

Strategie radzenia sobie a znajdowanie korzyści w chorobie nowotworowej

Celem badania było zweryfikowanie hipotezy, że strategie radzenia sobie w chorobie pozwalają przewidzieć znajdowanie korzyści w doświadczaniu raka w dwóch aspektach: rozumienia siebie i świata oraz relacji z innymi. Kryterium selekcji był czas od diagnozy. Do analiz wybrano 169 kobiet, które w momencie badania były rok i dłużej od diagnozy raka piersi. Narzędzia pomiaru to: Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej Mini-Mac i Test odnajdywania korzyści TOK narzędzie własnej konstrukcji. Uzyskane wyniki sugerują, że strategie radzenia sobie pozwalają przewidzieć znajdowanie korzyści w chorobie nowotworowej, lecz tylko u osób, które przed zachorowaniem deklarowały przeciętne oraz niskie zadowolenie ze swojego życia przed chorobą.

Słowa kluczowe: znajdowanie korzyści, strategie radzenia sobie, czas od diagnozy, zadowolenie ze swojego życia przed chorobą, rak piersi

Zainteresowanie pozytywnymi konsekwencjami traumatycznych wydarzeń życiowych wzrosło znacznie w przeciągu ostatniej dekady (Lechner, Stoelb i Antoni, 2005). Istnieje przynajmniej kilkanaście terminów używanych w odniesieniu do pozytywnych zmian, które występują w konsekwencji traumatycznych czy stresujących wydarzeń życiowych. Terminy opisujące te zagadnienia to między innymi: rozwój potraumatyczny (*posttraumatic growth*), rozwój związany ze stresem (*stress-related growth*), znajdowanie korzyści (*benefit finding*) (Lindley i Joseph, 2004; Park, Cohen i Murch, 1996). W niniejszym opracowaniu autorka odnosi się do zagadnień z zakresu *benefit finding*. Termin ten dotyczy przekonania, że pozytywne zmiany są rezultatem doświadczenia choroby (raka).

Zachorowanie na raka, jako stresor, jest na wiele sposobów analogiczne do innych stresorów wywołujących traumę. Diagnoza choroby często jest nagła i nieoczekiwana, zaś sama choroba może stanowić zagrożenie dla życia. Toteż informacja o zachorowaniu może budzić intensywne emocjonalne reakcje w postaci strachu i bezradności. Przy tym chorowanie na raka nie jest odrębnym, jednorazowym doświadczeniem stresu, ale raczej wywołuje lawinę innych zagrożeń rozciągniętych w czasie (Gurevich, Devins i Rodin, 2002). Związane jest to z długim, zazwyczaj kilkumiesięcznym czasem leczenia, który rozpoczyna się od zdiagnozowania choroby, poprzez kolejne etapy leczenia chirurgicznego, chemicznego, radiologicznego i hormonalnego (Drosik, 2005). Po tym czasie następuje długi okres zmagania się ze skutkami ubocznymi przebytego leczenia oraz lękiem przed nawrotem choroby (Izdebski, 2007). Doświadczenia te, zebrane wszystkie razem, tworzą traumatyczny stresor charakterystyczny dla wielu chorych.

Zachorowanie na chorobę nowotworową może być doświadczeniem głęboko stresującym, zakłócającym i powodującym cierpienie, ale może również prowadzić do pozytywnych zmian w życiu. Podczas gdy do niedawna wielu badaczy skupiało się na negatywnym wpływie raka na życie psychiczne i społeczne chorującej jednostki (Chojnacka-Szawłowska, 2000), to w ostatnich latach coraz więcej autorów zaczęło zwracać uwagę na pozytywne konsekwencje choroby (Cordova, Cunningham, Carlton i Andrykowski, 2001). Okazuje się, że znaczna część pacjentów onkologicznych widzi pozytywne zmiany w życiu związane z doświadczeniem raka. W badaniach Rieker, Edbril i Garnick (1985) okazało się, że takie korzyści widzi aż 76% pacjentów. Natomiast w badaniach nad rakiem piersi od 50% do 90% pacjentek odnajduje korzyści w doświadczaniu choroby (Sears, Santon i Danoff-Burg, 2003). Zmiany na lepsze, według badań nad pacjentami z różnymi postaciami raka, przede wszystkim dotyczą: satysfakcji z życia, sensu życia, pewności siebie i osobistej siły, życiowych priorytetów i celów, duchowości, współczucia innym oraz relacji z przyjaciółmi i rodziną (Fromm, Andrykowski i Hunt, 1996; Cordova, Cunningham, Carlton i Andrykowski, 2001; Manne, Ostroff i Winkel, 2004; Schulz i Mohammed, 2004; Thornton, 2002; Tomich i Helgeson, 2004).

Uważa się, że pewne charakterystyki doświadczania choroby nowotworowej w procesie radzenia sobie z nią są ważne w dostarczaniu możliwości odnajdowa-

nia korzyści. Analizując badania, które dotyczą zmian na lepsze, można zauważyć, że zmiany te koncentrują się wokół trzech aspektów funkcjonowania człowieka: w odniesieniu do otaczającego świata, w stosunku do siebie i w stosunku do innych ludzi. Trwające miesiącami leczenie i długi okres rehabilitacji może skłaniać osoby chore do podjęcia rozważań na temat sensowności i znaczenia swojej obecnej sytuacji, jak również refleksji nad sobą. Ten długi okres to także czas doświadczania większego wsparcia od przyjaciół, rodziny i innych osób. Natomiast te interpersonalne doświadczenia mogą z kolei prowadzić do zmian w postrzeganiu relacji, do potrzeby większej intensywności i satysfakcji w relacjach. Dodatkowo chory może uświadamiać sobie własną śmiertelność. Egzystencjaliści uważają nawet, że tylko w konfrontacji z własną śmiertelnością można uzyskać nową ocenę (sytuacji, życia) i przedefiniować życiowe cele i priorytety (Yalom, 2008; Mentel, 1999). Jakkolwiek jest to długi i pełen cierpienia okres, to również może on być przełomowy w *znajdowaniu korzyści* (Lechner, Stoelb i Antoni, 2005). Należy w tym miejscu wspomnieć, że termin ten odnosi się do przekonania, że pozytywne zmiany są rezultatem doświadczania choroby. Natomiast przekonanie to jest związane z pełną akceptacją zmian zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, wynikających z doświadczania choroby.

Niewątpliwie jednym z istotnych elementów w procesie przystosowania do choroby nowotworowej jest *znajdowanie korzyści*. Część badań potwierdza pozytywny związek przystosowywania się do choroby nowotworowej z postrzeganiem pozytywnych zmian (np. Katz, Flasher, Cacciapaglia i Nelson, 2001; Taylor, 1984; Urcuyo, Boyers, Carter i Antoni, 2005), część zaś wykazuje, że czynniki te są niepowiązane (np. Fromm, Andrykowski i Hunt, 1996). Niektóre badania wykazały, że postrzeganie korzyści związanych z rakiem jest powiązane z lepszym późniejszym przystosowaniem (Carter i Antoni, 2004), podczas gdy w innych postrzeganie korzyści było związane z gorszym późniejszym przystosowaniem (Tomich i Helgeson, 2004).

W samym procesie przystosowywania się do traumatycznej sytuacji człowiek może radzić sobie na różne sposoby. Taylor (1984) w swojej teorii adaptacji poznawczej do zagrażających wydarzeń wskazuje na to, że osoby znajdujące się w trudnej, zagrażającej sytuacji zazwyczaj pozytywnie przechodzą przez kolejne etapy choroby kierując się strategią radzenia nastawioną na znaczenie. Zwolennicy tego podejścia traktują znaczenie w dwóch wymiarach: jako nadawanie sensu, czyli integrowanie wydarzeń, z posiadanymi już ogólnymi schematami porządkującymi świat, oraz jako przekonania dotyczące korzyści w kierunku pozytywnych konsekwencji negatywnych wydarzeń. Nieco inaczej przedstawiają się formy radzenia sobie w koncepcji Greera, Mooreya (1989)¹, które są reakcją na specyficz-

¹ Inaczej niż w koncepcji Taylor, zakładającej przyporządkowanie strategii radzenia sobie do określonej fazy choroby, w koncepcji Greera i Mooreya strategię są niezależne od fazy choroby. Obie jednak zakładają świadomy udział chorego w zmaganiu się z chorobą.

ne zagrożenie związane z rakiem. W koncepcji tej reakcje na sytuację choroby nowotworowej są konstelacją funkcji poznawczych, reakcji uczuciowych i stereotypu zachowań. Przedstawiają się następująco: *zaabsorbowanie lękowe* to strategia charakteryzująca się postawą nacechowaną stałym niepokojem, ciągłym myśleniem o chorobie, która postrzegana jest jako niekontrolowalne zagrożenie wywołujące lęk. Przeciwnością wspomnianej strategii jest: *duch walki* związany z postawą optymistyczną, skłaniający pacjenta do traktowania choroby w kategoriach wyzwania i podejmowania działań. *Bezradność – beznadziejność* wyraża się w biernym poddaniu się chorobie, świadczy o poczuciu bezsilności. Natomiast *pozytywne przewartościowanie* to sposób radzenia sobie charakteryzujący się panowaniem nad sobą wynikającym z umiejętności przeorganizowania problemu choroby tak, by przy jednoczesnej świadomości powagi sytuacji odnajdować nadzieję i radość z już przeżytych lat.

Badacze zajmujący się skutecznością strategii zwracają uwagę na aspekt elastyczności radzenia sobie z chorobą, czyli posługiwanie się różnorodnymi strategiami zmieniającymi się w zależności od czasu i sytuacji (Heszen-Niejodek, 2001). Zatem ocena skuteczności strategii zawierać musi komponent szerokiego kontekstu czynników sytuacyjnych, jak też czynników indywidualnych. Dopiero wtedy można uznać, czy dana strategia jest adaptacyjna dla jednostki.

W badaniach nad związkiem strategii radzenia sobie z różnymi postaciami raka a znajdowaniem korzyści wykryto, że stosowanie strategii ducha walki jest pozytywnie związane ze znajdowaniem korzyści (Lechner, Stoelb i Antoni, 2005). Natomiast strategie takie jak brak nadziei i bezsilność były negatywnie związane ze znajdowaniem korzyści. Nie wykryto związku ze strategiami zaabsorbowania obawami, zaprzeczeniem i fatalizmem. Osobom chorym odczuwającym bezsilność i beznadziejność swojej sytuacji może brakować motywacji do poszukiwania sensu w wydarzeniu, które przeżywają, lub motywacji do efektywnego poradzenia sobie z sytuacją. W związku z tym możliwe jest hamowanie rozwoju w kierunku odnajdowania korzyści w chorobie (Schaeffer i Moss, 1998, za: Lechner, Stoelb i Antoni, 2005). Badania wskazują, że strategie, takie jak: pozytywne opracowanie problemu (Urcuyo, Boyers, Carter i Antoni, 2005), reinterpretacja problemu choroby (przewartościowanie) i pozytywna ocena (Sears, Santon i Danoff-Burg, 2003; Widows, Jacobsen, Booth-Jones i Fields, 2005), aktywne radzenie (Kinsinger, Penedo, Antoni, Dahan, Lechner i Schneiderman, 2006) oraz radzenie sobie przez planowanie (Lechner, Stoelb i Antoni, 2005), mają pozytywny związek ze znajdowaniem korzyści.

Zarówno radzenie sobie z rakiem jak i znajdowanie korzyści w tej sytuacji jest związane z czasem, jaki upłynął od diagnozy raka. Niektórzy badacze wskazują, że strategie radzenia sobie zmieniają się wraz z wpływem czasu, jaki upłynął od diagnozy (Kopczyńska-Tyszko, 1999, Taylor, 1984). Natomiast inni badacze wskazują na pewnego rodzaju sztywność w wyborze strategii (Lechner, Stoelb i Antoni,

2005; Życińska i Żukowska, 2007), co oznacza pojawianie się tendencji do wybierania określonej strategii w kolejnych fazach czy okresach choroby. W odniesieniu do *znajdowania korzyści* nie jest możliwe, aby odnajdowanie korzyści nastąpiło na początku okresu zachorowania, gdyż potrzeba choć trochę czasu, aby uaktywniły się procesy emocjonalne i poznawcze umożliwiające przystosowanie do choroby (Cordova, Cunningham, Carlton i Andrykowski, 2001). Badania wskazują, że aby móc zaobserwować zmiany w znajdowaniu korzyści, musi upłynąć dłuższy czas od diagnozy (Manne, Ostroff i Winkel, 2004); Sears, Santon i Danoff-Burg, 2003). Natomiast badania nie odpowiadają na pytanie, jaki powinien upłynąć czas od diagnozy do wystąpienia pozytywnych zmian w konsekwencji doświadczania raka (Lechner, 2003 za: Lechner, Stoelb i Antoni, 2005; Cordoba, Cunningham, Carlton i Andrykowski, 2001).

Możliwość zaobserwowania zmian w *znajdowaniu korzyści* może być związana również z czynnikami osobowościowymi. Teoretycy *znajdowania korzyści* sugerują, że osoby, które od początku mają wyższy poziom na przykład optymizmu czy wytrzymałości, nie wykazują dużego wzrostu tych cech, gdyż od początku są po prostu „w dobrej formie” (Lechner, Stoelb i Antoni, 2005). Dlatego też w tym względzie osoby na przykład o niższym poziomie optymizmu mogą skorzystać najwięcej. Zastanawiający jest zatem fakt, czy osoby ogólnie funkcjonujące dobrze czy oceniające dobrze swoje życie przed wystąpieniem sytuacji traumatycznej będą się rozwijać w kierunku odnajdowania korzyści czy może będą widzieć mniej tych korzyści. Badacze Pyke i Coltrane (1996) prowadzili badania nad porównaniami społecznymi w kontekście „tego, co było”. Wykazali oni, że ludzie w różny sposób postrzegają rzeczywistość, co jest związane między innymi z doświadczeniami z przeszłości. W innym opracowaniu autorzy badania nad kobietami chorymi na raka piersi (Carpenter, Brockopp, Michael i Andrykowski, 1999) wykazali, iż te spośród pacjentek, które gorzej oceniały swoje funkcjonowanie przed chorobą, w porównaniu z tymi, które oceniały lepiej swoje funkcjonowanie, uzyskiwały lepsze rezultaty w przystosowywaniu się do nowej sytuacji. W klasycznych już badaniach Taylor (1984) z udziałem kobiet chorych na raka piersi wykazano, że pacjentki nie tylko postrzegały siebie jako lepiej przystosowane w danej chwili, ale także lepiej niż w momencie diagnozy. Jak twierdzi Taylor, świadczy to o „ogromnej zdolności czerpania zysków z potencjalnej tragedii” (Taylor, 1984, s. 23).

Reasumując dotychczasowe rozważania należy podkreślić, że ważnym elementem w wyjaśnianiu związku pomiędzy stosowaniem strategii radzenia sobie a odnajdowaniem korzyści w chorobie może być funkcjonowanie jednostki przed wystąpieniem traumatycznej sytuacji. Na podstawie przedstawionych przesłanek teoretycznych, jak również doniesień z badań empirycznych spodziewam się, że stopień zadowolenia z życia przed chorobą będzie miał znaczenie w wyjaśnianiu związku pomiędzy wyborem strategii radzenia sobie a znajdowaniem korzyści. Ponadto zakładam, że:

Hipoteza nr 1. Znajdowanie korzyści będzie pozytywnie związane ze strategiami radzenia: ducha walki i pozytywnego przewartościowania.

Hipoteza nr 2. Znajdowanie korzyści będzie negatywnie związane ze strategiami radzenia sobie: bezradność-beznadziejność i zaabsorbowanie lękowe.

Metoda

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 169 kobiet od 28 do 72 lat ($M = 53,94$ oraz $SD = 9,6$), u których wykryto raka piersi. U wszystkich osób biorących udział w badaniu konieczne było leczenie chirurgiczne polegające na zabiegu mastektomii (usunięciu piersi lub jej fragmentu – guza, wraz z marginesem zdrowych tkanek). W badaniu wzięły udział kobiety w różnym stopniu zaawansowania choroby według kryteriów Pieńkowskiego (2000). Osoby z I stopniem zaawansowania choroby stanowiły 37% próby badawczej, z II stopniem zaawansowania choroby – 41%, i III stopniem – 22%. Większość osób uczestniczących w badaniu mieszkała w dużym mieście powyżej 100 tysięcy mieszkańców, co stanowiło 51% próby, 16% pochodziło z miast liczących 25–100 tys., 14% z miast do 15 tys. i 18% mieszkało na wsi. Najmniej osób posiadało wykształcenie podstawowe (3%), następnie zawodowe (13%), średnie (50%) i wyższe (34%). Większość badanych osób pracowała zawodowo (51%), osoby bezrobotne stanowiły 7%, a osoby przebywające na rencie lub emeryturze (42%). Większość badanych kobiet była w związkach małżeńskich – (69%).

Procedura badania

Badanie przeprowadzono w Centrum Onkologii w Warszawie w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej. Nie zastosowano żadnego kryterium doboru. Przeszkoleni ankieterzy losowo podchodzili do osób przebywających na terenie szpitala. Przed przystąpieniem do badania otrzymano pisemną zgodę chorej. Badana oprócz informacji o celu badania, otrzymywała informacje, że w każdym momencie będzie mogła przerwać uczestnictwo w badaniu. Załączono również tzw. arkusz biograficzny zawierający pytania o: „wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, pracę zawodową, datę diagnozy, zaawansowanie choroby. Dodatkowo proszono o zaznaczenie na skali graficznej ciągłej od 0 do 10 odpowiedź na pytanie: „W jakim stopniu jest Pani zadowolona ze swojego życia przed chorobą?”. Pytanie zostało zadane w czasie terażniejszym, ponieważ, aby odnieść się do czasu przeszle-

go, osoba badana musi „przefiltrować” cały okres od teraźniejszości do przeszłości. Kwestionariusze były samodzielnie wypełniane przez osoby badane. Ankieterzy odbierali je tego samego dnia. Uczestniczki badania nie otrzymywały wynagrodzenia. Wypełnienie kwestionariuszy zajmowało około 30 minut. Zebrano 315 ankiet, z których do analiz wybrano 169. Kryterium selekcji był czas od diagnozy, który w momencie badania wynosił rok i dłużej. Zastosowana procedura oparta była na przesłankach teoretycznych opisanych w części teoretycznej artykułu, które wskazują, że musi upłynąć dłuższy czas od diagnozy, aby pojawiły się korzyści (Manne, Ostroff i Winkel, 2004; Sears, Santon i Danoff-Burg, 2003).

Narzędzia

Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby: Mini-Mac Juczyńskiego (2001). Jest to adaptacja narzędzia autorstwa Watsona (1989), które w oryginale posiada nazwę: MAC (Mental Adjustment to Cancer). Skala służy do oceny przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej i jej bezpośrednich konsekwencji, bólu i złego samopoczucia. Przystosowanie psychiczne wyrażone jest w czterech strategiach, którymi posługują się chorzy w radzeniu sobie z chorobą: *Zaabsorbowanie lękowe*, *Pozytywne przewartościowanie*, *Duch walki*, *Bezradność beznadziejność*. Skala zawiera 29 twierdzeń, do których badany ustosunkowuje się na czterostopniowej skali: zdecydowanie nie, raczej nie, raczej tak, zdecydowanie tak. Skalę Mini-Mac można stosować na każdym etapie leczenia i rehabilitacji. Narzędzie może służyć do oceny reakcji na diagnozę choroby nowotworowej, lecz również do ujęcia zmian zachodzących w trakcie procesu leczenia i rehabilitacji. W przeprowadzonych badaniach rzetelność testu została określona za pomocą współczynników α Cronbacha i wynosiła dla poszczególnych strategii: bezradność-beznadziejność 0,89, duch-walki 0,90, zaabsorbowanie lękowe 0,89, pozytywne przewartościowanie 0,88.

Test Odnajdowania Korzyści: TOK. Test został skonstruowany na potrzeby prezentowanego badania. Jest przeznaczony do mierzenia, w jakim stopniu chory znajduje korzyści w doświadczaniu choroby nowotworowej. Punktem wyjścia definiowania zmiennej była koncepcja analizy egzystencjonalnej zwana logoteorią Frankla (1998), a w szczególności problematyka dotycząca roli cierpienia w doświadczaniu pełni życia. Przedstawia konsekwencję różnych postaw wobec zdarzeń losowych, takich jak choroba, cierpienie, zagrożenie śmiercią. Według Frankla (1998) doświadczanie cierpienia może posłużyć do wzbogacenia i rozkwitu osobowości każdego człowieka. Wprost komunikuje on, że cierpienie należy rozumieć jako „wzrost”. Autor dowodzi, że aby móc dostrzec korzyści w trudnej sytuacji, człowiek musi najpierw odnaleźć sens w swym cierpieniu, co wiąże się z zaakceptowaniem w pełni swojej choroby i ograniczeń, jakie niesie ze sobą. Ponadto

teoria egzystencjalna sugeruje, że bezpośrednia konfrontacja ze swoją śmiertelnością może powodować rewaluację i ponowne zdefiniowanie życiowych celów i priorytetów. W obliczu takiej sytuacji może wyłonić się zupełnie inne, niż do tej pory, spojrzenie na otaczającą rzeczywistość, świat. Tworząc narzędzie pomiaru nasilenia znajdowania korzyści w chorobie u dorosłego człowieka – autorka wyszła z założenia, że przeświadczenie to powinno się przejawiać w stopniu akceptowania przez jednostkę określonych twierdzeń o sobie, otaczającym świecie oraz twierdzeń odnoszących się do relacji z ludźmi. Mianowicie takich twierdzeń, które odnoszą się do przekonania, że pozytywne zmiany są rezultatem doświadczenia raka. Skonstruowano Test Odnajdowania Korzyści (TOK) złożony z 20 pozycji w formacie zamkniętym. Osoba badana określa stopień aprobaty treści danego twierdzenia przy użyciu skali szacunkowej, graficznej ciągłej o długości 10 cm. Jest ona opisana na obu końcach, gdzie 0 oznacza – całkowicie nie zgadzam się, a 10 – całkowicie zgadzam się. Wynik określany był w centymetrach, z dokładnością do jednego milimetra. Narzędzie zostało poddane badaniom pilotażowym, w których wzięło udział 76 kobiet chorych na raka piersi (α Cronbacha = 0,78). Obecna wersja powstała po wyeliminowaniu bądź modyfikacji części pozycji o niesatysfakcjonujących właściwościach psychometrycznych². W prezentowanych badaniach wykonano Analizę czynnikową metodą Głównych Składowych z rotacją Oblimin dla próby $N = 169$. Wykryto dwa czynniki konstruktów odnajdywania korzyści w chorobie nowotworowej: I czynnik nazwano: *Rozumienie siebie i świata*, zdefiniowany jako lepsze rozumienie siebie i swoich potrzeb oraz otaczającej rzeczywistości, zawiera 7 pozycji (α Cronbacha = 0,78) (np. „Teraz wiem, że w każdej trudnej sytuacji jest rozwiązanie”), II czynnik: *Relacje z innymi* zdefiniowany jako poprawa relacji z innymi, zawiera 13 pozycji (α Cronbacha = 0,85) (np. „Teraz jeszcze bardziej doceniam bliskość z rodziną i przyjaciółmi”). Korelacja między czynnikami wynosi 0,31. Dalsze analizy statystyczne wykonano na wskaźnikach czynnikowych, które przyjmują postać wyników standaryzowanych podawanych w jednostkach Z (Bedyńska i Brzezicka, 2007).

² Część prezentowanych badań powstała w ramach modułu naukowo-dydaktycznego kierowanego przez Elżbietę Hornowską. W ramach prac z udziałem Żanety Żukowskiej skonstruowano Test Odnajdowania Korzyści.

Wyniki

W części poświęconej wynikom zamieszczone są dwa typy statystyk. W pierwszej części w celu podsumowania zmiennych znajdują się informacje dotyczące statystyk opisowych oraz korelacji analizowanych zmiennych. Natomiast druga część obejmuje serie analiz regresji mających na celu wyjaśnienie i zobrazowanie problemów badawczych postawionych w niniejszym opracowaniu.

Statystyki opisowe zmiennych i korelacje

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe analizowanych zmiennych ($N = 169$)

Zmienna	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
RI	0	10	7,11	2,02
RSS	0	10	6,81	2,40
SDW	2	4	3,35	0,43
SPP	1	4	3,20	0,41
SBB	1	3	1,74	0,51
SZL	1	4	2,35	0,65
ZŻCh	0	10	7,38	2,57

Źródło: Opracowanie własne

RI – Relacje z innymi; RSS – Rozumienie siebie i świata; SDW – Strategia ducha walki; SPP – Strategia pozytywne przewartościowanie; SBB – Strategia bezradność-beznadziejność; SZL – Strategia zaabsorbowanie lękowe; ZŻCh – Zadowolenie ze swojego życia przed chorobą

Jako pierwszy krok w eksploracji danych policzono statystyki opisowe zmiennych. Wartości średnich strategii: ducha walki i pozytywnego przewartościowania, wskazują na to, iż strategie te były często wybierane przez osoby uczestniczące w badaniu. Natomiast wartości średnich strategii: bezradność-beznadziejność i zaabsorbowanie lękowe wskazują, że strategie te były wybierane z umiarkowaną częstotliwością. Średni poziom relacji z innymi wynosi 7,11, natomiast rozumienia siebie i świata wynosi 6,81. Wartości te na tle potencjalnego zakresu zmiennej (0–10) wskazują, że badane osoby generalnie uzyskują wysoki poziom rozumienia siebie i świata oraz wysoko cenią swoje relacje z innymi. Średnia wartość zmiennej zadowolenia z życia przed chorobą wynosi 7,38, przy zakresie zmiennej (0–10), co oznacza, że osoby biorące udział w badaniu uzyskiwały raczej wysoki poziom zadowolenia ze swojego życia przed chorobą.

Tabela 2. Korelacja pomiędzy wymiarami: Skali przystosowania psychicznego do choroby, Testu odnajdowania korzyści i zmiennej Zadowolenia ze swojego życia przed chorobą

	RI	RSS	SDW	SPP	SZL	SBB	ZŻCh
RI	–	0,54**	0,28**	0,40**	–0,04	–0,10	0,27**
RSS		–	0,26**	0,41**	–0,19**	0,06	0,04
SDW			–	0,46**	–0,12*	–0,24**	0,18**
SPP				–	–0,09	–0,16**	0,22**
SZL					–	0,57**	0,03
SBB						–	–0,17**
ZŻCh							–

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

Źródło: Opracowanie własne

RI – Relacje z innymi; RSS – Rozumienie siebie i świata; SDW – Strategia duch walki; SPP – Strategia pozytywne przewartościowanie; SBB – Strategia bezradność-beznadziejność; SZL – Strategia zaabsorbowanie lękowe; ZŻCh – Zadowolenie ze swojego życia przed chorobą

Analizy regresji

Zostały przeprowadzone 2 grupy analiz regresji wielokrotnej, gdzie predyktorami były strategie radzenia sobie w chorobie nowotworowej, a zmienną zależną było znajdowanie korzyści w chorobie. Pierwsza grupa analiz została wykonana dla całej przebadanej próby. A druga grupa analiz statystycznych została wykonana osobno dla grupy osób przeciętnie zadowolonych ze swojego życia przed chorobą oraz osobno dla osób wysoko zadowolonych ze swojego życia przed chorobą. Zaproponowane analizy oparte są na tezie, że funkcjonowanie przed zdarzeniem traumatycznym wydaje się istotnym czynnikiem w procesie radzenia sobie w nowej sytuacji, jaką jest zachorowanie na raka piersi (Carpenter, Brockopp, Michael i Andrykowski, 1999).

W celu sprawdzenia możliwości przewidywania *rozumienia siebie i świata* na podstawie stosowanych strategii radzenia sobie w chorobie nowotworowej zaproponowano model prostoliniowy, który okazał się dobrze dopasowany $F(4,164) = 10,28$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,20$. Czynnikiem *rozumienie siebie i świata* jest przewidywany najsilniej dodatnio przez strategię aktywną *pozytywne przewartościowanie* ($\beta = 0,39$). Następnie czynnik jest przewidywany, lecz słabiej, przez strategię bierną *zaabsorbowanie lękowe*. Jest to związek ujemny ($\beta = -0,20$). Oznacza to, że rozumienie siebie i świata u chorych na nowotwór kobiet jest tym lepsze, im częściej stosują one strategię *pozytywnego przewartościowania* w radzeniu sobie ze swoją chorobą i im mniej są zaabsorbowane lękiem. Pozostałe predyktory okazały się nieistotne.

W celu sprawdzenia możliwości przewidywania czynnika *relacje z innymi* na podstawie stosowanych strategii radzenia sobie w chorobie nowotworowej zaproponowano model prostoliniowy, który okazał się dobrze dopasowany $F(4,164) = 8,26$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,17$. Czynniki *relacje z innymi* jest przewidywany ujemnie przez strategię bierną *bezzadność-beznadziejność* ($\beta = -0,23$). Czynniki ten posiada jeszcze dwa inne predyktory: *pozytywne przewartościowanie* ($\beta = 0,26$) i *zaabsorbowanie lękowe* ($\beta = 0,17$) – w obu przypadkach wystąpiły pozytywne związki.

Na podstawie zmiennej zadowolenia ze swojego życia przed chorobą podzielono osoby uczestniczące w badaniu na takie, które były nisko i przeciętnie zadowolone z życia przed chorobą, oraz takie, które były wysoce zadowolone ze swojego życia przed chorobą. Kryterium podziału była mediana wynosząca 9, zgodnie z zaleceniami Jaccarda i Turrisia (2003). Rozkład zmiennej jest ujemnie skośny ($-0,956$), wobec czego przyjęto podział na dwie podgrupy: przeciętnie i wysoce zadowolone. Dalsze analizy wykonano w podziale na te dwie podgrupy.

Zaproponowane modele regresji dla zmiennych zależnych: *relacji z innymi* oraz *rozumienie siebie i świata*, okazały się dobrze dopasowane, lecz tylko w grupie osób, które były przeciętnie zadowolone ze swojego życia przed chorobą. W grupie osób wysoce zadowolonych ze swojego życia przed chorobą modele regresji okazały się nieistotne statystycznie.

W grupie osób przeciętnie zadowolonych ze swojego życia czynnik *rozumienie siebie i świata* jest przewidywany najsilniej dodatnio przez strategię *pozytywne*

Tabela 3. Wynik analizy regresji dla czynnika Rozumienie siebie i świata dla grupy kobiet: przeciętnie zadowolonych ze swojego życia przed chorobą ($N = 96$) oraz grupy kobiet: wysoce zadowolonych ze swojego życia przed chorobą ($N = 61$)

Zmienna zależna Parametry modelu	Osoby przeciętnie zadowolone z życia przed chorobą $F(4, 96)=8,74$; $p < 0,001$; $R^2=0,23$	
Predyktory	Współczynnik β	Istotność
Duch walki	-0,006	$p > 0,05$ ($p = 0,956$)
Pozytywne przewartościowanie	0,462	$P < 0,01$ ($p = 0,001$)
Zaabsorbowanie lękowe	-0,265	$p < 0,05$ ($p = 0,016$)
Bezzadność – beznadziejność	0,088	$p > 0,05$ ($p = 0,417$)
Zmienna zależna Parametry modelu	Osoby wysoce zadowolone z życia przed chorobą $F(4,61) = 1,31$; $p > 0,05$; $R^2 = 0,019$	
Predyktory	Współczynnik β	Istotność
Duch walki	-0,008	$p > 0,05$ ($p = 0,952$)
Pozytywne przewartościowanie	0,159	$p > 0,05$ ($P = 0,256$)
Zaabsorbowanie lękowe	-0,109	$p > 0,05$ ($p = 0,466$)
Bezzadność – beznadziejność	-0,113	$p > 0,05$ ($P = 0,469$)

przewartościowanie. Oznacza to, że im silniej osoby badane stosują strategię *pozytywne przewartościowanie*, tym lepiej rozumieją siebie i świat. Natomiast czynnik *Rozumienie siebie i świata* jest przewidywany, lecz znacznie słabiej, przez strategię *zaabsorbowanie lękowe*. Jest to zależność ujemna. Oznacza to, że w im mniejszym stopniu osoby badane stosują strategię *zaabsorbowanie lękowe*, tym bardziej rozumieją siebie i świat.

Kolejna analiza przedstawia wpływ strategii radzenia sobie na *relacje z innymi* w odniesieniu do obu grup: przeciętnie i wysoko zadowolonych ze swojego życia przed chorobą.

Tabela 4. Wynik analizy regresji dla czynnika *Relacje z innymi* dla grupy kobiet: przeciętnie zadowolonych ze swojego życia przed chorobą ($N=96$) oraz grupy kobiet: wysoko zadowolonych ze swojego życia przed chorobą ($N = 61$).

Zmienna zależna	Osoby przeciętnie zadowolone ze swojego życia przed chorobą	
Parametry modelu	$F(4,96) = 5,30; p < 0,001; R^2 = 0,14$	
Predyktory	Współczynnik <i>beta</i>	Istotność
Duch walki	0,130	$p > 0,05 (p = 0,233)$
Pozytywne przewartościowanie	0,271	$p < 0,05 (p = 0,012)$
Zaabsorbowanie lękowe	0,150	$p > 0,05 (p = 0,192)$
Bezradność – beznadziejność	-0,244	$p < 0,05 (p = 0,035)$
Zmienna zależna	Osoby wysoko zadowolone ze swojego życia przed chorobą	
Parametry modelu	$F(4,61) = 1,47; p > 0,05; R^2 = 0,029$	
Predyktory	Współczynnik <i>beta</i>	Istotność
Duch walki	-0,006	$p > 0,05 (p = 0,967)$
Pozytywne przewartościowanie	0,140	$p > 0,05 (p = 0,315)$
Zaabsorbowanie lękowe	0,274	$p > 0,05 (p = 0,069)$
Bezradność – beznadziejność	-0,215	$p > 0,05 (P = 0,169)$

Źródło: Opracowanie własne

Zaproponowany model prostoliniowy okazał się dobrze dopasowany w przypadku grupy przeciętnie zadowolonych ze swojego życia przed chorobą. Czynnik: *relacja z innymi*, jest przewidywany dodatnio przez strategię *pozytywne przewartościowanie* oraz ujemnie przez strategię *bezradność-beznadziejność*. Oznacza to, że w im mniejszym stopniu osoby badane stosują strategię *bezradność-beznadziejność* oraz im chętniej pozytywnie przewartościują swoją sytuację, tym bardziej dostrzegają poprawę w relacjach z innymi w sytuacji zmagania się z rakiem piersi. Natomiast w modelu regresji dla grupy wysoko zadowolonych ze swojego życia przed chorobą nie zaobserwowano żadnych istotnych zależności.

Dyskusja wyników

Pierwszy etap analiz wskazał na istnienie pozytywnego związku pomiędzy strategią *ducha walki* a zmiennymi: *relacje z innymi* i *rozumienie siebie i świata*. Natomiast w drugim etapie analiz zmienna *duch walki* przestała być istotna dla proponowanego modelu.

Drugi etap analiz pokazał, że osoby uczestniczące w badaniu, które chorują na raka piersi dłużej niż rok i stosują strategię *pozytywne przewartościowanie*, zarówno lepiej rozumieją siebie oraz świat, jak i w większym stopniu poprawiają się ich relacje z innymi ludźmi. Natomiast stosowanie strategii *zaabsorbowanie lękowe* zmniejsza stopień rozumienia siebie i świata. Podobnie stosowanie strategii *bezzadność-beznadziejność* zmniejsza stopień zadowolenia z relacji z innymi. Wszystkie wspomniane wyniki są zgodne z przewidywaniami teoretycznymi. Jedyne wyniki, który wskazywał na pozytywny związek strategii *zaabsorbowanie lękowe* z relacjami z innymi, był niespójny teoretycznie. Natomiast zależność ta przestała istnieć w momencie, kiedy w drugim etapie analiz podzielono osoby badane na dwie podgrupy: osób przeciętnie zadowolonych ze swojego życia przed chorobą i osób wysoko zadowolonych ze swojego życia przed chorobą. Należy podkreślić, że tylko w podgrupie osób przeciętnie zadowolonych ze swojego życia przed chorobą ujawniły się opisane związki z pierwszego etapu analiz, a pozytywny związek strategii negatywnej *zaabsorbowanie lękowe* i relacji z innymi okazał się nieistotny statystycznie. Zatem wszystkie wyniki w drugiej części analiz okazały się zgodne z przewidywaniami teoretycznymi (Urcuyo, Boyers, Carter i Antoni, 2005; Sears, Santon i Danoff-Burg, 2003; Widows, Jacobsen, Booth-Jones i Fields, 2005; Kinsinger, Penedo, Antoni, Dahan, Lechner i Schneiderman, 2006) oraz postawioną tezę, że stopień zadowolenia z życia przed chorobą ma znaczenie w wyjaśnianiu związku pomiędzy wyborem strategii a znajdowaniem korzyści.

Należy w tym miejscu uwzględnić fakt, że zmienna zadowolenie ze swojego życia przed chorobą jest zmienną zanieczyszczoną i nie obrazuje w pełni tego, jak osoby badane czuły się i funkcjonowały w okresie przed zachorowaniem. Schemat badawczy uwzględnia jedynie opinie pacjentek w zakresie zadowolenia ze swojej przeszłości z perspektywy dnia dzisiejszego. Jednak trzeba podkreślić, że przeprowadzenie podłużnych badań, które uwzględniałyby rzeczywisty stan przed chorobą, jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Niemniej jednak badania nad pamięcią autobiograficzną wskazują, że ludzie mają łatwiejszy dostęp do wspomnień o inklinacji negatywnej. Wydarzenia kojarzone z silnymi emocjami są nie tylko lepiej zapamiętywane, ale też mają pierwszeństwo w przetwarzaniu (Bower, 1992). Z drugiej strony przykre zdarzenia, których ludzie doświadczają, wraz z upływem czasu tracą swój wyraźnie negatywny znak. Innymi słowy z czasem przykre doświadczenia stają się mniej przykre (Maruszewski, 2008). Zmienna zadowolenia ze swojego życia przed chorobą pomimo zanieczyszczeń związanych z ograniczenia-

mi pamięci autobiograficznej wydaje się być dobrym przybliżeniem tego, jak osoby badane funkcjonowały przed chorobą.

Z pewną ostrożnością wynikającą z ograniczeń badań korelacyjnych można wnioskować, że tylko u osób chorych na raka, które odczuwają mniej zadowolenia ze swojego życia przed zachorowaniem, występuje związek pomiędzy wyborem strategii a znajdowaniem korzyści. Osoby te z większą łatwością i intensywnością radzą sobie z przeorganizowaniem problemu własnej choroby i dostrzegają więcej pozytywnych zmian, zarówno w odniesieniu do lepszego rozumienia i akceptowania siebie, swoich potrzeb, innych ludzi, jak i rozumienia oraz akceptowania otaczającej rzeczywistości, a także doceniania i poprawy relacji z innymi ludźmi. Jednocześnie osoby chore, które w mniejszym stopniu doświadczają poczucia bezradności i w mniejszym stopniu poddają się biernej postawie w radzeniu sobie w chorobie, mogą dzięki doświadczeniu choroby z większym entuzjazmem i otwartością wchodzić w relacje z innymi, odczuwając przy tym satysfakcję. Wielu pacjentów zauważa, że ich relacje z innymi przeszły na inny, wyższy poziom rozumienia, a relacje z rodziną i przyjaciółmi wzbogaciły się (Manne, Ostroff i Winkel, 2004). Badania wskazują również na to, że osoby, które są mniej zadowolone ze swojego życia przed chorobą, w porównaniu z tymi, które są bardziej zadowolone, w mniejszym stopniu poddają się lękowej postawie w radzeniu sobie z chorobą, co w konsekwencji może sprzyjać pewnemu dystansowi w spojrzeniu na siebie i swoją chorobę. Istnienie związku pomiędzy znajdowaniem korzyści i wyborem strategii radzenia sobie, ale tylko u osób, które odczuwają mniejsze zadowolenie ze swojego życia przed chorobą, można wyjaśnić tym, że u tych osób na skutek kolejnego kryzysu dochodzi do podwójnej mobilizacji zasobów i dzięki temu mogą znaleźć korzyści. Po doświadczeniu kryzysu ludzie inicjują zyski, aby zrównoważyć poniesione straty, czy czym jednocześnie stają się bardziej świadomi przyszłych strat i starają się im zapobiec (Hobfoll, 2006). Teoretycy znajdowania korzyści (Lechner, Stoelb i Antoni, 2005) sugerują również, że osoby, które dobrze funkcjonowały przed wydarzeniem traumatycznym, najprawdopodobniej również po jego doświadczeniu będą dobrze i sprawnie działać, lecz paradoksalnie skorzystają mniej z sytuacji traumy.

Zastanawiające jest, dlaczego strategia *duch walki* nie utrzymała się w dalszych analizach. Strategia ta związana jest z postawą optymistyczną, skłaniającą pacjenta do traktowania choroby w kategoriach wyzwania i walki. Wynik ten można tłumaczyć tym, że ludzie z diagnozą choroby nowotworowej znajdują się często pod silną presją tzw. „pozytywnego myślenia” (Cordova, 2005). Literatura popularna i media często bezkrytycznie sugerują, że jedyną drogą wyleczenia raka jest bezwzględne pozytywne nastawienie. Ta presja społeczna może być na tyle silna, że wymusza deklarację wyboru strategii *ducha walki*, bez względu na to, jak osoba działa i funkcjonuje, czy doświadczona jest smutku czy zniechęcenia. Dlatego też wybór tej strategii jest w miarę stały. A jak wiadomo, ważnym elementem sprawczym w pozytywnym nastawieniu jest nie tyle sama deklaracja, ile poziom przeżywania, czyli jakość pozy-

tywnego nastawienia. Z obserwacji klinicznych wynika (Lechner, Stoelb i Antoni, 2005), że dla wielu pacjentów dodatkową trudnością jest udawanie postawy „ducha walki” nawet wtedy, gdy przeżywa on uciążliwe leczenie lub myśli o własnej śmiertelności. Teoretycy radzenia sobie sugerują, że okazjonalne posługiwanie się mniej adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie może być częścią procesu oscylowania wokół przystosowania się (Heszen-Niejodek, 2001). Skupianie się na znajdowaniu korzyści w chorobie może nieść ze sobą pewne niebezpieczeństwo i w wyjątkowych przypadkach prowadzić do zachowań destrukcyjnych. Na przykład chory uzyskujący wiele korzyści, których nie doświadczał przed chorobą (takich jak: uwaga, miłość, troska, poczucie bycia pokrzywdzonym), może dążyć do tego, aby utrzymywać stan choroby (może zaprzestać leczenia lub nie stosować się do zaleceń lekarskich), co może spowodować groźne skutki dla jego życia i zdrowia. Aby uniknąć tego typu niebezpieczeństwa, ważne jest, aby podczas interwencji psychoonkologicznych uważnie monitorować proces znajdowania korzyści.

Osobną kwestią do rozstrzygnięcia jest czas od diagnozy, jaki powinien upłynąć dla ujawnienia się *znajdowania korzyści*. Zatem istnieje potrzeba przeprowadzenia dodatkowych badań, najlepiej podłużnych. Jednak dodatkowe informacje można uzyskać już przeprowadzając badania przekrojowe, porównując wyniki między grupami o różnym stażu choroby. Kwestia czynnika czasu, który upłynął od diagnozy, i konsekwencje z nim związane są o tyle ważne, że powinny być brane pod uwagę przy planowaniu czy dostarczaniu jakiegokolwiek psychoonkologicznej interwencji. Podobnie kwestia stopnia zadowolenia pacjenta ze swojego życia przed chorobą wydaje się ważnym czynnikiem, być może rokującym wystąpienie *znajdowania korzyści*. Interpretacja ta jest z pewnością zbyt daleko posunięta, ale na pewno na tyle ważna, aby sprawdzić ją empirycznie, dlatego też potrzebne są dalsze badania.

Natomiast samo identyfikowanie strategii radzenia może wyznaczać stopień, w jakim pacjent skorzysta z interwencji psychologicznej (Juczyński, 2000). Pacjenci z postawą nacechowaną bezradnością czy dużym lękiem zyskują mniejszą korzyść z interwencji psychologicznej. Ogólnie można zauważyć, że aktywne radzenie sobie z chorobą nowotworową jest wyznacznikiem lepszego rokowania, zarówno w odniesieniu do długości przeżycia, jak i braku nawrotów w chorobie (Dean i Surtees, 1989; Greer, Mooris i Pettingale, 1990; Mooris, Pettingale i Haybittle, 1992). Natomiast odnajdowanie korzyści w doświadczaniu choroby to okazja do przeżywania pozytywnych złożonych emocji, takich jak nadzieja, wdzięczność czy pokora. Badania podłużne Pressmana i Cohen (2005) wykazały, że pozytywne emocje sprzyjają dłuższemu przeżyciu osób chorujących na nieuleczalne choroby, co wiąże się ze sposobem doświadczania choroby.

Test odnajdowania korzyści (TOK), pokazując zaobserwowane zależności, okazał się trafnym narzędziem i może dobrze się sprawdzać w kolejnych badaniach w zakresie problematyki *znajdowania korzyści*. Wyniki wstępnych badań uprawniają do wielu pozytywnych konkluzji na temat możliwości pomiaru *znajdowania*

korzyści i ich znaczenia dla zachowań człowieka i jego rozwoju. Prezentowane dane zwiększają pulę badań, z których wynika, że choroba nie przekreśla możliwości rozwoju człowieka. Podążając za myślą Frankla (1998), ludzie posiadają niezwykłą zdolność przekraczania swoich fizycznych i psychicznych granic, a cierpienie może tylko posłużyć ku odkryciu pełni życia.

Bibliografia

- Bedyńska, S., Brzezicka, A. (red.). (2006). *Statystyczny drogowskaz*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS „Academica”.
- Bower, G.H. (1992). How might emotions affect memory? W: S.A. Christianson (ed.), *Hand-book of emotion and memory*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. W: Ekman, P. i in. (1999). *Natura emocji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Carpenter, J.S., Brockopp, D.Y., Michael A. i Andrykowski, M.A. (1999). Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 1402–1411.
- Carver, C.S. i Antoni, M.H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23, 595–598.
- Chojnacka-Szawlowska, G. (2000). Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania. *Psychoonkologia*, 2, 55–71.
- Cordova, M.J. (2005). Facilitating Posttraumatic Growth Following Cancer. W: S. Joseph, P.A. Linley (red.), *Trauma, Recovery, and Growth. Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress* (s. 185–206). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cordova M.J., Cunningham, L.C., Carlton, C.R. i Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176–185.
- Dean, C. i Surtees, P. (1989). Do psychological factors predict survival in breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 561–569.
- Drosik, K., (2005). *Najnowsze metody terapeutyczne w leczeniu nowotworów – rak piersi*. Warszawa: Opolskie Centrum Onkologii (materiały z konferencji: Jesienna szkoła onkologii dla przedstawicieli organizacji pacjentów chorych na nowotwory w Falentach).
- Frankl, V. (1998). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Fromm, K., Andrykowski, M.A. i Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 221–240.
- Greer, S. i Moorey, S. (1989). Patients adjustment to cancer: the mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical rating. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 373–377.
- Greer, S., Mooris, T., Pettingale, K. i Haybittle, J. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *The Lancet*, 6, 49–50.
- Gurevich, M., Devins, G.M. i Rodin, G.M. (2002). Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43, 259–281.
- Heszen-Niejodek, I. (2001). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, (t. 3, s. 465–492). Gdańsk: GWP.
- Hobfoll, S.E. (2006). Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu. Gdańsk: GWP.
- Izdebski, P. (2007). *Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Jaccard, J., Turrissi, R. (2003). Interaction effects in multiple regression. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Juczyński, Z. (1997). Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, 4, 7–12.
- Juczyński, Z. (2000). Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia* (s. 23–45). Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP.
- Katz, R.C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of „benefit-finding” in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 561–571.
- Kinsinger, D.P., Penedo, F.J., Antoni, M.H., Dahan, J.R., Lechner, S.C. i Schneiderman, N. (2006). Psychosocial and sociodemographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 954–961.
- Kopczyńska-Tyszko, A. (1999). Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: D. Kubacka-Jasiecka i W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s. 125–139). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lechner, S.C., Stoelb, B.L. i Antoni, M.H. (2005). Group-Based Therapies for Benefit Finding in Cancer. W: S. Joseph, P.A. i Linley (red.), *Trauma, Recovery, nad Growth. Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress* (s. 207–232).
- Lindley, P.A. i Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- Manne, S., Ostroff, J. i Winkel, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442–454.
- Maruszewski, T. (2008). *Inklinacja pozytywna, błędnie afektywne i wiarygodność pamięci autobiograficznej*. Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 3, 2: 47–59.
- Mentel, E. (1999). Sensotwórcza rola cierpienia w rozwoju jednostki – w koncepcji V.E. Frankla i K. Dąbrowskiego. W: K. Popielski (red.), *Człowiek–wartości–sens* (s. 433–440). Lublin: Redakcja Wydawnictwa KUL.
- Morris, T., Pettingale, K., Haybittle, J. (1992) Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-onkology*, 1, 105–114.
- Park, C.L., Cohen, L.H. i Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71–105.
- Pieńkowski T. (2001). Rak piersi. W: M. Krzakowski (red.) *Onkologia kliniczna*. Tom 2. Warszawa: Borgis Wydawnictwo Medyczne.
- Pressman, C.L., Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 6, 925–971.
- Pyke, K. i Coltrance, S. (1996). Entitlement, obligation, and gratitude in family work. *Journal of Family Issues*, 17, 60–82.
- Rieker, P.P., Edbrill, S.D. i Garnick, M.B. (1985). Curative testis cancer therapy: Psychosocial sequelae. *Journal of Clinical Oncology*, 3, 1117–1126.
- Sears, S.R., Stanton, A.L. i Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city. Benefit-finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487–497.
- Schulz, U., Mohammed, N.E. (2004). Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social Science and Medicine*, 59, 653–662.
- Taylor, S. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6, 15–37.
- Tomich, P.L. i Helgeson, V.S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16–23.
- Thornton, A.A. (2002). Perceiving benefits in the cancer experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 153–165.
- Urcuyo, K.R., Boyers, A.E., Carver, C.S. i Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20, 175–192.

- Widows, M.R., Jacobsen, P.B., Booth-Jones, M. i Fields, K.K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology, 24*, 266–273.
- Yalom, I.D. (2008). *Psychoterapia egzystencjonalna*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia PTP.
- Życińska, J., Żukowska, Ż.E. (2007). *Meaning in life as a predictor of strategy for coping with cancer disease in women after mastectomy*. Poster prezentowany na: 9th World Congress of Psycho-Oncology, Londyn, Wielka Brytania.

Żaneta Ewa Żukowska

Faculty of Psychology

Warsaw School of Social Sciences and Humanities

Coping strategies and benefit finding in cancer

The aim of this study was to verify the hypothesis that strategies of coping with illness allow to predict finding benefits in experiencing cancer in two aspects: understanding ourselves and the world as well as relationships with others. The time of diagnosis was a criterion of selection. 169 women who were diagnosed with breast cancer a year before or earlier, were selected for the analysis. Measurement tools used were: The Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), and a newly created tool Benefit Finding Scale (TOK). Results obtained suggest that strategies of coping allow to predict finding benefits in disease but only among people who declared an average or low satisfaction with their lives before illness occurred.

Keywords: finding benefit, coping strategies, time of diagnosis, satisfaction with life after disease, breast cancer