częściej koncentrować się na obszarach związanych z ogólnym funkcjonowaniem w życiu lub na konsekwencjach planowanego leczenia i samej choroby dla realizacji ważnych dla kobiet ról życiowych. Leventhal i wsp. (2003) w sformułowanej przez siebie teorii reprezentacji choroby wskazali pięć obszarów choroby, którym osoba chora nadaje znaczenie: zidentyfikowanie co oznacza choroba dla pacjenta, ustalenie przyczyn zachorowania, uzyskanie wiedzy na temat przewidywanego procesu leczenia, a także czasu jego trwania, przekonanie o możliwości kontrolowania choroby i o skuteczności leczenia oraz antycypowanie konsekwencji choroby dla własnego funkcjonowania biopsychospołecznego.

Rak piersi dotyczy organu, który jest przyjętym w kulturze zachodnioeuropejskiej wyznacznikiem kobiecości, atrakcyjności, piękna oraz macierzyństwa. Mastektomia może mieć wpływ na obniżenie poczucia własnej wartości, obniżenie samooceny, utrzymującego się przygnębienia, ograniczenia lub porzucenia dotychczasowych zainteresowań oraz zmniejszenia aktywności (Wojtyna i in., 2007). Często towarzyszą tej chorobie stany depresyjne, a także przeżywany silny lęk i niepewność (Okła i in. 2007). Obniżony nastrój może mieć z kolei wpływ na zmniejszenie motywacji kobiet do poddania się chemio- czy radioterapii (Janowski 2006; Pasek, Suchocka i Urbański, 2013). Jako, że istnieje często konieczność łącznego stosowania wymienionych metod leczenia, lekarze zaczynają podkreślać potrzebę edukacji pacjentów w tym zakresie, gdyż pomijanie tych problemów u chorych może przyczynić się do braku pożądanych efektów, czy wręcz będzie prowadziło do pogorszenia stanu zdrowia pacjentek (Dunn i in. 2011).

Czynnikami sprzyjającymi stanom depresyjnym i lękowym są młody wiek, brak wsparcia ze strony rodziny oraz niski status ekonomiczny (Salonen i in., 2011). Nie bez znaczenia są także reakcje związane z takimi antycypowanymi skutkami choroby i jej leczenia jak: ryzyko przedwczesnego zgonu, amputacje, blizny, zniekształcenia ciała, masywne wypadanie włosów, ogólne osłabienie organizmu oraz często bolesne i nieznanne dotąd sposoby leczenia nowotworu (Grischke, 2011). Znaczenie może mieć także ocena własnego udziału w rozwoju choroby (np. poprzez zaniedbywanie badań profilaktycznych, czy zachowania antyzdrowotne), co niejednokrotnie prowadzi do wyrzutów sumienia, poczucia winy i stanów depresyjnych (Gallenberger, 2011).

Wiele kobiet, zgodnie z teorią adaptacji poznawczej Taylor (1984) próbuje odzyskać kontrolę nad swoją sytuacją zdrowotną poprzez zmiany własnego trybu życia, takie jak zmiana sposobu odżywiania, podejmowanie nowych aktywności czy porzucenie nałogów.

Niezwykle ważną rolę w podnoszeniu jakości życia kobiet dotkniętych nowotworem piersi odgrywa rodzina (Wojtyna i Stawiarska, 2010). Nie bez znaczenia są także inne osoby wspierające, przyjaciele czy przynależność do określonej grupy wsparcia. Korzystne oddziaływanie tych czynników sprawia, że kobiety częściej oceniają swoje życie jako wartościowe, częściej także zauważają celowość i sensowność własnej egzystencji (Wybraniec-Lewicka i in., 2008). Przypisują także istotne znaczenie religijności

i duchowości, wyzwalających nadzieję na przezwycięzenie choroby. Na zwiększenie poczucia jakości życia wpływa również pozytywna samoocena, co sprawia, że kobiety podejmują walkę z chorobą oraz wykazują gotowość niesienia pomocy innym (Okła, Steuden i Puzon, 2007).

### **1.3. Stres i jego konsekwencje dla zdrowia psychofizycznego**

Choroba nowotworowa niewątpliwie wiąże się z uruchomieniem reakcji stresu. We wczesnym etapie choroby, jeszcze przed podjęciem interwencji medycznych źródłem stresu są jednak przede wszystkim czynniki psychiczne. Później, już po wprowadzeniu leczenia, dochodzi jeszcze ryzyko stresu fizycznego, związanego z jatrogennym uszkodzeniem tkanek podczas stosowanych procedur terapeutycznych. Stres związany z negatywnym przeciążeniem określany jest dystresem (Selye, 1975). Dystres w chorobie nowotworowej może być zdefiniowany jako „wieloczynnikowe, nieprzyjemne przeżycie emocjonalne o podłożu psychologicznym, społecznym i/lub duchowym, zlokalizowane w dowolnym miejscu na skali – od całkowicie prawidłowego uczucia bezbronności, smutku i strachu, do paraliżujących problemów typu depresji, paniki, izolacji towarzyskiej i kryzysu duchowego” (Holland, 2004, s. 453).

Jedną z najczęściej przywoływanych psychologicznych koncepcji stresu jest transakcyjna teoria stresu Lazarusa i Folkman (1984). Zgodnie z tą koncepcją stres to „określona relacja między osobą a otoczeniem, która jest oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (Lazarus i Folkman, 1984, s. 19). To, jak dana sytuacja będzie spostrzegana i interpretowana zależy od oceny poznawczej stresora – tutaj choroby nowotworowej. Jest ona rozumiana jako „proces kategoryzowania wydarzenia i różnych jego aspektów w odniesieniu do znaczenia, jakie ma ono dla dobrostanu jednostki” (Lazarus i Folkman, 1984, s. 31). Ocena ta jest ciągłym procesem i obejmuje ocenę pierwotną – na którą składa się uznanie sytuacji za stresową i określenie jej w kategoriach krzywdy/straty (co dotyczy już poniesionych szkód), zagrożenia (co dotyczy możliwych antycypowanych szkód) lub wyzwania (co dotyczy zarówno ryzyka szkód, ale także możliwości uzyskania korzyści) – oraz ocenę wtórną, która dotyczy możliwości jednostki do podjęcia działań, mających na celu

rozwiązanie tej sytuacji. W przypadku oceny sytuacji choroby nowotworowej jako krzywdy lub straty pojawiają się z reguły takie emocje jak złość, przygnębienie lub żal. Ocena poznawcza choroby jako zagrożenia wywołuje lęk lub strach, zaś w przypadku oceny sytuacji jako wyzwania mogą pojawić się zarówno stany emocjonalne adekwatne dla sytuacji zagrożenia, jak również podniecenie czy nadzieja. Z kolei podczas oceny wtórnej osoba identyfikuje posiadane zasoby, i ukierunkowuje swoją aktywność na rozwiązanie sytuacji stresowej.

Mimo, że oceny te są ze sobą związane – działając jednocześnie w oparciu o sprzężenie zwrotne – to właśnie pierwotna ocena sytuacji, i sklasyfikowanie jej jako stresującej, ma wpływ na uruchomienie oceny wtórnej (Heszen-Niejodek i Ratajczak, 1996). Przeżywany przez jednostkę stres psychologiczny jest konsekwencją oceny własnych zasobów jako niewystarczających dla poradzenia sobie z spostrzeganymi wymaganiami sytuacji. Ocena poznawcza spełnia zatem kluczową rolę zarówno w przeżywaniu przez jednostkę stresu, intensywności jego doświadczania, jak również w pojawiającej się reakcji emocjonalnej. Kiedy podczas procesu oceny wtórnej osoba podejmuje działania w sposób efektywny, może to doprowadzić do zmiany spostrzeganej przez nią sytuacji (Terelak, 2008). Dla chorego oceny pierwotna i wtórna są predyktorami jego samopoczucia i wyznaczają możliwości dostosowania się do reżimu terapeutycznego. Ze względu na to, że ocena wtórna pozwala ocenić własne możliwości działania w konfrontacji ze stresorem, staje się ona punktem wyjścia dla procesu radzenia sobie, a sposób myślenia o chorobie i możliwościach radzenia sobie z nią wpływa na funkcjonowanie emocjonalne pacjentów. Samo radzenie sobie ze stresem jest z kolei definiowane jako „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Lazarus i Folkman, 1984, s. 141).

Rewidując transakcyjną teorię stresu, Folkman (2001) zwróciła uwagę na rolę emocji w reagowaniu w sytuacji stresowej, podkreślając szczególnie trzy strategie radzenia sobie ze stresem tj. pozytywne przewartościowanie, koncentrację na problemie oraz kreowanie pozytywnych wydarzeń, mających znaczenie dla życia i rozwoju siebie i innych. Strategie te mają szczególne znaczenie dla sfery noetycznej i odnoszą się do istotnych

wartości dla człowieka, jego celów i sensu życia. Mogą więc być to strategie szczególnie ważne w sytuacjach, w których możliwości osobistego wpływu człowieka na ich zmianę są niewielkie lub żadne.

Lazarus (1980) wyróżnił trzy poziomy stresu. Stres społeczny obejmuje relację jednostki z otoczeniem, stres psychologiczny ma związek z jej osobniczą reakcją emocjonalną, oceną sytuacji, a także planowanym przez nią zachowaniem, natomiast stres fizjologiczny związany jest z zachodzącymi w organizmie zmianami. Zakładał on, że powyższe poziomy stresu są od siebie niezależne, gdyż stres biologiczny wywołany chorobą może mieć wpływ na nasilenie reakcji psychologicznej, lecz nie mieć żadnego wpływu na przeżywany stres społeczny. Siwak-Kobayashi (1997) wyróżniła również poziom neurofizjologiczny i immunologiczny. Odnosząc się do tych poziomów, efektywność radzenia sobie ze stresem można oceniać w każdym z tych obszarów osobno. Na poziomie somatycznym skuteczne radzenie sobie polega na wyciszeniu reakcji hormonalnej osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (oś HPA; ang. *Hypothalamus-Pituitary-Adrenals*) i zredukowaniu ryzyka somatycznych powikłań związanych z przewlekłym stresem. Szczególnie istotną rolę w aktywacji osi HPA odgrywa podwzgórze. Poprzez hormon uwalniający kortykotropinę (CRH), pobudza ono przysadkę do wydzielania ACTH, stymulując korę nadnerczy do wydzielania kortyzolu. Oznaczanie stężenia kortyzolu może być potraktowane jako narzędzie przesiewowe dla oceny stresu (Zarzycka, 2012), a więc pośrednio także radzenia sobie ze stresem na poziomie somatycznym. Na poziomie dobrostanu psychicznego pożądanym rezultatem będzie komfort emocjonalny, a na poziomie społecznym – optymalne funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych i efektywne wypełnianie ról społecznych. Skuteczność radzenia sobie ze stresem na jednym poziomie nie implikuje efektywności na pozostałych (Wrześniewski, 1997).

Nieefektywne radzenie sobie ze stresem prowadzi do szeregu negatywnych konsekwencji dla jakości życia człowieka. W obszarze somatycznym wykazano, że przewlekająca ponad 4-5 dni reakcja stresowa prowadzi do nadprodukcji wolnych rodników i cytokin prozapalnych (Costantini, Marasco i Moller, 2011; Hayashi, 2015). Utrzymujące się pobudzenie osi HPA wiąże się z hiperkortyzolemią, co z kolei powoduje wysycenie receptorów glikokortykoidowych w hipokampie i w konsekwencji pogorszenie procesów poznawczych oraz pojawienie się problemów depresyjnych (Colla i in., 2007;

Heszen, 2013; Rybakowski, 2010; Sapolsky, 2000). Przewlekły stres sprzyja również spadkom immunokompetencji (Heszen, 2013).

W obszarze psychicznym nieskuteczne radzenie sobie ze stresem prowadzi do wystąpienia zaburzeń adaptacyjnych, które wiążą się z niepokojem, napięciem, zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania, prowadzącymi do utrudnień w efektywnym działaniu i przystosowaniu społecznym (ICD-10, 1992). Zaburzenia adaptacyjne, rozumiane jako problem kliniczny, pojawiają się zazwyczaj w ciągu 1 miesiąca od wydarzenia wyzwalającego, a czas ich trwania nie przekracza zwykle 6 miesięcy (ICD-10, 1992). Szacuje się, że blisko połowa osób z chorobą nowotworową doświadcza zaburzeń psychicznych, rozwijających się jako konsekwencja stresu – przede wszystkim zaburzeń adaptacyjnych, depresyjnych i lękowych (Razavi i Delvaux, 2002).

#### **1.4. Radzenie sobie z chorobą nowotworową**

Analogicznie do radzenia sobie ze stresem, radzenie sobie z chorobą nowotworową jest procesem złożonym i dynamicznym. Obejmuje zarówno procesy poznawcze, jak i emocjonalne oraz behawioralne (Heszen i Sęk, 2012).

Podstawowym i pożądanym efektem radzenia sobie z chorobą nowotworową jest adaptacja do życia z nią, przejawiająca się w optymalnym funkcjonowaniu w sferach somatycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. W tym celu człowiek podejmuje różne strategie działania. Watson i wsp. (Watson, Clark i Tellegen, 1988; Watson i in., 1999) zidentyfikowali kilka takich strategii, tworzących dwa style radzenia sobie z chorobą – destrukcyjny i konstruktywny. Styl destrukcyjny obejmuje takie strategie, jak: lękowe zaabsorbowanie, bezradność/beznadziejność, zaś styl konstruktywny obejmuje ducha walki i pozytywne przewartościowanie (w oryginalnym narzędziu, skonstruowanym przez autorów koncepcji nazwa strategii brzmi „fatalizm” i wchodzi do konstruktywnego stylu radzenia sobie po odwróceniu skali punktowej). Wielokrotnie wykazano, że strategie należące do stylu konstruktywnego sprzyjają lepszemu funkcjonowaniu somatycznemu podczas stosowania leczenia i lepszemu stanowi psychicznemu, podczas gdy stosowanie strategii należących do stylu negatywnego wiąże się z gorszym przystosowaniem się do

choroby i zmniejszeniem jakości życia (Aarstad, i in., 2005; Constanzo i in., 2006; Devine i in., 2003; Fife i in., 2000; Juczyński, 2001; Kozaka, 2010; Schoulte i in., 2011; Shapiro i in., 2010; Warchala, Wojtyna i Krysta, 2015). Pojawiają się jednak doniesienia, które nie potwierdzają powyższych wyników. Postrzeganie choroby jako zagrożenia, co wpisuje się w strategię lękowego zaabsorbowania, może w pewnych okolicznościach sprzyjać podejmowaniu działań, mających na celu rozwiązanie problemu (Franks i Roesch, 2006). Strategie unikowe mogą z kolei być użyteczne w sytuacjach niepodlegających kontroli (Heckman i in., 2004). Strategia typu duch walki może nasilać poziom stresu i prowadzić do nieuzasadnionego oczekiwania, że podjęcie wysiłku walki musi gwarantować poprawę zdrowia. Kiedy nie pojawia się pożądaný efekt łatwo o narastanie frustracji czy poczucia winy, związanego z niewystarczającym zaangażowaniem się w walkę z nowotworem (Coyne, Tennen i Ranchor, 2010). Wydaje się więc, że największe znaczenie ma umiejętność dostosowania strategii radzenia sobie do aktualnej sytuacji chorego, uwzględniająca także indywidualne predyspozycje i cechy jednostki (Heszen, 2013).

Wreszcie warto się bliżej zastanowić nad mechanizmami podtrzymującymi problemy w procesie adaptacji do choroby i nad wybranymi konsekwencjami nieskutecznego radzenia sobie z chorobą.

Jednym z mechanizmów podtrzymujących stres związany z chorobą jest katastrofizowanie, czyli przewidywanie najgorszych scenariuszy i niedostrzeganie możliwości rozwiązania problemu (Heszen, 2013; Sullivan, Bishop i Pivik, 1995; Wojtyna, 2012). Z mechanizmem tym związana jest także koncepcja Hobfolla (2006), dotycząca utraty zasobów jako źródła stresu i tzw. spirali strat. Spirala strat wiąże się z serią niepożądanych zdarzeń, których prawdopodobieństwo wzrasta wraz z wydłużaniem się spirali, np. choroba nowotworowa może ograniczyć możliwość zarobkowania, to z kolei pogorszy sytuację materialną rodziny, co następnie może doprowadzić do utraty oszczędności i zadłużania się, ograniczenia możliwości rozwoju dzieci, zaprzepaszczania szans na ich lepszą przyszłość itd. Taki proces sprzyja narastaniu lęku i często wiąże się z zaburzeniami w obszarze współpracy lekarz-pacjent.

Jednym z najbardziej skrajnych negatywnych skutków niewydolnych mechanizmów radzenia sobie z chorobą jest wystąpienie objawów, typowych dla zespołu stresu

pourazowego (PTSD, ang. *post-traumatic stress disorder*). Zaburzenia te stwierdza się u 10-30% pacjentów, którzy doświadczyli leczenia onkologicznego (Pitman i in., 2001). Tym, co z wyzwała silną reakcję stresową, jest doświadczenie przez pacjenta sytuacji zagrażającej życiu lub zdrowiu, lub też bycie świadkiem takiego zdarzenia. Konsekwencją takiej sytuacji mogą być występujące trudności w funkcjonowaniu, przejawiające się jako ciągłe przeżywanie oraz powracanie myślami do sytuacji wyzwalającej, i przybierające, w skrajnych przypadkach, postać realnego przeżywania (Schell, Marshall i Jaycox, 2004). Może także wystąpić odrętwienie emocjonalne, poczucie wyobcowania, a osoby z rozwiniętym PTSD często unikają myślenia lub kontaktu z osobami lub miejscami związanymi z sytuacją wyzwalającą. Konsekwencją tego jest znaczne utrudnienie funkcjonowania jednostki zarówno w sferze indywidualnej, społecznej jak również zawodowej (Grant i in., 2008; Yufik i Simms, 2010).

Diagnoza choroby nowotworowej, związane z tym rozpoczęcie procedur diagnostycznych i oczekiwanie na leczenie oraz jego skutki, mogą być przeżywane przez pacjenta jako ekstremalne, przewlekłe, powtarzające się doświadczenie wyzwalające różnorodne niepożądane reakcje psychiczne. Pacjenci doświadczają niejednokrotnie uczucia bezradności, strachu, jak również poczucia braku wpływu na swoje życie (Kangas, Henry i Bryant, 2002; Tedstone i Tarrier, 2003). Trudno jest jednoznacznie określić, który bodziec stresowy wywołuje reakcję posttraumatyczną, jak również zakreślić ramy czasowe działania takiego stresora.

Powstało wiele badań dotyczących biologicznego podłoża zaburzeń posttraumatycznych. Podkreślają one znaczenie działania układu współczulnego i osi HPA w utrwalaniu objawów traumy (Maes i in., 1998; Bryant i in., 2000; Schell, Marshall i Jaycox, 2004). U osób, u których postawiono diagnozę zespołu stresu pourazowego, stwierdzono w badaniach czynnościowych zwiększoną aktywność ciał migdałowych i jej dodatni związek z PTSD. Zaobserwowano także u tych pacjentów zmniejszoną objętość kory przedczołowej środkowej oraz hipokampa (Woon, Sood i Hedges, 2010). Uważa się, że przyczyną lub następstwem PTSD są zachodzące zmiany fizjologiczne, biochemiczne i anatomiczne. Istotną rolę w regulacji nasilenia przeżywania traumy odgrywają także zaburzenia mechanizmu aktywacji, gdyż nadwrażliwość neurologiczna podtrzymuje zwiększoną wrażliwość funkcjonalną organizmu. Cechy indywidualne jednostki – w tym



cechy psychiczne – prowadzące do niskiego poziomu aktywacji obniżają, a związane z wysoką aktywacją zwiększają psychologiczne skutki urazu (Dudek i Koniarek, 2004; Strelau, 2006). Na powstawanie zaburzeń posttraumatycznych wpływ ma także wielkość doznanego urazu, przeżywane przez jednostkę emocje w okresie okołotraumatycznym oraz wcześniejsze podobne doświadczenia (Zawadzki i Strelau, 2011). Do czynników mających związek z zachorowaniem zalicza się również płeć kobiecą (Hampton i Frombach, 2000), młodszy wiek, mające miejsce w przeszłości doświadczenia w postaci traumy somatycznej (Andrykowski i in., 2000), niższe wykształcenie, nasilone negatywne reakcje w momencie działania stresora oraz zespół ostrego stresu (Bryant, 2003).

Osoba chora onkologicznie zmuszona jest przez dłuższy czas stale konfrontować się z trudną, dyskomfortową sytuacją, mając świadomość, że stresor umiejscowiony jest w niej samej, a nie gdzieś na zewnątrz (Sumalla, Ochoa i Blanco, 2008). W badaniach dotyczących sposobu przeżywania zaburzeń po doświadczonej traumie u pacjentów z diagnozą raka (Brewin i in., 1998; Butler i in., 1999), zwraca uwagę fakt, że występują u nich zarówno objawy pobudzenia, jak i unikania. Uważa się, że występowanie intruzji u badanych związane jest z doświadczanymi przez nich często zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi (Brewin i in., 1998).

Pomimo, że choroba nowotworowa jest niezwykle trudnym doświadczeniem, coraz częściej mówi się także w kontekście psychoonkologii o pozytywnych aspektach przystosowania do niej nazywanym wzrostem posttraumatycznym. Opisuje on korzystne zmiany, jakie następują w obrębie osobowości pacjentów, doświadczających ekstremalnie trudnego doświadczenia (Sumalla, Ochoa i Blanco, 2008; Tedeschi i Calhoun, 2004).

Tedeschi i Calhoun (1996), wyróżniają trzy zasadnicze obszary ludzkiej aktywności, w których w wyniku trudnego doświadczenia mogą być widoczne pozytywne zmiany. Pierwszym z nich jest obszar zmian w spostrzeganiu siebie, który dotyczy głównie poczucia bycia lepszą osobą, wzrostu osobistej siły, co wyraża się w wyższym poczuciu własnej wartości i skuteczności. Osoby te mają większe zaufanie do siebie oraz własnych możliwości, także jeżeli chodzi o wydarzenia, które mają dopiero nastąpić. Drugi obszar dotyczy zmian w relacji z innymi ludźmi, co wyraża się głównie w zwiększeniu współczucia i wrażliwości dla innych oraz większej chęci otwierania się przed nimi. Trzeci z obszarów związany jest z rozwojem duchowym i filozofią życia, która staje się bardziej

satysfakcjonująca, znacząca i dojrzała. Ludzie mogą zmienić swoje dotychczasowe przekonania religijne i egzystencjalne oraz przeżywać je bardziej świadomie. Są bardziej skłonni do doceniania codziennych, drobnych wydarzeń. Wartości takie jak rodzina, przyjaciele mogą być spostrzegane jako ważniejsze od tego, co do tej pory było uważane za najbardziej wartościowe np. kariera zawodowa (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Zmiana, jaka zachodzi w pacjencie, jest wyrazem adaptacji do choroby, a pozytywne przewartościowanie jest dla niego jednym z możliwych sposobów poradzenia sobie z traumą, jaką jest choroba onkologiczna.

Wzrost posttraumatyczny wymaga jednak czasu. Tymczasem wczesny etap choroby wiąże się przede wszystkim z narażeniem na działanie silnego dystresu i pojawienia się symptomów zaburzeń posttraumatycznych, depresyjnych i lękowych. W związku z tym zasadnicze wydaje się pytanie o kluczowe czynniki decydujące o przystosowaniu się do choroby i jakości życia w tym właśnie okresie czasu.

### ***1.5. Czynniki modyfikujące reakcję na stres diagnozy choroby nowotworowej***

Wśród czynników modyfikujących reakcję na stres związany z otrzymaniem diagnozy choroby nowotworowej należałoby wymienić czynniki osobowościowe oraz poznawcze. Te pierwsze są stabilne w czasie i mogą mieć szczególne znaczenie podczas dokonywania pierwotnej oceny poznawczej stresora. Te drugie, będąc czynnikami łatwiej poddającymi się zmianom i wpływom różnych oddziaływań zewnętrznych, mogą mieć większe znaczenie podczas dokonywania oceny możliwości poradzenia sobie z chorobą oraz mogą w istotny sposób wkładać proces adaptacji do choroby. W niniejszej pracy skoncentrowano się na trzech czynnikach: temperamencie, obrazie własnej choroby i akceptacji choroby.

#### **1.5.1. Temperament**

Bardzo ważnym, zdeterminowanym biologicznie czynnikiem mającym wpływ na poziom stresu, czynnikiem afektywny i ocenę poznawczą, a także na jakość życia wydaje się być temperament. Strelau (2002) definiuje temperament jako „podstawowe, względnie

stałe cechy osobowości, odnoszące się przede wszystkim do formalnych charakterystyk (energetycznych i czasowych) reakcji i zachowań” (s. 151). Zgodnie z Regulacyjną Teorią Temperamentu (RTT) Strelaua (1998), cechy temperamentu stanowią regulator relacji między sytuacją, a sposobem reagowania na nią. Przyjmuje się tutaj założenie, że każde zachowanie jest wynikiem interakcji zarówno mechanizmów biochemicznych, jak i fizjologicznych uczestniczących w regulacji poziomu aktywacji. Biologiczne mechanizmy temperamentu składają się na tzw. indywidualność neurohormonalną, tzn. cechy temperamentu uwarunkowane są specyficzną dla jednostki konfiguracją systemów nerwowych (ośrodkowego i autonomicznego) oraz hormonalnych.

Regulacyjna Teoria Temperamentu zalicza się do nurtu, rozumiejącego biologiczne podłoże temperamentu jako dynamiczny proces mechanizmów biochemicznych i fizjologicznych (Eysenck i Eysenck, 1985; Rothbart, 1989; Strelau, 2002). Według Strelaua (2002), wszystkie zachowania, które można opisać wykorzystując parametry czasowe i energetyczne, są rezultatem działania mechanizmów biochemicznych i fizjologicznych, które uczestniczą w regulacji osobniczej aktywacji – centralnym pojęciem odnoszącym się do psychobiologii temperamentu. Proces aktywacji związany jest z podjęciem przez organizm aktywności, której celem jest wyzwolenie energii koniecznej do działania, wyznacza on jego intensywność, ma podłoże fizjologiczne oraz może być regulowany przez jednostkę (Zawadzki, 2002). Wskazuje się na dwa odrębne wymiary aktywacji. Wymiar ogólny odnosi się do dobowego poziomu aktywacji, związanego z gotowością jednostki do działania, zaś wymiar emocjonalny do pobudzenia emocjonalnego. (Zawadzki, 2002).

Odrębnym pojęciem, związanym z działaniem mechanizmów biochemicznych i fizjologicznych, odpowiedzialnym za poziom aktywacji jest aktywowalność, określana przez Strelaua (2002) jako indywidualna, jednostkowa tendencja do reagowania na bodźce. Uważa się, że różnice indywidualne w poziomie aktywacji są najprawdopodobniej związane z wrażliwością neuronalnych receptorów postsynaptycznych, struktur nerwowych oraz liczebnością wyzwalanych neuronów. Aktywność, wytrzymałość i wrażliwość sensoryczna są przypuszczalnie zależne od procesów zachodzących w strukturach korowo-siatkowatych, natomiast reaktywność emocjonalna zależy może od wrażliwości układu limbicznego oraz autonomicznego układu nerwowego (Zawadzki i Strelau, 1995; Strelau, 2002).

Regulacyjna Teoria Temperamentu (RTT) opisywana jest w obecnym kształcie za pomocą sześciu cech (Zawadzki i Strelau, 1995, s. 72):

1. Żwawość – czyli „tendencja do szybkiego reagowania, do utrzymywania wysokiego tempa aktywności i do łatwej zmiany z jednego zachowania (reakcji) w inne, odpowiednio do zmian w otoczeniu”.
2. Perseweratywność – czyli „tendencja do kontynuowania i powtarzania zachowań po zaprzestaniu działania bodźca (sytuacji), który to zachowanie wywołał”.
3. Wrażliwość sensoryczna – czyli „zdolność reagowania na bodźce zmysłowe o małej wartości stymulacyjnej”.
4. Reaktywność emocjonalna – czyli „tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje, wyrażająca się w dużej wrażliwości i niskiej odporności emocjonalnej”.
5. Wytrzymałość – czyli „zdolność do adekwatnego reagowania w sytuacjach wymagających długotrwałej lub wysoko stymulującej aktywności i/lub w warunkach silnej stymulacji zewnętrznej”.
6. Aktywność – czyli „tendencja do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej lub do zachowań dostarczających silnej stymulacji zewnętrznej (z otoczenia)”.

Perseweratywność i żwawość składają się na charakterystykę czasową zachowania, natomiast jego energetyczny wymiar opisują: reaktywność emocjonalna, wrażliwość sensoryczna, wytrzymałość i aktywność.

Strelau (1996) definiował stres jako zachwianie równowagi pomiędzy wymaganiami sytuacyjnymi i jednostkowymi możliwościami radzenia sobie. Cechy temperamentu mogą według niego, odgrywać moderującą rolę między zjawiskami stresu a indywidualnymi reakcjami na nie. Wymienia on także kilka możliwych sposobów rozumienia i właściwości regulacyjnego charakteru temperamentu (Stralau, 2002). Po pierwsze zwraca on uwagę na to, że poprzez podwyższenie lub obniżenie wartości stymulacyjnej zdarzeń życiowych, cechy temperamentu mogą być ich moderatorami, po drugie cechy temperamentu związane z emocjonalnością mogą mieć wpływ na regulację intensywności reakcji jednostki na trudne wydarzenia, co ma znaczenie zwłaszcza dla

nasilenia negatywnych emocji. Wreszcie, po trzecie, temperament ma także właściwości warunkujące zmianę optymalnego dla osoby poziomu aktywacji. Indywidualne cechy, takie jak niska aktywacja, związana jest z obniżeniem, natomiast wysoka aktywacja, ze wzmocnieniem psychologicznych skutków przeżywanego sytuacji traumatycznej. Efektem wysokiej aktywacji oraz związanego z nią przeżywanego lęku jest zwiększenie prawdopodobieństwa silnego przeżycia traumy (Strelau, 2006).

Cechy temperamentu należą do tych charakterystyk, które w rozwoju osobniczym kształtują się najwcześniej. Rozpatrywane, np. w związku ze stresem posiadają charakter specyficzny, tj. są obecne zanim pojawi się stresor czy też wywołany nim stan stresu. Stąd większość badań zakłada wpływ moderacyjny, przez co stanowią one istotny warunek poprzedzający występowanie różnych innych zjawisk, na które wpływają (Kyrios i Prior, 1990; Strelau, 1998).

Strelau i in. (2004) przyjęli założenie, że „cechy temperamentu jako bardziej lub mniej niespecyficzne, raczej formalne niż treściowe, przenikają wszelkie zachowania, bez względu na kierunek czy treść, wpływając w ten sposób na wiele zjawisk związanych ze stresem” (s. 49). Ich badania, wskazują na przykład na związek stylów radzenia sobie ukierunkowanych na działanie z niektórymi cechami temperamentu (np. zważnością) związanymi z gotowością do podjęcia działania celowego. Z kolei cechy temperamentu przejawiające się w emocjach (np. reaktywność emocjonalna) łączą się z nastawionymi na działanie stylami radzenia sobie ze stresem. Stwierdzono także, że niska reaktywność nie tylko pomaga w radzeniu sobie z różnorodnymi stresorami, ale ma także wpływ na preferowanie niektórych sytuacji stresowych (Strelau, 1998). Być może z tego właśnie powodu „potrzeba stymulacji” znajduje się na pierwszym miejscu wśród czynników odpowiedzialnych za wybór tzw. pracy ekstremalnej (Hewlett i Luck, 2007). Główne tezy Strelaua dotyczące moderujących właściwości temperamentu zostały także potwierdzone w badaniach Dobrzyńskiej (2007) przeprowadzonych na pracownikach administracyjnych. Wyższe wyniki perseweratywności związane były z wyższymi wynikami na skali wrażliwości sensorycznej i reaktywności emocjonalnej. Z kolei wyższe wyniki na skali wytrzymałości związane były z niższymi wskaźnikami perseweratywności, wrażliwości sensorycznej i reaktywności emocjonalnej.

Interesujące badania dotyczące kierunku interakcji cech temperamentu i zmiennych sytuacyjnych moderujących wybór stylów radzenia sobie ze stresem zostały przeprowadzone przez Dąbrowską, Iwat i Żaboklicką-Madziar (2007). Badała ona policjantów, u których stwierdziła odrębną strukturę temperamentu w porównaniu z grupą kontrolną prawie we wszystkich badanych zmiennych temperamentu. Struktura ta charakteryzowała się większą wytrzymałością, żwawością, wrażliwością sensoryczną i aktywnością oraz mniejszą perseweratywnością i reaktywnością, predysponując ich do preferowania zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem. Z kolei w badaniach Terelaka i wsp. (Terelak, Podolak, Rudzki, 2007) nie w pełni potwierdzono moderującą rolę temperamentu w preferencjach odnośnie stylów radzenia sobie ze stresem. Potrzebne są zatem dalsze badania dotyczące struktury temperamentu i stylów radzenia sobie ze stresem. Sam czynnik temperamentu nie wyczerpuje także innych czynników modyfikujących radzenie sobie ze stresem (np. osobowościowych i sytuacyjnych).

Największa liczba dowodów podkreślająca moderujący charakter cech temperamentu w następstwie wystąpienia ekstremalnie trudnego stresora dotyczy żwawości i reaktywności emocjonalnej (Strelau, 2002; Zawadzki i Strelau, 2011). Niektóre badania wskazują również na znaczenie perseweratywności (Strelau i in., 2004), jednak ostatnie doniesienia nie dają ostatecznej odpowiedzi.

Istnieje w literaturze naukowej spora liczba danych dotyczących wpływu różnych czynników osobowości na poziom stresu związanego z chorobą somatyczną, stan afektywny czy ocenę poznawczą. Niezwykle mało jest takich danych w odniesieniu do roli temperamentu w takim układzie czynników, a praktycznie brak jest danych w przypadku wpływu temperamentu na jakość życia w chorobie onkologicznej. Dostępne dane empiryczne najczęściej dotyczą bardzo małych grup osób badanych lub nie uwzględniają w badaniu zależności pomiędzy temperamentem a jakością życia wpływu innych czynników, takich jak m.in. czynniki poznawcze lub afektywne (Kawiecka-Dziembowska i in., 2005). Takie składowe temperamentu jak reaktywność i perseweratywność mogą mieć np. wpływ na tzw. ruminacje o przykryj treści (zamartwianie się i katastrofizowanie, brak możliwości uwolnienia), gdyż chorzy onkologicznie są często w sposób stały, niejednokrotnie przez wiele miesięcy, poddani działaniu czynników stresogennych mających związek ze specyfiką choroby i podjętym leczeniem, co przy udziale

perseweratywności i reaktywności może nasilać objawy zwiększonego przeżywania stresu (Skrobowska, 2008). Interesująca wydaje się także zależność temperament-stres, gdyż w literaturze jest na ten temat dużo niejednoznaczności i danych, które wzajemnie się wykluczają.

### 1.5.2. Obraz własnej choroby

Z praktycznego punktu widzenia, wydaje się, że szczególnie ważne dla kształtowania się jakości życia są te czynniki, na które pacjent może wpływać niezależnie od zaawansowania choroby i konieczności korzystania z pomocy innych osób lub instytucji. Jednym z takich czynników jest subiektywna ocena poznawcza sytuacji, która może odgrywać kluczową rolę w radzeniu sobie z problemami związanymi z chorobą (Hagger i Orbell, 2003; Wojtyła i in., 2007).

Obraz (percepcja) własnej choroby, czyli system przekonań jednostki na temat istoty, przebiegu i konsekwencji jej choroby dla jej własnego życia, to konstrukt będący osią koncepcji Zdroworozsądkowego Modelu Choroby (ang. *Common Sense Model*) zaprezentowanego przez Leventhala i wsp. (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz i Steel, 1984). Percepcja własnej choroby obejmuje kilka wymiarów (Moss-Morris i in., 2002):

- Istotę choroby (ang. *identity*) – czyli etykietowanie choroby i przede wszystkim identyfikowanie objawów somatycznych utożsamianych z chorobą;
- Przyczyny (ang. *cause*) – czyli osobiste przekonania jednostki na temat przyczyn jej choroby;
- Przebieg w czasie (ang. *timeline*) – czyli przekonania na temat ostrego lub przewlekłego przebiegu choroby;
- Kontrola (ang. *control*) – czyli przekonania na temat możliwości sprawowania kontroli nad chorobą poprzez własne zachowania lub poprzez stosowane leczenie;
- Konsekwencje (ang. *consequences*) – czyli przewidywania na temat wpływu choroby na codzienne życie chorego;
- Rozumienie choroby (ang. *coherence*) – czyli zasięg rozumienia przez chorego całego procesu chorobowego i jego objawów;

- Wpływ choroby na emocje (ang. *emotional representations*) – czyli doświadczanie przez chorego negatywnego afektu spowodowanego chorobą.

Obraz własnej choroby tworzy się na podstawie informacji zbieranych od specjalistów, rodziny, znajomych, z mediów, a także na podstawie uprzednich doświadczeń z daną chorobą – własnych lub płynących z obserwacji innych chorych (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980). W odniesieniu do choroby nowotworowej, dostępne badania wskazują na zróżnicowany obraz własnej choroby w zależności od specyficznego rodzaju nowotworu (Hopman i Rijken, 2015; Husson i in., 2013). Nie można zatem mówić o uniwersalnym obrazie choroby nowotworowej bez odniesienia się do specyfiki rozpoznania u danego człowieka. W odniesieniu do raka piersi duże znaczenie może tutaj mieć kwestia kulturowego znaczenia piersi jako kobiecego atrybutu, czasem większe niż informacje na temat biologicznego przebiegu choroby i rokowania medycznego (por. Górnik-Durose, 2013). Często ważne dla kształtowania się obrazu własnej choroby będą aktualne doniesienia ze świata celebrytów czy informacje uzyskiwane w grupach wsparcia typu Klub Amazonek.

Obraz własnej choroby jest ważnym predyktorem zachowań podejmowanych przez pacjenta (Bishop i Converse, 1986; Heszen i Sęk, 2012). Przykładowo postrzeganie raka piersi jako procesu przewlekłego sprzyjało podejmowaniu unikowych strategii radzenia sobie z chorobą (Rozema, Völlink i Lechner, 2009). Podobnie w badaniach Hopman i Rijken (2015) wykazano, że postrzeganie nowotworu jako problemu długotrwałego, obciążającego emocjonalnie oraz mającego wiele negatywnych konsekwencji dla codziennego funkcjonowania jest predyktorem strategii, takich jak bezradność/beznadziejność, fatalizm i lękowe zaabsorbowanie. Co ciekawe, w badaniu tym nie wykazano żadnych właściwości predykcyjnych składowych obrazu własnej choroby związanych z kontrolą (osobistą i poprzez leczenie) dla podejmowania strategii radzenia sobie.

Bardziej pozytywny obraz choroby wiąże się z lepszym stanem afektywnym, mniejszym nasileniem dystresu (Millar i in., 2005, Dempster i in., 2012), czy mniejszym nasileniem zaburzeń depresyjnych (Wojtyła, Soroka i Chełkowska, 2014). Brakuje jednak danych dotyczących mechanizmów tych relacji – zarówno dotyczących kierunku zależności, jak i potencjalnych mediatorów czy moderatorów zależności.



Wczesny etap choroby to okres, w którym kobieta dopiero uczy się swojej choroby i poznaje nowe informacje na temat raka piersi. Wydaje się więc, że obraz raka piersi będzie głównie pochodną informacji medialnych i potocznego rozumienia problemu onkologicznego, a następnie będzie się ewoluować. Jednak badania McCorry i wsp. (2013) wskazały, że u kobiet z rakiem piersi obraz choroby jest dość stabilny w okresie pierwszych sześciu miesięcy chorowania. Sami autorzy przyznają jednak, że nie potrafią wyjaśnić tego mechanizmu i potrzebne są dalsze badania w tym kierunku.

### **1.5.3. Akceptacja choroby**

Z obrazem własnej choroby wiąże się także zagadnienie akceptacji choroby. Podstawowa definicja akceptacji choroby wiąże się z przyjęciem faktu, że jest się chorym, rozpoznaniem potrzeby zaadaptowania się do choroby, tolerowaniem nieprzewidywalnych i niekontrolowalnych przejawów choroby oraz decyzją o radzeniu sobie z niekorzystnymi konsekwencjami dolegliwości (Evers i in., 2001).

Akceptacja ma niezwykle istotny wpływ na proces adaptacji do choroby, samopoczucie psychiczne i całościowe funkcjonowanie pacjentów (Karademas i Hondronikola, 2010). Wielokrotnie wykazano, że brak lub niska akceptacja choroby sprzyja narastaniu dystresu oraz negatywnego afektu (Stangier, Ehlers i Gieler, 2003; Stanton, Collins i Sworowski, 2001). Z kolei wyższa akceptacja choroby wiązała się z lepszym zaangażowaniem się chorych w proces terapeutyczny i stosowaniem się do zaleceń lekarskich u pacjentów z cukrzycą typu 2 (MacLean i Lo, 1998) czy z chorobą Crohna (Watters i in., 2001). W badaniach Lewki i wsp. (2007) wykazano, że u osób z cukrzycą powikłaną obwodową neuropatią akceptacja choroby sprzyja wyższej jakości życia.

Związana z akceptacją choroby umiejętność tolerowania zjawisk niekontrolowalnych i niejednoznacznych jest niezwykle trudno osiągalna w kulturze postmodernistycznej. Współczesne rozumienie zdrowia (por. Wojtyna i Stawiarska, 2013) zakłada bowiem potrzebę jednoznaczności, co wpisuje się w tzw. mentalność prawego kciuka, najprościej definiowaną jako podejście do życia oparte na trzech zasadach: szybko – łatwo – jednoznacznie (por. Górnik-Durose (red.), 2013).

Akceptacja oznacza gotowość oderwania się od potrzeby jednoznaczności i wyraża otwartość na nowe doświadczenia, wiąże się z elastycznością myślenia (Hayes, Strosahl i Wilson, 2013). Akceptacja sprzyja tym samym rezygnacji ze stosowania strategii unikowych. Próby uniknięcia negatywnego afektu prowadzą często do intensywnych wysiłków oderwania się od myślenia na temat problemów, np. choroby nowotworowej. Jednak już od dawna wiadomo, że próba stłumienia jakiejś myśli, czy emocji prowadzi do jej nasilania się (Wenzlaff i Wegener, 2000). Zatem unikanie może przynieść efekty przeciwne do zamierzonych i nasilić jeszcze bardziej negatywny afekt, czy też negatywne postrzeganie własnej sytuacji. Akceptacja choroby mogłaby z kolei umożliwić zbudowanie bardziej łagodnego obrazu własnej choroby, podjąć bardziej konstruktywne strategie radzenia sobie i umożliwić poprawę bilansu afektywnego.

## **2. ZAŁOŻENIA I CEL PRACY**

### **2.1. Założenia pracy**

Wczesny etap choroby, rozumiany jako okres pomiędzy otrzymaniem przez pacjentkę rozpoznania raka piersi do momentu rozpoczęcia leczenia, wiąże się z radykalną zmianą dotychczasowego trybu życia, wymaga podjęcia intensywnego wysiłku adaptacyjnego i jest okresem szczególnego narażenia na doświadczanie dystresu. W tym czasie chora musi dokonać oceny poznawczej swojej sytuacji zdrowotnej, która z kolei determinuje stan afektywny i poziom dystresu. Dotychczasowa jakość życia kobiety może zostać zachwiana.

Przeżywany przez pacjentkę poziom stresu związany z zachorowaniem może istotnie wpływać na jakość życia, gdyż jest ona efektem wzajemnego oddziaływania czynników sytuacyjnych i jednostkowych. Sam fakt zachorowania jest trudną sytuacją, a stres mogą wywoływać także zmiany zachodzące w człowieku i w jego otoczeniu wraz z postępem choroby i wprowadzaniem różnych procedur medycznych. Badacze zwracają uwagę, że na jakość i satysfakcję z życia wpływają nie tylko stresujące sytuacje jako takie, ale także sposób, w jaki człowiek radzi sobie z nimi (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Można przypuszczać, że podejmowane sposoby radzenia sobie ze stresem wpływać będą na poziom jakości życia i jej składowe w przebiegu choroby nowotworowej podobnie jak inne wyznaczniki adaptacji do choroby. Koncentracja chorych na negatywnych emocjach związana jest z przeżywaniem dystresu, co z kolei prowadzi do gorszego spostrzegania własnej jakości życia (Paunovic i Ost, 2004).

Uwarunkowany biologicznie temperament, może także być czynnikiem wpływającym na jakość życia pacjentów onkologicznych. Odnosząc się do propozycji Skrzyńskiego (2006), żeby traktować jakość życia, jako efekt działania czynników temperamentalnych, można zakładać, że będzie on istotnym jej predyktorem, warunkującym reakcje osób chorych.

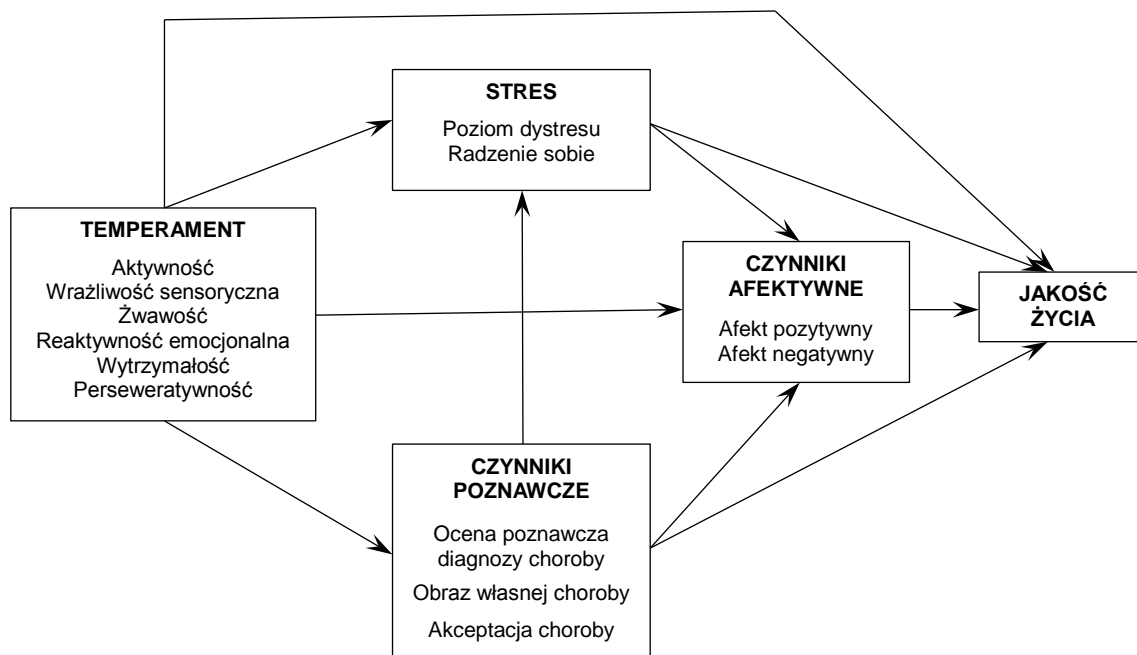
Dotychczas prowadzone badania koncentrowały się przede wszystkim na jakości życia osób już leczonych onkologicznie. Główną osią zainteresowania badaczy zajmujących

się determinantami jakości życia związanej ze zdrowiem (HR-QoL) były dotąd doświadczane somatyczne objawy samej choroby nowotworowej, jak i somatyczne skutki niepożądane stosowanego leczenia. Tymczasem wczesny etap choroby, gdzie sfera fizyczności osoby chorej nie daje jeszcze wyraźnych objawów, to etap bardzo słabo poznany. Wydaje się, że największe znaczenie dla jakości życia będą tutaj miały procesy zachodzące w obszarze funkcjonowania psychospołecznego. Rzadko podejmuje się badania, dotyczące tego okresu choroby, motywując to niestabilnością stanu psychicznego i burzliwymi procesami adaptacyjnymi. Jednocześnie wydaje się, że procesy psychiczne, zachodzące w tym właśnie czasie, będą miały znaczenie dla procesu adaptacji do choroby i dla dalszego funkcjonowania kobiety w dalszych etapach chorowania. Niniejsza praca podejmuje zatem próbę uchwycenia niektórych zjawisk psychologicznych, które mają miejsce we wczesnym etapie choroby, jaką jest rak piersi.

## ***2.2. Model uwarunkowań jakości życia u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby***

Dane z piśmiennictwa pozwoliły na wysunięcie propozycji modelu uwarunkowań jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej. Model ten został przedstawiony na rycinie 1.

Model ten opiera się na teoriach poznawczo-behawioralnych (por. Kokoszka, 2009) i zakłada, że czynniki temperamentalne stanowią predyspozycję do specyficznego postrzegania sytuacji zagrożenia dla życia, jaką jest choroba nowotworowa. Percepcja sytuacji prowadzi z kolei do podjęcia oceny poznawczej (interpretacji) dostrzeżonych bodźców, czego konsekwencją są podejmowane zachowania oraz przeżywane emocje. Efekt podjętych działań i bilans afektywny modyfikuje jakość życia. W przedstawionym modelu postuluje się zarówno bezpośredni, jak i pośredni wpływ poszczególnych czynników na jakość życia.



Ryc. 1. Model uwarunkowań jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej.

### 2.3. Cel pracy

Podstawowym celem pracy jest ocena jakości życia i jej uwarunkowań we wczesnym etapie choroby nowotworowej.

W ramach celu podstawowego wyróżniono następujące cele szczegółowe:

1. Ocena jakości życia i funkcjonowania poznawczo-afektywnego kobiet we wczesnej fazie choroby z uwzględnieniem czynnika czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia. W badaniu założono, że kobiety po otrzymaniu diagnozy mogą różnie długo oczekiwać na podjęcie interwencji terapeutycznych. Stąd postanowiono uwzględnić czynnik czasu oczekiwania na leczenie jako zmienną grupującą, umożliwiającą ocenę jakości życia u kobiet, znajdujących się we wczesnej fazie choroby, ale mogących prezentować odmienne stany związane z procesem wczesnej adaptacji do choroby.
2. Określenie siły zależności pomiędzy czynnikami temperamentalnymi, poznawczo-afektywnymi i jakością życia (uwzględnionymi w autorskim modelu uwarunkowań

jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej, przedstawionym na ryc. 1) u kobiet z rozpoznaniem raka piersi przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego. Wyniki tych poszukiwań pozwolą wyodrębnić grupy czynników pozostających ze sobą w istotnych i silnych związkach. Eksploracja ta stanowi również fazę przygotowawczą do dalszych analiz, związanych z celami szczegółowymi, opisanymi poniżej.

3. Określenie istotnych predyktorów akceptacji i jakości życia u kobiet z rakiem piersi przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego. Znajomość predyktorów akceptacji choroby i jakości życia pozwoli na wyodrębnienie czynników, na podstawie których możliwe będzie wskazanie grupy kobiet o najwyższym ryzyku gorszego funkcjonowania we wczesnej fazie choroby nowotworowej.
4. Empiryczna weryfikacja przedstawionego na ryc. 1. modelu uwarunkowań jakości życia u kobiet we wczesnym etapie choroby nowotworowej, jaką jest rak piersi. Określenie kierunku zależności pomiędzy uwzględnionymi w modelu czynnikami oraz określenie czy zależności te mają charakter bezpośredni, czy są mediowane przez inne czynniki, może pomóc w planowaniu efektywnych interwencji psychoterapeutycznych.
5. Poszukiwanie profilu cech psychologicznych, predysponujących do wysokiej i niskiej jakości życia we wczesnej fazie choroby nowotworowej. Zidentyfikowanie takich profili cech pozwoli na wskazanie, jakie konstelacje cech psychologicznych wiążą się z lepszą lub gorszą jakością życia, a więc możliwe stanie się zarówno identyfikowanie osób, znajdujących się w grupie ryzyka gorszego funkcjonowania psychofizycznego w tej fazie choroby, ale także dostarczenie wskazówek, jak kompleksowo wspierać osoby chore pod względem psychoterapeutycznym. Pośrednio pozwoli to odpowiedzieć na pytanie, kto może najbardziej skorzystać z interwencji psychologicznych, a kto takich interwencji może w ogóle nie potrzebować.

## 2.4. Pytania badawcze

Ze względu na eksploracyjny charakter badania zrezygnowano z postawienia hipotez badawczych i wysunięto jedynie ogólne pytania badawcze:

1. Jaka jest jakość życia i funkcjonowanie poznawczo-afektywne kobiet z rakiem piersi w fazie choroby nowotworowej związanej z oczekiwaniem na rozpoczęcie leczenia?
2. Czy istnieją różnice w jakości życia i funkcjonowaniu poznawczo-afektywnym kobiet z rakiem piersi we wczesnej fazie choroby nowotworowej w zależności od czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia?
3. Jakie są zależności pomiędzy czynnikami temperamentnymi, poznawczo-afektywnymi i jakością życia u kobiet we wczesnej fazie choroby nowotworowej?
4. Jakie czynniki temperamentalne i poznawczo-afektywne są predyktorami akceptacji choroby u kobiet we wczesnej fazie choroby nowotworowej?
5. Jakie czynniki temperamentalne i poznawczo-afektywne są predyktorami jakości życia związanej ze zdrowiem u kobiet we wczesnej fazie choroby nowotworowej?
6. Jakie są kierunki i charakter (pośredni czy bezpośredni) zależności pomiędzy badanymi czynnikami psychologicznymi u kobiet we wczesnej fazie choroby nowotworowej?
7. Czy istnieje określony profil psychologiczny, charakteryzujący osoby o najwyższej jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej?

## 2.5. Zmienne i ich operacjonalizacja

W oparciu o przedstawiony na rycinie 1 autorski model uwarunkowań jakości życia kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby zdefiniowano następujące zmienne:

**Ogólna jakość życia związana ze zdrowiem (Q<sub>HR</sub>-QoL)** – spostrzegany przez pacjentkę wpływ choroby na jej funkcjonowanie fizyczne i psychiczne oraz ogólne poczucie

satysfakcji życiowej (por. Majkowicz, 2000). Na ogólną jakość życia związaną ze zdrowiem składają się następujące wymiary:

**Jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym (Q\_PCS)** – jakość życia dotycząca funkcjonowania w obszarze somatycznym. Wymiar ten obejmuje następujące obszary:

**Funkcjonowanie fizyczne (Q\_PF)** – subiektywna ocena ograniczenia aktywności fizycznej spowodowanego problemami zdrowotnymi. Wymiar ten obejmuje szereg potencjalnych ograniczeń w funkcjonowaniu fizycznym, na przykład trudności sytuacji podnoszenia czegoś ciężkiego, noszeniu zakupów, wchodzeniu po schodach itp.

**Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem (Q\_RP)** – subiektywna ocena ograniczenia swoistej dla pacjenta aktywności fizycznej spowodowanego dolegliwościami somatycznymi.

**Dolegliwości bólowe (Q\_BP)** – subiektywna ocena nasilenia dolegliwości bólowych i dyskomfortu fizycznego.

**Ogólne poczucie zdrowia (Q\_GH)** – subiektywna ocena ogólnych zmian w statusie zdrowotnym mających miejsce w okresie ostatniego roku.

**Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym (Q\_MCS)** – jakość życia dotycząca funkcjonowania w obszarze psychicznym. Wymiar ten obejmuje następujące obszary:

**Witalność (Q\_VT)** – aktualnie odczuwany poziom energii i zmęczenia pacjentki.

**Funkcjonowanie społeczne (Q\_SF)** – subiektywna ocena ograniczenia życia towarzyskiego i społecznego spowodowanego dolegliwościami fizycznymi i emocjonalnymi.

**Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych (Q\_RE)** – subiektywna ocena ograniczeń w możliwości wypełniania ról społecznych (rodzinnej, zawodowej, płciowej itp.) z powodów osobistych i emocjonalnych.



**Poczucie zdrowia psychicznego (Q\_MH)** – ogólna subiektywna ocena poziomu stresu psychologicznego i dobrego samopoczucia

**Temperament** – podstawowe, zdeterminowane biologicznie, uwarunkowane wrodzonymi mechanizmami neurobiochemicznymi cechy osobowości, ujawniające się już w dzieciństwie i podlegające powolnym zmianom pod wpływem dojrzewania i specyficznych dla jednostki oddziaływań między genotypem i środowiskiem, mające wpływ na poziom stresu, czynnik afektywny i ocenę poznawczą, a także jakość życia. W pracy, zgodnie z Regulacyjną Teorią Temperamentu (RTT) Strelaua, uwzględniono następujące cechy (Zawadzki i Strelau, 1995, s. 72):

**Żwawość (T\_ŻW)** – „tendencja do szybkiego reagowania, utrzymywania wysokiego tempa aktywności i łatwej zmiany z jednego zachowania w inne, odpowiednio do zmian w otoczeniu”.

**Perseweratywność (T\_PE)** – „tendencja do kontynuowania i powtarzania zachowań po zaprzestaniu działania bodźca, który to zachowanie zainicjował”.

**Wrażliwość sensoryczna (T\_WS)** – „zdolność reagowania na bodźce sensoryczne o małej wartości stymulacyjnej”.

**Reaktywność emocjonalna (T\_RE)** – „tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje, wyrażająca się w dużej wrażliwości i niskiej odporności emocjonalnej”.

**Wytrzymałość (T\_WT)** – „zdolność do adekwatnego reagowania w sytuacjach wymagających długotrwałej lub wysoce stymulującej aktywności i/lub w warunkach silnej stymulacji zewnętrznej”.

**Aktywność (T\_AK)** – „tendencja do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej lub do zachowań dostarczających silnej stymulacji zewnętrznej”.

**Ocena poznawcza diagnozy choroby** – sposób spostrzegania i interpretowania przez pacjentkę sytuacji zdiagnozowanej choroby nowotworowej jako stresora i nadanie mu – w procesie tzw. oceny pierwotnej (Lazarus i Folkman, 1984) – znaczenia, jakie ma on

dla dobrostanu chorej. Ocena poznawcza stresora (tutaj choroby) jest czynnikiem warunkującym dalsze zachowanie człowieka. W ramach oceny poznawczej diagnozy choroby wyróżniono następujące kategorie:

**Zagrożenie (OP\_ZAGR)** – postrzeganie choroby nowotworowej w kategorii antycypowanych szkód i zagrożeń dla własnego dobrostanu.

**Krzywda/strata (OP\_KRZY)** – postrzeganie choroby nowotworowej w kategorii już poniesionych szkód.

**Wyzwanie-aktywność (OP\_WYZW-A)** – postrzeganie choroby nowotworowej w kategorii zarówno ryzyka szkód, ale także możliwości uzyskania korzyści. Wyzwanie-aktywność wymaga osobistego zaangażowania się jednostki, aby szansa uzyskania korzyści wzrosła.

**Wyzwanie-pasywność (OP\_WYZW-P)** – postrzeganie choroby nowotworowej w kategorii zarówno ryzyka szkód, ale także możliwości uzyskania korzyści, przy czym wyzwanie-aktywność nie wymaga osobistego zaangażowania się jednostki, aby szansa uzyskania korzyści wzrosła, natomiast wiąże się z przypadkiem.

**Ocena negatywna (OP\_NEGAT)** – wymiar łączący postrzeganie choroby nowotworowej w kategoriach negatywnych, tj. zagrożenia i krzywdy/straty.

**Ocena pozytywna (OP\_POZYT)** – wymiar łączący postrzeganie choroby nowotworowej w kategoriach wyzwania, zarówno aktywnego, jak i pasywnego.

**Obraz własnej choroby** – powstający na podstawie informacji zbieranych od specjalistów, rodziny, znajomych, z mediów, a także w wyniku własnych uprzednich doświadczeń z daną chorobą lub płynących z obserwacji innych chorych system przekonań jednostki na temat istoty, przebiegu i konsekwencji jej choroby dla jej własnego życia. Obraz własnej choroby jest ważnym predyktorem zachowań podejmowanych przez pacjenta. W ramach obrazu własnej choroby uwzględniono następujące jego wymiary (Moss-Morris i in., 2002):

**Wpływ choroby na życie (Owch\_WPŁ)** – przewidywania chorej na temat wpływu

raka piersi na jej codzienne funkcjonowanie w życiu.

**Przebieg choroby (Owch\_PRZEB)** – przekonania na temat ostrego lub przewlekłego przebiegu choroby nowotworowej.

**Kontrola osobista (Owch\_KONT)** – przekonania na temat możliwości sprawowania kontroli nad przebiegiem choroby nowotworowej poprzez własne zachowania lub poprzez osobiste zaangażowanie się w procedury lecznicze.

**Skuteczność leczenia (Owch\_LECZ)** – przekonania chorej na temat skuteczności leczenia onkologicznego.

**Istota choroby (Owch\_OBJ)** – etykietowanie choroby, polegające przede wszystkim identyfikowaniu i ocenie nasilenia objawów somatycznych utożsamianych z chorobą nowotworową.

**Martwienie się chorobą (Owch\_MART)** – tendencja do ruminowania na tematy związane z rakiem piersi, z katastrofizowaniem i trudnością zmiany tematu na treści neutralne lub przyjemne.

**Rozumienie choroby (Owch\_ROZ)** – zasięg rozumienia przez pacjentkę całego procesu chorobowego związanego z rakiem piersi (genezy, znaczenia objawów, mechanizmów regulujących przebieg choroby itd.).

**Wpływ na emocje (Owch\_EMO)** – doświadczanie negatywnego afektu, którego przyczyna upatrywana jest przez chorą w zdiagnozowanej u niej chorobie nowotworowej.

**Akceptacja choroby (AKCEPT)** – stan, w którym pacjentka: a) przyjęła fakt, że obraz kliniczny jej stanu zdrowia spełnia obiektywnie zdefiniowane kryteria diagnozy choroby nowotworowej; b) rozpoznała u siebie potrzebę zaadaptowania się do choroby, tolerowania nieprzewidywalnych i niekontrolowalnych przejawów choroby; c) podjęła decyzję o radzeniu sobie z niekorzystnymi konsekwencjami dolegliwości.

**Poziom dystresu (DYSTRES)** – natężenie dystresu pojawiające się w wyniku choroby nowotworowej i jej konsekwencji dla pacjentki. Jako dystres rozumie się tutaj stan

negatywnego (zbyt silnego lub zbyt długo trwającego) przeciążenia o charakterze fizycznym, psychicznym, społecznym i/lub duchowym, będącego reakcją organizmu na zagrożenie oraz utrudniające lub uniemożliwiające realizację ważnych celów i zadań.

**Problemy** – doświadczane przez pacjentkę negatywne konsekwencje zdiagnozowanej choroby nowotworowej, mające swoje odzwierciedlenie w postaci problemów dotyczących różnych obszarów codziennego funkcjonowania. W pracy uwzględniono następujące problemy:

**Problemy praktyczne (Pr\_PRAKT)** – doświadczane przez pacjentkę negatywne konsekwencje zdiagnozowanej choroby nowotworowej w obszarze związanym z zapewnieniem utrzymania rodziny, przemieszczaniem się, rozwiązywaniem codziennych wyzwań.

**Problemy rodzinne (Pr\_RODZ)** – doświadczane przez pacjentkę negatywne konsekwencje zdiagnozowanej choroby nowotworowej w obszarze relacji z osobami bliskimi (dziećmi czy partnerem).

**Problemy emocjonalne (Pr\_EMOC)** – doświadczane przez pacjentkę negatywne konsekwencje zdiagnozowanej choroby nowotworowej w obszarze emocjonalnym, takie jak utrata zainteresowania codziennymi zajęciami, lęk czy smutek.

**Problemy religijne i duchowe (Pr\_DUCH)** – doświadczane przez pacjentkę negatywne konsekwencje zdiagnozowanej choroby nowotworowej w obszarze duchowym, religijnym czy egzystencjalnym.

**Problemy fizyczne (Pr\_FIZ)** – doświadczane przez pacjentkę negatywne konsekwencje zdiagnozowanej choroby nowotworowej w obszarze funkcjonowania somatycznego, związane z doświadczaniem różnych dolegliwości (np. bólu, zmęczenia, zmian w wyglądzie, zaburzeń w obszarze seksualności itd.).

**Radzenie sobie z chorobą (coping)** – złożony i dynamiczny proces funkcjonowania pacjenta w sytuacji choroby, obejmujący zarówno procesy poznawcze, emocjonalne jak

i behawioralne, którego podstawowym i pożądanym efektem jest adaptacja do życia z nią, przejawiająca się w optymalnym funkcjonowaniu w sferach somatycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. W ramach radzenia sobie z chorobą nowotworową wyróżniono następujące wymiary:

**Lękowe zaabsorbowanie (Cop\_LEK)** – strategia ta przejawia się w niepokoju, spostrzeganiu choroby nowotworowej jako zagrażającej, wywołującej lęk, nad którym nie można zapanować i który sprawia, że każda dostrzeżona zmiana interpretowana jest jako sygnał pogorszenia się stanu zdrowia.

**Bezradność-beznadziejność (Cop\_BEZR)** – strategia ta przejawia się biernością w sytuacji choroby nowotworowej, poczuciem zagubienia i bezsilności, co świadczy o poddaniu się chorobie.

**Pozytywne przewartościowanie (Cop\_POZ)** – strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową, związana z przeorganizowaniem problemu choroby tak, by mając świadomość powagi sytuacji, umieć odnaleźć pozytywne strony własnej sytuacji.

**Duch walki (Cop\_DUCH)** – strategia ta pomaga chorej w potraktowaniu choroby nowotworowej jako osobistego wyzwania i podjęcia działań w celu pokonania choroby.

**Destrukcyjne radzenie sobie (Cop\_DEST)** – jest to styl radzenia sobie, obejmujący destrukcyjne strategie radzenia sobie, tj. lękowe zaabsorbowanie i bezradność-beznadziejność.

**Konstruktywne radzenie sobie (Cop\_KONST)** – jest to styl radzenia sobie, obejmujący konstruktywne strategie radzenia sobie, tj. pozytywne przewartościowanie i ducha walki.

**Stan afektywny** – specyficzny dla każdego człowieka wiodący nastrój, będący rezultatem aktywności struktur systemu nerwowego odpowiedzialnych za przetwarzanie informacji w celu określenia ich właściwości apetytywnych bądź awersyjnych.

W ramach stanu afektywnego wyróżnia się afekt pozytywny, negatywny i tzw. bilans afektywny:

**Afekt pozytywny (Af\_POZ)** – zakres doświadczeń różnych stanów nastroju pozytywnego (np. radości czy entuzjazmu).

**Afekt negatywny (Af\_NEG)** – zakres doświadczeń różnych stanów nastroju negatywnego (np. smutku czy winy).

**Bilans afektywny (Af\_POZ/NEG)** – stosunek afektu pozytywnego do negatywnego. Bilans afektywny pozwala ocenić, które z emocji – pozytywne czy negatywne – przeważają u danej jednostki.

Zmienne, wyróżnione w modelu uwarunkowań jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej, mogą posiadać status zmiennej niezależnej lub zależnej i jest to uwarunkowane testowaną ścieżką modelu. Sposób operacjonalizacji zmiennych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1.

## Operacjonalizacja zmiennych ujętych w modelu badawczym

Zmienna	Charakter zmiennej	Wskaźnik	Skrócona nazwa wskaźnika	Narzędzie
Jakość życia	zależna	Dymensjonalny Wynik liczbowy dla skal SF-36v2:		SF-36v2
		Ogólna jakość życia związana ze zdrowiem	Q_HR-QoL	
		Jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym	Q_PCS	
		Funkcjonowanie fizyczne	Q_PF	
		Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem	Q_RP	
		Dolegliwości bólowe	Q_BP	
		Ogólne poczucie zdrowia	Q_GH	
		Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym	Q_MCS	
		Witalność	Q_VT	
		Funkcjonowanie społeczne	Q_SF	
		Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych	Q_RE	
		Poczucie zdrowia psychicznego	Q_MH	
Temperament	niezależna	Dymensjonalny Wynik liczbowy dla skal FCZ_KT:		FCZ-KT
		Aktywność	T_AK	
		Wrażliwość sensoryczna	T_WS	
		Żwawość	T_ZW	
		Reaktywność emocjonalna	T_RE	
		Wytrzymałość	T_WT	
		Perseweratywność	T_PE	
Ocena poznawcza diagnozy choroby	niezależna lub zależna	Dymensjonalny Wynik liczbowy dla skal KOS:		KOS
		Zagrożenie	OP_ZAGR	
		Krzywda/strata	OP_KRZY	
		Wyzwanie-aktywność	OP_WYZW-A	
		Wyzwanie-pasywność	OP_WYZW-P	
		Ocena negatywna	OP_NEGAT	
Obraz własnej choroby	niezależna lub zależna	Dymensjonalny Wynik liczbowy dla skal B-IPQ:		B-IPQ
		Wpływ choroby na życie	Owch_WPŁ	
		Przebieg choroby	Owch_PRZEB	
		Kontrola osobista	Owch_KONT	
		Skuteczność leczenia	Owch_LECZ	
		Istota choroby	Owch_OBJ	
		Martwienie się chorobą	Owch_MART	
		Rozumienie choroby	Owch_ROZ	
Wpływ na emocje	Owch_EMO			

Tabela 1.

Operacjonalizacja zmiennych ujętych w modelu badawczym (cd.)

Zmienna	Charakter zmiennej	Wskaźnik	Skrócona nazwa wskaźnika	Narzędzie
<b>Akceptacja choroby</b>	niezależna lub zależna	Dymensjonalny Wynik liczbowy uzyskany w AIS: Akceptacja choroby	AKCEPT	AIS
<b>Poziom dystresu</b>	niezależna lub zależna	Dymensjonalny Wynik liczbowy uzyskany w Termometrze Dystresu	DYSTRES	Termometr Dystresu
<b>Problemy</b>	niezależna lub zależna	Dymensjonalny Wynik liczbowy dla skal Listy Problemów		
		Problemy praktyczne	Pr_PRAKT	Lista Problemów
		Problemy rodzinne	Pr_RODZ	
		Problemy emocjonalne	Pr_EMOC	
		Problemy religijne/duchowe	Pr_DUCH	
Problemy fizyczne	Pr_FIZ			
<b>Radzenie sobie z chorobą (coping)</b>	niezależna lub zależna	Dymensjonalny Wynik liczbowy dla skal Mini-MAC		
		Konstruktywne radzenie sobie	Cop_KONST	Mini-MAC
		Duch walki	Cop_DUCH	
		Pozytywne przewartościowanie	Cop_POZ	
		Destrukcyjne radzenie sobie	Cop_DEST	
		Lękowe zaabsorbowanie	Cop_LEK	
Bezradność-beznadziejność	Cop_BEZR			
<b>Stan afektywny</b>	niezależna lub zależna	Dymensjonalny Wynik liczbowy dla skal SUPIN:		
		Afekt pozytywny	Af_POZ	SUPIN
		Afekt negatywny	Af_NEG	
Bilans afektywny	Af_POZ/NEG			
<b>Czas od rozpoznania choroby</b>	niezależna	Kategorialny Czas od otrzymania diagnozy raka piersi:	1-30 dni 31-60 dni 61-90 dni	Kwestionariusz osobowy



### 3. MATERIAŁ I METODY

Badanie miało charakter przekrojowy i samoopisowy.

#### **3.1. Procedura badawcza i osoby badane**

Do badania zaproszono kobiety, które w ciągu ostatnich trzech miesięcy otrzymały diagnozę raka piersi. Przed rozpoczęciem badania każda z osób była informowana o celu badania, dobrowolności uczestnictwa w nim oraz możliwości wycofania się w każdym momencie jego trwania bez żadnej szkody dla dalszego postępowania terapeutycznego.

**Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (nr KBET/36/B/2013 z dnia 28 lutego 2013).** Materiał badawczy zebrano w okresie od listopada 2013 do marca 2015 roku. Badanie zostało przeprowadzone w Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie przy ul. Garncarskiej 11 w Krakowie oraz w Przyklinicznej Poradni Onkologicznej I Katedry Chirurgii Ogólnej i Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Szpitala Uniwersyteckiego przy ul. Kopernika 40 w Krakowie.

Badaniem objęto kobiety, które były pacjentkami w wyżej wymienionych jednostkach i przeszły diagnostykę w kierunku rozpoznania i leczenia raka piersi. Osoby badane były kierowane na badanie przez lekarza prowadzącego (chirurga), który był jednocześnie osobą informującą je o rozpoznaniu nowotworu.

Po wyrażeniu zgody na udział w badaniu, kobiety zostały poproszone o samodzielne wypełnienie kwestionariuszy w ciągu najbliższych trzech dni. Badanie nie miało charakteru eksperymentu i nie wiązało się z ingerencją w proces leczenia.

Do kryteriów włączenia do badania należały:

- płeć żeńska,
- rozpoznanie raka piersi postawione nie dawniej niż 3 miesiące przed zaproszeniem do badania,
- świadoma zgoda na udział w badaniu naukowym wyrażona pisemnie,
- wiek pomiędzy 18. a 60. rokiem życia,

- brak włączania jakiegokolwiek formy leczenia onkologicznego.

Do kryteriów wyłączenia z badania należały:

- wycofanie zgody na udział w badaniu naukowym,
- rozpoznanie choroby nowotworowej w przeszłości,
- zaburzenia poznawcze uniemożliwiające zrozumienie pytań kwestionariuszowych,
- rozpoznany epizod depresyjny przed postawieniem diagnozy nowotworowej,
- obecność zaburzeń psychiatrycznych i/lub otępiennych,
- czynny proces uzależnienia,
- obecność innych poważnych chorób przewlekłych.

### **3.2. Narzędzia**

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano książeczkę testową składającą się z kilku opisanych poniżej narzędzi badawczych.

#### **3.2.1. Kwestionariusz osobowy**

W tej części książeczki testowej zbierano ogólne informacje socjodemograficzne, takie jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, posiadanie dzieci, status zawodowy, sytuacja materialna itp. Znalazły się tam także pytania dotyczące funkcjonowania pacjenta, jego wiedzy na temat choroby, momentu diagnozy i jej rodzaju, ważnych wydarzeń poprzedzających zachorowanie oraz rodzaju planowanego leczenia.

#### **3.2.2. Kwestionariusz Oceny Jakości Życia – SF-36v2**

Ocenę jakości życia chorych leczonych przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza SF-36v2 (*The Short Form - 36 Health Survey Questionnaire*) w polskiej adaptacji D. Żołnierczyk-Zredy i wsp. (2009). To jedno z najpowszechniej stosowanych i najlepiej zbadanych narzędzi do badania jakości życia związanej ze zdrowiem (Garratt i in., 2002).

Kwestionariusz SF-36v2 należy do metod samooceny i jest przeznaczony do subiektywnej oceny stanu zdrowia warunkującego jakość życia. W jego skład wchodzi 36 stwierdzeń. Na podstawie odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu uzyskuje się dane pozwalające na ocenę ośmiu podstawowych wskaźników wykorzystywanych do oceny jakości życia. Cztery podskale związane są ze zdrowiem somatycznym: Funkcjonowanie fizyczne (10 pytań z wielopoziomowymi odpowiedziami); Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem (4 pytania z odpowiedziami tak/nie); Dolegliwości bólowe (2 pytania o wielopoziomowych odpowiedziach); oraz Ogólne poczucie zdrowia (5 pytań o wielopoziomowych odpowiedziach). Cztery kolejne podskale związane ze zdrowiem psychicznym: Witalność (3 pytania z odpowiedziami tak/nie); Funkcjonowanie społeczne (2 pytania z wielopoziomowymi odpowiedziami); Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych (3 pytania z odpowiedziami tak/nie); oraz Poczucie zdrowia psychicznego (5 pytań z wielopoziomowymi odpowiedziami).

Zsumowanie poszczególnych grup wskaźników pozwala na ocenę jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego oraz psychicznego. Ponadto w wyniku dodania punktów w zakresie wszystkich ośmiu parametrów otrzymuje się wartość bezwzględną odpowiadającą indeksowi jakości życia związanej ze zdrowiem w wymiarze globalnym. Otrzymane wyniki surowe przelicza się na skalę od 0 do 100, co pozwala na porównanie funkcjonowanie człowieka w poszczególnych wymiarach jakości życia. Po przeliczeniu wyników, im wyższą wartość osiąga człowiek na danej skali, tym wyższa jest jego jakość życia w tym wymiarze.

Współczynniki rzetelności *alfa* Cronabacha dla wszystkich skal narzędzia są wyższe niż 0,75, co świadczy o jego zadowalającej trafności i rzetelności.

### **3.2.3. Termometr Dystresu i Lista Problemów**

Termometr Dystresu i Lista problemów (ang. *Distress Thermometer; Patient Problem List*) to powszechnie stosowane narzędzia przesiewowe do określenia poziomu dystresu u chorych onkologicznie. W badaniu zastosowano narzędzie w polskiej adaptacji Życińskiej i wsp. (2009). Termomemtr Dystresu służy do oceny dystresu psychologicznego

doświadczanego przez pacjentów onkologicznych w ciągu ostatnich siedmiu dni. Badany zaznacza swoje doświadczenie na skali od 0 (brak stresu) do 10 (ekstremalny stres). Badania walidacyjne nad narzędziem wskazały, że osoby osiągające wynik co najmniej 4 punktów znajdują się w grupie ryzyka klinicznych zaburzeń depresyjnych i lękowych.

Lista Problemów zawiera listę 35 problemów najczęściej zgłaszanych przez pacjentów onkologicznych, pogrupowanych w pięć kategorii: praktyczne, rodzinne, emocjonalne, religijne/duchowe oraz fizyczne. Podobnie jak w Termometrze Dystresu, pacjenci oceniają ich występowanie w ostatnim tygodniu, zaznaczając swoje odpowiedzi na dychotomicznej skali Tak/Nie.

#### **3.2.4. Kwestionariusz Adaptacji do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC**

Aby ocenić podejmowane przez chore strategie radzenia sobie z chorobą, wykorzystano Kwestionariusz Adaptacji do Choroby Nowotworowej Mini-MAC autorstwa M. Watson i wsp. w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego (2001).

Polska wersja skali Mini-MAC składa się z 28 diagnostycznych itemów i mierzy cztery strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową, takie jak: Zaabsorbowanie lękowe, Duch walki, Bezradność-beznadziejność, Pozytywne przewartościowanie.

Badany ocenia przy pomocy skali czterostopniowej (od 1 do 4), w jakim stopniu podane stwierdzenia odnoszą się do niego w chwili obecnej. Im wyższy uzyskany przez badanego wynik, tym silniej zaznaczona jest dana strategia. Strategie duch walki i pozytywne przewartościowanie składają się na konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą, a lękowe zaabsorbowanie i bezradność-beznadziejność – na styl destrukcyjny.

Wartości współczynnika *alfa* Cronbacha dla poszczególnych strategii zawierają się w przedziale od 0,87 dla pozytywnego przewartościowania do 0,92 dla bezradność-beznadziejności.

### 3.2.5. Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych – SUPIN (PANAS)

Narzędzie SUPIN (ang. *Positive Affect Negative Affect Scale*, PANAS) opracowane zostało przez D. Watsona i wsp. (1988). Polska adaptacja skali została przygotowana została przygotowana przez P. Brzozowskiego (2010). Skonstruowano je w celu pomiaru dominującego nastroju i stanów afektywnych. Skala składa się z 30 przymiotników określających uczucia pozytywne (15 itemów) i uczucia negatywne (15 itemów). Osoba badana określa, jak czuje się na ogół, przyznając każdemu przymiotnikowi odpowiednią rangę od w skali 1-5. Za pomocą skali SUPIN (PANAS) można mierzyć: siłę i znak dominującego afektu, afekt pozytywny i negatywny rozłącznie, a także siłę i znak wybranych emocji. Ponadto można wykorzystać obliczyć tzw. bilans afektywny, czyli stosunek emocji pozytywnych do negatywnych.

Zgodność wewnętrzna skal jest wysoka lub zadowalająca - współczynniki *alfa* Cronbacha, w zależności od rodzaju próby, wahają się w granicach od 0,73 do 0,95.

### 3.2.6. Kwestionariusz Oceny Sytuacji – KOS

Kwestionariusz opracowany przez K. Wrześniewskiego i D. Włodarczyk (2010) jest pierwszym w Polsce narzędziem pozwalającym na badanie dyspozycyjnej i sytuacyjnej oceny stresu.

Narzędzie stworzono w oparciu o transakcyjną teorię stresu i radzenia sobie R. Lazarusa i S. Folkman (1984) oraz interakcyjnym modelu radzenia sobie opracowanym przez K. Wrześniewskiego i D. Włodarczyk (2010). Osoby badane, opisując sytuację stresową – tutaj chorobę nowotworową, korzystają z 35 przymiotników, zaznaczając, w jakim stopniu pasują one do ich odczuć.

Kwestionariusz ten charakteryzuje się pozytywnymi wskaźnikami psychometrycznymi. W badaniach nad rzetelnością kwestionariusza otrzymano następujące wartości współczynników *alfa* Cronbacha dla poszczególnych podskal: Zagrożenie (*alfa* = 0,90), Krzywda/strata (*alfa* = 0,80), Wyzwanie-aktywność (*alfa* = 0,71), Wyzwanie-pasywność (*alfa* = 0,76) (Wrześniewski i Włodarczyk, 2010). Zagrożenie oraz

Krzywda/strata są ocenami poznawczymi, które mogą być złożone w tzw. negatywną ocenę stresora, a obie kategorie wyzwania – w pozytywną ocenę stresora. Im wyższy wynik uzyskuje badany w danej skali, tym silniej dana ocena poznawcza jest zaznaczona.

### **3.2.7. Skala Akceptacji Choroby – AIS**

Skala Akceptacji Choroby – AIS (ang. *Acceptance of Illness Scale*, AIS) została skonstruowana przez Felton i wsp. (1984). Zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Polska adaptacja skali została przeprowadzona przez Z. Juczyńskiego (2009). Zgodność wewnętrzną Wskaźnik *alfa* Cronbacha dla polskiej wersji AIS wynosi 0,85 i jest zbliżony do rzetelności wersji oryginalnej, tj. 0,82. Im wyższy wynik uzyskuje badany, tym większy poziom akceptacji choroby wykazuje.

### **3.2.8. Kwestionariusz Percepcji Choroby – B-IPQ**

W badaniach zastosowano skróconą wersję Kwestionariusza Percepcji Choroby B-IPQ (Broadbent i in., 2006) w polskiej adaptacji M. Kossakowskiej (Kossakowska, 2012; Kossakowska i Zielazny, 2013).

Kwestionariusz ten składa się z dziewięciu skal, które mierzą subiektywną ocenę wpływu choroby na życie oraz czasu jej trwania, poczucie kontroli nad chorobą, przekonanie o skuteczności leczenia, subiektywną ocenę nasilenia objawów, zamartwianie się stanem zdrowia, poczucie zrozumienia choroby oraz ocenę wpływu na stan emocjonalny. Ostatnie, dziewiąte pytanie, dotyczy najważniejszych czynników, które w ocenie pacjenta, są przyczyną jego choroby.

W pierwszych ośmiu itemach badany zaznacza swoją odpowiedź na 10-stopniowej skali, w itemie nr 9 wpisuje słownie przyczyny własnej choroby. Im wyższy wynik zaznacza badany, tym silniejsze jest przekonanie badanego na temat, jakiego dotyczy dana skala. Parametry psychometryczne tego narzędzia są zadowalające.

### **3.2.9. Kwestionariusz Temperamentu Formalna Charakterystyka Zachowania – FCZ-KT**

Aby dokonać pomiaru cech temperamentu posłużono się Kwestionariuszem Temperamentu – Formalna Charakterystyka Zachowania (FCZ-KT), skonstruowanym przez Zawadzkiego i Strelaua (1997). Narzędzie ma charakter samoopisowy, zawiera 120 pozycji i umożliwia pomiar sześciu cech temperamentu, takich jak: reaktywność emocjonalna (RE), perseweratywność (PE), aktywność (AK), żwawość (ŻW), wrażliwość sensoryczna (WS), wytrzymałość (WT). Osoby badane wypełniają kwestionariusz, i ustosunkowują się do zawartych w arkuszu twierdzeń, poprzez wybór odpowiedzi Tak lub Nie.

Rzetelność Kwestionariusza Temperamentu FCZ-KT jest dobra. Współczynniki *alfa* Cronbacha dla skal WS, PE, ŻW wynoszą od  $\alpha=0,72$  do  $\alpha=0,78$ , natomiast dla skal RE, WT, AK wynoszą od  $\alpha=0,83$  do  $\alpha=0,86$ .

### **3.3. Metody analizy statystycznej**

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu IBM SPSS ver. 23 oraz programu AMOS.

Zgodność rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym sprawdzono za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. W pracy przyjęto poziom istotności statystycznej  $\alpha = 0,05$ .

Aby ocenić jakość życia i funkcjonowanie poznawczo-afektywne badanych wykorzystano statystyki opisowe. Wartości obliczane dla zmiennych ilościowych przedstawione zostały jako średnia arytmetyczna (ang. *mean*, *M*) i odchylenie standardowe (ang. *standard deviation*, *SD*), a charakterystyka zmiennych jakościowych została przedstawiona jako liczebności (*n*) i wartości procentowe (%).

Aby zweryfikować istotność różnic pomiędzy wyodrębnionymi podgrupami kobiet wykorzystano test *t*-Studenta i analizę wariancji ANOVA z testem post-hoc *NIR* (dla zmiennych o rozkładach normalnych) oraz test *U* Manna-Whitney'a (dla zmiennych o rozkładach odmiennych od normalnego).

W przypadku porównań międzygrupowych dotyczących zmiennych jakościowych wykorzystano test  $\chi^2$ .

W celu określenia zależności pomiędzy badanymi zmiennymi oraz ich siły zdecydowano się wykorzystać metody korelacyjne (analiza współczynników korelacji  $r$  Pearsona lub  $\tau$ - $b$  Kendala).

Aby określić istotne predyktory akceptacji choroby i jakości życia u kobiet we wczesnej fazie choroby nowotworowej wykorzystano krokową analizę regresji liniowej.

W celu określenia kierunku i charakteru (bezpośredni lub pośredni) związków pomiędzy badanymi zmiennymi, a tym samym w celu weryfikacji modelu uwarunkowań jakości życia u kobiet we wczesnej fazie choroby nowotworowej, wykorzystano analizę seryjnej mediacji metodą bootstrappingu. W tej analizie wykorzystano opcję bootstrappingu w programie AMOS. Metoda ta stanowi alternatywę dla modelowania równań strukturalnych w przypadku mniejszych liczebności prób badawczych.

Wreszcie celem zidentyfikowania profilu cech psychologicznych predysponujących do wysokiej i niskiej jakości życia u kobiet z rakiem piersi we wczesnej fazie choroby wykorzystano analizę skupień metodą  $k$ -średnich.

Przedstawione powyżej metody należą do klasy wielowymiarowych modeli statystycznych pozwalające na eksplorację złożonych relacji między zmiennymi.



## **4. WYNIKI**

W pierwszej części rozdziału zostaną przedstawione statystyki opisowe i analizy statystyczne, pozwalające scharakteryzować badaną grupę pod względem danych socjodemograficznych, a także pod względem jakości życia, temperamentu i funkcjonowania poznawczo-afektywnego. W dalszej części przedstawione zostaną analizy korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi, a następnie wyniki analiz pozwalających zidentyfikować predyktory akceptacji choroby i jakości życia u badanych kobiet oraz umożliwiającą weryfikację modelu uwarunkowań jakości życia we wczesnej fazie choroby nowotworowej. W ostatniej części rozdziału przedstawione zostaną wyniki analizy skupień, umożliwiającą wskazanie profilu cech psychologicznych, predysponujących do wysokiej i niskiej jakości życia we wczesnej fazie choroby nowotworowej.

### **4.1. Charakterystyka osób badanych**

Badaniem objęto 136 kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi przed rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia.

#### **4.1.1. Charakterystyka socjodemograficzna osób badanych**

W tabeli 2 przedstawiono charakterystykę grupy osób badanych pod względem danych socjodemograficznych.

Grupę osób badanych stanowiły przede wszystkim kobiety pozostające w stałych związkach, posiadające dzieci, mieszkające przeważnie w miastach, dość dobrze wykształcone, pracujące i posiadające przeciętny status materialny.

Poważną zmianę życiową, taką jak np. przeprowadzka, zmiana statusu związku czy statusu zawodowego, śmierć kogoś bliskiego itp., która miała miejsce w minionym roku, zgłosiło 31,6% badanych kobiet.

Tabela 2.

Charakterystyka grupy osób badanych pod względem danych socjodemograficznych

Dane socjodemograficzne	Charakterystyka grupy (N=136)			
	<i>n</i>	%	<i>M (SD)</i>	<i>min-max</i>
<b>Wiek [lata]</b>			51,36 (9,76)	30-78
<b>Stan cywilny</b>				
Panna	9	6,6		
Rozwódka, bez związku	12	8,8		
Wdowa, bez związku	13	9,6		
Małżeństwo	99	72,8		
Stały związek nieformalny	3	2,2		
<b>Posiadanie dzieci [tak]</b>	116	85,3		
<b>Wykształcenie</b>				
Podstawowe	2	1,5		
Zawodowe	30	22,1		
Średnie	49	36,0		
Wyższe	53	39,0		
Studia trzeciego stopnia	2	1,5		
<b>Status zawodowy</b>				
Pracująca	86	63,2		
Emerytka	26	19,1		
Rencistka	8	5,9		
Bezrobotna	16	11,8		
<b>Status materialny</b>				
Zły	11	8,1		
Przeciętny	57	41,9		
Dobry	58	42,6		
Bardzo dobry	10	7,4		
<b>Miejsce zamieszkania</b>				
Wieś	55	40,4		
Miasto do 25 tys. mieszkańców	21	15,4		
Miasto 25 do 100 tys. mieszkańców	22	16,2		
Miasto pow. 100 tys. mieszkańców	38	27,9		

Uwagi: *n* – liczebność próby; *M* – średnia arytmetyczna; *SD* – odchylenie standardowe; *min-max* – rozstęp wyników

#### 4.1.2. Charakterystyka grupy pod względem danych związanych ze stanem zdrowia

Charakterystykę grupy pod względem sytuacji zdrowotnej i historii dotychczasowej choroby nowotworowej przedstawiono w tabeli 3. Większość badanych to kobiety, którym postawiono diagnozę raka piersi w ciągu dwóch miesięcy poprzedzających niniejsze badanie (83,8%). Zdecydowana większość badanych (93,4%) została poinformowana o konieczności przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego, a u pozostałych kobiet (n=9) planowano rozpoczęcie leczenia od chemioterapii.

Tabela 3.

Charakterystyka grupy osób badanych pod względem sytuacji zdrowotnej

Stan zdrowia i historia choroby	Charakterystyka grupy (N=136)		
	n	%	M (SD) min-max
<b>Czas od pojawienia się pierwszych sygnałów choroby do diagnozy [dni]</b>			130,51 (436,83) 0-3225
<b>Czas od postawienia diagnozy [dni]</b>			43,96 (23,61) 5-90
<b>Czas od postawienia diagnozy raka piersi</b>			
do 30 dni	58	42,6	
31-60 dni	56	41,2	
61-90 dni	22	16,2	
<b>Stadium choroby z wywiadu od pacjentki</b>			
Nie wiem	34	25,0	
Nowotwór ograniczony do zmiany miejscowej	81	59,6	
Nowotwór z przerzutami do okolicznych węzłów chłonnych	21	15,4	
<b>Planowane leczenie</b>			
Zabieg chirurgiczny	127	93,4	
Chemioterapia	9	6,6	
Radioterapia	23	16,9	
Chemio- i radioterapia	3	2,2	
Hormonoterapia	4	2,9	
<b>Choroby nowotworowe w rodzinie</b>	91	66,9	
<b>Wcześniejsze podejrzenie choroby nowotworowej u badanej</b>	12	8,8	
<b>Pomoc psychologiczna/psychiatryczna</b>			
W przeszłości	21	15,4	
Obecnie	12	8,8	

Uwagi: n – liczebność próby; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; min-max – rozstęp wyników

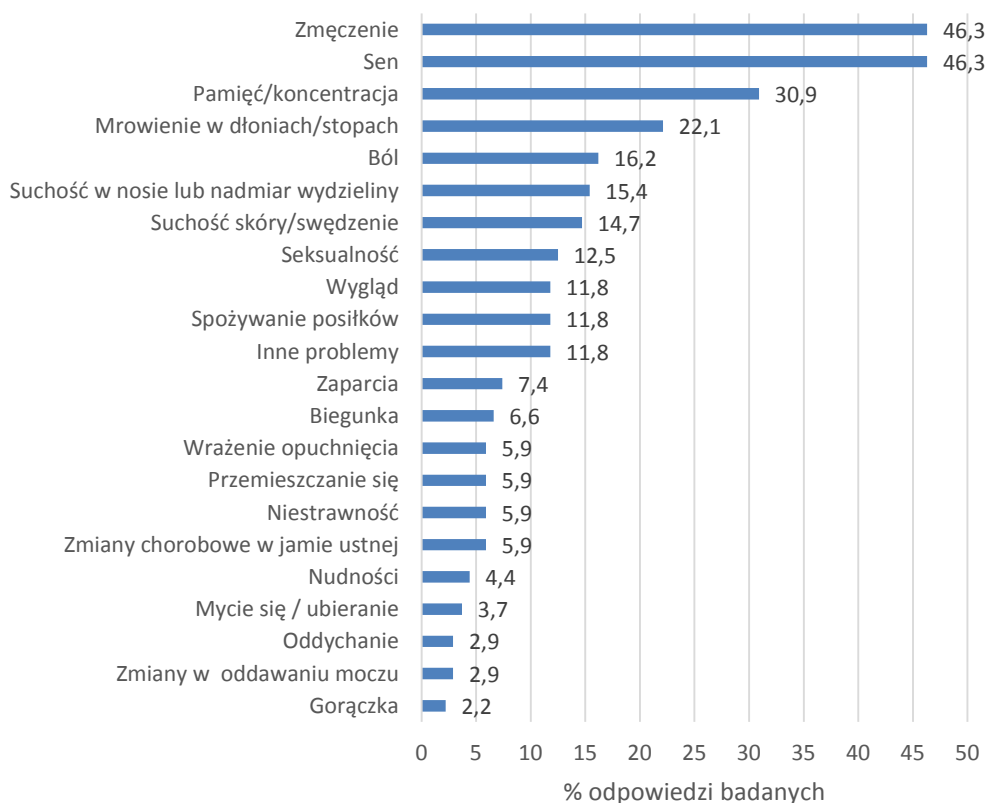
U 52,2% kobiet rozpoznanie nowotworu nastąpiło podczas rutynowego badania profilaktycznego, bez wcześniejszych objawów klinicznych, sugerujących rozwój choroby nowotworowej. W ciągu miesiąca od pojawiania się niepokojących sygnałów diagnozę nowotworu postawiono u 18,4% badanych. U kolejnych 11% rozpoznanie postawiono w ciągu 60 do 90 dni od pojawienia się pierwszych objawów, a u 18,4% diagnozę postawiono w czasie powyżej 3 miesięcy od zauważenia przez pacjentkę niepokojących symptomów. U dziewięciu kobiet (6,6%) rozpoznanie nowotworu nastąpiło po roku czasu, w tym u 6 w okresie ponad trzech lat od pierwszych objawów. Jedyną zmienną socjodemograficzną, która na istotnym statystycznie poziomie korelowała z okresem pomiędzy pojawieniem się pierwszych niepokojących objawów a diagnozą, był wiek. Im

pacjentki były młodsze, tym więcej czasu mijało do postawienia rozpoznania raka piersi ( $\tau=-0,22$ ;  $p<0,01$ ).

Wśród badanych 25% kobiet ( $n=34$ ) deklaroowało, że nie wie, jakie stadium rozwoju nowotworu u nich występuje. Co ciekawe, dwadzieścia osób w tej grupie o samej diagnozie wiedziało już od co najmniej miesiąca.

Dość duża grupa badanych (66,9%) zetknęła się już z chorobą nowotworową, ale uprzednio problem ten dotyczył innych osób w najbliższej rodzinie. Natomiast dwanaście osób (8,8%) doświadczyło już wcześniej podejrzenia nowotworu u samych siebie.

Wśród problemów fizycznych, jakich doświadczały badane, dominowały zmęczenie, zaburzenia snu oraz zaburzenia pamięci i koncentracji (ryc. 2). Dość często (u 22,1% badanych) pojawiały się także skargi na parestezje w dłoniach i/lub stopach.



Ryc. 2. Problemy fizyczne zgłaszane przez kobiety we wczesnym etapie choroby nowotworowej.

W tym etapie choroby, jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, a więc i przed wystąpieniem objawów niepożądanych leczenia oraz zmian w wyglądzie, badane rzadko

deklarowały obecność problemów związanych z wyglądem, seksualnością czy bólem (11,8-16,2% badanych).

Wśród innych zgłaszanych problemów, lokowanych w sferze somatycznej, pojawiały się problemy alergiczne, jaskra, zaburzenia hormonalne związane z chorobami tarczycy oraz problemy ginekologiczne.

#### 4.1.3. Charakterystyka grupy pod względem cech temperamentalnych

W tabeli 4 przedstawiono charakterystykę grupy osób badanych pod względem cech temperamentalnych.

W badanej grupie poziomy nasilenia cech temperamentalnych zawierają się przeważnie w zakresie średnich wartości typowych dla populacji (od 4 do 6 stanina). Zwraca uwagę jedynie niskie nasilenie wrażliwości sensorycznej (2 stanin) i stosunkowo wysokie nasilenie wytrzymałości (6,3 stanina).

Tabela 4.

*Cechy temperamentalne badanych kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby*

Cechy temperamentalne	Statystyki opisowe					
	Wyniki surowe			Skala staninowa		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min-max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min-max</i>
T_AK	9,76	3,55	1-18	6,10	1,43	2-9
T_WS	9,87	2,13	2-16	2,09	0,99	1-6
T_ŻW	11,18	2,20	5-16	3,73	1,04	1-6
T_RE	10,85	3,30	3-19	4,16	1,23	1-8
T_WT	11,46	2,39	5,17	6,29	1,13	4-9
T_PE	11,22	2,71	4-16	4,09	1,27	1-7

**Uwagi:** *N*=136; *M* – średnia arytmetyczna; *SD* – odchylenie standardowe; *min-max* – rozstęp wyników; T\_AK – Aktywność; T\_WS – Wrażliwość sensoryczna; T\_ŻW – Żwawość; T\_RE – Reaktywność emocjonalna; T\_WT – Wytrzymałość; T\_PE – Perseweratywność

## **4.2. Jakość życia i funkcjonowanie kobiet z rakiem piersi w fazie oczekiwania na rozpoczęcie leczenia**

Nie wykazano żadnych istotnych różnic w zakresie uwzględnionych zmiennych w modelu jakości życia kobiet we wczesnym etapie choroby pomiędzy grupami kobiet wyróżnionymi ze względu na stadium choroby, uprzednie doświadczenie podejrzenia nowotworu, doświadczenie choroby onkologicznej w rodzinie, obecność kryzysów życiowych w ostatnim roku, wiek (do 55 i po 55 r.ż.) i pozostałe zmienne socjodemograficzne. Stąd w dalszych analizach uwzględnione zostaną przede wszystkim porównania pomiędzy grupami kobiet wyróżnionymi na podstawie czasu, jaki upłynął od rozpoznania choroby.

### **4.2.1. Jakość życia kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia**

Ogólny poziom jakości życia (Q\_HR-QoL) był oceniany przez badane jako umiarkowanie wysoki ( $M=67,01$ ;  $SD=18,91$ ;  $min-max=21,03-97,75$ ). Z racji niedawnego, często przypadkowego rozpoznania choroby oraz braku włączenia leczenia założono, że u kobiet mogą zaistnieć różnice w wysyceniu ogólnego wskaźnika jakości życia poszczególnymi jego składowymi, tzn. jakością życia związaną ze zdrowiem fizycznym i związaną ze zdrowiem psychicznym. Stąd dalszy opis grupy osób badanych przeprowadzono, uwzględniając osobno te składowe.

W tabeli 5 przedstawiono charakterystykę grupy pod względem jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym z uwzględnieniem czasu, jaki minął od postawienia diagnozy choroby nowotworowej.

Badane oceniały swoją jakość życia związaną ze zdrowiem fizycznym jako dobrą ( $M=71,74$ ;  $SD=19,88$ ). Pacjentki, jako grupa, dobrze funkcjonowały fizycznie i nie doświadczały istotnych dolegliwości bólowych. Nieco gorzej, ale również dość wysoko ( $M=63,48$ ), badane oceniały swoją jakość życia związaną z pełnieniem ról. Jest to jednak skala, w której występuje największy rozrzut wyników ( $SD=43,11$ ). Najniżej badane oceniały wymiar jakości życia związany z ogólnym poczuciem zdrowia ( $M=55,92$ ;  $SD=18,68$ ).

Tabela 5.

Jakość życia związana ze zdrowiem fizycznym u kobiet z rakiem piersi (N=136) z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej

Jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym	Grupa	n	Charakterystyka grup			Porównanie grup	
			M	SD	min-max	ANOVA	
						p	NIR
Q_PCS	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>71,74</b>	<b>19,88</b>	<b>18,06-100</b>	<b>0,006</b>	1>3 * 2>3 *
	1. do 30 dni	58	74,02	17,09	35,42-100		
	2. 31-60 dni	56	74,19	20,34	18,06-100		
	3. 61-90 dni	22	59,51	21,82	25,97-93,75		
Q_PF	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>86,27</b>	<b>19,73</b>	<b>0-100</b>	<b>0,023</b>	1>3 * 2>3 *
	1. do 30 dni	58	88,22	16,22	16,67-100		
	2. 31-60 dni	56	88,39	19,63	0-100		
	3. 61-90 dni	22	75,76	25,29	22,22-100		
Q_RP	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>63,48</b>	<b>43,11</b>	<b>0-100</b>	<b>0,048</b>	1>3 # 2>3 *
	1. do 30 dni	58	66,09	41,18	0-100		
	2. 31-60 dni	56	67,86	42,15	0-100		
	3. 61-90 dni	22	45,45	47,75	0-100		
Q_BP	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>81,29</b>	<b>23,74</b>	<b>0-100</b>	<b>&lt;0,001</b>	1>3 *** 2>3 **
	1. do 30 dni	58	86,59	18,37	35-100		
	2. 31-60 dni	56	82,81	24,15	10-100		
	3. 61-90 dni	22	63,41	27,59	0-100		
Q_GH	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>55,92</b>	<b>18,68</b>	<b>10-100</b>	0,614	
	1. do 30 dni	58	55,17	17,67	20-100		
	2. 31-60 dni	56	57,68	19,02	10-100		
	3. 61-90 dni	22	53,41	20,78	15-90		

**Uwagi:** n – liczebność próby; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; min-max – rozstęp wyników; p – poziom istotności; \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; # - tendencja statystyczna (p = 0,05-0,06); NIR – test post hoc (test najmniejszych istotnych różnic); Q\_PCS - Jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym; Q\_PF - Funkcjonowanie fizyczne; Q\_RP - Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem; Q\_BP - Dolegliwości bólowe; Q\_GH - Ogólne poczucie zdrowia

Zaobserwowano, że kobiety, u których postawiono rozpoznanie w ostatnim dwóch miesiącach od zaproszenia do badania, mają wyższe poczucie jakości życia związane z funkcjonowaniem fizycznym, niż kobiety, które otrzymały diagnozę przed trzema miesiącami. Jediną podskalą, w której nie wykazano żadnych istotnych różnic pomiędzy grupami wyróżnionym ze względu na czas, jaki miał od postawienia diagnozy, jest ogólne poczucie zdrowia fizycznego.

W tabeli 6 przedstawiono charakterystykę grupy pod względem jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym z uwzględnieniem czasu, jaki minął od postawienia diagnozy choroby nowotworowej.

Tabela 6.

*Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym u kobiet z rakiem piersi (N=136) z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej*

Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym	Grupa	n	Charakterystyka grupy			ANOVA
			M	SD	min-max	p
Q_MCS	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>62,28</b>	<b>22,20</b>	<b>16,25-98</b>	0,657
	1. do 30 dni	58	60,27	22,51	18,63-96,75	
	2. 31-60 dni	56	63,99	22,35	21,25-98	
	3. 61-90 dni	22	63,27	21,58	16,25-95	
Q_RE	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>63,60</b>	<b>40,92</b>	<b>0-100</b>	0,576
	1. do 30 dni	58	60,78	41,65	0-100	
	2. 31-60 dni	56	63,39	40,16	0-100	
	3. 61-90 dni	22	71,59	41,76	0-100	
Q_SF	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>68,93</b>	<b>24,48</b>	<b>0-100</b>	0,597
	1. do 30 dni	58	68,53	24,47	12,5-100	
	2. 31-60 dni	56	70,98	23,61	25-100	
	3. 61-90 dni	22	64,77	27,18	0-100	
Q_MH	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>57,41</b>	<b>20,19</b>	<b>0-100</b>	0,313
	1. do 30 dni	58	54,34	21,15	0-92	
	2. 31-60 dni	56	59,79	19,60	20-96	
	3. 61-90 dni	22	59,45	18,81	20-100	
Q_VT	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>59,19</b>	<b>19,73</b>	<b>15-100</b>	0,442
	1. do 30 dni	58	57,41	19,13	15-95	
	2. 31-60 dni	56	61,79	20,75	15-100	
	3. 61-90 dni	22	57,27	18,75	20-85	

**Uwagi:** n – liczebność próby; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; min-max – rozstęp wyników; p – poziom istotności; Q\_MCS - Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym; Q\_RE - Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych; Q\_SF - Funkcjonowanie społeczne; Q\_MH - Poczucie zdrowia psychicznego; Q\_VT - Witalność

Badane oceniały swoją jakość życia związaną ze zdrowiem psychicznym jako umiarkowaną. Najwyżej oceniały swoje funkcjonowanie społeczne, natomiast najgorzej swoje poczucie zdrowia psychicznego ( $M=57,41$ ;  $SD=20,19$ ) i witalność ( $M=59,19$ ;  $SD=19,73$ ). Nie wykazano żadnych istotnych różnic w zakresie jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym pomiędzy grupami kobiet wyróżnionymi ze względu na upływ czasu od postawienia diagnozy.

Badane istotnie gorzej oceniały swoją jakość życia związaną ze zdrowiem psychicznym, niż tę związaną ze zdrowiem fizycznym ( $t=5,93$ ;  $p<0,001$ ).



## 4.2.2. Funkcjonowanie kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia

### 4.2.2.1. Akceptacja choroby u kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia

W tabeli 7 przedstawiono charakterystykę grupy pod względem akceptacji choroby z uwzględnieniem czasu, jaki minął od postawienia diagnozy choroby nowotworowej i od pojawienia się pierwszych niepokojących pacjentki objawów.

Tabela 7.

*Akceptacja choroby z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy i od pojawienia się pierwszych niepokojących pacjentki sygnałów*

Uptyw czasu	Akceptacja choroby					ANOVA
	Grupa	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min-max</i>	<i>p</i>
Od diagnozy	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>30,61</b>	<b>7,78</b>	<b>8-40</b>	0,212
	1. do 30 dni	58	29,60	8,12	8-40	
	2. 31-60 dni	56	32,02	7,52	10-40	
	3. 61-90 dni	22	29,68	7,33	10-40	
Od pojawienia się pierwszych objawów	1. natychmiast	71	31,23	7,21	8-40	0,542
	2. do 30 dni	25	29,44	6,58	15-40	
	3. 31-90 dni	15	28,60	9,77	10-40	
	4. > 90 dni	25	31,24	9,22	10-40	

**Uwagi:** *n* – liczebność próby; *M* – średnia arytmetyczna; *SD* – odchylenie standardowe; *min-max* – rozstęp wyników; *p* – poziom istotności

Poziom akceptacji choroby w badanej grupie był dość wysoki, nieco wyższy, niż wynik uzyskany w procesie normalizacji polskiej wersji narzędzia w grupie kobiet z rakiem sutka i macicy ( $M=28,13$ ;  $SD=7,60$ ) (Juczyński, 2001).

Nie wykazano istotnych różnic w poziomie akceptacji choroby pomiędzy grupami kobiet wyróżnionymi na podstawie czasu, jaki upłynął od postawienia diagnozy bądź na podstawie czasu od pojawienia się pierwszych niepokojących dolegliwości.

#### 4.2.2.2. Obraz choroby u kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia

W tabeli 8 przedstawiono charakterystykę grupy pod względem obrazu choroby z uwzględnieniem czasu, jaki minął od postawienia diagnozy choroby nowotworowej.

Tabela 8.

Obraz choroby z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej

Obraz własnej choroby	Grupa	n	Charakterystyka grup			Porównanie grup	
			M	SD	min-max	ANOVA	
						p	NIR
Owch_WPŁ	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>4,85</b>	<b>3,16</b>	<b>0-10</b>	<b>0,041</b>	1>2 * 1>3 *
	1. do 30 dni	58	5,55	3,50	0-10		
	2. 31-60 dni	56	4,34	2,82	0-10		
	3. 61-90 dni	22	4,32	2,84	0-10		
Owch_PRZEB	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>4,94</b>	<b>3,10</b>	<b>0-10</b>	0,084	
	1. do 30 dni	58	5,05	2,97	0-10		
	2. 31-60 dni	56	4,64	3,25	0-10		
	3. 61-90 dni	22	5,41	3,08	0-10		
Owch_KONT	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>4,39</b>	<b>3,24</b>	<b>0-10</b>	0,581	
	1. do 30 dni	58	4,78	3,08	0-10		
	2. 31-60 dni	56	4,21	3,30	0-10		
	3. 61-90 dni	22	3,82	3,51	0-10		
Owch_LECZ	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>8,62</b>	<b>2,01</b>	<b>2-10</b>	0,436	
	1. do 30 dni	58	8,78	1,85	4-10		
	2. 31-60 dni	56	6,43	2,25	2-10		
	3. 61-90 dni	22	8,68	1,81	5-10		
Owch_OBJ	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>2,15</b>	<b>2,32</b>	<b>0-10</b>	<b>0,048</b>	1<3 * 2<3 *
	1. do 30 dni	58	1,90	2,11	0-10		
	2. 31-60 dni	56	2,00	2,22	0-8		
	3. 61-90 dni	22	3,23	2,84	0-10		
Owch_MART	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>6,90</b>	<b>2,89</b>	<b>0-10</b>	0,059	1>2 #
	1. do 30 dni	58	7,36	2,93	0-10		
	2. 31-60 dni	56	6,34	2,80	0-10		
	3. 61-90 dni	22	7,09	2,91	0-10		
Owch_ROZ	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>7,67</b>	<b>2,85</b>	<b>0-10</b>	0,909	
	1. do 30 dni	58	7,55	2,90	0-10		
	2. 31-60 dni	56	7,79	2,73	0-10		
	3. 61-90 dni	22	7,68	3,13	0-10		
Owch_EMO	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>5,76</b>	<b>3,20</b>	<b>0-10</b>	0,060	1>3 #
	1. do 30 dni	58	6,19	3,34	0-10		
	2. 31-60 dni	56	5,75	2,95	0-10		
	3. 61-90 dni	22	4,68	3,32	0-10		

**Uwagi:** n – liczebność próby; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; min-max – rozstęp wyników; p – poziom istotności; \* p<0,05; # - tendencja statystyczna (p = 0,05-0,06); NIR – test post hoc; Owch\_WPŁ - Wpływ choroby na życie; Owch\_PRZEB - Przebieg choroby; Owch\_KONT - Kontrola osobista; Owch\_LECZ - Skuteczność leczenia; Owch\_OBJ - Istota choroby; Owch\_MART - Martwienie się chorobą; Owch\_ROZ - Rozumienie choroby; Owch\_EMO - Wpływ na emocje

Badane uważały, że choroba nowotworowa w umiarkowany sposób wywrze negatywny wpływ na ich życie ( $M=4,94$ ). Warto zauważyć, że kobiety, będące do miesiąca po diagnozie, przewidują destrukcyjne działanie raka piersi na ich życia bardziej, niż kobiety w drugim i trzecim miesiącu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia.

Badane postrzegają raka piersi jako chorobę, która trwa umiarkowanie długo – nie jest krótkotrwałym problemem zdrowotnym, ale nie jest też chorobą przewlekłą. Poprzez własne działania można w umiarkowany sposób wpłynąć na przebieg choroby i jej leczenia, a samo leczenie raka piersi jest oceniane jako dość skuteczne. Badane deklarowały także dość dobre zrozumienie swojej choroby.

Kobiety, oczekujące na rozpoczęcie leczenia ponad 2 miesiące, deklarowały istotnie większą liczbę dolegliwości, które utożsamiały z chorobą nowotworową. Odczuwane dolegliwości nie były liczne. Najwięcej kobiet – 35,3% – nie zgłaszało żadnych dolegliwości, a wśród pozostałych większość lokowała swoje odpowiedzi w przedziałach skali odpowiadających niskiemu nasileniu odczuwanych i utożsamianych z rakiem piersi objawów (mediana  $Me=2,0$ ).

Badane martwiły się dość silnie swoją chorobą i postrzegały umiarkowany negatywny wpływ raka piersi na ich funkcjonowanie emocjonalne. Porównując ze sobą grupy kobiet wyróżnione na podstawie czasu, jaki upłynął od diagnozy, zauważono, że kobiety w pierwszym miesiącu od diagnozy martwią się nieco bardziej, niż te, które czekają drugi miesiąc na rozpoczęcie leczenia. Różnica ta nie osiągnęła jednak poziomu istotności statystycznej ( $p=0,054$ ). Zauważono także, również na poziomie tendencji statystycznej ( $p=0,060$ ), że kobiety w pierwszym miesiącu bardziej przewidują niż kobiety w trzecim miesiącu czekania na rozpoczęcie leczenia, że choroba negatywnie wpłynie na ich stan emocjonalny.

#### ***4.2.2.3. Ocena poznawcza choroby jako stresora u kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia***

W tabeli 9 przedstawiono charakterystykę grupy pod względem oceny poznawczej choroby jako stresora z uwzględnieniem czasu, jaki minął od postawienia diagnozy choroby nowotworowej.

Ogólna tendencja zauważalna w grupie osób badanych dotyczy określania się przez kobiety w umiarkowanie wysokim zakresie skal, opisujących poszczególne kategorie oceny choroby jako stresora. W badanej grupie kobiet nie można wskazać dominującej kategorii oceny poznawczej, dotyczącej raka piersi. W odniesieniu do zbiorczych kategorii oceny choroby jako stresora – negatywnej (zagrożenie i krzywda/strata łącznie) i pozytywnej (wyzwanie łącznie) na podstawie analizy miar tendencji centralnej można zauważyć, że kobiety nieznacznie wyżej określają się na skali oceny negatywnej, niż pozytywnej.

Tabela 9.

Ocena poznawcza choroby jako stresora z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej

Ocena poznawcza stresora - choroby	Grupa	n	Charakterystyka grup			Porównanie grup	
			M	SD	min-max	ANOVA	
						p	NIR
OP_ZAGR	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>25,65</b>	<b>6,34</b>	<b>10-36</b>	<b>0,049</b>	1>2 *
	1. do 30 dni	58	27,02	6,60	11-36		
	2. 31-60 dni	56	24,13	6,01	10-36		
	3. 61-90 dni	22	25,91	5,85	14-36		
OP_KRZY	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>10,34</b>	<b>3,48</b>	<b>4-16</b>	<b>0,039</b>	1>2 *
	1. do 30 dni	58	11,03	3,61	4-16		
	2. 31-60 dni	56	9,61	3,37	4-16		
	3. 61-90 dni	22	10,36	3,19	5-16		
OP_WYZW-A	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>15,87</b>	<b>3,06</b>	<b>7-20</b>	0,866	
	1. do 30 dni	58	15,93	3,12	7-20		
	2. 31-60 dni	56	15,93	3,07	9-20		
	3. 61-90 dni	22	15,55	2,99	7-20		
OP_WYZW-P	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>10,09</b>	<b>3,14</b>	<b>5-18</b>	0,702	
	1. do 30 dni	58	9,93	3,21	5-17		
	2. 31-60 dni	56	10,05	3,17	5-18		
	3. 61-90 dni	22	10,59	2,97	5-16		
OP_NEGAT	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>35,99</b>	<b>8,90</b>	<b>14-52</b>	<b>0,033</b>	1>2 *
	1. do 30 dni	58	38,05	9,17	15-52		
	2. 31-60 dni	56	33,73	8,51	14-19		
	3. 61-90 dni	22	36,27	8,14	19-52		
OP_POZYT	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>25,96</b>	<b>5,14</b>	<b>12-38</b>	0,997	
	1. do 30 dni	58	25,86	5,42	12-36		
	2. 31-60 dni	56	25,98	5,05	14-38		
	3. 61-90 dni	22	26,14	4,82	12-35		

Uwagi: n – liczebność próby; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; min-max – rozstęp wyników; p – poziom istotności; \* p<0,05; NIR – test post hoc (test najmniejszych istotności różnic); OP\_ZAGR – Zagrożenie; OP\_KRZY - Krzywda/strata; OP\_WYZW-A - Wyzwanie-aktywność; OP\_WYZW-P - Wyzwanie-pasywność; OP\_NEGAT - Ocena negatywna; OP\_POZYT - Ocena pozytywna

Kobiety w pierwszym miesiącu od postawienia rozpoznania raka piersi istotnie częściej postrzegają swoją chorobę w kategoriach zagrożenia oraz krzywdy/straty (a więc w kategorii oceny negatywnej), niż kobiety w drugim miesiącu od otrzymania diagnozy.

#### 4.2.2.4. Radzenie sobie z chorobą u kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia

W tabeli 10 przedstawiono charakterystykę grupy pod względem radzenia sobie z chorobą z uwzględnieniem czasu, jaki minął od postawienia diagnozy choroby nowotworowej.

Tabela 10.

Radzenie sobie z chorobą nowotworową z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy raka piersi

Radzenie sobie z chorobą nowotworową	Grupa	n	Charakterystyka grupy			ANOVA
			M	SD	min-max	p
Cop_DUCH	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>22,98</b>	<b>3,57</b>	<b>7-28</b>	0,194
	1. do 30 dni	58	22,83	3,37	14-28	
	2. 31-60 dni	56	23,54	3,36	17-28	
	3. 61-90 dni	22	21,95	3,39	7-28	
Cop_POZ	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>21,82</b>	<b>3,03</b>	<b>7-28</b>	0,675
	1. do 30 dni	58	21,69	2,83	13-27	
	2. 31-60 dni	56	22,09	2,56	15-26	
	3. 61-90 dni	22	21,50	4,49	7-28	
Cop_BEZR	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>11,73</b>	<b>3,77</b>	<b>6-22</b>	0,738
	1. do 30 dni	58	12,00	3,70	6-22	
	2. 31-60 dni	56	11,45	4,05	7-22	
	3. 61-90 dni	22	11,73	3,27	7-18	
Cop_LĘK	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>17,04</b>	<b>4,41</b>	<b>7-28</b>	0,182
	1. do 30 dni	58	17,81	4,49	7-28	
	2. 31-60 dni	56	16,66	4,44	7-26	
	3. 61-90 dni	22	16,00	3,94	7-24	
Cop_KONST	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>44,80</b>	<b>5,72</b>	<b>14-56</b>	0,286
	1. do 30 dni	58	44,52	4,96	32-53	
	2. 31-60 dni	56	45,63	5,03	32-53	
	3. 61-90 dni	22	43,45	8,60	14-56	
Cop_DEST	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>28,77</b>	<b>7,35</b>	<b>14-50</b>	0,359
	1. do 30 dni	58	29,81	7,42	14-50	
	2. 31-60 dni	56	28,11	7,72	14-48	
	3. 61-90 dni	22	27,73	5,99	15-37	

Uwagi: n – liczebność próby; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; min-max – rozstęp wyników; p – poziom istotności; Cop\_DUCH - Duch walki; Cop\_POZ - Pozytywne przewartościowanie; Cop\_BEZR - Bezradność-beznadziejność; Cop\_LĘK - Lękowe zaabsorbowanie; Cop\_KONST - Styl konstruktywny; Cop\_DEST - Styl destrukcyjny

Średnie nasilenie poszczególnych strategii radzenia sobie z chorobą różni się od średnich uzyskanych w badaniach normalizacyjnych prowadzonych w grupie kobiet z rakiem sutka (Juczyński, 2001). Strategie konstruktywne – duch walki i pozytywne przewartościowanie – są wykorzystywane przez osoby badane częściej, a strategie destrukcyjne – lękowe zaabsorbowanie i bezradność/beznadziejność są wykorzystywane rzadziej niż zostało to opisane w grupie normalizacyjnej. Odnosząc się do tymczasowych norm stenowych (por. Juczyński, 2001), średni wynik grupy badanej dla konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą nowotworową jest na poziomie umiarkowanie wysokim (6-7 sten). Natomiast średni wynik grupy dla stylu destrukcyjnego mieści się na poziomie umiarkowanie niskim (4 sten).

Najrzadziej reprezentowaną strategią radzenia sobie z chorobą okazała się bezradność/beznadziejność, a najczęściej badane deklarowały ducha walki i pozytywne przewartościowanie.

Nie wykazano żadnych istotnych różnic w częstości podejmowania poszczególnych strategii radzenia sobie z chorobą pomiędzy podgrupami wyróżnionymi pod względem czasu, jaki upłynął od momentu postawienia rozpoznania raka piersi.

#### ***4.2.2.5. Stan afektywny i poczucie dystresu u kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia***

W tabeli 11 przedstawiono charakterystykę grupy pod względem stanu afektywnego oraz poczucia dystresu z uwzględnieniem czasu, jaki minął od postawienia diagnozy choroby nowotworowej.

Grupa osób badanych charakteryzowała się zbliżonym średnim nasileniem afektu pozytywnego i negatywnego ( $t=-0,83$ ;  $p=0,411$ ). Przyglądając się jednak wynikom uzyskanym przez poszczególne osoby, wykazano, że bilans afektywny, wskazujący na przewagę emocji negatywnych nad pozytywnymi, pojawił się u 52,9% badanych. Zrównoważenie emocji pozytywnych i negatywnych wystąpiło u 5,1% badanych kobiet, a przewaga emocji pozytywnych dotyczyła 41,9% badanych.

Średnie nasilenie dystresu w badanej grupie kobiet mieści się w obszarze wyników umiarkowanie wysokich. Aż 81,5% badanych kobiet uzyskało co najmniej 4 punkty w Termometrze Dystresu, co lokuje te osoby w grupie ryzyka zaburzeń depresyjnych i lękowych (por. Życińska i in, 2009.). Bardzo wysokie poczucie dystresu (powyżej 8 punktów w TD) deklarowało 21,5% badanych.

Tabela 11.

*Stan afektywny i poczucie dystresu u kobiet z rakiem piersi z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej*

Stan afektywny i dystres	Grupa	n	Charakterystyka grup			Porównanie grup	
			M	SD	min-max	ANOVA	
						p	NIR
Af_POZ	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>42,40</b>	<b>10,03</b>	<b>15-71</b>	0,944	
	1. do 30 dni	58	42,02	12,79	18-61		
	2. 31-60 dni	56	42,75	12,98	17-71		
	3. 61-90 dni	22	42,55	11,64	15-66		
Af_NEG	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>43,79</b>	<b>13,85</b>	<b>15-75</b>	0,075	1>2 # 1>3 #
	1. do 30 dni	58	46,88	15,18	15-75		
	2. 31-60 dni	56	41,88	12,82	18-66		
	3. 61-90 dni	22	40,55	11,40	15-57		
Af_POZ/NEG	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>1,12</b>	<b>0,64</b>	<b>0,26-4,40</b>	0,481	
	1. do 30 dni	58	1,05	0,58	0,26-3,19		
	2. 31-60 dni	56	1,16	0,64	0,33-3,33		
	3. 61-90 dni	22	1,21	0,80	0,27-4,40		
DYSTRES	<b>Wszyscy</b>	<b>136</b>	<b>6,16</b>	<b>2,75</b>	<b>0-10</b>	<b>0,023</b>	1>2 * 1>3 *
	1. do 30 dni	58	6,91	2,92	0-10		
	2. 31-60 dni	56	5,61	2,39	1-10		
	3. 61-90 dni	22	5,59	2,82	1-10		

**Uwagi:** n – liczebność próby; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; min-max – rozstęp wyników; p – poziom istotności; \* p<0,05; # - tendencja statystyczna (p = 0,05 do 0,06); NIR – test post hoc; Af\_POZ - Afekt pozytywny; Af\_NEG - Afekt negatywny; Af\_POZ/NEG - Bilans afektywny; DYSTRES – poziom dystresu

Wykazano, że poziom dystresu (p<0,05) oraz negatywnego afektu (tendencja statystyczna) był wyższy w grupie osób niedawno zdiagnozowanych w porównaniu z grupą, która swoją diagnozę otrzymała 2-3 miesiące przed niniejszym badaniem.

### 4.3. Uwarunkowania funkcjonowania kobiet we wczesnym etapie choroby

#### 4.3.1. Zależności pomiędzy temperamentem i czynnikami poznawczo-afektywnymi a jakością życia kobiet we wczesnym etapie choroby

W tabeli 12 przedstawiono wyniki analizy współczynników korelacji *tau-b* Kendalla, dotyczące zależności pomiędzy temperamentem a jakością życia.

Zaobserwowano, iż czynniki temperamentalne wiążą się przede wszystkim z jakością życia w obszarze psychicznym. Im wyższa jest reaktywność emocjonalna, tym niższa jest ogólna jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym, szczególnie poczucie zdrowia psychicznego. Ponadto im wyższy jest poziom wytrzymałości, tym niższa jest jakość życia w obszarze funkcjonowania społecznego. Wprawdzie wykazano także istotne statystycznie korelacje z jakością życia związaną ze zdrowiem fizycznym, jednak siła tych związków jest bardzo mała (poniżej  $\tau=0,20$ ).

Tabela 12.

*Temperament a jakość życia u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby (analiza współczynników korelacji tau-b Kendalla)*

Temperament	Jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym					Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym				
	Q_PF	Q_RP	Q_BP	Q_GH	Q_PCS	Q_RE	Q_SF	Q_MH	Q_VT	Q_MCS
T_AK	0,04	-0,03	0,03	0,15*	0,03	-0,04	0,10	0,10	0,09	0,05
T_WS	-0,13*	-0,14*	-0,07	0,02	-0,11	-0,09	-0,10	-0,11	-0,12	-0,11
T_ŻW	0,03	-0,11	-0,08	0,07	-0,03	-0,01	0,05	-0,07	-0,02	-0,01
T_RE	-0,18**	-0,11	-0,07	-0,16**	-0,15*	-0,15*	-0,17**	<b>-0,22***</b>	-0,19***	<b>-0,20***</b>
T_WT	-0,09	-0,11	-0,04	-0,12	-0,12	-0,08	<b>-0,23***</b>	-0,15*	-0,18**	-0,17**
T_PE	-0,13	-0,02	0,01	-0,10	-0,05	-0,10	-0,10	-0,10	-0,10	-0,12

**Uwagi:** Liczba badanych kobiet  $n=136$ ; \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$ ; T\_AK – Aktywność; T\_WS – Wrażliwość sensoryczna; T\_ŻW – Żwawość; T\_RE – Reaktywność emocjonalna; T\_WT – Wytrzymałość; T\_PE – Perseweratywność; Q\_PF – funkcjonowanie fizyczne; Q\_RP – ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego; Q\_BP – dolegliwości bólowe; Q\_GH – ogólne poczucie zdrowia fizycznego; Q\_PCS – jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym; Q\_RE – ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych; Q\_SF – funkcjonowanie społeczne; Q\_MH – poczucie zdrowia psychicznego; Q\_VT – witalność; Q\_MCS – jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym

W tabeli 13 przedstawiono wyniki analizy współczynników korelacji *tau-b* Kendalla, dotyczące zależności pomiędzy czynnikami poznawczymi i akceptacją choroby a jakością życia.



Tabela 13.

*Czynniki poznawcze i akceptacja choroby a jakość życia u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby (analiza współczynników korelacji tau-b Kendalla)*

Czynniki poznawcze	Jakość życia związana ze zdrowiem fizycznym					Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym				
	Q_PF	Q_RP	Q_BP	Q_GH	Q_PCS	Q_RE	Q_SF	Q_MH	Q_VT	Q_MCS
<b>Ocena stresora</b>										
OP_NEGAT	-0,18**	-0,18**	-0,12	-0,27***	-0,22***	-0,20**	-0,32***	-0,29***	-0,30***	-0,30***
OP_POZYT	0,05	0,06	-0,03	0,14*	0,07	0,14*	0,03	0,17**	0,16**	0,14*
OP_ZAGR	-0,18**	-0,18**	-0,12	-0,26***	-0,23***	-0,21**	-0,32***	-0,28***	-0,28***	-0,30***
OP_KRZY	-0,12	-0,12	-0,07	-0,21***	-0,16**	-0,14*	-0,23***	-0,21***	-0,23***	-0,22***
OP_WYZW-A	0,09	0,06	-0,01	0,19**	0,11	0,13	0,04	0,17**	0,19**	0,15*
OP_WYZW-P	-0,05	0,02	-0,07	0,05	-0,01	0,09	0,01	0,10	0,06	0,08
<b>Obraz choroby</b>										
Owch_WPŁ	-0,11	-0,26***	-0,12	-0,27***	-0,23***	-0,24***	-0,31***	-0,31***	-0,27***	-0,31***
Owch_PRZEB	-0,13	-0,16*	-0,15*	-0,21***	-0,21***	-0,10	-0,16*	-0,18**	-0,20**	-0,18**
Owch_KONT	0,08	0,07	0,06	0,22***	0,11	0,05	0,09	0,17**	0,16**	0,12*
Owch_LECZ	0,10	0,09	0,09	0,23***	0,15*	0,15*	0,16*	0,13	0,18**	0,18**
Owch_OBJ	-0,20**	-0,26***	-0,27***	-0,27***	-0,29***	-0,23***	-0,23***	-0,22***	-0,27***	-0,25***
Owch_MART	-0,07	-0,08	-0,02	-0,14*	-0,13*	-0,20**	-0,27***	-0,28***	-0,25***	-0,27***
Owch_ROZ	-0,09	-0,17*	-0,01	0,13	-0,08	-0,07	-0,04	0,05	0,05	-0,01
Owch_EMO	-0,12	-0,18**	-0,10	-0,26***	-0,21***	-0,38***	-0,39***	-0,47***	-0,40***	-0,45***
<b>AKCEPT</b>	0,15*	0,19**	0,18**	0,19**	0,18**	0,25***	0,27***	0,24***	0,31***	0,31***

**Uwagi:** Liczba badanych kobiet  $n=136$ ; \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$ ; Q\_PF – funkcjonowanie fizyczne; Q\_RP – ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego; Q\_BP – dolegliwości bólowe; Q\_GH – ogólne poczucie zdrowia fizycznego; Q\_PCS – jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym; Q\_RE – ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych; Q\_SF – funkcjonowanie społeczne; Q\_MH – poczucie zdrowia psychicznego; Q\_VT – witalność; Q\_MCS – jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym; OP\_NEGAT - Ocena negatywna; OP\_POZYT - Ocena pozytywna; OP\_ZAGR – Zagrożenie; OP\_KRZY - Krzywda/strata; OP\_WYZW-A - Wyzwanie-aktywność; OP\_WYZW-P - Wyzwanie-pasywność; Owch\_WPŁ - Wpływ choroby na życie; Owch\_PRZEB - Przebieg choroby; Owch\_KONT - Kontrola osobista; Owch\_LECZ - Skuteczność leczenia; Owch\_OBJ - Istota choroby; Owch\_MART - Martwienie się chorobą; Owch\_ROZ - Rozumienie choroby; Owch\_EMO - Wpływ na emocje; AKCEPT – Akceptacja choroby

Wyższa jakość życia zarówno w obszarze fizycznym, jak i psychicznym wiązała się istotnie z mniejszą tendencją do postrzegania choroby w kategoriach zagrożenia i krzywdy/straty. Korelacje pomiędzy oceną poznawczą choroby w kategorii wyzwanie a jakością życia okazały się być nieistotne statystycznie lub siła tych związków była bardzo słaba.

Postrzeganie negatywnych konsekwencji choroby dla codziennego funkcjonowania korelowało ujemnie z jakością życia w obszarze fizycznym – w zakresie poczucia zdrowia fizycznego oraz możliwości pełnienia ról, a także ze wszystkimi wymiarami psychicznego komponentu jakości życia. Postrzeganie raka piersi jako choroby przewlekłej wiązało się z obniżeniem ogólnego poczucia zdrowia fizycznego oraz witalności. Przekonanie

o możliwości osobistego wpływu na przebieg choroby i wiara w skuteczność leczenia onkologicznego wiązały się z wyższym poczuciem zdrowia fizycznego. Większa liczba dolegliwości identyfikowanych jako przejawy choroby nowotworowej wiązała się z niższą jakością życia we wszystkich jej wymiarach, a martwienie się objawami choroby korelowało ujemnie z psychicznym komponentem jakości życia.

Postrzeganie silnego wpływu choroby na stan emocjonalny wiązało się z mniejszą jakością życia w obszarze psychicznym (we wszystkich jej wymiarach) oraz ze słabszym poczuciem zdrowia fizycznego.

Wykazano także dodatnią korelację pomiędzy akceptacją choroby, a jakością życia w obszarze psychicznym.

W tabeli 14 przedstawiono wyniki analizy współczynników korelacji *tau-b* Kendalla, dotyczące zależności pomiędzy czynnikami afektywnymi i związanymi ze stresem a jakością życia.

Wykazano umiarkowanie silne ujemne korelacje pomiędzy nasileniem dystresu a jakością życia w obszarze psychicznym. W odniesieniu do jakości życia w obszarze fizycznym zwraca uwagę jedna korelacja. Im wyższe nasilenie dystresu, tym bardziej nasilone są ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego.

Zaobserwowano istotne umiarkowanie silne ujemne korelacje pomiędzy destrukcyjnym stylem radzenia sobie z chorobą a jakością życia w obszarze psychicznym i jakością życia związaną z ogólnym poczuciem zdrowia fizycznego. Duch walki korelował dodatnio jedynie z jakością życia w obszarze funkcjonowania społecznego i witalności, przy czym siła tych związków była dość słaba.

Dla czynników afektywnych wykazano, że im silniejszy afekt pozytywny, tym wyższa jest jakość życia w zakresie ogólnego poczucia zdrowia fizycznego, witalności i możliwości pełnienia ról w związku ze zdrowiem psychicznym. Z kolei afekt negatywny korelował ujemnie z poczuciem zdrowia fizycznego i ogólnym wskaźnikiem jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym oraz – znacznie silniej – z wszystkimi wymiarami jakości życia w obszarze psychicznym.

Tabela 14.

Czynniki afektywne i związane ze stresem a jakość życia u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby (analiza współczynników korelacji tau-b Kendalla)

Czynniki afektywne i związane ze stresem	Jakość życia związana ze zdrowiem fizycznym					Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym				
	Q_PF	Q_RP	Q_BP	Q_GH	Q_PCS	Q_RE	Q_SF	Q_MH	Q_VT	Q_MCS
<b>Dystres</b>	-0,14*	<b>-0,21**</b>	0,01	-0,18**	-0,17**	<b>-0,35***</b>	<b>-0,31***</b>	<b>-0,38***</b>	<b>-0,37***</b>	<b>-0,40***</b>
<b>Problemy</b>										
Pr_PRAKT	-0,01	-0,06	-0,11	-0,03	-0,08	-0,11	-0,17*	-0,14*	-0,15*	-0,16*
Pr_RODZ	-0,02	-0,10	-0,08	-0,12	-0,13	-0,08	-0,05	-0,02	-0,01	-0,05
Pr_EMOC	<b>-0,24***</b>	<b>-0,25***</b>	-0,14*	<b>-0,20**</b>	<b>-0,27***</b>	<b>-0,41***</b>	<b>-0,41***</b>	<b>-0,44***</b>	<b>-0,46***</b>	<b>-0,48***</b>
Pr_DUCH	-0,09	-0,09	-0,01	0,04	-0,09	-0,20*	-0,11	-0,05	-0,07	-0,13
Pr_FIZ	<b>-0,40***</b>	<b>-0,33***</b>	<b>-0,34***</b>	-0,19**	<b>-0,39***</b>	<b>-0,27***</b>	<b>-0,32***</b>	<b>-0,34***</b>	<b>-0,41***</b>	<b>-0,36***</b>
<b>Radzenie sobie</b>										
Cop_LĘK	-0,18**	-0,19**	-0,14*	<b>-0,35***</b>	<b>-0,25***</b>	<b>-0,31***</b>	<b>-0,35***</b>	<b>-0,47***</b>	<b>-0,45***</b>	<b>-0,43***</b>
Cop_DUCH	0,06	0,10	0,11	0,16**	0,18**	0,11	<b>0,20**</b>	0,19**	<b>0,21***</b>	0,18**
Cop_BEZR	-0,14*	-0,14*	-0,14*	<b>-0,42***</b>	<b>-0,25***</b>	-0,19**	<b>-0,22***</b>	<b>-0,32***</b>	<b>-0,35***</b>	<b>-0,29***</b>
Cop_POZ	-0,09	0,01	0,01	0,08	0,01	0,05	0,01	-0,04	0,02	0,01
Cop_KONST	-0,01	0,07	0,06	0,19***	0,11	0,10	0,13*	0,11	0,15*	0,13*
Cop_DEST	-0,19**	-0,19**	-0,16*	<b>-0,42***</b>	<b>-0,28***</b>	<b>-0,29***</b>	<b>-0,33***</b>	<b>-0,44***</b>	<b>-0,46***</b>	<b>-0,41***</b>
<b>Stan afektywny</b>										
Af_POZ	0,14*	0,11	0,06	<b>0,28***</b>	0,15**	<b>0,21***</b>	0,12	0,18**	<b>0,23***</b>	<b>0,21***</b>
Af_NEG	-0,17**	-0,19**	-0,13*	<b>-0,28***</b>	<b>-0,23***</b>	<b>-0,34***</b>	<b>-0,37***</b>	<b>-0,44***</b>	<b>-0,39***</b>	<b>-0,42***</b>
Af_POZ/NEG	0,19**	<b>0,21**</b>	0,13*	<b>0,32***</b>	<b>0,25***</b>	<b>0,38***</b>	<b>0,33***</b>	<b>0,42***</b>	<b>0,40***</b>	<b>0,43***</b>

**Uwagi:** Liczba badanych kobiet  $n=136$ ; \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$ ; \_PF – funkcjonowanie fizyczne; Q\_RP – ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego; Q\_BP – dolegliwości bólowe; Q\_GH – ogólne poczucie zdrowia fizycznego; Q\_PCS – jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym; Q\_RE – ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych; Q\_SF – funkcjonowanie społeczne; Q\_MH – poczucie zdrowia psychicznego; Q\_VT – witalność; Q\_MCS – jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym; DYSTRES – poziom dystresu; Pr\_PRAKT - Problemy praktyczne; Pr\_RODZ - Problemy rodzinne; Pr\_EMOC - Problemy emocjonalne; Pr\_DUCH - Problemy religijne/duchowe; Pr\_FIZ - Problemy fizyczne; Cop\_DUCH - Duch walki; Cop\_POZ - Pozytywne przewartościowanie; Cop\_BEZR - Bezradność-bez nadziei; Cop\_LĘK - Lękowe zaabsorbowanie; Cop\_KONST - Styl konstruktywny; Cop\_DEST - Styl destrukcyjny; Af\_POZ - Afekt pozytywny; Af\_NEG - Afekt negatywny; Af\_POZ/NEG - Bilans afektywny; DYSTRES – poziom dystresu

W tabeli 15 przedstawiono wyniki analizy współczynników korelacji tau-b Kendalla, dotyczące zależności pomiędzy temperamentem a czynnikami afektywnymi i związanymi ze stresem.

Wykazano, że im wyższa aktywność, tym bardziej nasilony jest duch walki. Z kolei zwawość korelowała dodatnio z ogólnym wskaźnikiem konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą.

Tabela 15.

*Temperament a wybrane czynniki poznawczo-afektywne u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby (analiza współczynników korelacji tau-b Kendalla)*

Czynniki poznawczo-afektywne	Czynniki temperamentalne					
	T_AK	T_WS	T_ŻW	T_RE	T_WT	T_PE
<b>Ocena stresora</b>						
OP_NEGAT	-0,04	0,08	0,07	0,10	0,09	0,16*
OP_POZYT	0,13*	-0,06	0,05	<b>-0,22***</b>	-0,12*	0,02
OP_ZAGR	-0,04	0,08	0,04	0,11	0,09	0,17**
OP_KRZY	-0,01	0,09	0,14*	0,07	0,09	0,14*
OP_WYZW-A	0,13*	0,05	0,11	-0,17**	-0,05	0,06
OP_WYZW-P	0,08	-0,11	-0,04	<b>-0,20**</b>	-0,13*	0,01
<b>Obraz choroby</b>						
Owch_WPŁ	-0,11	0,09	0,06	0,09	0,11	0,10
Owch_PRZEB	-0,13*	0,04	0,01	0,03	0,05	0,01
Owch_KONT	0,19**	-0,10	0,06	<b>-0,20**</b>	-0,09	-0,13*
Owch_LECZ	0,09	-0,03	0,07	-0,05	-0,08	0,07
Owch_OBJ	0,07	0,05	0,03	0,06	0,15*	-0,07
Owch_MART	-0,03	0,03	-0,07	0,13*	0,04	0,08
Owch_ROZ	0,08	0,02	0,07	0,05	0,03	0,01
Owch_EMO	-0,10	0,09	0,04	0,19**	0,15*	0,14*
<b>AKCEPT</b>	0,11	-0,11	-0,04	-0,13*	-0,15*	-0,17**
<b>DYSTRES</b>	-0,01	0,11	0,06	0,15*	0,13	0,12
<b>Problemy</b>						
Pr_PRAKT	-0,09	0,10	-0,03	0,05	<b>0,21**</b>	0,06
Pr_RODZ	-0,07	-0,02	-0,15*	0,15*	0,07	0,16*
Pr_EMOC	0,05	0,10	0,01	0,16*	0,16*	0,13*
Pr_DUCH	0,04	0,10	-0,08	0,16*	0,06	0,09
Pr_FIZ	-0,07	0,19**	0,01	0,19**	<b>0,25***</b>	0,08
<b>Radzenie sobie</b>						
Cop_LĘK	-0,09	0,11	0,08	<b>0,22***</b>	0,15*	0,08
Cop_DUCH	<b>0,21**</b>	0,09	0,19**	-0,02	-0,10	0,07
Cop_BEZR	-0,13*	0,07	-0,10	0,15*	0,09	0,07
Cop_POZ	0,14*	0,13*	0,17**	0,02	0,01	0,09
Cop_KONST	0,19**	0,11	<b>0,21**</b>	-0,01	-0,06	-0,08
Cop_DEST	-0,11	0,10	-0,01	<b>0,21**</b>	0,14*	0,08
<b>Stan afektywny</b>						
Af_POZ	0,05	0,01	0,12*	-0,14*	-0,10	0,02
Af_NEG	-0,11	0,10	-0,02	0,19**	0,10	<b>0,20**</b>
Af_POZ/NEG	0,10	-0,08	0,06	<b>-0,22***</b>	0,02	0,04

**Uwagi:** Liczba badanych kobiet  $n=136$ ; \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$ ; T\_AK – Aktywność; T\_WS – Wrażliwość sensoryczna; T\_ŻW – Żwawość; T\_RE – Reaktywność emocjonalna; T\_WT – Wytrzymałość; T\_PE – Perseweratywność; OP\_NEGAT - Ocena negatywna; OP\_POZYT - Ocena pozytywna; OP\_ZAGR – Zagrożenie; OP\_KRZY - Krzywda/strata; OP\_WYZW-A - Wyzwanie-aktywność; OP\_WYZW-P - Wyzwanie-pasywność; Owch\_WPŁ - Wpływ choroby na życie; Owch\_PRZEB - Przebieg choroby; Owch\_KONT - Kontrola osobista; Owch\_LECZ - Skuteczność leczenia; Owch\_OBJ - Istota choroby; Owch\_MART - Martwienie się chorobą; Owch\_ROZ - Rozumienie choroby; Owch\_EMO - Wpływ na emocje; AKCEPT – Akceptacja choroby; DYSTRES – poziom dystresu; Pr\_PRAKT - Problemy praktyczne; Pr\_RODZ - Problemy rodzinne; Pr\_EMOC - Problemy emocjonalne; Pr\_DUCH - Problemy religijne/duchowe; Pr\_FIZ - Problemy fizyczne; Cop\_DUCH - Duch walki; Cop\_POZ - Pozytywne przewartościowanie; Cop\_BEZR - Bezradność-bez nadziei; Cop\_LĘK - Lękowe zaabsorbowanie; Cop\_KONST - Styl konstruktywny; Cop\_DEST - Styl destrukcyjny; Af\_POZ - Afekt pozytywny; Af\_NEG - Afekt negatywny; Af\_POZ/NEG - Bilans afektywny

W przypadku reaktywności emocjonalnej wykazano, że im wyższe nasilenie tej cechy temperamentalnej, tym rzadsze ocenianie choroby w kategorii wyzwania, słabsze postrzeganie możliwości osobistego wpływu na przebieg choroby i częstsze korzystanie destrukcyjnego stylu radzenia sobie z chorobą, przede wszystkim ze strategii lękowego zaabsorbowania. Wykazano także ujemną korelację reaktywności emocjonalnej z bilansem afektywnym. Im wyższa reaktywność emocjonalna, tym częściej przeważał afekt negatywny nad pozytywnym.

Wytrzymałość korelowała dodatnio z liczbą zgłaszanych problemów praktycznych i fizycznych a perseweratywność korelowała dodatnio z nasileniem negatywnego afektu. Pozostałe korelacje cech temperamentalnych z czynnikami poznawczo-afektywnymi okazały się być nieistotne statystycznie lub związki te były bardzo słabe.

#### 4.3.2. Uwarunkowania akceptacji choroby u kobiet z rakiem piersi w fazie przed rozpoczęciem leczenia

Aby określić predyktory akceptacji choroby u kobiet z rakiem piersi w pierwszym okresie po rozpoznaniu raka piersi przeprowadzono krokową analizę regresji liniowej. Do modelu wprowadzono kolejno cechy temperamentalne, ocenę poznawczą choroby jako stresora, obraz własnej choroby i radzenie sobie z chorobą. Wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 16.

Tabela 16.  
Predyktory akceptacji choroby u kobiet przed rozpoczęciem leczenia raka piersi

Predyktory	Akceptacja choroby (AKCEPT)			
	skor. $R^2$	$\Delta R^2$	$\beta$	F
T_WT		0,05	-0,14	
OP_ZAGR	0,28	0,14	<b>-0,31***</b>	14,06***
OP_WYZW-A		0,07	<b>0,18*</b>	
Cop_BEZR		0,02	<b>-0,21*</b>	

**Uwagi:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; skor. $R^2$  – skorygowane  $R^2$  (poziom wyjaśnionej wariancji);  $\Delta R^2$  – zmiana  $R^2$ ;  $\beta$  – standaryzowany współczynnik regresji; F – dopasowanie modelu; AKCEPT – Akceptacja choroby; T\_WT – Wytrzymałość; OP\_ZAGR – Zagrożenie; OP\_WYZW-A - Wyzwanie-aktywność; Cop\_BEZR - Bezradność-beznadziejność

Dla akceptacji choroby model wyjaśnia 28% wariacji, a wśród istotnych predyktorów znalazły się ocena poznawcza choroby w kategorii zagrożenia oraz wyzwania-aktywność, a także reagowanie bezradnością/beznadziejnością na chorobę. Akceptacja choroby jest tym wyższa, im słabiej zaznaczone jest postrzeganie choroby w kategorii zagrożenie, silniej zaznaczone postrzeganie choroby jako wyzwania wymagającego aktywności oraz im rzadziej pojawia się reagowanie bezradnością/beznadziejnością względem choroby.

Warto zauważyć, że wytrzymałość straciła istotność statystyczną jako predyktor po wprowadzeniu do modelu oceny poznawczej w kategorii aktywnego wyzwania.

### **4.3.3. Weryfikacja modelu uwarunkowań jakości życia kobiet we wczesnym etapie choroby nowotworowej**

#### **4.3.3.1. Predyktory jakości życia u kobiet przed rozpoczęciem leczenia raka piersi**

Aby określić predyktory jakości życia kobiet w okresie pomiędzy postawieniem diagnozy choroby nowotworowej a rozpoczęciem leczenia przeprowadzono krokową analizę regresji liniowej. W kolejnych krokach do modelu wprowadzono następujące czynniki: temperament, ocenę poznawczą choroby, akceptację choroby, radzenie sobie z chorobą nowotworową, poziom dystresu i stan afektywny. Analizy wykonano osobno dla ogólnego poziomu jakości życia oraz dla jej składowych – funkcjonowania fizycznego i psychicznego. Wyniki analizy dla ogólnej jakości życia przedstawiono w tabeli 17.

Model wyjaśnia 42% wariacji ogólnej jakości życia kobiet we wczesnej fazie choroby nowotworowej. Do najważniejszych predyktorów ogólnej jakości życia należą: istota choroby, która wyjaśnia 8% wariacji jakości życia, akceptacja choroby, która wyjaśnia 6% wariacji oraz afekt negatywny i pozytywny, wyjaśniające po 2% wariacji zmiennej zależnej. Wyższa jakość życia łączy się z mniejszą liczbą objawów identyfikowanych jako objawy choroby nowotworowej, wzrostem akceptacji choroby oraz mniejszym nasileniem afektu negatywnego i większym poziomem afektu pozytywnego.

Tabela 17.

Predyktory jakości życia u kobiet przed rozpoczęciem leczenia raka piersi

Predyktory	Jakość życia związane ze zdrowiem (n=136)					
	Q_HR-QoL		Q_PCS		Q_MCS	
	skor. $R^2=0,42$		skor. $R^2=0,27$		skor. $R^2=0,46$	
	$F=17,03^{***}$		$F=17,68^{***}$		$F=15,29^{***}$	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
T_RE	0,06	-0,06	0,03	-0,10	0,06	-0,03
T_WT					0,02	-0,04
Owch_EMO	0,18	-0,16			0,29	<b>-0,27**</b>
Owch_OBJ	0,08	<b>-0,26***</b>	0,16	<b>-0,35***</b>	0,01	-0,13
AKCEPT	0,06	<b>0,22**</b>	0,08	<b>0,31***</b>	0,03	0,08
Cop_LĘK					0,02	-0,18
DYSTRES					0,02	<b>-0,20*</b>
Af_NEG	0,02	<b>-0,21*</b>				
Af_POZ	0,02	<b>0,15*</b>			0,01	<b>0,14*</b>

**Uwagi:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; skor. $R^2$  – skorygowane  $R^2$  (poziom wyjaśnionej wariancji);  $\Delta R^2$  – zmiana  $R^2$ ;  $\beta$  – standaryzowany współczynnik regresji;  $F$  – dopasowanie modelu; Q\_HR-QoL – Ogólna jakość życia związana ze zdrowiem; Q\_PCS – jakość życia związana ze zdrowiem somatycznym; Q\_MCS – jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym; T\_RE – Reaktywność emocjonalna; T\_WT – Wytrzymałość; Owch\_EMO - Wpływ na emocje; Owch\_OBJ - Istota choroby; AKCEPT – Akceptacja choroby; Cop\_LĘK - Lękowe zaabsorbowanie; DYSTRES – poziom dystresu; Af\_NEG - Afekt negatywny; Af\_POZ - Afekt pozytywny

Dla jakości życia związanej z funkcjonowaniem fizycznym wyjaśniono 27% wariancji zmiennej zależnej, a wśród predyktorów tego rodzaju jakości życia zidentyfikowano istotę choroby i akceptację choroby. Im wyższa akceptacja choroby i mniej odczuwanych dolegliwości identyfikowanych jako przejaw choroby nowotworowej, tym wyższa jakość życia w obszarze funkcjonowania fizycznego.

Wreszcie dla jakości życia związanej z funkcjonowaniem psychicznym model wyjaśnia 46% wariancji zmiennej zależnej, a wśród istotnych predyktorów należy wymienić negatywny wpływ choroby na emocje, który wyjaśnia 29% wariancji, dystres i afekt pozytywny, które łącznie tłumaczą 3% wariancji. Jakość życia związana z funkcjonowaniem psychicznym jest tym wyższa, im – w postrzeganiu pacjentki – choroba wywołuje mniejszy wpływ na emocje, im mniejszy jest dystres i im większy jest poziom pozytywnego afektu.

#### 4.3.3.2. Mediacyjna rola czynników poznawczo-afektywnych dla zależności pomiędzy temperamentem a jakością życia

Założony model uwarunkowań jakości życia u kobiet we wczesnym okresie po postawieniu diagnozy raka piersi przewidywał efekty mediacji pomiędzy poszczególnymi czynnikami. Aby zbadać bliżej te złożone relacje, dokonano analizy seryjnej wielokrotnej mediacji z wykorzystaniem metody bootstrappingu. Analizę przeprowadzono dla każdego wymiaru temperamentu osobno. Jako zmienną zależną w każdym modelu ustalono ogólną jakość życia, a czynniki poznawczo-afektywne ustanowiono jako mediatory, pozostające ze sobą w relacji seryjnej. We wszystkich analizowanych modelach wykazano istotne efekty pośrednie przy nieistotnych efektach bezpośrednich, co oznacza efekt całkowitej mediacji pomiędzy cechami temperamentalnymi a jakością życia (tabela 18).

Tabela 18.

*Charakter zależności pomiędzy czynnikami temperamentalnymi a jakością życia u kobiet we wczesnej fazie choroby (analiza seryjnej mediacji, bootstrapping)*

Relacja	Efekt	Oszacowanie	Bootstrapping	
			95% BC CI	
			niskie	wysokie
T_AK	bezpośredni	0,06	-0,002	0,031
	pośredni	<b>0,24***</b>	0,096	0,486
T_ŻW	bezpośredni	-0,05	-0,052	0,117
	pośredni	<b>-0,11*</b>	-0,268	-0,023
T_RE	bezpośredni	0,08	-0,089	0,163
	pośredni	<b>0,32***</b>	-0,453	-0,142
T_WS	bezpośredni	0,01	-0,125	0,141
	pośredni	<b>-0,17*</b>	-0,301	-0,057
T_WT	bezpośredni	-0,08	-0,106	0,132
	pośredni	<b>-0,16*</b>	-0,250	-0,028
T_PE	bezpośredni	0,02	-0,078	0,066
	pośredni	<b>-0,15*</b>	-0,203	-0,016

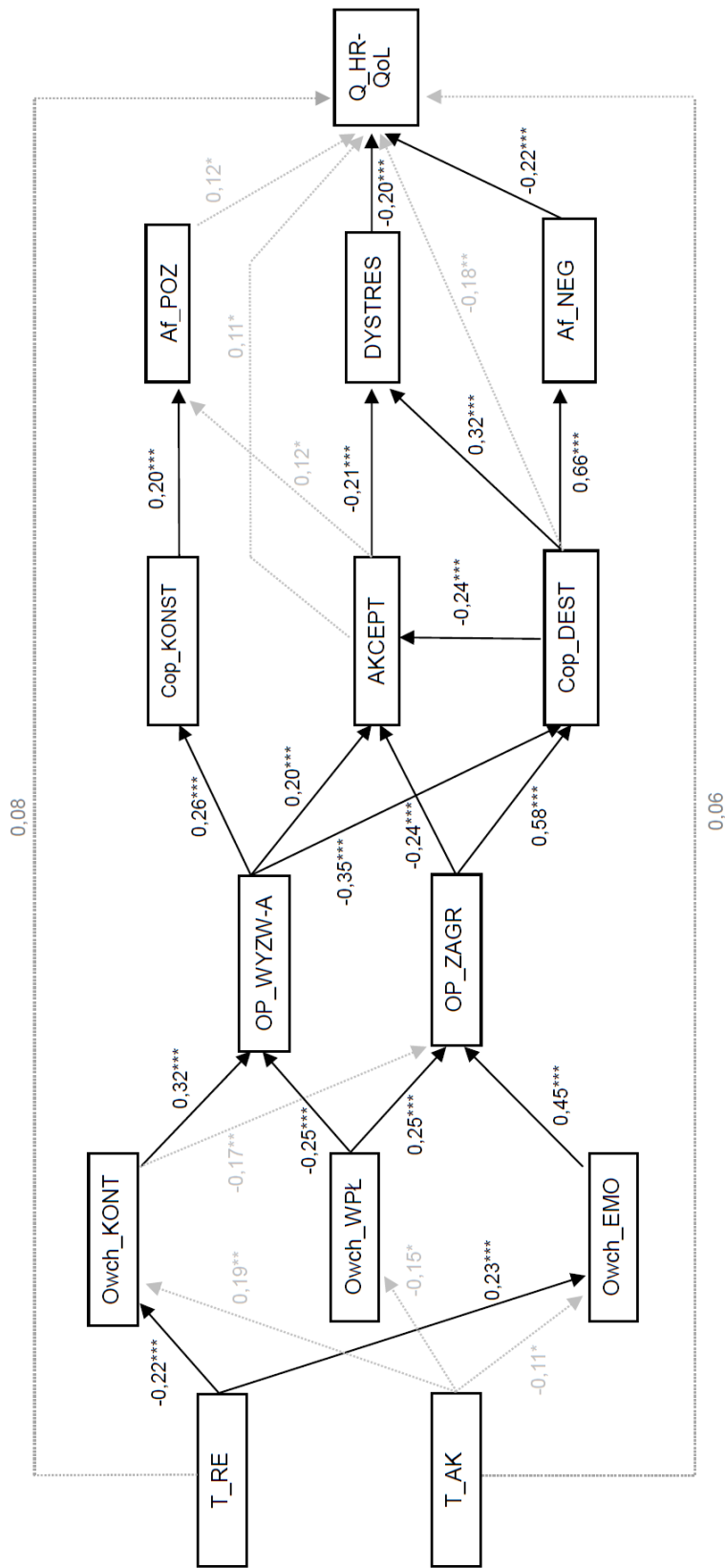
**Uwagi:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; BC CI – centyle bootstrappu (bias corrected); T\_AK – Aktywność; T\_ŻW – Żwawość; T\_RE – Reaktywność emocjonalna; T\_WS – Wrażliwość sensoryczna; T\_WT – Wytrzymałość; T\_PE – Perseweratywność



Efekty pośrednie aktywności i reaktywności emocjonalnej dla jakości życia były dodatnie, co oznacza, że cechy te pośrednio wiązały się z wyższą jakością życia. Natomiast efekty żwawości, wrażliwości sensorycznej, wytrzymałości i perseweratywności okazały się być ujemne, co oznacza, że te cechy temperamentalne pośrednio wiążą się z niższą jakością życia.

Analizując poszczególne ścieżki zauważono, że siły związków pomiędzy włączonymi do modeli zmiennymi okazały się być bardzo słabe w przypadku modeli dla żwawości, wytrzymałości, wrażliwości sensorycznej oraz perseweratywności. Natomiast w przypadku modelu dla reaktywności emocjonalnej siła większości związków pomiędzy zmiennymi przekraczała przyjętą w interpretacji wyników badania wartość graniczną siły korelacji (0,20). Obraz zależności pomiędzy reaktywnością emocjonalną a jakością życia przedstawiono na rycinie 3, przy czym na rycinie przedstawiono jedynie te elementy modelu, które okazały się być istotne statystycznie. Jedynym wyjątkiem jest uwzględnienie na rycinie 3 także aktywności. Decyzja ta wynika z faktu, że efekt pośredni związku aktywności z jakością życia okazał się – podobnie jak w przypadku reaktywności emocjonalnej – umiarkowanie silny i statystycznie istotny na poziomie  $p < 0,001$ . Należy jednak zwrócić uwagę, że siła zależności pomiędzy aktywnością, a obrazem choroby jest bardzo słaba ( $< 0,02$ ) i na wielkość efektu pośredniego zależności pomiędzy aktywnością a jakością życia składają się przede wszystkim efekty związane z zależnościami pomiędzy czynnikami poznawczymi i afektywnymi.

W przedstawionym na rycinie 3 modelu można zauważyć dwie podstawowe ścieżki – jedną, która poprzez czynnik kontroli osobistej prowadzi przez kolejne mediatory o pozytywnym charakterze (wyzwanie, akceptacja choroby, konstruktywny styl radzenia sobie, afekt pozytywny), i drugą, która poprzez postrzeganie negatywnego wpływu choroby na emocje prowadzi przez mediatory o negatywnym charakterze (zagrożenie/krzywda/strata, destrukcyjny styl radzenia sobie, dystres, afekt negatywny). Ta ostatni ścieżka charakteryzuje się większą siłą związków pomiędzy zmiennymi.



Ryc. 3. Model seryjnej mediacji pomiędzy reaktywnością emocjonalną i aktywnością a jakością życia u kobiet we wczesnym etapie choroby nowotworowej.

**Uwagi:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; T\_RE – Reaktywność emocjonalna; T\_AK – Aktywność; Owch\_WPL – Kontrola osobista; Owch\_WPL – Wpływ choroby na życie; Owch\_EMO – Wpływ na emocje; OP\_WYZW-A – Wyzwanie-aktywność; OP\_ZAGR – Zagrożenie; AKCEPT – Akceptacja choroby; Cop\_KONST – Styl konstruktywny; Cop\_DEST – Styl destrukcyjny; Af\_POZ – Afekt pozytywny; Af\_NEG – Afekt negatywny; DYSTRES – poziom dystresu; Q\_HR-QoL – Ogólna jakość życia związana ze zdrowiem

Bezpośredni ujemny wpływ na jakość życia mają jedynie poziom dystresu i afekt negatywny. Afekt pozytywny również ma wpływ bezpośredni (dodatni) na jakość życia, jednak siła tej relacji jest bardzo słaba.

Dwa kluczowe mediatory w modelu to akceptacja choroby i destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą. Poprzez te mediatory przebiega większość ścieżek w modelu seryjnej mediacji. Akceptacja choroby wpływa na zmniejszenie poziomu dystresu. Sama zaś jest tym większa, im silniej zaznaczona jest ocena poznawcza choroby w kategorii wyzwania, im słabiej wyrażona jest ocena poznawcza w kategorii zagrożenia i krzywdy/straty oraz im słabiej reprezentowany jest destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą. Z kolei destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą wpływa dodatnio na poziom dystresu oraz negatywnego afektu. Styl ten jest tym silniej zaznaczony, im bardziej badana postrzega raka piersi jako zagrożenie i krzywdę/stratę, a mniej jako wyzwanie.

#### **4.3.4. Profil psychologiczny predysponujący do wyższej jakości życia we wczesnym etapie choroby**

W badaniu zamierzano sprawdzić czy istnieje określony profil psychologiczny predysponujący do wyższej jakości życia w okresie bezpośrednio następującym po postawieniu diagnozy raka piersi.

Aby wyróżnić grupy kobiet cechujących się istotnymi różnicami w zakresie badanych czynników temperamentalnych i poznawczo-afektywnych przeprowadzono analizę skupień za pomocą grupowania metodą niehierarchiczną *k*-średnich. Analiza ta pozwoliła wyodrębnić trzy skupienia, charakteryzujące się obecnością największej liczby istotnych różnic przy zachowaniu liczebności poszczególnych grup na poziomie  $n > 10$  (tabela 19).

Tabela 19.

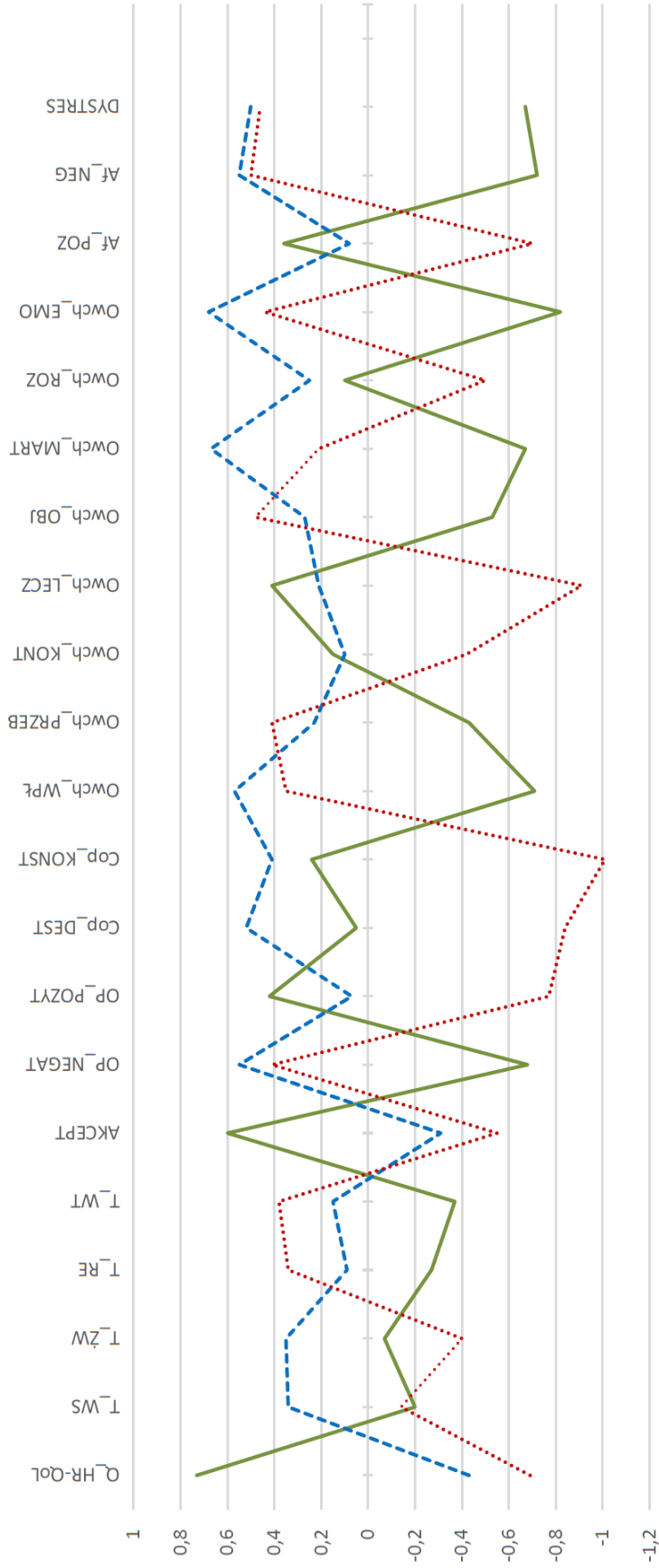
*Analiza wariancji wyodrębnionych skupień dla jakości życia kobiet we wczesnym etapie choroby*

Zmienne	Skupienia – Jakość życia			F
	Wysoka (n=55)	Niska (n=46)	Bardzo niska (n=35)	
	M	M	M	
<b>Jakość życia</b>	0,73	-0,43	-0,69	44,42***
T_WS	-0,20	0,34	-0,14	4,26*
T_ŻW	-0,07	0,35	-0,40	6,16**
T_RE	-0,27	0,09	0,34	4,23*
T_WT	-0,37	0,15	0,38	7,11**
AKCEPT	0,60	-0,31	-0,55	22,60***
OP_NEGAT	-0,68	0,55	0,41	33,15***
OP_POZYT	0,42	0,07	-0,77	18,73***
Cop_DESTR	0,05	0,52	-0,84	24,22***
Cop_KONST	0,24	0,41	-1,01	33,28***
Owch_WPŁ	-0,71	0,57	0,35	34,73***
Owch_PRZEB	-0,43	0,23	0,41	10,23***
Owch_KONT	0,15	0,10	-0,42	3,94*
Owch_LECZ	0,41	0,21	-0,91	27,17***
Owch_OBJ	-0,53	0,27	0,48	16,17***
Owch_MART	-0,67	0,67	0,21	35,37***
Owch_ROZ	0,10	0,25	-0,50	6,31***
Owch_EMO	-0,82	0,68	0,44	60,89***
Af_POZ	0,36	0,08	-0,70	14,15***
Af_NEG	-0,72	0,55	0,50	41,03***
DYSTRES	-0,67	0,50	0,46	31,47***

**Uwagi:** n – liczebność próby; M – średnia arytmetyczna; \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; T\_WS – Wrażliwość sensoryczna; T\_ŻW – Żwawość; T\_RE – Reaktywność emocjonalna; T\_WT – Wytrzymałość; OP\_NEGAT - Ocena negatywna; AKCEPT – Akceptacja choroby; OP\_POZYT - Ocena pozytywna; Cop\_DEST - Styl destrukcyjny; Cop\_KONST - Styl konstruktywny; Owch\_WPŁ - Wpływ choroby na życie; Owch\_PRZEB - Przebieg choroby; Owch\_KONT - Kontrola osobista; Owch\_LECZ - Skuteczność leczenia; Owch\_OBJ - Istota choroby; Owch\_MART - Martwienie się chorobą; Owch\_ROZ - Rozumienie choroby; Owch\_EMO - Wpływ na emocje; Af\_POZ - Afekt pozytywny; Af\_NEG - Afekt negatywny; DYSTRES – poziom dystresu

Dla lepszej ilustracji profil skupień przedstawiono na rycinie 4.

**Skupienie 1** – Wysoka jakość życia (n=55) – obejmuje kobiety, które pod względem temperamentalnym charakteryzują się umiarkowanie niską wrażliwością sensoryczną, przeciętną żwawością, umiarkowanie niską reaktywnością emocjonalną i umiarkowanie niską wytrzymałością. Jednocześnie są to osoby o wysokiej akceptacji choroby, silnie postrzegające chorobę jako wyzwanie i w bardzo niewielkim stopniu oceniające raka piersi w kategoriach zagrożenia lub krzywdy/straty. Pod względem radzenia sobie z chorobą są to osoby charakteryzujące się przeciętnym nasileniem zarówno konstruktywnych, jak i destrukcyjnych strategii radzenia sobie. W zakresie obrazu własnej choroby są to kobiety postrzegające chorobę jako mającą niewiele negatywnych konsekwencji dla codziennego funkcjonowania, choroba według nich powinna trwać dość krótko, można na nią wpływać poprzez własne



Ryc. 4. Profile psychologiczne kobiet o zróżnicowanym poziomie jakości życia.

**Uwagi:** Q\_HR-QoL – Ogólna jakość życia związana ze zdrowiem; T\_WS – Wrażliwość sensoryczna; T\_ZW – Żwawość; T\_RE – Reaktywność emocjonalna; T\_WT – Wytrzymałość; OP\_NEGAT – Ocena negatywna; AKCEPT – Akceptacja choroby; OP\_POZYT – Ocena pozytywna; Cop\_DEST – Styl destrukcyjny; Cop\_KONST – Styl konstruktywny; Owch\_WPŁ – Wpływ choroby na życie; Owch\_PRZEB – Przebieg choroby; Owch\_KONT – Kontrola osobista; Owch\_LECZ – Skuteczność leczenia; Owch\_OBJ – Istota choroby; Owch\_MART – Martwienie się chorobą; Owch\_ROZ – Rozumienie choroby; Owch\_EMO – Wpływ na emocje; Af\_POZ – Afekt pozytywny; Af\_NEG – Afekt negatywny; DYSTRES – poziom dystresu

działania, a samo leczenie choroby jest skuteczne. Osoby te doświadczają małej liczby dolegliwości, nie martwią się chorobą i nie postrzegają choroby jako mającej wpływ na ich stan emocjonalny. Poziom rozumienia choroby jest tutaj średni. Kobiety tworzące to skupienie charakteryzują się ponadto umiarkowanie wysokim nasileniem afektu pozytywnego, niskim nasileniem afektu negatywnego i niskim poziomem dystresu.

**Skupienie 2** – Niska jakość życia ( $n=46$ ) – obejmuje kobiety, które mają umiarkowanie wysokie nasilenie wrażliwości sensorycznej i żwawości oraz przeciętne nasilenie reaktywności emocjonalnej i wytrzymałości. Kobiety te wykazują raczej niski poziom akceptacji choroby i często postrzegają ją jako zagrożenie lub krzywda/strata. Równocześnie jednak pojawia się u nich w umiarkowanym nasileniu ocena poznawcza choroby jako wyzwania. Pod względem radzenia sobie z chorobą, kobiety te w średnim nasileniu korzystają ze stylu destrukcyjnego i umiarkowanie często ze stylu konstruktywnego. Nasilenie obu stylów radzenia sobie jest najwyższe w tej grupie kobiet w porównaniu z pozostałymi wyróżnionymi skupieniami. Pod względem obrazu własnej choroby w tym skupieniu dominuje postrzeganie bardzo negatywnych konsekwencji dla codziennego życia, postrzeganie choroby jako przewlekłej, ale poddającej się osobistej kontroli i podatnej na stosowane leczenie. Kobiety te doświadczają większej liczby dolegliwości, najbardziej się martwią chorobę, deklarują również dość wysokie (i najwyższe wśród wszystkich badanych) rozumienie swojej choroby. Postrzegają także silny wpływ choroby na stan emocjonalny. Pod względem afektywnym u kobiet tych pojawią się umiarkowane nasilenie afektu pozytywnego i dość wysokie nasilenie afektu negatywnego oraz dystresu.

**Skupienie 3** – Bardzo niska jakość życia ( $n=33$ ) – obejmuje kobiety, które pod względem temperamentalnym charakteryzują się najniższym poziomem żwawości i najwyższym poziomem reaktywności emocjonalnej oraz wytrzymałości. Pod względem wrażliwości sensorycznej grupa ta jest bardzo zbliżona do kobiet ze skupienia o najwyższej jakości życia – nasilenie tej cechy temperamentalnej jest umiarkowanie niskie. Pod względem nasilenia czynników poznawczo-afektywnych kobiety o najniższej jakości życia charakteryzują się profilem psychologicznym, będącym niemal lustrzanym odbiciem profilu kobiet o najwyższej jakości życia. Osoby z tego skupienia przeżywają umiarkowane nasilenie afektu pozytywnego i wysokie nasilenie afektu negatywnego oraz dystresu.

## **5. INTERPRETACJA WYNIKÓW**

Celem podstawowym przeprowadzonych badań była ocena jakości życia i jej uwarunkowań we wczesnym etapie choroby nowotworowej. Zmiennymi wyjaśniającymi jakość życia wśród pacjentek z nowotworem piersi był temperament, akceptacja choroby, jej obraz, ocena poznawcza, strategie radzenia sobie z nią oraz związany z chorobą stan afektywny i poziom dystresu.

Dla uporządkowania dyskusji uzyskanych wyników, w pierwszej kolejności omówione zostaną dane odnoszące się do charakterystyki badanej grupy. Następnie dokonana zostanie analiza poziomu oraz uwarunkowań jakości życia i funkcjonowania kobiet we wczesnym etapie choroby i zależności pomiędzy zmiennymi wyjaśniającymi a jakością życia. Omówione zostaną także profile psychologiczne predysponujące do wysokiej i niskiej jakości życia we wczesnym etapie choroby. W końcowej części dyskusji zostaną przedstawione kliniczne implikacje oraz ograniczenia przeprowadzonego badania.

### ***5.1. Dyskusja wyników dotyczących charakterystyki grupy osób badanych***

W przeprowadzonych badaniach nie wykazano istotnego statystycznie znaczenia wskaźników socjodemograficznych dla jakości życia i funkcjonowania poznawczo-afektywnego badanych osób. Na uwagę i omówienie zasługują jednak wyniki związane z sytuacją zdrowotną badanych osób oraz okresem pomiędzy pojawieniem się pierwszych objawów choroby, a uzyskaniem diagnozy raka piersi. U 52,2% kobiet rozpoznanie choroby nastąpiło podczas rutynowego badania profilaktycznego, ale jednocześnie ponad 20% badanych czekało na otrzymanie diagnozy ponad 3 miesiące od rozpoznania u siebie jakiś niepokojących objawów choroby. Opisane zjawisko może wiązać się z szeroko opisywanym w literaturze zjawiskiem zwlekania. Zwlekanie z diagnozą, rozumiane jest jako okres pomiędzy pierwszymi zauważalnymi oznakami choroby, a najbliższą konsultacją lekarską (Chojnacka-Szawłowska, 1998). Pierwszy etap zwlekania związany jest z oceną symptomów i stanowi główny powód czasu zwłoki w diagnozie nowotworu. Etap ten wiąże się z realną trudnością związaną z oszacowaniem powagi obserwowanych objawów i swoich możliwości poradzenia z ich konsekwencjami. Z medycznego punktu widzenia etap pojawienia się

pierwszych niepokojących objawów jest szczególnie ważny, gdyż ma związek z szybkim zidentyfikowaniem zagrożenia i wprowadzeniem adekwatnych interwencji medycznych oraz psychologicznych, mogących przywrócić pacjentce zdrowie. W praktyce, bywa jednak bardzo różnie. To, jak szybko nastąpi kontakt potencjalnej pacjentki z lekarzem, zależy od interpretacji objawów, która może mieć różny charakter: od lekceważenia („*To tylko mały guzek, może sam się wchłonie*”) przez wyolbrzymienie („*I tak już za późno, choroba jest już pewnie nieuleczalna i idąc do lekarza tylko przysporzę sobie problemów*”) do opóźniania („*Mam tyle ważnych sprawy do załatwienia, pójdę jak będę miała czas*”).

Opóźnione rozpoznanie raka piersi mogło również nastąpić z powodu trudności dostępu do szybkiej diagnostyki (badanie przeprowadzono przed wprowadzeniem w Polsce opcji szybkiej terapii onkologicznej), z powodu trudności diagnostycznych niezależnych od zachowania pacjentki (jak np. niejednoznaczne obrazy kliniczne, wymagające włączania coraz to nowszych procedur diagnostycznych, odsuwających w czasie ostateczne rozpoznanie nowotworu) czy wreszcie brak zgłoszenia się pacjentki na konsultację lekarską. W badaniach nad wiedzą kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi przeprowadzonych przez Najdyhor i wsp. (2013) stwierdzono, że jedynie połowa ankietowanych kobiet miała kiedykolwiek wykonywaną mammografię, a z zaproszenia do wykonania badania skorzystała tylko co trzecia ankietowana kobieta. Za najważniejsze przeszkody w skorzystaniu z działań profilaktycznych ankietowani podawali lęk przed chorobą oraz brak wiedzy, brak środków finansowych oraz utrudniony dostęp do mammografii. Wiedzę na temat tego, że badanie piersi przeprowadza się tydzień po miesiączce miało tylko 57% badanych. W badaniach dotyczących możliwych przyczyn zwlekania przeprowadzonych przez Podgórską i wsp. (2013) stwierdzono, że przyczyny opóźnień diagnozy leżą głównie po stronie pacjenta i wynikają z nieznaności symptomów choroby, które mogą wskazywać na chorobę oraz z lekceważenia objawów (70% przyczyn opóźnień). Analogiczne badania przeprowadzone zostały przez Brzozowską i wsp. (2014). W tych badaniach średnia czasu opóźnienia z winy systemu opieki zdrowotnej wynosiła 3,1 tygodnia. Natomiast głównymi przyczynami opóźnienia zgłoszenia się do lekarza były: lekceważenie objawów (51%), strach przed rozpoznaniem choroby nowotworowej (48%), brak czasu (38%), problemy rodzinne (3%), stosowanie medycyny niekonwencjonalnej (8%), problemy finansowe (2%) oraz inne powody, w tym trudności z dostępnością do lekarza (5%).



W literaturze znaleźć można próby zrozumienia mechanizmu zwlekania. Niektóre badania potwierdzają istnienie związku między długością zwlekania a statusem socjoekonomicznym i poziomem wykształcenia. Niższy poziom wykształcenia, a także niższy status socjoekonomiczny wiążą się z dłuższym okresem zwlekania (Ristvedt i Trinkaus 2005). Badania własne nie potwierdziły tej zależności. Powodem takiego stanu rzeczy w badanej grupie może być zdecydowana przewaga osób ze średnim i wyższym wykształceniem. W badaniu własnym uzyskano natomiast ujemną korelację między wiekiem a czasem opóźnienia diagnozy, co jest spójne z wynikami badania Facione i wsp. (2002). Osoby młodsze mogą częściej opóźnić podjęcie badań diagnostycznych ze względu na większe obciążenie obowiązkami zawodowymi czy domowymi.

Głównymi problemami w sferze fizycznej na które uskarżały się pacjentki z niedawno zdiagnozowanym nowotworem piersi było zmęczenie, problemy z pamięcią i koncentracją oraz problemy ze snem. Dolegliwości te mogą być konsekwencją reakcji stresowej, w jakiej znalazły się badane. Stres często manifestuje się właśnie problemami ze snem (trudnościami w zasypianiu, budzeniem się w środku nocy), zmęczeniem i zaburzeniami funkcji poznawczych (ICD-10, 1992). Ponadto, zgłaszany przez duży odsetek badanych problem parestezji może być pochodną hiperwentylacji, czyli kolejnego objawu lęku i stresu.

## ***5.2. Jakość życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi w świetle badań własnych***

Średni ogólny poziom jakości życia był oceniany przez pacjentki jako umiarkowanie wysoki ( $M=67,01$ ). Dość dobre funkcjonowanie w zakresie wymiarów jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym, świadczy o braku dolegliwości bólowych i wynika zapewne z braku – przynajmniej w tym momencie – wyraźnego wpływu choroby na somatyczny aspekt życia chorych. Nieco niżej ( $M=63,48$ ) osoby badane oceniały jakość życia związaną z możliwością pełnienia ról. Choroba nowotworowa jest z pewnością dla wielu pacjentek wydarzeniem zmieniającym charakter ich funkcjonowania w wielu rolach, które pełniły do momentu diagnozy. Konieczność wpisania choroby i związanych z nią decyzji w rolę matki, żony, pracownika czy przyjaciółki/znajomej może wiązać się z obniżeniem jakości życia w tym obszarze. Badania przeprowadzone przez Woźniak-Krakowian i Lamch (2010) potwierdzają, że

choroba nowotworowa w znacznym stopniu wpływa na funkcjonowanie społeczne osób chorych, a zmianie ulegają nie tylko kontakty interpersonalne, ale także pełnione role oraz aktywność pacjentów.

Najniżej w obszarze jakości zdrowia związanej ze zdrowiem fizycznym oceniony został wymiar jakości zdrowia związany z ogólnym poczuciem zdrowia ( $M=55,92$ ). Wynik ten można zinterpretować, wyjaśniając go sytuacją formalnej utraty zdrowia. Pomimo tego, że pacjentki na wczesnym etapie choroby mogły nie doświadczać jeszcze praktycznie żadnych fizycznych konsekwencji choroby nowotworowej, to sam fakt zachorowania i jego interpretacja poznawcza może mieć wpływ na obniżenie ich jakości życia. Zaobserwowano też, że pacjentki, które badano w pierwszym i drugim miesiącu po otrzymaniu przez nie diagnozy, miały wyższe wskaźniki jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym we wszystkich jej wymiarach, w porównaniu do pacjentek będących w trzecim miesiącu po diagnozie. Wynika to najprawdopodobniej z pojawiania się objawów związanych z progresją choroby i/lub objawów, będących pochodną przeżywanego stresu.

Pomimo, że osoby badane uzyskały umiarkowane wyniki w wymiarach jakości życia związanych ze zdrowiem psychicznym, to jednak ten komponent jakości życia był istotnie gorszy, niż jakość życia w obszarze fizycznym. Jest to zgodne z założeniem, że we wczesnym etapie choroby nowotworowej, przed włączeniem leczenia, główną rolę pełnią procesy psychiczne, a nie somatyczne. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Tobiasz-Adamczyk i wsp. (2013) przeprowadzonych w grupie kobiet ze zmianami patologicznymi piersi w okresie przygotowawczym do zabiegu chirurgicznego. W badaniach tych stwierdzono, że zmiana chorobowa w piersi, niezależnie od rozpoznania histopatologicznego, znacząco wpływa na ocenę jakości życia (w szczególności w ocenie stanu emocjonalnego) we wszystkich analizowanych jej wymiarach, nie tylko u kobiet ze zmianami złośliwymi, ale także u tych ze zmianami łagodnymi.

Spośród wszystkich wymiarów psychicznego komponentu jakości życia badane najwyżej oceniały swoje funkcjonowanie społeczne ( $M=68,93$ ), natomiast najgorzej swoje poczucie zdrowia psychicznego ( $M=57,41$ ). Ten ostatni wynik jest spójny z wysokim nasileniem dystresu, jaki wykazywały badane. Aż 82% kobiet znalazło się w grupie ryzyka rozwoju klinicznych zaburzeń depresyjnych i lękowych, co może rzutować na gorszą ocenę

poczucia zdrowia psychicznego. Natomiast dość wysokie funkcjonowanie społeczne można wyjaśnić tym, że na wczesnym etapie choroby pacjentki jeszcze nie są aż tak ograniczone w możliwości spotkań towarzyskich, jak się to dzieje w dalszych etapach choroby, gdzie pojawiają się hospitalizacje, osłabienie, zmiany w wyglądzie itd., a więc zmiany, które mogą już mocno ingerować w obszar relacji interpersonalnych.

### **5.3. Czynniki poznawczo-afektywne we wczesnym etapie choroby nowotworowej**

Diagnoza raka piersi może wiązać się z zaprzeczaniem lub buntem (Kübler-Ross, 1979), tymczasem w badaniu własnym wykazano dość wysoki poziom akceptacji choroby we wczesnym etapie choroby. Poziom ten był podobny we wszystkich podgrupach wyróżnionych na podstawie czasu, jaki upłynął od postawienia diagnozy bądź na podstawie czasu od pojawienia się pierwszych niepokojących dolegliwości. Wynik średni dla całej grupy ( $M=30,61$ ) był nieco wyższy, niż wynik uzyskany w procesie normalizacji polskiej wersji narzędzia w grupie kobiet z rakiem sutka i macicy (Juczyński, 2001), co może wynikać z faktu, że grupa normalizacyjna znajdowała się na dalszych etapach choroby, a tym samym mogła się konfrontować z liczniejszymi somatycznymi skutkami nowotworu i jego leczenia. W badaniach przeprowadzonych przez Nowickiego i wsp. (2009) zauważono, że kobiety chorujące na raka sutka, będące w związkach małżeńskich i funkcjonujące w pełnej rodzinie, dużo szybciej akceptują zmiany mające związek z chorobą. W badaniu własnym większość kobiet funkcjonowała w stałych związkach, co mogło stanowić istotne źródło wsparcia i mieć znaczenie buforowe dla badanych. Adekwatne wsparcie społeczne jest czynnikiem sprzyjającym akceptacji choroby i lepszemu radzeniu sobie z nią (Sęk i Cieślak, 2004; Wojtyła i Stawiarska, 2010). W przedstawianym badaniu nie uwzględniono jednak wsparcia, więc powyższe wyjaśnienie ma charakter wyłącznie spekulatywny. Warto natomiast uwzględnić ten czynnik w dalszych badaniach nad wczesnym etapem choroby nowotworowej.

W odniesieniu do obrazu choroby zaobserwowano, że osoby badane martwiły się dość silnie swoją chorobą i postrzegały umiarkowany negatywny wpływ raka piersi na funkcjonowanie emocjonalne. Było to szczególnie zauważalne u kobiet, znajdujących się w okresie pierwszych czterech tygodni od postawienia diagnozy. U kobiet znajdujących się

dalej od momentu rozpoznania raka piersi przekonanie o negatywnym wpływie choroby na codzienne funkcjonowanie i stan emocjonalny słabło. Prawdopodobnie wynika to z weryfikacji i uaktualniania obrazu własnej choroby o nowe informacje, płynące już z własnego doświadczenia, a nie tylko z doświadczeń zastępczych i nieprofesjonalnych źródeł informacji na temat raka piersi.

W prezentowanym badaniu kobiety oczekujące na rozpoczęcie leczenia ponad dwa miesiące, deklarowały istotnie większą liczbę dolegliwości, które utożsamiały z chorobą nowotworową. Warto jednak pamiętać, że percepcja somatyczna, jest zależna od tych samych interpretacyjnych procesów, które sterują np. percepcją wzrokową. Dostrzeżenie odczucia płynącego z ciała zależy od koncentracji uwagi, a ta z kolei od równowagi między uwagą sterowaną innym bodźcem, a „wyrazistością” danego odczucia (Salmon, 2002). Każde doświadczenie lub myśli, kierujące uwagę do wewnątrz (a takim doświadczeniem może być otrzymanie diagnozy raka piersi), zwiększają prawdopodobieństwo dostrzeżenia odczuć płynących z ciała (Pennebaker, 1982). I na odwrót – skierowanie uwagi na zewnątrz zmniejsza to prawdopodobieństwo. Jest to jeden z powodów dla których uczucie niezadowolenia zwiększa stopień doświadczania objawów fizycznych (Watson i Pennebaker, 1989). Być może u kobiet już długo czekających na rozpoczęcie leczenia poziom niezadowolenia narasta i jest czynnikiem sprzyjającym postrzeganiu większej liczby objawów chorobowych. Skupienie uwagi oznacza, że odczucie somatyczne zostało zauważone, lecz nie określa ono jego doświadczania. To ostatnie zależy od procesu interpretacji lub „nadawania znaczenia” odczuciom. Proces ten polega na nadawaniu znaczenia odczuciom poprzez odniesienie ich do jakiejś przyczyny. Przykładowo ludzie zdrowi, którym zalecono hiperwentylację po uprzednim udzieleniu negatywnej informacji (dotyczącej ryzyka utraty przytomności), uznali to doświadczenie za nieprzyjemne (Salkovskis i Clark, 1990). Z kolei tym, którym udzielono informacji dotyczących pozytywnych konsekwencji (jak podniesienie się stanu świadomości) uznali hiperwentylację za aktywność związaną z przyjemnością. Pomimo, że badania te koncentrują się głównie na różnorodnych oznakach pobudzenia fizjologicznego, podobne procesy mają wpływ na wszelkie doświadczenia odczuć somatycznych, także w chorobie nowotworowej (Cacioppo i in., 1986). Błędne odniesienie może znacząco podnieść lęk przed objawami choroby, które mogą nie mieć żadnego somatycznego potwierdzenia i wyraźnie zależą od przekonań pacjentów. Te procesy mogą też tłumaczyć wykazaną w badaniu

własnym ujemną korelację pomiędzy istotą choroby a jakością życia.

Kolejną ważną zmienną wyjaśniającą w prezentowanych badaniach jest ocena poznawcza choroby jako stresora u kobiet z rakiem piersi w fazie przed podjęciem leczenia. Podobnie, jak w przypadku wymiarów obrazu własnej choroby związanych z jej konsekwencjami, kobiety w pierwszym miesiącu od postawienia rozpoznania raka piersi istotnie częściej postrzegały swoją chorobę w kategoriach zagrożenia oraz krzywdy/straty, niż kobiety w drugim miesiącu od otrzymania diagnozy. Zebranie nowych doświadczeń w ciągu tych kilku tygodni konfrontacji z diagnozą oraz weryfikacja dostępnych zasobów mogą sprzyjać zmianie kategorii oceny poznawczej z zagrożenia w kierunku wyzwania (Lazarus i Folkman, 1984), co mogłoby tłumaczyć przytoczony wynik badania własnego.

Strategie radzenia sobie z chorobą to kolejne zmienne wyjaśniające brane pod uwagę w prezentowanych badaniach. Najbardziej reprezentowaną strategią radzenia sobie z chorobą okazała się beznadzieja-bezradność, a najczęściej badane deklarowały ducha walki i pozytywne przewartościowanie. Nie wykazano żadnych statystycznie istotnych różnic w podgrupach wyróżnionych pod względem czasu, jaki upłynął od momentu postawienia diagnozy. Podobne wyniki uzyskała Milik (2013), obserwując kobiety przed i po mastektomii, a korzystną dla poziomu jakości życia przewagę strategii konstruktywnych potwierdzono w wielu badaniach. Badania porównawcze Fuller i wsp. (1992) oraz Pettingale i wsp. (1985) potwierdziły, że pacjenci uruchamiający konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową cechowali się wyższą jakością życia oraz lepszym rokowaniem co do długości przeżycia oraz okresów remisji. Wielokrotnie wykazano, że strategie aktywne i konfrontacyjne lepiej wpływają na podniesienie jakości życia niż strategie opierające się na bierności i rezygnacji (Adamczak, 1988; Chojnacka-Szawłowska, 2002; Greer i Morris, 1990; Johansson i in., 2011; van Laarhoven i in., 2011; Watson i in., 1999). W świetle powyższych danych przewaga stylu konstruktywnego nad negatywnym, wykazana w badaniu własnym, może tłumaczyć relatywnie wysoką jakość życia badanych kobiet.

Stan afektywny i dystres to ostatecznie z omawianych zmiennych wyjaśniających występujące w modelu badawczym. Grupa osób badanych charakteryzowała się zbliżonym średnim nasileniem afektu pozytywnego i negatywnego. Wykazano również, że bilans afektywny, wskazujący na przewagę emocji negatywnych nad pozytywnymi pojawił się

u 52,9% badanych. Pełne zrównoważenie emocji pozytywnych i negatywnych wystąpiło u 5,1% badanych kobiet, a przewaga emocji pozytywnych dotyczyła 41,9% badanych. Wydaje się, że dla optymalnej adaptacji do choroby przewlekłej ważne jest współwystępowanie emocji pozytywnych i negatywnych i właściwej proporcji między nimi. Otwarcie się na przeżywanie emocji negatywnych umożliwia często bardziej adaptacyjne poradzenie sobie z sytuacją obciążającą. Jest to zgodne z opisywanym w literaturze modelem współbrzmienia, który zakłada, że efektywne radzenie sobie z błahymi wydarzeniami wymaga przewagi emocji pozytywnych, natomiast w przypadku wydarzeń silnie obciążających konieczna jest przewaga emocji negatywnych, ponieważ związane jest ono z koncentracją na wielu negatywnych aspektach sytuacji (Larsen i in., 2002). Pacjentki z nowotworem piersi, które zachęcane do swobodnego wyrażania doświadczanych emocji miały dwukrotnie dłuższy okres przeżycia w porównaniu z pacjentkami, które tego nie robiły (Spiegel i in., 1989).

Wysokie wyniki na skali dystresu wydają się być reakcją w miarę adekwatną w pierwszym etapie choroby, biorąc pod uwagę siłę stresora jaki zaistniał w życiu pacjentek. Problemem zatem, nie jest tu nawet intensywność stresora, ale czas jego utrzymywania się (Heszen i Sęk, 2012). Tymczasem w badaniu własnym wykazano, że u kobiet znajdujących się w momencie bardziej oddalonym od chwili rozpoznania nowotworu, poziom dystresu jest już niższy.

#### ***5.4. Uwarunkowania jakości życia w świetle badań własnych***

Zaproponowany model uwarunkowań jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi wyjaśniał ponad 40% wariacji jakości życia, przy czym szczególnie przydatny okazał się być w tłumaczeniu wariacji psychicznego komponentu jakości życia. Wykazano także, że we wczesnym etapie choroby silniejszymi predyktorami dla akceptacji choroby i jakości życia są czynniki poznawcze niż afektywne. Zarówno wyniki krokowej analizy regresji, jak i analizy seryjnej mediacji wskazują, że konstrukty negatywne mają nieco większe znaczenie predykcyjne, niż konstrukty o pozytywnej konotacji. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że ewolucyjnie, w sytuacji zagrożenia (a taką jest choroba nowotworowa), przeżywanie negatywnego afektu czy ocenianie zdarzeń jako zagrażających jest bardziej przystosowawcze dla zachowania życia i gatunku. Dopiero później nabierają

znaczenia konstrukty, które współcześnie umiejscawiane są w obszarze psychologii pozytywnej (Trzebińska, 2008).

Jednym z ważniejszych predyktorów jakości życia, szczególnie związanej ze zdrowiem psychicznym, okazała się być składowa obrazu własnej choroby, jaką jest przekonanie o negatywnym wpływie choroby na funkcjonowanie emocjonalne. Jest to bardzo ciekawy wynik, ponieważ tłumaczy o wiele większy procent wariacji jakości życia niż rzeczywiście przeżywany przez kobiety negatywny afekt i dystres łącznie. Antycypacja negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny może wynikać z wciąż silnie zaznaczonych w społeczeństwie mitów na temat nowotworów. Jednym z nich jest przekonanie, że jest to choroba bardzo poważna i naturalną reakcją na diagnozę powinien być smutek. Innym wytłumaczeniem może być wspomniana już wcześniej kwestia postmodernistycznego, prawokciukowego podejścia do życia, opartego na zasadach szybko-łatwo-jednoznacznie (por. Górnik-Durose, red., 2013). Ważnym filarem mentalności prawego kciuka jest brak tolerancji na odracanie gratyfikacji i nietolerancja dyskomfortu. Tymczasem choroba nowotworowa znacznie te filary narusza. Większe znaczenie przewidywań niż rzeczywistych doświadczeń dla funkcjonowania człowieka wykazała także Ozimek (2015) w swoich badaniach nad percepcją bólu menstruacyjnego. W badaniu tym kobiety były trzykrotnie pytane o nasilenie bólu miesięczkowego – tydzień przed miesiączką, w trakcie największego nasilenia dolegliwości podczas miesiączki i tydzień po miesiączce. Okazało się, że deklarowany ból spodziewany i pamiętany były ze sobą spójne i istotnie wyższe niż ból rzeczywiście odczuwany. Zarówno te, jak i wyniki z badania własnego, wskazują, jak bardzo istotna jest rola nastawień i że to poznawcza reprezentacja dolegliwości wyznacza jakość życia, a nie realne przeżycia. Prowadzi to do wniosku, że w opiece nad chorymi onkologicznie warto uwzględnić oddziaływania psychoterapeutyczne ukierunkowane na zmianę obrazu własnej choroby.

W badaniu wykazano pośredni związek pomiędzy temperamentem i jakością życia. Wynik ten jest spójny z badaniami Kroemeke i Kwissy (2011) dotyczącymi temperamentalnych uwarunkowań bilansu afektywnego u chorych z cukrzycą typu 2 i chorych po zawale serca. Temperament okazuje się być predyspozycją, która dopiero po włączeniu szeregu czynników poznawczych i afektywnych, prowadzi do zmian w jakości życia. Szczególnie dotyczy to czynnika, jakim jest reaktywność emocjonalna. Pozostałe czynniki

temperamentalne bardzo słabo korelowały z jakością życia i czynnikami poznawczo-afektywnymi.

Kierunki zależności w modelu mediacyjnym okazały się być spójne z założeniami. Czynniki poznawcze okazały się być predyktorami czynników afektywnych, a w konsekwencji jakości życia. Wynik ten upoważnia do wysunięcia postulatu o celowości włączania interwencji psychoterapeutycznych, ukierunkowanych na zmianę oceny poznawczej choroby nowotworowej. Szczególnie ważne wydaje się być przeformułowanie przekonań chorych na raka piersi o niekorzystnym wpływie choroby na stan emocjonalny, zwiększenie przekonania o tym, że własne działanie może modyfikować przebieg choroby oraz na przekierowanie oceny poznawczej stresora z kategorii zagrożenia/krzywdy/straty na kategorię wyzwania. Warto również zwrócić uwagę na bilans afektywny chorych, analizując konsekwencje przeżywanych emocji dla poziomu jakości życia i radzenia sobie z chorobą. Badanie wykazało bezpośredni efekt afektu pozytywnego na jakość życia, jednak siła tego wpływu jest niewielka. Większe znaczenie ma zatem uprawomocnienie negatywnych emocji, a następnie ich modyfikacja poprzez kształtowanie racjonalnego obrazu własnej choroby i uelastycznienie strategii radzenia sobie z chorobą. Szczególnie chodzi o umiejętność korzystania ze strategii lękowego zaabsorbowania i bezradności-beznadziejności w sposób nie nadmiarowy. Umiarkowany poziom lęku może bowiem być pomocny w poszukiwaniu pomocnych opcji leczenia się, a reagowanie wycofaniem się w sytuacjach niemodyfikowalnych może sprzyjać oszczędzaniu energii (Kozaka, 2010).

W badaniu udało się zidentyfikować profile cech psychologicznych predysponujących do wysokiej i niskiej jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej kobiet z rakiem piersi. Uzyskany profil psychologiczny predysponujący do wysokiej jakości życia charakteryzuje się pod względem temperamentalnym umiarkowanie niską wrażliwością sensoryczną, przeciętną zwawością, umiarkowanie niską reaktywnością emocjonalną i umiarkowanie niską wytrzymałością. Zawadzki i Strelau (1997) wyodrębnili cztery typy struktur temperamentu o specyficznym układzie cech, tj. struktura zharmonizowana/niezharmonizowana o dużych/małych możliwościach przetwarzania stymulacji. Uzyskany w badaniach układ cech temperamentu najbardziej przypomina strukturę niezharmonizowaną o dużych możliwościach przetwarzania stymulacji, charakteryzującą się



niską reaktywnością emocjonalną, niską lub średnią wrażliwością sensoryczną oraz niską perseweratywnością. Jedyną różnicą dotyczy aktywności, która w opisywanej strukturze posiada wysokie nasilenie oraz zwawości, którą określa się na niskim poziomie.

W rozpatrywaniu struktury temperamentu szczególne znaczące są wzajemne relacje cech energetycznego poziomu zachowania, a efektywność regulacji zależy w głównej mierze od relacji trzech cech energetycznych parametrów zachowania, tj. wytrzymałości, reaktywności emocjonalnej oraz aktywności. Cechy temperamentu, wpływające na regulację poziomu intensywności funkcjonowania emocjonalnego, decydują także o większych lub mniejszych reakcjach jednostki na określone sytuacje bodźcowe. Najistotniejsza wydaje się tu przypuszczalnie rola reaktywności, ponieważ warunkuje ona specyficzną dla jednostki siłę reagowania na określoną sytuację.

Ciekawym wynikiem jest odkrycie, że w profilu psychologicznym osób o niskiej jakości życia pojawia się najwyższe rozumienie choroby. Jest to wynik o tyle istotny, że osoby chorujące onkologicznie są często zarzucane informacjami przez personel medyczny, którego intencją jest jak najlepsze wyedukowanie pacjentów. Powiązanie rozumienia choroby z niską jakością życia jest spójne z badaniami dotyczącymi dopasowania ilości informacji przekazywanych pacjentom do ich stylu radzenia sobie ze stresem (Heszen i Sęk, 2012). Osoby, które nie są nastawione na poszukiwanie informacji, kiedy otrzymują ich zbyt wiele, zareagują zwiększonym dystresem. Spójna z tym tokiem rozumowania jest obserwacja, że w tym samym profilu psychologicznym pojawia się także dość wysoka tendencja do korzystania ze strategii typu lękowe zaabsorbowanie oraz bezzadność/beznadziejność.

### ***5.5. Kliniczne implikacje płynące z badania***

Wyniki badania, wskazujące na to, że czynniki poznawcze są predyktorami afektu, a pośrednio radzenia sobie z chorobą i jakości życia, uprawniają do wyciągnięcia wniosku, że szczególnie przydatnymi oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, poprawiającymi funkcjonowanie chorych, mogą być interwencje poznawczo-behawioralne (Kokoszka, 2009; Moorey i Greer, 2007; Wojtyna, 2012; Wojtyna i Nawara, 2013). Zgodnie z tym nurtem

terapeutycznym emocje i zachowania człowieka są konsekwencją nie tyle sytuacji, w jakiej znalazła się jednostka, ale subiektywnej interpretacji znaczenia tego doświadczenia.

Rozpoznanie przekonań pacjentki na temat jej choroby nowotworowej, a zwłaszcza na temat wpływu raka piersi na funkcjonowanie emocjonalne chorej oraz na temat możliwości sprawowania kontroli nad przebiegiem choroby może być szczególnie pomocne w znalezieniu takiej perspektywy rozumienia własnej sytuacji, by jakość życia w tym etapie chorowania była jak najwyższa. Zwrócenie pacjentkom uwagi na fakt, że utrzymywanie pozytywnego afektu oraz skracanie czasu trwania afektu negatywnego sprzyja lepszemu funkcjonowaniu układu hormonalnego oraz immunologicznego (por. Fawzy i in., 1990a, 1990b) może być zarówno komunikatem motywującym do zadbania o wprowadzanie przyjemnych aktywności w obecne życie pacjentki, jak również komunikatem wskazującym drogę do osobistego sprawowania kontroli nad przebiegiem choroby. Tego typu oddziaływania mogą przynieść szczególnie dużo korzyści osobom, które wykazują takie cechy temperamentalne, jak wysoka reaktywność i/lub niska aktywność.

Warto pamiętać, że ogólna jakość życia w badanej grupie kobiet była umiarkowanie wysoka, co znaczy, że nie każda kobieta z rozpoznaniem rakiem piersi bezwzględnie powinna być objęta interwencją psychologiczną. Oddziaływanie te mogą natomiast pełnić funkcję prewencyjną. Z jednej strony mogą pomóc kobietom już we wczesnym stadium chorowania nauczenia się konstruktywnych sposobów radzenia sobie, z drugiej strony, co jednak wymaga dalszych badań, mogą zabezpieczyć chore przed dekompensacją stanu psychicznego w dalszych etapach choroby. Wielokrotnie bowiem wykazano, że interwencje poznawczo-behawioralne w późniejszych fazach choroby – fazie leczenia, nawrotu oraz fazie pre- i terminalnej sprzyjają lepszej jakości życia (por. Moorey i Greer, 2007; Wojtyna, 2012; Wojtyna i Nawara, 2013). Z teorii uczenia się (por. Kokoszka, 2009) wynika, że dużo łatwiej jest przyswoić sobie nowe informacje w warunkach umiarkowanego stresu. Kiedy stres jest zbyt duży, efektywność uczenia się spada. Pacjentki z rakiem piersi we wczesnej fazie chorowania wykazywały sprzyjający uczeniu się poziom napięcia. Ponadto czas oczekiwania na rozpoczęcie postępowania onkologicznego można wykorzystać na psychoedukację chorych i trening podstawowych technik poznawczo-behawioralnych – dzięki temu istnieje szansa zmniejszenia ryzyka frustracji pacjentek, związanej z przedłużającym się czasem podjęcia interwencji medycznych.

## **5.6. Ograniczenia badania i wskazania do dalszych poszukiwań**

Przeprowadzone badanie ma liczne ograniczenia. Najważniejszym z nich jest przekrojowy charakter badania. Wczesny etap choroby to okres niezwykle burzliwych zmian i intensywnych procesów adaptacyjnych. Stan psychiczny i funkcjonowanie kobiet w tym okresie czasu może zmieniać się z dnia na dzień. Badanie własne nie potrafi tych zmian prześledzić. Pewnym rozwiązaniem było wprowadzenie do analizy porównań pomiędzy grupami kobiet znajdującymi się w pierwszym, drugim i trzecim miesiącu po otrzymaniu diagnozy, ale dużo lepsze byłoby prześledzenie zachodzących procesów adaptacyjnych i emocjonalnych w modelu intensywnych badań longitudinalnych (Bolger i Laurenceau, 2013). Badanie podłużne pozwoliłoby także na kontrolę wielu zmiennych, które nie znalazły się w niniejszym badaniu, takich jak np. wsparcie, relacja lekarz-pacjent, ilość i jakość informacji na temat choroby, jakie docierają do pacjentki itd.

Kolejnym ważnym ograniczeniem przeprowadzonego badania była stosunkowo mała liczebność grupy badanych kobiet. Nie pozwoliło to na uwzględnienie w badaniu dokładnego typu diagnozy czy stanu klinicznego chorych. Ponadto większa liczba badanych umożliwiłaby zastosowanie wielowymiarowych modeli równań strukturalnych, co z kolei mogłoby lepiej prześledzić wzajemne zależności pomiędzy badanymi zmiennymi, niż udało się to za pomocą zastosowanej metody bootstrappingu.

## 6. WNIOSKI

1. We wczesnym etapie choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi poziom akceptacji i jakości życia był dość wysoki, przy czym komponent psychiczny jakości życia charakteryzował się gorszymi parametrami niż jakość życia związana ze zdrowiem fizycznym. Najsilniejszymi predyktorami akceptacji i jakości życia okazały się być czynniki poznawcze.
2. Wczesny etap choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi charakteryzuje się poznawczą reprezentacją nowotworu zdominowaną przez przekonanie o wysokiej skuteczności leczenia i dość wysokie poczucie rozumienia choroby, przy jednoczesnym nasilonym martwieniu się chorobą. W miarę upływu czasu od otrzymania diagnozy dochodzi do redukcji postrzegania choroby jako zagrażającej dla codziennego funkcjonowania i stanu emocjonalnego.
3. Czynniki temperamentalne wykazują pośredni wpływ na jakość życia poprzez takie mediatory jak ocena poznawcza choroby, strategie radzenia sobie z chorobą, akceptacja choroby i czynniki afektywne, przy czym jest to złożona mediacja seryjna. Uwarunkowania jakości życia we wczesnym etapie choroby są zgodne z założeniami nurtu poznawczo-behawioralnego i kierunki zależności pomiędzy czynnikami ujętymi w modelu jakości życia przebiegają od czynników poznawczych, przez afektywne do jakości życia.
4. Istnieje profil czynników psychologicznych predysponujących do wysokiej jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej, w którym obecna jest niska reaktywność emocjonalna, zaznaczony jest racjonalny obraz choroby ze zrównoważonym korzystaniem ze strategii radzenia sobie oraz przeważa afekt pozytywny nad negatywnym.
5. Zwrócenie uwagi na możliwość modyfikacji obrazu własnej choroby, oceny poznawczej choroby jako stresora oraz uelastycznienie korzystania ze strategii radzenia sobie z chorobą wydaje się być ważnym aspektem w pracy z chorymi na raka piersi w pierwszym etapie choroby, jeszcze przed włączeniem leczenia. Szczególnie może być to przydatne dla kobiet o wysokiej reaktywności emocjonalnej.

6. Konieczne jest prowadzenie dalszych badań w obszarze jakości życia we wczesnym etapie choroby ze szczególnym uwzględnieniem badań podłużnych.

## PIŚMIENNICTWO

- Aarstad, A.K., Aarstad, H.J., Bru, E. i Olofsson, J. (2005). Psychological coping style versus disease extent, tumour treatment and quality of life in successfully treated head and neck squamous cell carcinoma patients. *Clinical Otolaryngology*, 30(6), 530-538.
- Adamczak, M. (1988). *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań.
- Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., McGrath, P.C., Sloan, D.A. i Kenady, D.E. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psycho-Oncology*, 9(1), 69–78.
- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek i H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 206-231). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bishop, G.D. i Converse, S.A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5(2), 95-114.
- Bolger, N. i Laurenceau, J.P. (2013). *Intensive longitudinal methods*. New York, London: The Guilford Press.
- Bottomley, A. (1997). Synthesizing cancer group interventions – a cancer group intervention in need of testing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(1), 51-61.
- Brewin, C.R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P. i Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1131–1142.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., i Weinman, J. (2006) The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 60(6), 631–637.
- Bryant, R.A. (2003). Early predictors of post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53(9), 789-795.
- Bryant, R.A., Harvey, A.G., Guthrie, R. i Moulds, M.L. (2000). A prospective study of acute psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 341-344.
- Brzozowska, A., Duma, D., Mazurkiewicz, T., Brzozowski, W. i Mazurkiewicz, M. (2014). Przyczyny opóźnień leczenia chorych na raka piersi wykrytego w trakcie samobadania u kobiet w województwie lubelskim. *Ginekologia Polska*, 85, 14-17.

- Brzozowski, P. (2010). *Skala uczuć pozytywnych i negatywnych (SUPIN) – Polska adaptacja PANAS D. Watsona i A. L. Clark*. Warszawa: PTP.
- Butler, L.D., Koopman, C., Classen, C. i Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology, 18*(6), 555-560.
- Cacioppo, J.T., Anderson, B.L., Turnquist, D.C. i Petty, R.E. (1986). Psychophysiological comparison processes: interpreting cancer symptoms. W: B. Anderson (red.), *Women with cancer: Psychological Perspectives* (141-171). New York. Springer
- Chen, S.F., Wang, H.H., Yang, H.Y. i Chung, U.L. (2015). Effect of relaxation with guided imagery on the physical and psychological symptoms of breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 17*(11), doi:\_10.5812/ircmj.31277
- Chojnacka-Szawłowska, G. (1998). Wiedza o symptomach nowotworowych pacjentów poddawanych diagnostyce onkologicznej a stopień klinicznego zaawansowania choroby. *Psychoonkologia, 2*, 27–36.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (2002). Strategie radzenia sobie z zagrożeniem a stopień zaawansowania choroby nowotworowej w okresie jej diagnozowania. *Psychoonkologia, 1-6, 8, 9-17*
- Chojnacka-Szawłowska, G. (2012). *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*. Warszawa: Vizja Press & IT.
- Colla, M., Kronenberg, G., Deuschle, M., Meichel, K., Hagen, T., Bohrer, M. i Heuser, I. (2007). Hippocampal volume reduction and HPA-system activity in major depression. *Journal of Psychiatric Research, 41*(7), 553-560.
- Constanzo, E.S., Lutgendorf, S.K., Rothrock, N.E. i Anderson, B. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology, 15*(2), 132-142.
- Costantini, D., Marasco, V. i Moller, A.P. (2011). A meta-analysis of glucocorticoids as modulators of oxidative stress in vertebrates. *Journal of Comparative Physiology. B, 181*(4), 447-456.
- Costa-Requena, G., Rodriguez, A. i Fernandez-Ortega, P. (2012). Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. *Scandinavian*

- Journal of Caring Sciences*, 27(1), 77-83.
- Coyne, J.C., Tennen, H. i Ranchor, A.V. (2010). Positive psychology in cancer care: A story line resistant to evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 35-42.
- Dąbrowska I.U., Iwat, M.B. i Żaboklicka-Madziar, M. (2007). Policjanci. W: J.F. Terelak (red.), *Stres zawodowy: charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych* (s.383-425). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Dempster, M., McCorry, N.K., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L. i Johnston, B.T. (2012). Psychological distress among survivors of esophageal cancer: the role of illness cognitions and coping. *Diseases of the Esophagus*, 25(3), 222-227.
- DeNeve, K.M. i Cooper, H. (1998). The happy personality: A metaanalysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229.
- Devine, D., Parker, P.A., Fouladi, R.T. i Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 12(5), 453-462.
- Dobrzyńska, B. (2007). Administracja samorządowa. W: J.F. Terelak (red.), *Stres zawodowy: Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych* (s. 29-45). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Dorfmueller, M. i Dietzfelbinger, H. (2011). *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Dudek, B. i Koniarek, J. (2004). Osobowościowe uwarunkowania rozwoju zaburzeń po stresie traumatycznym. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s. 183-198). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Dunn, L.B., Cooper, B.A., Neuhaus, J., West, C., Paul, S., Aouizerat, B., Abrams, G., Edrington, J., Hamolsky, D. i Miaskowski, C. (2011). Identification of distinct depressive symptom trajectories in women following surgery for breast cancer. *Health Psychology*, 30(6), 683-692.
- Dziurawicz-Kozłowska, A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 77-99.
- Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., van Lankveld, W., Jongen, P.J.H, Jacobs, J.W.G. i Bijlsma, J.W.J. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036.
- Eysenck, H.J. i Eysenck, M.W. (1985). *Personality and Individual Differences: A Natural Science*



- Approach*. New York: Plenum Press.
- Facione, N.C., Miaskowski, C., Dodd, M.J. i Paul, S.M. (2002). The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: new thoughts for early detection. *Preventive Medicine*, 34(4), 397–407.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502-508.
- Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R. i Morton, D. (1990a). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 720-725.
- Fawzy, F.I., Kemeny, M.E., Fawzy, N.W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N. i Fahey, J.L. (1990b). A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 729-735.
- Felton, B.J., Revenson, T.A., Hinrichsen, G.A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18(10), 889-898.
- Fife, B.L., Huster, G.A., Cornetta, K.G., Kennedy, V.N., Akard, L.P. i Broun, E.R. (2000). Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 18(7), 1539-1549.
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and process of bereavement. W: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe i H. Schut (red.), *Handbook of bereavement: Consequences, coping and care*. Washington, DC: American Psychological Association Press, 563-584.
- Franks, H.M. i Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037.
- Fuller, S.A., Haybittle, J.L., Smith, R.E., Dobbs, H.J. (1992). Cardiac doses in post-operative breast irradiation. *Radiotherapy and Oncology*, 25(1), 19-24.
- Gallenberger, S. (2011). Psychoonkologia w pulmonologii. W: M. Dorfmueller i H. Dietzfelbinger (red.), *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. (s. 303-312). Wrocław: Elsevier Urban&Partner,
- Garratt, A.M., Schmidt, L., Mackintosh, A. i Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324(7351), 1417-1421.

- Gołębiowska, J. (2005). Poczucie jakości życia jako pojęcie wielowymiarowe. W: P. Francuz, W. Otrębski i Z. Uchnast (red.), *Studia z psychologii w KUL*, 29-44. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Górnik-Durose, M. (red.) (2013). *Kultura współczesna a zdrowie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grant, D.M., Beck, J.G., Marques, S.A., Palyo, S.A. i Clapp, J.D. (2008). The structure of distress following trauma: Posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 662–672.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W. i Haybittle, J.L. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet*, 335(8680), 49-50.
- Grischke, E.M. (2011). Psychoonkologia w chorobach kobiecych z uwzględnieniem aspektów psychosomatycznych. W: M. Dorfmüller i H. Dietzfelbinger (red.), *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. (s. 281-287). Wrocław: Elsevier Urban&Partner.
- Główny Urząd Statystyczny (2015). *Jakość życia w Polsce. Edycja 2015*. <http://www.stat.gov.pl>.
- Hagger, M.S. i Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.
- Hampton, M.R., Frombach, I. (2000). Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Women International*, 21(1), 67–76.
- Hayashi, T. (2015). Conversion of psychological stress into cellular stress response: roles of the sigma-1 receptor in the process. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 69(4), 179-191.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. i Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. i Wilson, K.G. (2013). *Terapia akceptacji i zaangażowania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Heckman, B.D., Fisher, E.B., Monsees, B., Merbaum, M., Ristvedt, S. i Bishop, C. (2004). Coping and anxiety in women recalled for additional diagnostic procedures following an abnormal screening mammogram. *Health Psychology*, 23(1), 42-48.
- Helgeson, V.S., Lepore, S.J. i Eton, D.T. (2006). Moderators of the benefits of psychoeducational interventions for men with prostate cancer. *Health Psychology*,

25(3), 348-354.

- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I. i Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Heszen-Niejodek, I. i Ratajczak, Z. (1996). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Hewlett, S.A. i Luck, C.B. (2007). Praca ekstremalna. Niebezpieczny urok 70-godzinnego tygodnia pracy. *Harvard Business Review (Edycja Polska)*, 4, 46-58.
- Hobfoll, S. (2006). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Holland, J.C. (2004). IPOS Sutherland Memorial Lecture: an international perspective on the development of psychosocial oncology: overcoming cultural and attitudinal barriers to improve psychosocial care. *Psycho-Oncology*, 13(7), 445-459.
- Hopman, P. i Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11-18.
- Husson, O., Thong, M.S., Mols, F., Oerlemans, S., Kaptein, A.A. i van de Poll-Franse, L.V. (2013). Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision? *Psycho-Oncology*, 22(3), 490-498.
- ICD-10 (1992). Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Janowski, K. (2006). Jakość życia związana ze stanem zdrowia i jej pomiar. W: S. Steuden i M. Ledwoch (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Problemy człowieka chorego*, 143-154. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Jaracz, K. (2001). Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji. *Pielęgniarstwo Polskie*, 12(2), 219-226.
- Johansson, E., Steineck, G., Holmberg, L., Johansson, J.E., Nyberg, T., Ruutu, M. i Bill-Axelsson A. (2011). Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. *The Lancet Oncology*, 12(9), 891-899.
- Juczyński Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Wyd. 2. Warszawa.

- Kangas, M., Henry, J.L. i Bryant, R.A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499–524.
- Karademas, E.C. i Hondronikola, I. (2010). The impact of illness acceptance and helplessness to subjective health, and their stability over time: a prospective study in a sample of cardiac patients. *Psychology, Health and Medicine*, 15(3), 336-346.
- Kawiecka-Dziembowska, B., Borkowska, A., Żurawski, B., Pałaszyska, R. i Makarewicz, R. (2005). Ocena temperamentu, jakości życia i nasilenia cech depresji u pacjentów z chorobą Hodgkina w jej różnych fazach. *Psychiatria Polska*, 39(4), 679-690.
- Kiebert, G.M. (1997) Jakość życia jako cel klinicznych triali. W: J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.
- Kokoszka, A. (2009). Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kossakowska, M. (2012). *Metody kwestionariuszowe w psychologii pozytywnej* [Niepublikowany manuskrypt]. Sopot: SWPS.
- Kossakowska, M. i Zielazny, P. (2013). Obraz choroby i korzyści psychospołeczne u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 22(3), 177-185.
- Kozaka, J. (2010). Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia*, 2, 60-69.
- Krajowy Rejestr Nowotworów - <https://www.sga.waw.pl/web/aktualnoci-artykuy-sga/284-krajowy-rejestr-nowotworow> (07.04.2016).
- Kroemeke, A. i Kwissa, Z. (2011). Temperament a efektywność radzenia sobie z chorobą. Mediująca rola oceny poznawczej i strategii zaradczych. *Studia Psychologiczne*, 49(4), 39-45.
- Kübler-Ross, E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: PAX.
- Kyrios, M. i Prior, M. (1990). Temperament, stress and family factors in behavioural adjustment of 3-5 year old children. *International Journal of Behavioural Development*, 13(1), 67-93.
- van Laarhoven, H.W., Schilderman, J., Bleijenbergh, G., Donders, R., Vissers, K.C., Verhagen, C.A. i Prins, J.B. (2011). Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer Nursing*, 34(4),

302-314.

- Larsen, J.T., Hemenover, S.H., Norris, C.J. i Cacioppo, J.T. (2002). Turning adversity to advantage: On the virtues of the coactivation of positive and negative emotions. W: L.G. Aspinwall i U.M. Staudinger (red.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association. 211–226.
- Lazarus, R.S. (1980). The stress and coping paradigm. W: L.A. Bond i J.C. Rosen (red.), *Competence and coping during adulthood*. Hanover: University Press of New England. 28-74.
- Lazarus, R. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Meyer, D. i Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. W: S. Rachman (red.), *Contributions to medical psychology*. Vol. 2. New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. i Steele, D.F. (1984). Illness representations and coping with health threats. W: A. Baum i S. E. Taylor (red.), *A handbook of psychology and health*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 219-252.
- Leventhal, H., Brissette, I. i Leventhal, E.A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. W: L.D. Cameron i H. Leventhal (red.), *The self-regulation of health and illness behaviour*. London. Routledge. 42-65.
- Lewko J., Polityńska, B., Kochanowicz, J., Zarzycki, W., Okruszko, A., Sierakowska, M., Jankowiak, B., Górska, M., Krajewska-Kułak, E. i Kowalczyk, K. (2007). Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Advances in Medical Science*, 52(suppl. 1), 144–146.
- MacLean, D. i Lo, R. (1998). The non-insulin-dependent diabetic: success and failure in compliance. *The Australian journal of Advanced Nursing*, 15(4), 33-42.
- Maes, M.A., Lin, A., Bonaccorso, S., van Hunsel, F., Van Gastel, A., Delmeire, L., Biondi, M., Bosmans, E., Kennis, G. i Scharpé, S. (1998). Increased 24-hour urinary cortisol excretion in patients with post-traumatic stress disorder and patients with major depression but not in patients with fibromyalgia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 328-335.
- Majkowicz, M. (2000). Problemy i perspektywy oceny jakości życia w chorobie nowotworowej (ujęcie krytyczne) (s. 141-148). W: K. de Walden-Gałuszko (red.),

*Psychoonkologia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.

- Mazurkiewicz, A. (2010). Lepiej raka nie ruszać bo dostanie powietrza – czyli mity, metaforyka i symbolika wokół raka. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 6, 28-33.
- McCorry, N.K., Dempster, M., Quinn, J., Hogg, A., Newell, J., Moore, M., Kelly, S. i Kirk, S.J. (2013). Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psycho-Oncology*, 22(3), 692-698.
- Milik, A. (2013). Przystosowanie się do choroby u kobiet z nowotworem piersi przed mastektomią i po niej oraz przed zabiegiem oszczędzającym i po tym zabiegu. *Psychoonkologia*, 2, 50-55.
- Millar, K., Purushotham, A.D., McLatchie, E., George, W.D. i Murray, G.D. (2005). 1-year prospective study of individual variation in distress and illness perceptions after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4), 335-342.
- Mohabbat-Bahar, S., Maleki-Rizi, F., Akbari, M.E. i Moradi-Joo, M. (2015). Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 8(2), 71-76.
- Moorey, S. i Greer, S. (2007). *Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową*. Gdynia: Alliance Press.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L.D. i Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Mróz, B. (2011). *Poczucie jakości życia u pracowników wyższego szczebla*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Najdyhor, E., Krajewska-Kułak, E. i Krajewska-Ferishah, K. (2013). Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekologia Polska*, 84(2), 116-125.
- Nowicki, A., Kwasińska, E., Rzepka, K., Walentowicz, M., Grabiec, M. (2009). Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka zrzyszonych w klubach „Amazonka”. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 55, 40-44.
- Ogińska-Bulik, N. i Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny - charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7(4), 129-142.
- Okła, W., Steuden, S. i Puzon, P. (2007). Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii. W: S. Steuden i W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie* (s. 33-48). Lublin:

- Wydawnictwo Norbertinum.
- Oleś, P. (2002). Jakość życia w zdrowiu i chorobie. W: P. Oleś, S. Steuden i J. Toczydłowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Ozimek, M. (2015). *Psychospołeczne uwarunkowania percepcji bólu miesięczkowego*. Niepublikowana praca magisterska. Katowice: Uniwersytet Śląski w Katowicach.
- Pasek, M., Suchocka, L. i Urbański, K. (2013). Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 690-697.
- Paunovic, N. i Ost, R.G. (2004). Clinical Validation of the Swedish Version of the Quality of Life Inventory in Crime Victims With Posttraumatic Stress Disorder and a Nonclinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 15-21
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer.
- Pettingale, K.W, Morris, T., Greer, S. i Haybittle, J.L. (1985). Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *The Lancet*, 1(8431), 750.
- Pitman, R.K., Lanes, D.M., Williston, S.K., Guillaume, J.L., Metzger, L.J., Gehr, G.M. i Orr, S.P. (2001). Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 42(2), 133-140.
- Podgórska, J., Kruk, W. i Cichocka, I. (2013). Przyczyny opóźnień leczenia chorych na nowotwory w województwie podkarpackim. *Zdrowie Publiczne*, 123(2), 116-121
- Razavi, D. i Delvaux, N. (2002). *Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille*. Paris: Masson.
- Rehse, B. i Pukrop, R. (2002). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta-analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50(2), 179-186.
- Renner, B., Schüz, B. i Sniehotta, F.F. (2008). Preventive health behavior and adaptive accuracy of risk perceptions. *Risk Analysis*, 28(3), 741-748.
- Ristvedt, S.L. i Trinkaus, K.M. (2005). Psychological factors related to delay in consultation for cancer symptoms. *Psychooncology*, 14(5), 339-350.
- Rothbart, M.K. (1989). Biological processes in temperament. W: G.A. Kohnstamm, J.E. Bates i M.K. Rothbart (red.), *Temperament in Childhood* (s. 77-110). Chichester: Wiley.
- Rozema, H., Völlink, T. i Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(8), 849-857.

- Rybakowski, J. (2010). Neuroimmunologia zaburzeń psychicznych. W: J. Rybakowski, S. Pużyński i J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, t. 1 (s. 188-197). Wrocław: Elsevier Urban& Partner.
- Salmon, P. (2002). *Psychologia w medycynie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.
- Salkovskis, P.M. i Clark, D.M. (1990). Affective responses to hyperventilation: a test of cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1), 51-61.
- Salonen, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.L., Tarkka, M.T., Koivisto, A.M. i Kaunonen, M. (2011). Changes in quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 255-266.
- Sapolsky, R.M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 925-935.
- Schell, T.L., Marschall, G.N. i Jaycox, L.H. (2004). All symptoms are not created equal: the prominent role of hyperarousal in the natural course of posttraumatic psychological distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 189-197.
- Schipper, H. (1990). Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8(23), 171-185.
- Schoulte, J.C., Lohnberg, J.A., Tallman, B. i Altmaier, E.M. (2011). Influence of coping style on symptom interference among adult recipients of hematopoietic stem cell transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 38(5), 582-586.
- Selye, H. (1975). *Stress and distress*. *Comprehensive Therapy*, 1(8), 9-13.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2, 110-117.
- Sęk, H. i Cieślak R. (red.) (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Shapiro, J.P., McCue, K., Heyman, E.N., Dey, T. i Haller, H.S. (2010). Coping-related variables associated with individual differences in adjustment to cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 1-22.
- Sheridan, C. L., Radmacher, S., A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Siwak-Kobayashi, M. (1997). Specyfika psychoterapii w zaburzeniach psychosomatycznych. W: L. Szewczyk (red.), *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie* (s. 13-18).



- Lublin: Akademia Medyczna.
- Skrobowska, A. (2008). *Związek temperamentu i stylów radzenia sobie ze stresem z występowaniem zespołu stresu pourazowego w grupie osób chorych na nowotwory*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
- Skrzyński, W. (2006). *Psychologiczne wyznaczniki jakości życia osób przewlekle chorych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Medium.
- Skrzypek, M. (2000). *O badaniach nad jakością życia i sposobach rozumienia normy*. Lublin: Alma Mater, AM.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. i Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668), 888–891.
- Stangier, U., Ehlers, A. i Gielert, U. (2003). Measuring adjustment to chronic skin disorders: validation of a self-report measure. *Psychological Assessment*, 15(4), 532-549.
- Stanton, A.I., Collins, C.A. i Sworowski, I.A. (2001). Adjustment to chronic illness. Theory and research. W: A. Baum, T.A. Revenson i J.E. Singer (red.), *Handbook of Health Psychology* (s. 387-403). London: Lawrence Erlbaum.
- Strelau, J. (1996). Temperament a stres: temperament jako czynnik moderujący stresory, stan stresu, skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: Heszen-Niejodek, I. Ratajczak, Z. (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 88-132). Katowice: Wydawnictwo Uniwersyteckie
- Strelau, J. (1998). *Rola temperamentu w rozwoju psychicznym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strelau, J. (2002). *Psychologia temperamentu*. Warszawa: PWN.
- Strelau, J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania z perspektywy półwiecza badań*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J., Zawadzki, B., Oniszczenko, W., Sobolewski, A. i Pawłowski, P. (2004). Temperament i style radzenia sobie ze stresem jako moderatory zespołu stresu pourazowego w następstwie przeżytej katastrofy. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 48-64.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S. i Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Developmental and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.
- Sumalla, E.C., Ochoa, C. i Blanco, I. (2008). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24-33.

- Tatala, M. (2009). The role of personal adjustment to developmental crises in improving quality of life. *International Journal of Psychology and Counseling*, 10(1), 187-193.
- Taylor, S.E. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6-7, 15-37.
- Tedeschi, R.G. i Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R.G. i Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedstone, J.E. i Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 409-448.
- Terelak, J.F, Podolak, G., Rudzki, A. (2007). Kontrolerzy ruchu lotniczego. W: J.F. Terelak (red.), *Stres zawodowy: charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych* (s. 141-155). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Terelak, J.F. (2008). *Człowiek i stres*. Bydgoszcz-Warszawa: Branta.
- The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organisation. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Zawisza, K., Florek, M. i Hodorowicz-Zaniewska, D. (2013). Jakość życia kobiet ze zmianami patologicznymi piersi w okresie przygotowawczym do zabiegu chirurgicznego. *Przegląd Lekarski*, 70(4), 180-186.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Warchala, A., Wojtyna, E. i Krysta, K. (2015). Mental state and its psychophysical conditions in patients with acute leukaemia treated with bone marrow transplantation. *Psychiatria Danubina*, 27, supl. 1, 415-422.
- Ware, J.E. (1984). Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53(10 Suppl), 2316-2326.
- Ware, J.E. (2003). Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(4 Suppl 2), 543-551.
- Warren, L.E., Mendlinger, S.E., Corso, K.A. i Greenberg, C.C. (2012). A model of knowledge acquisition in early stage breast cancer patients. *The Breast Journal*, 18(1), 69-72.

- Watson, D., Clark, L.A. i Tellegen, A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D. i Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234-254
- Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J. i Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer, a population-based cohort study. *Lancet*, 354(9187), 1331-1336.
- Watters, C., Wright, S.J., Robinson, R.J., Krzywicki, T., Almond, L., Shevlin, M. i Mayberry, J.F. (2001). Positive and negative wellbeing as predictors of exercise uptake in Crohn's disease: an exploratory study. *Psychology, Health and Medicine*, 6(3), 293-299.
- Wenzlaff, R.M. i Wegener, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Wojtyna, E. (2012). Irrational suffering – An impact of cognitive behavioural therapy on the depression level and the perception of pain in cancer patients. W: L. L'Abate (red.), *Mental Illnesses – Evaluation, treatments and implications* (s. 227-244). Rijeka: InTech.
- Wojtyna, E. i Nawara, I. (2013). Krótka grupowa racjonalna terapia zachowania a jakość życia chorych na nowotwory. *Chowanna*, 1(4), 179-196.
- Wojtyna, E. i Stawiarska, P. (2010). Percepcja wsparcia społecznego a uczestnictwo w terapii poznawczo-behawioralnej u kobiet z rakiem piersi. W: K. Popiołek i A. Bańka (red.), *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w perspektywie psychologicznej* (s. 305-316). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Wojtyna, E. i Stawiarska, P. (2013). O współczesnym rozumieniu zdrowia. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie* (s. 51-76). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojtyna, E., Życińska, J. i Stawiarska, P. (2007). The influence of cognitive-behavior therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 12(2), 109-117.
- Wojtyna, E., Soroka, K. i Chełkowska, M. (2014). Percepcja choroby u pacjentów i ich partnerów a podejmowanie zachowań prozdrowotnych przez osoby z chorobą wieńcową serca. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 16(1-2), 13-21.
- Woon, F.N., Sood, S. i Hedges, D.W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with

- exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: A meta-analysis. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(7), 1181-1188.
- Woźniak-Krakowian, A. i Lamch, M. (2010). Poczucie jakości życia osób z chorobą nowotworową – zmiany w relacjach interpersonalnych. W: R. Derbis (red.), *Psychologiczne konteksty jakości życia społecznego* (s. 148-164). Częstochowa: Wydawnictwo AJD.
- Wrześniewski, K. (1997). Radzenie sobie ze stresem a zawał serca - kilka uwag metodologicznych. W: L. Szewczyk (red.): *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie* (s. 53-58). Lublin: Akademia Medyczna.
- Wrześniewski, K. i Włodarczyk, D. (2010) Kwestionariusz oceny stresu (KOS). *Przegląd Psychologiczny*, 53(4), 479-496.
- Wybraniec-Lewicka, B., Szpringer, M., Czerwiak, G., Michalska, M. i Ciura, E. (2008). Styl życia kobiet po mastektomii. *Studia Medyczne*, 10, 28-30.
- Yufik, T. i Simms, L.J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 764–776.
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P.D. i Juando, C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 369-381.
- Zarzycka, D. (2012). *Zasoby neurohormonalne i psychospołeczne a zdrowie i jego zaburzenia w sytuacji stresu egzaminacyjnego studentów uczelni Lublina*. Praca habilitacyjna. Bydgoszcz: Przedsiębiorstwo Poligraficzno-Uługowe Multigraf.
- Zawadzki, B. (2002). *Temperament – geny i środowisko. Porównania wewnątrz- i międzypopulacyjne*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zawadzki, B. i Strelau, J. (1995). Podstawy teoretyczne, konstrukcja i własności psychometryczne inwentarza "Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu. *Studia Psychologiczne*, 33, 49-96.
- Zawadzki, B. i Strelau, J. (1997). *Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu (FCZ-KT). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zawadzki, B. i Strelau, J. (2011). Fearfulness and anxiety in research on temperament: Temperamental traits are related to anxiety disorders. *Personality and Individual Differences*, 50, 907-915.

- Zhang, M.F., Wen, Y.S., Liu, W.Y., Peng, L.F., Wu X.D. i Liu, Q.W. (2015). Effectiveness of mindfulness-based therapy for reducing anxiety and depression in patients with cancer: A meta-analysis. *Medicine*, 94(45), doi: 10.1097/MD.0000000000000897
- Żołnierczyk-Zreda, D., Wrześniewski, K., Bugajska, J. i Jędryka-Góral, A. (2009). *Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia*. Warszawa: CIOP-PIB.
- Życińska, J., Wojtyna, E., Heyda, A. i Syska-Bielak, A., (2009) Polska adaptacja skali Distress Thermometer i problem list. Badania walidacyjne wśród pacjentów onkologicznych, *Psychoonkologia*, 18(2), 321-322.

## SPIS TABEL

<b>Tabela 1.</b>	<i>Operacjonalizacja zmiennych ujętych w modelu badawczym</i>	s. 47
<b>Tabela 2.</b>	<i>Charakterystyka grupy osób badanych pod względem danych socjodemograficznych</i>	s. 58
<b>Tabela 3.</b>	<i>Charakterystyka grupy osób badanych pod względem sytuacji zdrowotnej</i>	s. 59
<b>Tabela 4.</b>	<i>Cechy temperamentalne badanych kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby</i>	s. 61
<b>Tabela 5.</b>	<i>Jakość życia związana ze zdrowiem fizycznym u kobiet z rakiem piersi (N=136) z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej</i>	s. 63
<b>Tabela 6.</b>	<i>Jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym u kobiet z rakiem piersi (N=136) z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej</i>	s. 64
<b>Tabela 7.</b>	<i>Akceptacja choroby z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy i od pojawienia się pierwszych niepokojących pacjentki sygnałów</i>	s. 65
<b>Tabela 8.</b>	<i>Obraz choroby z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej</i>	s. 66
<b>Tabela 9.</b>	<i>Ocena poznawcza choroby jako stresora z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej</i>	s. 68
<b>Tabela 10.</b>	<i>Radzenie sobie z chorobą nowotworową z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy raka piersi</i>	s. 69
<b>Tabela 11.</b>	<i>Stan afektywny i poczucie dystresu u kobiet z rakiem piersi z uwzględnieniem czasu od postawienia diagnozy choroby nowotworowej</i>	s. 71
<b>Tabela 12.</b>	<i>Temperament a jakość życia u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby (analiza współczynników korelacji tau-b Kendalla)</i>	s. 72
<b>Tabela 13.</b>	<i>Czynniki poznawcze i akceptacja choroby a jakość życia u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby (analiza współczynników korelacji tau-b Kendalla)</i>	s. 73

<b>Tabela 14.</b> <i>Czynniki afektywne i związane ze stresem a jakość życia u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby (analiza współczynników korelacji tau-b Kendalla)</i>	s. 75
<b>Tabela 15.</b> <i>Temperament a wybrane czynniki poznawczo-afektywne u kobiet z rakiem piersi we wczesnym etapie choroby (analiza współczynników korelacji tau-b Kendalla)</i>	s. 76
<b>Tabela 16.</b> <i>Predyktory akceptacji choroby u kobiet przed rozpoczęciem leczenia raka piersi</i>	s. 77
<b>Tabela 17.</b> <i>Predyktory jakości życia u kobiet przed rozpoczęciem leczenia raka piersi</i>	s. 79
<b>Tabela 18.</b> <i>Charakter zależności pomiędzy czynnikami temperamentalnymi a jakością życia u kobiet we wczesnej fazie choroby (analiza seryjnej mediacji, bootstrapping)</i>	s. 80
<b>Tabela 19.</b> <i>Analiza wariacji wyodrębnionych skupień dla jakości życia kobiet we wczesnym etapie choroby</i>	s. 84

## SPIS RYCIN

- Ryc. 1.** Model uwarunkowań jakości życia we wczesnym etapie choroby nowotworowej. s. 37
- Ryc. 2.** Problemy fizyczne zgłaszane przez kobiety we wczesnym etapie choroby nowotworowej. s. 60
- Ryc. 3.** Model seryjnej mediacji pomiędzy reaktywnością emocjonalną i aktywnością a jakością życia u kobiet we wczesnym etapie choroby nowotworowej. s. 82
- Ryc. 4.** Profile psychologiczne kobiet o zróżnicowanym poziomie jakości życia. s. 85



## **ANEKS**

**Książeczka testowa.**

## Informacja dla pacjenta

Szanowni Państwo,

Jesteśmy zespołem psychologów i lekarzy, pragnących dowiedzieć się jak najwięcej na temat uwarunkowań sposobów doświadczania i radzenia sobie z chorobą nowotworową, aby następnie opracować jak najlepsze programy wsparcia dla osób leczonych onkologicznie. Państwa doświadczenia mogą niezwykle pomóc w tej pracy.

Udział w badaniu jest całkowicie dobrowolny i nie wiąże się dla Państwa z żadnym ryzykiem. Mogą Państwo **nie wyrazić zgody na badanie** lub w każdej chwili **zrezygnować z dalszego udziału w badaniu i nie będzie to miało wpływu na przyszłe Państwa leczenie.**

Badanie polega **wyłącznie na wypełnieniu kwestionariuszy. Przewidywany czas ich wypełnienia wynosi około 35 minut.** Jeżeli będą Państwo zainteresowani otrzymaniem informacji wynikających z analizy wypełnionych przez siebie testów, będzie to możliwe po wcześniejszym umówieniu się z osobą z zespołu badawczego.

Osoby przystępujące do badania mogą również wziąć udział w **bezpłatnych, jednodniowych warsztatach** samopomocy emocjonalnej, opartych na poznawczo-behawioralnej technice **Racjonalnej Terapii Zachowania**, szeroko wykorzystywanej w psychoonkologii i wchodzącej w skład opracowanej dla pacjentów onkologicznych terapii simontonowskiej.

**Serdecznie zachęcamy do udziału w wyżej wymienionych warsztatach.** W celu zgłoszenia swojego udziału prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy.

Jeżeli zechcą Państwo włączyć się w nasze badania, **bardzo prosimy o wypełnienie załączonych kwestionariuszy.** Dane uzyskane w badaniu zostaną opracowane w sposób **uniemożliwiający identyfikację osoby badanej.** Wyniki badania zostaną wykorzystane **wyłącznie do celów naukowych i terapeutycznych.**

**Wszelkie dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych.**

W razie **jakichkolwiek pytań**, prosimy o kontakt mailowy lub telefoniczny.

Serdecznie dziękujemy za pomoc i współpracę.

**Formularz świadomej zgody na udział w badaniu**

Po zapoznaniu się z powyższą informacją **wyrażam świadomą zgodę na udział w badaniu.**

Zostałam/em poinformowana/y o możliwości **zadawania pytań, na które otrzymam odpowiedzi od osób prowadzących badanie, a także o możliwości odstąpienia od udziału w badaniu na każdym jego etapie, bez wpływu tej decyzji na dalsze postępowanie medyczne.**

**Data i podpis:**.....

**Formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez zespół przeprowadzający badanie dla potrzeb niezbędnych do jego realizacji, zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z poz. zm.). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania.**

**Data i podpis:**.....

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

**Imię i Nazwisko:**

**Dane kontaktowe (numer telefonu lub adres e-mail):**

**Płeć:** 1. Kobieta                      2. Mężczyzna

**Wiek:** ..... lat.

**Stan cywilny:** 1. Nie pozostaję w związku – jestem panną/kawalerem/singlem  
2. Nie pozostaję w związku – jestem po rozwodzie  
3. Nie pozostaję w związku – jestem wdową/wdowcem  
4. Jestem zamężna/żonaty  
5. Jestem w stałym nieformalnym związku

**Czy posiada Pani/Pan dzieci?** 1. Tak            2. Nie

**Wykształcenie:**

1. Podstawowe
2. Zawodowe
3. Średnie
4. Wyższe
5. Studia trzeciego stopnia

**Status zawodowy:**

1. Pracująca(y)
2. Emeryt
3. Rencista
4. Bezrobotna(y)

**Miejsce zamieszkania:**

1. Wieś
2. Małe miasto (do 25 tys. mieszkańców)
3. Duże miasto (pow. 25 tys. mieszkańców)
4. Metropolia (pow. 100 tys. mieszkańców)

**Jak oceniasz swoją sytuację materialną?**

1. Bardzo zła
2. Zła
3. Przeciętna
4. Dobra
5. Bardzo dobra

**Czy w minionym roku miało miejsce takie wydarzenie, które było źródłem poważnej zmiany w Twoim dotychczasowym życiu? (Przykładem takiej zmiany może być: przeprowadzka, zmiana lub utrata pracy, zawarcie związku, konflikt z prawem, rozwód, śmierć kogoś bliskiego, itd.):**

1. Tak                      2. Nie

**Kiedy rozpoznano u Ciebie chorobę nowotworową (podaj przybliżoną datę):**

**Jaką diagnozę postawiono?**

**Kiedy pojawiły się pierwsze sygnały Twojej choroby? (podaj przybliżoną datę):**

**Czy wiesz, jakie stadium choroby dotychczas rozpoznano?**

1. Nie wiem
2. Tak – nowotwór ograniczony do zmiany miejscowej
3. Tak – nowotwór z przerzutami do okolicznych węzłów chłonnych
4. Tak – nowotwór z przerzutami do odległych narządów

**Czy zastosowano już jakiś rodzaj leczenia tego nowotworu?**

1. Nie
2. Tak – zabieg chirurgiczny (usunięcie zmiany)
3. Tak – radioterapię
4. Tak – chemioterapię
5. Tak – inny sposób leczenia; jaki?  
.....

**Jakie są plany Twojego leczenia w najbliższym okresie czasu?**

1. Chirurgiczne usunięcie zmiany
2. Chemioterapia
3. Radioterapia
4. Chemio- i radioterapia w leczeniu skojarzonym
5. Hormonoterapia
6. Inny sposób leczenia – jaki?

**Czy ktoś z Twojej rodziny lub bliskich znajomych choruje lub chorował na chorobę nowotworową?**

1. Tak                      2. Nie

**Czy kiedykolwiek wcześniej podejrzewano u Ciebie chorobę nowotworową?**

1. Tak                      2. Nie

**Czy kiedykolwiek wcześniej chorowałeś(eś) na chorobę nowotworową?**

1. Tak                      2. Nie

**Czy korzystałeś(eś) dawniej z pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej lub psychiatrycznej?**

1. Tak                      2. Nie

**Czy obecnie korzystasz z pomocy psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry?**

1. Tak                      2. Nie

**SF 36**

Poniżej znajdują się pytania dotyczące Państwa zdrowia.

Udzielenie odpowiedzi pomoże zorientować się jak się Państwo czują i jak potrafią wykonywać zwykłe czynności.

1. Ogólnie powiedzieliby Państwo, że ich zdrowie jest: *(zakreśl jedno)*

Doskonałe	Bardzo dobre	Dobre	Nieźle	Złe
-----------	--------------	-------	--------	-----

2. W porównaniu do okresu przed rokiem, jakby Państwo ocenili obecne swoje zdrowie?  
*(zakreśl jedno)*

Dużo lepsze niż przed rokiem	1
Nieco lepsze niż przed rokiem	2
Prawie takie samo jak przed rokiem	3
Nieco gorsze obecnie niż przed rokiem	4
Znacznie gorsze obecnie niż przed rokiem	5

3. Poniższe pytania dotyczą typowych czynności, które mogą Państwo wykonać w zwykłym dniu.

Czy Państwa stan zdrowia obecnie ogranicza Państwa w wykonywaniu tych czynności?

Jeżeli tak, to w jakim stopniu? *(zakreśl tylko jedną cyfrę w każdym wierszu)*

	Tak, bardzo ogranicza	Tak, nieco ogranicza	Nie, nieogranicza
Czynności wysiłkowe, np. bieganie, podnoszenie ciężkich przedmiotów, męczące zajęcia sportowe	1	2	3
Umiarkowane czynności, np. przestawianie stołu, odkurzanie, gry ruchowe	1	2	3
Noszenie zakupów	1	2	3
Wchodzenie po schodach na kilka pięter	1	2	3
Wchodzenie po schodach na jedno piętro	1	2	3
Przejsięcie ponad 1 km	1	2	3
Przejsięcie około 500 m	1	2	3
Przejsięcie około 100 m	1	2	3
Mycie się lub ubieranie	1	2	3

4. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni z powodu Państwa zdrowia fizycznego wystąpiły jakieś z poniższych problemów w Państwa pracy lub codziennych zajęciach?  
(zakreśl tylko jedną cyfrę w każdym wierszu)

	TAK	NIE
Skrócenie ilości czasu spędzanego na pracy lub innych czynnościach	1	2
Osiąganie mniej niżby się chciało	1	2
Ograniczenie rodzaju wykonywanej pracy lub innych czynności	1	2

5. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni z powodu problemów emocjonalnych (np. depresji, lęku) wystąpiły któreś z poniższych problemów w Państwa pracy lub codziennych czynnościach?  
(zakreśl tylko jedną odpowiedź w każdym wierszu)

	TAK	NIE
Mieli Państwo trudności w wykonywaniu pracy lub innych czynności	1	2
Ograniczenie ilości czasu spędzanego na pracy lub innych czynnościach	1	2
Osiąganie mniej niżby się chciało	1	2
Wykonywali Państwo pracę lub inne czynności mniej dokładnie	1	2

6. W jakim stopniu w ciągu ostatnich 4 tygodni Państwa zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne wpływały na Państwa normalną aktywność społeczną w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów lub innych grup? (zakreśl jedno)

wcale	nieznacznie	średnio	dosyć	bardzo
-------	-------------	---------	-------	--------

7. Jak bardzo odczuwali Państwo w ciągu ostatnich 4 tygodni ból fizyczny? (zakreśl jedno)

żadnego	bardzo łagodny	łagodny	średni	silny	bardzo silny
---------	----------------	---------	--------	-------	--------------

8. Jak bardzo w ciągu ostatnich 4 tygodni ból przeszkadzał Państwu w normalnej pracy (wliczając pracę poza domem i w domu)? (zakreśl jedno)

wcale	niewiele	średnio	dosyć	bardzo
-------	----------	---------	-------	--------

9. Poniższe pytania dotyczą tego jak się Państwo czują i jak się Państwu wiodło w ciągu ostatnich 4 tygodni.  
Proszę podać dla każdego pytania jedną odpowiedź, która najbliższej określa jak się Państwo czuli. Przez jaki czas w ciągu ostatnich 4 tygodni ...  
(zakreśl tylko jedną cyfrę w każdym wierszu)

	Cały czas	Większość czasu	Spory okres	Pewien czas	Prawie nigdy	Nigdy
Czuli się pełni radości	1	2	3	4	5	6
Byli osobami bardzo nerwowymi	1	2	3	4	5	6
Czuli się tak smutni, że nic nie mogło rozweselić	1	2	3	4	5	6
Czuli się spokojni i łagodni	1	2	3	4	5	6
Mieli mnóstwo energii	1	2	3	4	5	6
Czuli się przybici i smutni	1	2	3	4	5	6
Czuli się wyczerpani	1	2	3	4	5	6
Byli osobami szczęśliwymi	1	2	3	4	5	6
Czuli się zmęczeni	1	2	3	4	5	6

10. Przez jaki okres w ciągu ostatnich 4 tygodni Państwa zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne przeszkadzały w Państwa aktywności społecznej (jak np. wizyty przyjaciół, krewnych itp.)? (zakreśl jedno)

cały czas	większość czasu	pewien czas	mały czas	nigdy
-----------	-----------------	-------------	-----------	-------

11. Jak PRAWDZIWE lub FAŁSZYWE jest dla Państwa każde z poniższych stwierdzeń?  
(zakreśl tylko jedną cyfrę w każdym wierszu)

	Zdecydowanie prawdziwe	Przeważnie prawdziwe	Nie wiem	Przeważnie fałszywe	Zdecydowanie fałszywe
Wydaje się ulegać chorobom łatwiej niż inni ludzie	1	2	3	4	5
Jestem tak samo zdrowa/y jak inne	1	2	3	4	5
Oczekuję pogorszenia mego zdrowia	1	2	3	4	5
Moje zdrowie jest doskonałe	1	2	3	4	5

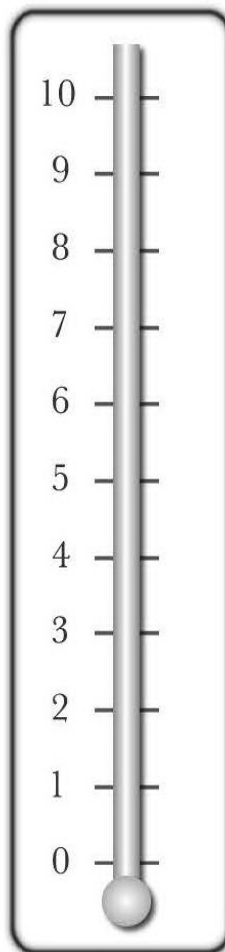


## Termometr Dystresu

**Instrukcja:** Najpierw proszę otoczyć kółkiem cyfrę (0 – 10), która najlepiej określa, jakiego stresu doświadczyłaś/eś w ostatnim tygodniu włącznie z dniem dzisiejszym.

# TERMOMETR DYSTRESU

ekstremalny stres



brak stresu

---

*Przekład i adaptacja za zgodą American Cancer Society, 2008.*

*Polska adaptacja: J. Życińska, E. Wojtyna, A. Heyda, A. Syska-Bielak.*

Następnie wskaż, co z poniższej listy było dla Ciebie problemem w ubiegłym tygodniu włącznie z dniem dzisiejszym. Upewnij się, czy zaznaczyłaś/eś TAK lub NIE przy każdym punkcie listy.

**TAK NIE Problemy praktyczne**

- wychowywanie dziecka
- mieszkanie
- ubezpieczenie/finanse
- transport/korzystanie ze środków lokomocji
- praca/szkoła

**Problemy rodzinne**

- relacje z dziećmi
- relacje z partnerem

**Problemy emocjonalne**

- depresja
- lęki
- podenerwowanie
- smutek
- martwienie się
- utrata zainteresowania codziennymi zajęciami

- Kwestie religijne/duchowe**

**TAK NIE Problemy fizyczne**

- wygląd
- mycie się/ubieranie
- oddychanie
- zmiany w oddawaniu moczu
- zaparcia
- biegunka
- spożywanie posiłków
- zmęczenie
- wrażenie opuchnięcia
- gorączka
- przemieszczanie się
- niestrawność
- pamięć/koncentracja
- zmiany chorobowe w jamie ustnej
- nudności
- suchość w nosie lub nadmiar wydzieliny
- ból
- seksualność
- suchość skóry/swędzenie
- sen
- mrowienie w dłoniach/stopach

inne problemy: .....

## Mini-MAC

Poniżej podano stwierdzenia, które opisują reakcje ludzi chorych. Proszę przeczytać każde stwierdzenie i odpowiedzieć – **w jakim stopniu odnosi się ono do Pana/i w chwili obecnej**. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania wstawiając X na właściwej odpowiedzi.

1. Mam ochotę się poddać	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
2. Jestem zatrwożony z powodu zachorowania	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
3. Jestem zdecydowany pokonać tę chorobę	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
4. Staram się nie myśleć o swojej chorobie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
5. Jestem zadowolony z lat, które przeżyłem, a to co mi zostało jest jakby dodatkowo darowane	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
6. Czuję, że życie jest beznadziejne	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
7. To jest niszczące uczucie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
8. Moja choroba mobilizuje mnie do walki	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
9. To, że nie myślę o swojej chorobie pomaga mi	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
10. Oddałem się w ręce Boga	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
11. Czuję się całkiem zagubiony i nie wiem co robić	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
12. Jestem bardzo zaniepokojony z powodu choroby	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
13. Próbuję walczyć z chorobą	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
14. Rozmyślnie odsuwam od siebie wszystkie myśli o nowotworze	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK

15. Odkąd wykryto u mnie raka, zdaję sobie sprawę, jak cenne jest życie i staram się je wykorzystać	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
16. Nie potrafię uporać się ze swoją chorobą	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
17. Jestem trochę przestraszony	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
18. Jestem nastawiony bardzo optymistycznie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
19. Odwracam swoją uwagę, gdy nachodzą mnie myśli o chorobie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
20. Czuję, że nie mogę nic zrobić, żeby sobie pomóc	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
21. Boję się, że nowotwór powróci lub mój stan się pogorszy	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
22. Jestem wdzięczny za to, co osiągnąłem	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
23. Mam wrażenie, że to koniec świata	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
24. Odczuwam silną złość z powodu tego, co mi się przytrafiło	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
25. Obecnie staram się przeżywać każdy dzień	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
26. Nie radzę sobie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
27. Trudno mi zrozumieć, że przydarzyło się to właśnie mnie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
28. Nie mam wielkich nadziei na przyszłość	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
29. Jestem załęczony	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK

## SUPIN

Poniżej znajdują się słowa służące do nazywania różnych emocji i odczuć.

**Proszę przypomnieć sobie sytuację trudną związaną z chorobą nowotworową.** Proszę opisać swoje uczucia przeżywane w tej sytuacji, używając poniższych określeń.

Przy **każdym** z nich, na znajdującej się obok kresce, proszę wpisać liczbę najlepiej oddającą nasilenie danej emocji.

W tym celu należy posłużyć się poniższą skalą:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
nieznacznie lub wcale	trochę	umiarkowanie	dość mocno	bardzo silnie

1	obawiający(a) się	
2	zawstydzony(a)	
3	wystraszony(a)	
4	zainspirowany(a)	
5	winny(a)	
6	pełen (-łna) zapału	
7	zainteresowany(a)	
8	przerażony(a)	
9	silny(a)	
10	aktywny(a)	
11	niespokojny(a)	
12	pilny(a)	
13	przygnębiony(a)	
14	żwawy(a)	
15	roztrzęsiony(a)	

16	uważny(a)	
17	żywy(a)	
18	zdenewrowany(a)	
19	„jak na szpilkach”	
20	zapalony(a)	
21	zmartwiony(a)	
22	przestraszony(a)	
23	mocny(a)	
24	rażny(a)	
25	zaniepokojony(a)	
26	stanowczy(a)	
27	załęczniony(a)	
28	ożywiony(a)	
29	nerwowy(a)	
30	zdecydowany(a)	

**Prosimy o sprawdzenie czy nie opuścił(a) Pan(i) żadnej pozycji.**

## KOS

Poniżej znajdują się określenia przeznaczone do **opisu trudnych sytuacji**.

Proszę odnieść się do **sytuacji swojej choroby i opisać ją, używając poniższych określeń**.

Proszę przy każdym określeniu **zakreślić jedną cyfrę od 1 do 4**. Proszę wybrać cyfrę, która **najlepiej opisuje tę sytuację**.

**Proszę pamiętać, że cyfry te oznaczają:**

- 1 - zdecydowanie nie
- 2 - raczej nie
- 3 - raczej tak
- 4 - zdecydowanie tak

**Proszę ustosunkować się do wszystkich podanych pozycji.**

**Ta sytuacja była dla mnie:**

1	mobilizująca	1	2	3	4
2	krzywdząca	1	2	3	4
3	niezasłużona	1	2	3	4
4	zagrożająca	1	2	3	4
5	aktywizująca	1	2	3	4
6	powodująca lęk	1	2	3	4
7	powodująca żal	1	2	3	4
8	przerażająca	1	2	3	4
9	pozostawiająca piętno	1	2	3	4
10	do pokonania	1	2	3	4
11	provokująca do walki	1	2	3	4
12	niesprawiedliwa	1	2	3	4
13	wyzwaniem	1	2	3	4
14	przygnębiająca	1	2	3	4
15	nieodwracalna	1	2	3	4
16	zatrważająca	1	2	3	4
17	budzająca obawę	1	2	3	4
18	upośledzająca	1	2	3	4

---

Proszę pamiętać, że cyfry te oznaczają:

**1 - zdecydowanie nie**

**2 - raczej nie**

**3 - raczej tak**

**4 - zdecydowanie tak**

<b>19</b>	obietująca	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>20</b>	szansą na zmianę	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>21</b>	trwożąca	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>22</b>	ekscytująca	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>23</b>	wroga	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>24</b>	interesująca	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>25</b>	tragiczna	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>26</b>	urazowa	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>27</b>	groźna	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>28</b>	niebezpieczna	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>29</b>	ciekawa	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>30</b>	optymistyczna	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>31</b>	niepokojująca	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>32</b>	pobudzająca do szukania wyjścia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>33</b>	wymagająca wytrwałości	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>34</b>	dotkliwie bolesna	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>35</b>	niepewna	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Proszę sprawdzić, czy nie opuścić/a Pan/i żadnej odpowiedzi.**

## AIS

Proszę **ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając na skali od 1 do 5 cyfrę, która najlepiej określa Pana/i obecny stan**. Swój wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę. Każda odpowiedź jest dobra, o ile jest prawdziwa.

1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------



**B-IPQ**

Przeczytaj poniższe stwierdzenia i **zaznacz kółkiem cyfrę od 0 do 10**, która najbardziej odpowiada Twojemu punktowi widzenia:

<b>Jak bardzo Twoja choroba wpływa na Twoje życie?</b>											
0 nie wpływa w ogóle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 bardzo znacznie wpływa na moje życie	
<b>Jak długo – według Ciebie – będzie trwała Twoja choroba?</b>											
0 bardzo krótko	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 zawsze	
<b>Jaką kontrolę – według Ciebie – masz nad swoją chorobą?</b>											
0 nie mam w ogóle żadnej kontroli	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 mam całkowitą kontrolę	
<b>Jak bardzo – według Ciebie – Twoje leczenie może pomóc w Twojej chorobie?</b>											
0 w ogóle nie jest pomocne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 jest całkowicie pomocne	
<b>Jak wielu objawów doświadczasz z powodu swojej choroby?</b>											
0 żadnych objawów	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 bardzo wielu objawów	
<b>Jak bardzo martwisz się swoją chorobą?</b>											
0 w ogóle się nie martwię	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 bardzo mocno się martwię	
<b>Czy – według Ciebie – dobrze rozumiesz swoją chorobę?</b>											
0 w ogóle jej nie rozumiem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 rozumiem ją bardzo dobrze	
<b>Jak bardzo Twoja choroba wpływa na Twoje emocje? (np. sprawia, że wpadasz w złość, strach, zdenerwowanie czy smutek?)</b>											
0 w ogóle nie wpływa na moje emocje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 bardzo mocno wpływa na moje emocje	
<p><b>Wypisz poniżej trzy najważniejsze czynniki, które uważasz za przyczynę <u>swojej choroby</u>. Wypisz je w kolejności od najważniejszej do mniej ważnej.</b></p> <p><b>Najważniejsze przyczyny dla mnie to:</b></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>											

## FCZ-KT

Kwestionariusz ten zawiera stwierdzenia, które dotyczą **różnych cech temperamentu**.  
Proszę ustosunkować się do wszystkich stwierdzeń.

Proszę o przedstawienie **szczerą ocenę siebie**, dotyczącej tego, jakim był Pan (jaką była Pani) **w przybliżeniu przez ostatni rok** (ostatnie kilka lat), **a nie jakim chciałby Pan (jaką chciałaby Pani) być**.

Pomocą w ustosunkowaniu się do stwierdzeń może być porównanie własnej osoby ze znanymi Panu (Pani) osobami tej samej płci i mniej więcej w tym samym wieku.

**Żadna z odpowiedzi w kwestionariuszu nie jest dobra lub zła**, każdy bowiem temperament ma swoje zalety. Oczywiście zachowanie i poglądy zmieniają się w zależności od sytuacji. Proszę jednak dokonać ogólnej oceny mówiącej, **jaki Pan jest (jaka Pani jest) zazwyczaj**.

**Na każde stwierdzenie można odpowiedzieć „Tak” lub „Nie”**. Proszę o uważne przeczytanie każdego stwierdzenia i podjęcie decyzji, która z odpowiedzi odnosi się do Pana (Pani).

Naturalnie **udzielanie wyłącznie odpowiedzi „Tak” lub „Nie” może być trudne w niektórych przypadkach**, jednakże w każdym z nich proszę o takie wyważenie sądu o sobie, by **zdecydowana odpowiedź była możliwa**.

**Odpowiedź tę proszę zaznaczyć kółkiem. Na przykład:**

Chętnie wykonuję kilka czynności jednocześnie.

Tak  Nie

Czuję się zmęczony (zmęczona) po dniu wyjątkowej pracy.

Tak Nie

W przypadku, gdy zechce Pan (Pani) zmienić odpowiedź, proszę przekreślić odpowiedź niewłaściwą i zaznaczyć kółkiem odpowiedź właściwą.

1	Jeśli śpię krócej niż zwykle, to następnego dnia czuję się rozbity (rozbita) i zmęczony (zmęczona).	Tak	Nie
2	W nocy dostrzegam płynące po niebie chmury.	Tak	Nie
3	Staram się tak zorganizować sobie wakacje, żeby mieć dużo wrażeń.	Tak	Nie
4	Kiedy podejmę decyzję, to zwykle przestaję już o niej myśleć.	Tak	Nie
5	Często odwiedzam swoich znajomych.	Tak	Nie
6	Jeśli jestem czymś przejęty (przejęta), to w rozmowie ciągle wracam do tego tematu.	Tak	Nie
7	Czuję nawet delikatny zapach kwiatów.	Tak	Nie
8	Zwykle pracuję szybko, nawet jeśli mam dużo czasu.	Tak	Nie
9	Zachowuję świeżość i siły nawet po długiej podróży.	Tak	Nie

10	Bez większego wysiłku potrafię wykonywać kilka czynności równocześnie.	Tak	Nie
11	Często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka.	Tak	Nie
12	Wyprowadza mnie z równowagi trzaskanie drzwiami.	Tak	Nie
13	Zwraca moją uwagę zmiana smaku wody, gdy przebywam w nowym miejscu.	Tak	Nie
14	W czasie urlopu (wakacji) poświęcam sporo czasu na zajęcia sportowe.	Tak	Nie
15	Niepowodzenia i trudności zwykle zniechęcają mnie do pracy.	Tak	Nie
16	Jestem w stanie kontynuować pracę, pomimo zmęczenia.	Tak	Nie
17	Zdarza mi się nucić przez cały dzień tę sama melodię.	Tak	Nie
18	Potrafię się odprężyć w hałaśliwym pomieszczeniu.	Tak	Nie
19	Zwykle zdążam odskoczyć, aby nie ochlapał mnie samochód.	Tak	Nie
20	Często mam trudności z określeniem smaku potrawy, nawet jeśli bardzo się staram.	Tak	Nie
21	Często brakuje mi słów, jeśli muszę powiedzieć coś bez przygotowania wobec dużej grupy osób.	Tak	Nie
22	Jeśli wieczorem pokłóć się z kimś, to rano budzę się z myślą o tym.	Tak	Nie
23	Zwykle czuję zapach używanych przez kogoś kosmetyków.	Tak	Nie
24	Jestem bardzo rozdrażniony (rozdrażniona), jeśli coś mnie boli.	Tak	Nie
25	Tak organizuję urlop, żeby móc korzystać z rozrywek, których nie mam na co dzień.	Tak	Nie
26	W czasie upałów mogę intensywnie pracować.	Tak	Nie
27	W stanach napięcia często powtarzam pewne czynności, np. poprawiam włosy, ubranie, pocieram twarz.	Tak	Nie
28	Staram się korzystać z każdej okazji poznania ciekawych osób.	Tak	Nie
29	Umiem szybko zorganizować sobie pracę (zmienić plany), jeśli muszę kogoś nagle zastąpić.	Tak	Nie
30	Czuję tylko silny powiew wiatru czy przewiew w mieszkaniu.	Tak	Nie
31	Rzadko bywam spięty (spięta) i zaniepokojony (zaniepokojona).	Tak	Nie
32	Unikam brania udziału w imprezach masowych (np. kiermaszach, festynach), gromadzących tłumy ludzi.	Tak	Nie
33	Zwykle wolno chodzę po schodach.	Tak	Nie
34	Jeśli źle się czuję – np. jestem zmęczony (zmęczona), boli mnie głowa – to denerwują mnie głośne rozmowy lub grające radio.	Tak	Nie
35	Tracę pewność siebie, gdy ktoś mnie krytykuje.	Tak	Nie
36	Zwykle od razu przestaję myśleć o czynnościach, które wykonywałem (wykonywałam) przez dłuższy czas.	Tak	Nie
37	Zwykle w ciągu dnia muszę zrobić kilka przerw na odpoczynek.	Tak	Nie

38	Dostrzegam migotanie gwiazd.	Tak	Nie
39	Jeśli jestem zdenerwowany (zdenerwowana), to mam trudności ze skupieniem się nad książką lub gazetą, np. opuszczam fragmenty, czytam kilkakrotnie to samo zdanie.	Tak	Nie
40	Czuję smak jedynie ostrych przypraw dodanych do potraw.	Tak	Nie
41	Jestem bardzo zmęczony (zmęczona), jeśli przez kilka godzin wykonywałem (wykonywałam) coś w skupieniu.	Tak	Nie
42	Bez trudu potrafię pogodzić się ze stratą, np. zgubieniem czy zniszczeniem jakiegoś przedmiotu.	Tak	Nie
43	Potrafię pracować w hałasie.	Tak	Nie
44	Bardzo się denerwuję przed egzaminami czy ważnymi spotkaniami.	Tak	Nie
45	Zazwyczaj zdążam złapać spadający przedmiot, np. długopis, łyżeczkę.	Tak	Nie
46	Przed wyjściem z domu kilkakrotnie wykonuję pewne stałe czynności, np. poprawiam włosy, ubranie.	Tak	Nie
47	Czuję tylko silne zapachy.	Tak	Nie
48	Wpadam w panikę, jeśli zabłądzę w nieznanym mi okolicy, np. w lesie, w górach.	Tak	Nie
49	Tracę wprawę, jeśli przez dłuższy czas nie wykonuję jakichś czynności.	Tak	Nie
50	Bardzo przeżywam drastyczne sceny filmowe.	Tak	Nie
51	Często zmieniam styl pracy, aby uniknąć znudzenia.	Tak	Nie
52	W górach chodzę tylko bezpiecznymi szlakami.	Tak	Nie
53	Rzadko dostrzegam niewielkie usterki w wykonaniu przedmiotów, np. plamki, pęknięcia, zarysowania.	Tak	Nie
54	Długo przechowuję przedmioty (listy, pamiątki), z którymi wiążą się miłe przeżycia.	Tak	Nie
55	Odgłosy dochodzące z ulicy (np. hałas pojazdów, maszyn czy głośnych rozmów) przeszkadzają mi skupić się na wykonywanych zajęciach.	Tak	Nie
56	Zazwyczaj prędko wykonuję prace domowe (sprzątanie, porządkowanie osobistych rzeczy).	Tak	Nie
57	Czuję tylko znaczne zmiany temperatury w pomieszczeniu.	Tak	Nie
58	Często wraca mi do głowy jakaś uporczywa myśl.	Tak	Nie
59	Jeśli jestem bardzo zmęczony (zmęczona), to łatwo jest mnie rozdrażnić.	Tak	Nie
60	Gdy wchodzę do pomieszczeń, to czuję charakterystyczne zapachy, np. kosmetyków, papierosów, pasty do podłogi.	Tak	Nie
61	Urlop przeznaczam zwykle na spokojny, mało angażujący wypoczynek.	Tak	Nie

62	Drażnią mnie obce dźwięki, np. pisk opon, dzwonki do drzwi.	Tak	Nie
63	Przy silnym bólu, np. głowy, zęba czy żołądka, trudno jest mi czymkolwiek się zająć.	Tak	Nie
64	Zwykle potrzebuję sporo czasu na ubranie się.	Tak	Nie
65	Prowadzę intensywne życie towarzyskie.	Tak	Nie
66	Trudno jest mnie urazić.	Tak	Nie
67	Łatwo dostrzegam zapadający zmierzch.	Tak	Nie
68	Rzadko wracam w myślach do osiągniętych sukcesów.	Tak	Nie
69	Szybko się męczę, jeśli muszę wykonywać jakieś czynności bardzo intensywnie.	Tak	Nie
70	Unikam podróżowania autostopem.	Tak	Nie
71	Jeśli usłyszę niepochlebną uwagę o sobie, to ciągle o tym myślę.	Tak	Nie
72	Bez trudu powracam do zajęć, których dawno nie wykonywałem (nie wykonywałam).	Tak	Nie
73	Często angażuję się w zajęcia wymagające kontaktów z wieloma ludźmi.	Tak	Nie
74	Często przechodząc obok sklepów czuję charakterystyczne zapachy, np. świeżego pieczywa, owoców.	Tak	Nie
75	Chętnie przyjmuję na siebie kierownictwo w grupie.	Tak	Nie
76	Zwykle udaje mi się złapać rzucone w moim kierunku przedmioty np. pudełko zapalek, klucze, piłkę.	Tak	Nie
77	W karnawale, jeśli tylko mam taką możliwość, uczestniczę w wielu zabawach, prywatkach.	Tak	Nie
78	Potrafię się obyć bez środków przeciwbólowych, nawet przy silnym bólu.	Tak	Nie
79	Jeśli jestem czymś zdenerwowany (zdenerwowana), to wciąż mimowolnie wykonuję te same czynności, np. chodzę.	Tak	Nie
80	Trudno jest sprawić mi przykrość.	Tak	Nie
81	Mam uczucie ogólnego rozbicia po nieprzespanej nocy.	Tak	Nie
82	Poczucie, że jestem obserwowany (obserwowana) powoduje, że osiągam wyniki gorsze niż zwykle.	Tak	Nie
83	Czuję, że potrawa nie jest osolona dopiero, gdy ktoś zwróci mi na to uwagę.	Tak	Nie
84	Po ważnej rozmowie zwykle od razu przestaję o niej myśleć.	Tak	Nie
85	Tracę orientację, jeśli akcja filmu zbyt szybko się zmienia.	Tak	Nie
86	Jestem bardziej nieśmiały (nieśmiała) niż większość moich znajomych.	Tak	Nie
87	Czynności zawodowe lub domowe zwykle wykonuję wolniej niż inni.	Tak	Nie
88	Zwykle czuję zapach kawy w pomieszczeniu.	Tak	Nie

89	W towarzystwie zwykle biorę na siebie zapoznanie ludzi ze sobą.	Tak	Nie
90	Potrafię zająć się pracą pomimo bólu, np. głowy czy zęba.	Tak	Nie
91	Zwykle zdążam odsunąć nogę, zanim ktoś nadeptnie mnie w tłumie.	Tak	Nie
92	Żeby wyraźnie słyszeć, muszę nastawić radio czy magnetofon głośniejsz niż inni.	Tak	Nie
93	Jeśli myślę o czymś intensywnie, to często mimo woli powtarzam pewne ruchy, np. ruszam nogą, bębnię palcami.	Tak	Nie
94	Popęlniam błędy, jeśli pracuję w dużym napięciu.	Tak	Nie
95	Potrafię pracować bez przerwy przez dłuższy czas.	Tak	Nie
96	Długo przeżywam rozczarowania po doznanych niepowodzeniach.	Tak	Nie
97	Trudno jest mnie rozzłościć.	Tak	Nie
98	Korzystam z każdej okazji do zmiany otoczenia, np. poprzez wyjazdy do rodziny lub znajomych, wyjazdy turystyczne.	Tak	Nie
99	Trudno jest mi odzyskać dawną wprawę, jeśli długo nie wykonywałem (nie wykonywałam) jakichś czynności.	Tak	Nie
100	Rzadko biorę udział w różnych formach zajęć sportowych, wymagających rywalizacji.	Tak	Nie
101	Potrafię się szybko odsunąć, aby uniknąć zderzenia z kimś na ulicy.	Tak	Nie
102	Często załamuję się w ciężkich chwilach.	Tak	Nie
103	Często wracam myślami do minionych przyjemnych zdarzeń.	Tak	Nie
104	Przeżywam silną treść, jeśli muszę wystąpić publicznie.	Tak	Nie
105	Natychmiast czuję, gdy chodzi po mnie jakiś owad, np. komar lub mucha.	Tak	Nie
106	Często przed zaśnięciem przypominam sobie rozmowy, które prowadziłem (prowadziłam) w ciągu dnia.	Tak	Nie
107	Tracę chęć do pracy, jeśli długo nie osiągam oczekiwanych rezultatów.	Tak	Nie
108	Potrafię intensywnie pracować po nieprzespanej nocy.	Tak	Nie
109	Potrzebuję niewiele czasu na przebranie się (np. w przymierzalni w sklepie, w pracy, przed lekcją WF).	Tak	Nie
110	Rzadko wracam w myślach do raz już powziętych decyzji.	Tak	Nie
111	Często czuję jakiś zapach, dopiero gdy ktoś zwróci mi na to uwagę.	Tak	Nie
112	Jeśli jestem niewyspany (niewyspana), to wszystko mnie drażni.	Tak	Nie
113	Często ludzie proszą mnie, abym szedł (szła) szybciej.	Tak	Nie
114	Bez trudu formułuję myśli w czasie egzaminu czy ważnego zebrania.	Tak	Nie
115	Staram się nawiązywać wiele nowych znajomości.	Tak	Nie
116	Potrafię rozmawiać z kolegami czy przełożonymi bez przerywania pracy.	Tak	Nie

117	Szybko zapominam o doznanych upokorzeniach.	Tak	Nie
118	Prowadzę życie spokojne i pozbawione wrażeń, ale za to bezpieczne.	Tak	Nie
119	Rzadko czuję zapach ziół czy przypraw dodanych do potraw.	Tak	Nie
120	Potrzebuję na ogół dużo czasu na spakowanie się przed podróżą.	Tak	Nie

**Bardzo prosimy o sprawdzenie czy udzielili Państwo odpowiedzi na wszystkie pytania z książeczki testowej.**