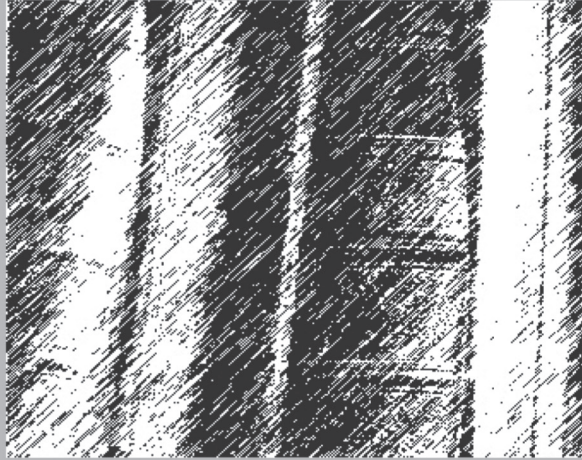




ANITA GAŁUSZKA

Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie

Acceptance of chronic disease and level of distress in ambulatory patients

Abstract: The lack of homogeneity of the ambulatory patients group may have specific interdependencies of psychosocial variables. Therefore, studies have been undertaken to determine the level of intensity of some of them and to reveal the correlation between them. The study has focused on: acceptance of the disease, the level of distress, the disease-related physical and emotional state (both positive and negative). Methods: an Acceptance of Illness Scale, by B.J Felton, T.A. Revenson and G.A. Hinrichsen (in Polish version by Z. Juczyński), Distress Thermometer developed by the American Cancer Society in the Polish adaptation of J. Życińska, E. Wojtyna, A. Heyda and A. Syska-Bielak, Form for Determinants of Patient Vital and a questionnaire to collect socio-demographic data, both designed for the study reported. The research group consisted of 94 patients. Their average age was 50, while the average duration of morbidity was 10 years. Results: the level of distress exceeded the cut-off point (4), and it is correlated with negative emotions. The acceptance of the illness is negatively correlated with negative emotions and physical symptoms associated with the illness. In addition, the average level of distress varies significantly in patients with low, medium and high levels of negative emotions and significantly differs in patients with middle and high levels of acceptance of the disease.

Key words: acceptance of illness, distress thermometer, emotions, chronic illness.

Wprowadzenie

Zagadnienia związane ze zdrowiem i z chorobą są szeroko dyskutowane przez współczesnych badaczy. Autorzy poruszają między innymi kwestie dotyczące stresu i radzenia sobie (Heszen, Sęk, 2007; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008, 2009; Lazarus, Folkman, 1984), zasobów zdrowotnych (Antonovsky, 2005; Hobfoll, 2006), bólu (Juczyński, 2001b; Bishop, 2000; Sheridan, Radmacher, 1998), szeroko rozumianych czynników ryzyka chorób, np. WZA, WZC, stylów wyjaśniania (Wrześniewski, Włodarczyk, 2004; Seligman, 1993), wsparcia społecznego (Sęk, Cieślak, 2006), zdrowia publicznego (Kulik, Latalski, 2002) czy problemów odnoszących się do poszczególnych aspektów medycznych, np. prokreacji (Bielawska-Batorowicz, 2006; Kornas-Biela, 2004), bezpłodności (Bidzan, 2010), zabiegów chirurgicznych (Łosiak, 2004) i wielu innych.

Mimo licznych poszukiwań badawczych w obszarze zdrowia i choroby wiele pytań pozostaje bez jednoznacznej odpowiedzi. Przyczyny tego są różnorodne, np. brak spójności definicyjnej, problemy metodologiczne. Znaczącą rolę w pojawianiu się nowych, nierozstrzygniętych problemów odgrywa postęp cywilizacyjny. Z jednej strony powszechność edukacji i związany z nią wzrost świadomości czy rozwój techniki wspomagają człowieka w rozwiązywaniu trudności (pozwalają: zapobiegać chorobom przez podejmowanie działań profilaktycznych, trafniej diagnozować i skuteczniej leczyć schorzenia dzięki zaawansowanym metodom terapeutycznym). Z drugiej strony technicyzacja życia, pogłębiająca się specjalizacja w naukach i codziennej praktyce, natłok informacji i konieczność przyspieszenia tempa życia rodzą problemy, które dotąd nie występowały (np. uzależnienie od telefonu komórkowego czy Internetu).

Autorzy badań w zakresie zdrowia i choroby najczęściej skupiają się na wybranej grupie potrzeb (np. potrzebie wsparcia społecznego, potrzebach duchowych i religijnych, potrzebach emocjonalnych) pacjentów cierpiących na konkretne schorzenie (nowotwory, astmę oskrzelową, toczень układowy, itp.). Brakuje natomiast wieloaspektowego rozeznania uwarunkowań życiowych i poziomu akceptacji własnej choroby osób leczących się ambulatoryjnie.

Prezentowane w niniejszym artykule badania po części wpisują się w nurt poszukiwań związanych z jakością życia, mimo że nie była ona badana w sposób bezpośredni. Jakość życia traktowana jest multidymencjonalnie, autorzy bowiem podkreślają wagę wielu czynników, które decydują o poziomie jakości życia człowieka, zarówno subiektywnym, jak i obiektywnym. Do czynników tych należą między innymi dobrobyt mate-

rialny, zdrowie psychiczne i fizyczne, kontakty interpersonalne (Brown, ed., 1997; Baumann, 2006; Kaczmarczyk, 2008). W psychologii podkreśla się wagę poczucia zadowolenia (dobrostanu) i szczęścia oraz roli emocji pozytywnych w życiu człowieka (Czapiński, 1992; Czapiński, red., 2004; Fredrickson, 2001; Sęk, 2008; Poprawa, 2008; Heszen, 2008). Specyficzne ujęcie jakości życia związanej ze zdrowiem (Health Related Quality of Life-HRQoL) akcentuje ocenę i samoocenę stanu zdrowia pacjenta oraz następstwa choroby dla jego codziennego życia (de Walden-Gałuszko, Majkowicz, red., 1994; Baumann, 2006).

Zarówno akceptacja własnej choroby, jak i stres psychologiczny stanowią istotne elementy wpływające na jakość życia osoby chorej przewlekle. Akceptacja choroby pozwala na zaadaptowanie się do ograniczeń i przymusów nałożonych przez schorzenie, utrzymanie bądź przywrócenie poczucia sprawstwa, kontroli i własnej wartości, podniesienie poziomu pozytywnych emocji (m.in. nadziei), wpływa więc na poprawę subiektywnie odczuwanej jakości życia. Natomiast stres psychologiczny, będący określoną relacją jednostki z otoczeniem, relacją, którą człowiek ocenia jako obciążającą lub przekraczającą jego zasoby (Lazarus, Folkman, 1984), może prowadzić do obniżenia jakości życia. Towarzyszą temu negatywne emocje, zwłaszcza lęk, który może także wzmocnić odczuwanie fizycznego dyskomfortu (np. dolegliwości bólowych) (Sheridan, Radmacher, 1998; Rolka et al., 2009).

W relacji stresowej zauważalne są jednak również elementy pozwalające na lepsze radzenie sobie ze stresem, a tym samym podniesienie jakości życia, takie jak emocje pozytywne. Obecność pozytywnego afektu w sytuacji trudnej, a nawet traumatycznej jest tak powszechna, że z pewnością odgrywa on znaczącą rolę w adaptacji do nowej rzeczywistości (Heszen-Niejodek, Gottschalk, Januszek, 1999; Fredrickson, 2001; Gałuszka, 2005; Pressman, Cohen, 2005).

Waga emocji pozytywnych została podkreślona przez włączenie ich do modelu procesu radzenia sobie ze stresem (Folkman, Moskowitz, 2006 — podaję za: Heszen, 2008). Wspomniane wcześniej ujęcie stresu i radzenia sobie (koncentrujące się na dwóch funkcjach radzenia sobie, tj. skierowanej na emocje i skierowanej na problem) zostało wzbogacone przez Richarda Lazarusa i Susan Folkman o trzecią funkcję — radzenie skierowane na znaczenie, które jest efektem niekorzystnego wyniku procesu radzenia sobie. Radzenie skierowane na znaczenie odgrywa kluczową rolę w dalszym przebiegu radzenia sobie, ponieważ budzi pozytywne emocje, które zwrotnie wpływają na całość procesu radzenia sobie (ibidem).

Akceptacja własnej choroby może być także potraktowana jako pozytywny wynik relacji stresowej, a więc korzystne zakończenie procesu za-

radczego, w którym szczególną rolę odegrał pozytywny afekt, ale również nadawanie sensu (traktowanie choroby jako możliwości przekraczania siebie i wzbogacania własnego życia), przekonanie o korzyściach płynących z bycia chorym (np. wtórne zyski z choroby) oraz tzw. przypominanie korzyści (wymagające wysiłku poznawczego i behawioralnego) (por. Heszen, 2008; Sęk, 2008).

Informacja o zdiagnozowaniu choroby przewlekłej stanowi źródło stresu psychologicznego, budzi lęk i niepokój, co obniża jakość życia człowieka. Im poważniejsza choroba i bardziej niekorzystne rokowanie, tym znaczniejszy spadek jakości życia. Jednakże przewlekłość schorzenia powoduje, że człowiek ma czas na zaadaptowanie się do nowych warunków życia, dokonanie pozytywnych przewartościowań oraz zaakceptowanie własnej choroby, w czym mogą być pomocne wzbudzane w trakcie procesu radzenia sobie pozytywne emocje. Jeśli chory tego dokona, to tym samym jego jakość życia wzrośnie, a w szczególnych przypadkach może nawet przewyższyć tę, którą człowiek deklarował przed chorobą.

Biorąc pod uwagę, że stan emocjonalny, poziom odczuwanego dystresu, dyskomfort fizyczny oraz akceptacja własnej choroby odpowiadają, w pewnym zakresie, za jakość życia pacjentów, dokonano próby znalezienia związków pomiędzy wymienionymi zmiennymi.

Cel pracy

Celem badań było opisanie pacjenta korzystającego z ambulatoryjnej pomocy lekarskiej w zakresie wybranych zmiennych psychologicznych. Przeprowadzone badania miały na celu udzielenie odpowiedzi na sformułowane następująco pytanie: Czy istnieją, a jeśli tak, to jakie korelacje pomiędzy akceptacją choroby, dystresem, stanem emocjonalnym i objawami fizycznymi u pacjentów korzystających z opieki ambulatoryjnej?

Zmienną niezależną była somatyczna choroba przewlekła, natomiast nasilenie objawów fizycznych towarzyszące chorobie, lęk i nadzieja, dystres oraz akceptacja własnej choroby stanowiły zmienne zależne.

W badaniu sformułowano następujące hipotezy:

H1: Istnieją współzależności pomiędzy objawami fizycznymi, akceptacją własnej choroby, stanem emocjonalnym i dystresem, przy czym:

H1a: Akceptacja własnej choroby dodatnio koreluje z pozytywnym stanem emocjonalnym oraz ujemnie z nasileniem objawów fizycznych, lękiem oraz dystresem.

H1b: Nasilenie objawów fizycznych, lęk i dystres korelują z sobą dodatnio.

Choroba przewlekła łączy się z długim czasem chorowania oraz zazwyczaj silniejszą kontrolą progresji choroby niż jej leczenia. Stąd dolegliwości fizyczne związane z samą jednostką chorobową, ale również z ubocznymi skutkami leczenia oraz po prostu ze starzeniem się organizmu mogą nasilać się w czasie, zarówno pod względem ilości niedomagań, jak i ich nasilenia. Z tego powodu mogą wzmacniać się także lęk oraz ogólnie odczuwany dyskomfort prowadzący do stresu psychologicznego. Długi czas chorowania umożliwia jednak lepsze poznanie choroby, związanych z nią przeszkód i barier w codziennym funkcjonowaniu oraz możliwości poradzenia sobie z nimi, co może korzystnie wpłynąć na poziom nadziei oraz zaakceptowanie własnej choroby jako jednego z elementów życia jednostki. Hipotezy postawiono, opierając się na takim właśnie ujęciu problemu.

Osobami badanymi byli pacjenci korzystający z opieki ambulatoryjnej, którzy wyrazili zgodę na uczestniczenie w badaniu. Badanie przeprowadzono w placówkach służby zdrowia na terenie Śląska.

Materiał i metoda

Do zbierania danych zastosowano metody kwestionariuszowe. Na potrzeby badania skonstruowano **Ankieta Uwarunkowań Życiowych Pacjenta**. Ankieta ta składała się z pytań dotyczących: 1) funkcjonowania fizycznego (m.in. odczuwania bólu, bezsenności, zaburzeń łaknienia) oraz 2) emocji negatywnych (np. lęku, gniewu, rozżalenia) i pozytywnych (nadziei, uczucia ulgi i wdzięczności itp.). Wyniki uzyskane w tych skalach zostaną poddane analizie w niniejszym artykule. Ponadto Ankieta Uwarunkowań Życiowych Pacjenta zawierała pytania odnoszące się do: 3) sposobów radzenia sobie, 4) wsparcia społecznego i 5) oczekiwań względem służby zdrowia. Poza miejscem na udzielenie odpowiedzi na konkretne pytania każda część ankiety zawierała miejsce dające możliwość swobodnego wypowiedzenia się (np. podania objawów fizycznych czy emocji, które odczuwał badany, a które nie zostały ujęte w stwierdzeniach ankiety). Zadaniem badanego było zakreszenie odpowiedniej cyfry na skali od 1 do 5, przy czym 1 odpowiadało najmniejszemu, 3 — umiarkowanemu, natomiast 5 — największemu nasileniu określonej zmiennej. Dolegliwości fizyczne oraz stan emocjonalny badano w 9 pytaniach (przy czym 4 pytania dotyczyły emocji negatywnych, a 5 pytań — emocji pozytywnych).

Akceptacja własnej choroby była badana kwestionariuszem AIS (Acceptance of Illness Scale), którego autorami są Barbara J. Felton, Tracey A. Revenson i Gregory A. Hinrichsen, zaadaptowanym do warunków polskich przez Zygryda Juczyńskiego. AIS pozwala na określenie poziomu akceptacji własnej choroby przez pacjenta. Narzędzie to składa się z 8 twierdzeń, określających różnorodne trudności związane z chorobą (m.in. poczucie, że jest się ciężarem dla rodziny, niemożność wykonywania ulubionych zajęć czy zależność od innych osób). Każde twierdzenie jest usytuowane na pięciostopniowej skali (od 1 do 5). Zadanie badanego polega na ustosunkowaniu się do danego stwierdzenia i zakreśleniu cyfry, która najlepiej oddaje stan pacjenta, przy czym cyfra 1 oznacza wyrażenie zdecydowanej zgody z twierdzeniem, 3 — umiarkowaną aprobatę, cyfra 5 zaś — całkowitą negację podanego twierdzenia. Suma uzyskanych punktów jest miarą akceptacji choroby i mieści się w przedziale 8—40 punktów. Im mniej punktów uzyskuje badany, tym gorsza akceptacja choroby; im więcej punktów, tym pacjent bardziej akceptuje swoje schorzenie. Narzędzie ma zadowalające wskaźniki psychometryczne. Zgodność wewnętrzną α Cronbacha wynosi 0,85, a stałość 0,64 i są one zbliżone do wersji oryginalnej, dla której rzetelność α Cronbacha wynosi 0,82, a stałość 0,69 ρ Spearmana (Juczyński, 2001a).

Poziom stresu badany był Termometrem Dystresu (DT — Distress Thermometer), opracowanym przez American Cancer Society, tu w polskiej adaptacji Jolanty Życińskiej, Ewy Wojtyny, Alicji Heydy i Anny Syskiej-Bielak (Życińska et al., 2009). Termometr Dystresu jest skalą od 0 do 10 punktów, na której badany zaznacza poziom dyskomfortu. Im wyższa cyfra, tym większy dystres. Jeśli pacjent zaznaczy cyfrę 4 lub większą, może to być sygnałem, że należy podjąć dalszą diagnostykę ze względu na możliwość występowania u takiej osoby zaburzeń lękowych lub depresyjnych. Warto w tym miejscu dodać, iż normy dla warunków amerykańskich wynoszą tu 5 i więcej punktów. Termometr Dystresu ma zadowalające wskaźniki psychometryczne. Walidacja przeprowadzona została przy udziale Inwentarza Depresji Becka (BDI), Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Kwestionariusza Oceny Zdrowia Psychicznego według Goldberga (GHQ-12). Wielkość AUC wyniosła dla BDI 0,75; GHQ-12 — 0,78, natomiast dla STAI — 0,80 (ibidem).

Dane socjodemograficzne, takie jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, zostały zebrane za pomocą skonstruowanej do tego celu ankiety.

Wyniki

W badaniach wzięło udział 94 pacjentów leczących się ambulatoryjnie z powodu chorób przewlekłych (m.in. alergii, cukrzycy, chorób układu krążenia, nowotworów), w tym 61 kobiet (ok. 65% wszystkich badanych) i 33 mężczyzn (ok. 35% badanej grupy). Najbardziej liczną grupę wyróżnioną ze względu na wiek stanowili pacjenci pomiędzy 46. a 65. rokiem życia (38 osób, co stanowiło ok. 40% grupy), natomiast najmniej liczną — osoby w wieku 18—25 lat (16 respondentów, czyli ok. 17% badanych). Miejscem zamieszkania większości chorych było miasto powyżej 20 tys. mieszkańców (56 osób, ponad 60% grupy), a wieś zamieszkiwało najmniej badanych (tylko 18 osób, czyli ok. 19% całej grupy).

Podstawowe wartości statystyczne badanych zmiennych przedstawiono w tabeli 1. Najmłodszy respondent miał 18 lat, najstarszy zaś — 90 lat. Średni wiek badanych wynosił 50 lat i mieścił się w najliczniej reprezentowanym przedziale wiekowym (46—65 lat). Średni czas chorowania wynosił 10 lat.

Tabela 1

Statystyki podstawowe badanych zmiennych

Zmienne	Średnia <i>M</i>	Mediana	MIN	MAX	Wariancja	<i>SD</i>	Błąd standardowy
Wiek (w latach) (<i>N</i> = 94)	49,989	50,0	18,0	90,0	388,890	19,720	2,034
Czas chorowania (w miesiącach) (<i>N</i> = 87)	127,505	84,0	1,0	486,0	13 942,490	118,078	12,659
Objawy fizyczne (<i>N</i> = 94)	24,191	24,5	8,0	38,0	40,500	6,364	0,656
Emocje negatywne (<i>N</i> = 94)	11,351	11,0	3,0	20,0	14,101	3,755	0,387
Emocje pozytywne (<i>N</i> = 94)	13,989	14,0	3,0	24,0	16,096	4,012	0,413
Akceptacja choroby (<i>N</i> = 94)	27,159	27,0	8,0	40,0	51,855	7,201	0,742
Termometr Dystresu (DT) (<i>N</i> = 94)	4,946	5,0	0,0	10,0	6,551	2,559	0,265

Źródło: Badania własne.

Wypełniając część ankiety dotyczącą objawów fizycznych, pacjenci uzyskiwali liczbę punktów w przedziale 8—38 ($M = 24,191$, $SD = 6,364$). Emocje negatywne osiągnęły wartości z przedziału 3—20 ($M = 11,351$, $SD = 3,755$), a emocje pozytywne wartości z przedziału 3—24 ($M = 13,989$, $SD = 4,012$). Wartości statystyczne dla zmiennej akceptacja choroby znalazły się w przedziale 8—40 ($M = 27,159$, $SD = 7,201$), natomiast dla Termometru Dystresu — 0—10 ($M = 4,946$, $SD = 2,559$). Warto w tym miejscu nadmienić, że średnia wartość Termometru Dystresu (DT) w badanej grupie znalazła się powyżej wartości krytycznej, tj. powyżej 4 punktów, co — jak dowodzą autorzy polskiej adaptacji narzędzia — sugeruje konieczność podjęcia dalszych badań mających na celu diagnostykę zaburzeń lękowych i depresyjnych u tych osób (Życińska et al., 2009).

Zależności pomiędzy badanymi zmiennymi

Do określenia zależności pomiędzy badanymi zmiennymi zastosowano macierz korelacji r Pearsona. Uzyskane wyniki zebrano w tabeli 2.

Tabela 2

Korelacje r Pearsona pomiędzy badanymi zmiennymi ($N = 87$)

Zmienne	Czas chorowania	Objawy fizyczne	Emocje negatywne	Emocje pozytywne	Akceptacja choroby	Termometr Dystresu (DT)
Wiek	0,277**	0,281**	-0,131	0,076	-0,253*	-0,003
Czas chorowania		-0,010	-0,322**	0,226*	0,068	-0,336***
Objawy fizyczne			0,351***	0,301**	-0,446***	0,252*
Emocje negatywne				-0,238*	-0,492***	0,535***
Emocje pozytywne					0,119	-0,036
Akceptacja choroby						-0,240*

* $p \leq 0,05$;** $p \leq 0,01$;*** $p \leq 0,001$.

Źródło: Badania własne.

Wiek badanych koreluje z czasem chorowania ($r = 0,277$, $p \leq 0,01$), uciążliwymi objawami fizycznymi ($r = 0,281$, $p \leq 0,01$) oraz akceptacją choroby ($r = -0,253$, $p \leq 0,05$). Wynika stąd, że im starszy jest człowiek, tym dłużej choruje, ma więcej dolegliwości fizycznych i mniej akceptuje swoją chorobę.

Czas chorowania koreluje słabo, ale istotnie statystycznie z emocjami negatywnymi ($r = -0,322$, $p \leq 0,01$) i dystresem ($r = -0,336$, $p \leq 0,001$) oraz bardzo słabo z emocjami pozytywnymi ($r = 0,226$, $p \leq 0,05$). Uzyskane rezultaty badań pokazują, że im dłużej człowiek choruje, tym mniej odczuwa emocje negatywnych, a więcej emocje pozytywnych związanych z chorobą. Ponadto u osoby długo chorującej maleje poziom odczuwanego przez nią dystresu. Być może istotną rolę odgrywa w tym przypadku radzenie sobie skierowane na znaczenie. Taki sposób radzenia sobie wzbudza pozytywne emocje, a te z kolei pomagają odbudować zasoby wydatkowane w transakcji stresowej oraz oddziałują zwrótnie na funkcje radzenia sobie, m.in. torując drogę pozytywnemu przewartościowaniu, co pozwala choremu na skuteczniejszą walkę z cierpieniem i lepszą jakość życia (Heszen, 2008; Folkman, Moskowitz, 2000).

Objawy fizyczne korelują istotnie z emocjami negatywnymi ($r = 0,351$, $p \leq 0,001$) i pozytywnymi ($r = 0,301$, $p \leq 0,01$). Ujawniła się też umiarkowana korelacja objawów z akceptacją własnej choroby ($r = -0,446$, $p \leq 0,001$) oraz bardzo słaba z dystresem ($r = 0,252$, $p \leq 0,05$). Im więcej uciążliwości fizycznych związanych ze schorzeniem, tym więcej odczuwanych emocji negatywnych, większy dystres oraz mniejsza akceptacja choroby. Interesująca w tym przypadku jest pozytywna korelacja pomiędzy ograniczeniami fizycznymi a emocjami pozytywnymi. Wynik ten może wskazywać, że emocje pozytywne są obecne w sytuacjach stresowych, a nawet traumatycznych; odgrywają wówczas rolę motywu zachowań zaradczych oraz wyznaczających cel działań człowieka (Heszen, 2008).

Emocje negatywne istotnie, choć bardzo słabo, korelują z emocjami pozytywnymi ($r = -0,238$, $p \leq 0,05$), natomiast umiarkowanie z akceptacją choroby ($r = -0,492$, $p \leq 0,001$) oraz poziomem dystresu ($r = 0,535$, $p \leq 0,001$). Im pacjent odczuwa więcej emocji negatywnych, tym mniej przeżywa emocje pozytywne, znacznie mniej akceptuje swoją chorobę i doświadcza silniejszego dystresu.

Emocje pozytywne wykazują bardzo słabe, lecz istotne statystycznie korelacje z czasem chorowania ($r = 0,226$, $p \leq 0,05$), emocjami negatywnymi ($r = -0,238$, $p \leq 0,05$), a także słabą korelację z niekorzystnymi objawami fizycznymi ($r = 0,301$, $p \leq 0,01$).

Kolejna z analizowanych zmiennych — akceptacja własnej choroby — koreluje bardzo słabo z wiekiem ($r = -0,253$, $p \leq 0,05$) i poziomem dystre-

su ($r = -0,240$, $p \leq 0,05$), natomiast umiarkowanie z objawami fizycznymi ($r = -0,446$, $p \leq 0,001$) i emocjami negatywnymi ($r = -0,492$, $p \leq 0,001$). Dane te sugerują, że im większa akceptacja własnej choroby, tym chory jest młodszy, posiada niższy poziom dystresu, odczuwa mniej uciążliwych objawów fizycznych i wykazuje mniejsze nasilenie emocji negatywnych.

Ostatnia z poddanych analizie zmiennych — poziom dystresu — bardzo słabo, ale istotnie statystycznie koreluje z objawami fizycznymi ($r = 0,252$, $p \leq 0,05$) i akceptacją własnej choroby ($r = -0,240$, $p \leq 0,05$), wykazuje słabą korelację z czasem trwania choroby ($r = -0,336$, $p \leq 0,001$), natomiast umiarkowanie koreluje z emocjami negatywnymi ($r = 0,535$, $p \leq 0,001$). Wyższemu poziomowi dystresu towarzyszy więc więcej dolegliwości fizycznych, więcej emocji negatywnych oraz mniejsza akceptacja własnej choroby; zależności te dotyczą osób chorujących krócej.

Charakterystyka przedziałów zmiennych w badanej grupie

Poza poszukiwaniem korelacji pomiędzy zmiennymi dokonano próby określenia poziomów nasilenia poszczególnych zmiennych w badanej grupie pacjentów. W tym celu posłużono się przedziałami wartości poszczególnych zmiennych uzyskanymi w badaniu. Poziomy objawów fizycznych towarzyszących chorobie oraz emocji pozytywnych i negatywnych określono za pomocą wartości uzyskanych podczas badania, tj. minimum, maksimum, średniej i odchylenia standardowego, przy czym niski poziom obejmuje wyniki mieszczące się w przedziale od minimum do różnicy średniej i 1/2 odchylenia standardowego (wyłącznie), średni poziom — od różnicy średniej i 1/2 odchylenia standardowego (włącznie) do sumy średniej i 1/2 odchylenia standardowego (włącznie), wysoki poziom zaś od sumy średniej i 1/2 odchylenia standardowego (wyłącznie) do maksimum.

Wyróżnienie poziomów akceptacji własnej choroby odbyło się na podstawie kwestionariusza AIS, którego itemy zostały podzielone na trzy równoliczne przedziały punktów (por. Juczyński, 2001a). Niski poziom akceptacji choroby mieści się w zakresie punktów od 8 do 18, średni poziom — 19—29, a wysoki poziom akceptacji własnej choroby w przedziale 30—40 punktów.

Wartości dystresu zostały określone wspomnianą wcześniej wartością krytyczną — powyżej 4 punktów (tabela 3).

W pracy wyróżniono trzy poziomy nasilenia uciążliwych objawów fizycznych: niski, średni i wysoki (poziomy te wraz z przedziałami liczbowymi zostały przedstawione w tabeli 3). W badanej grupie średni poziom

Tabela 3

Przedziały badanych zmiennych

Zmienne		Poziom		
		niski	średni	wysoki
Akceptacja choroby	punkty	8—18	19—29	30—40
	<i>N</i>	11	50	33
	procent	11,7	53,2	35,1
Objawy fizyczne	punkty	8—21	22—27	28—38
	<i>N</i>	28	36	30
	procent	29,7	38,4	31,9
Emocje negatywne	punkty	3—9	10—13	14—20
	<i>N</i>	30	33	31
	procent	31,9	35,1	33,0
Emocje pozytywne	punkty	3—12	13—16	17—24
	<i>N</i>	29	45	20
	procent	31,0	47,8	21,2

Źródło: Badania własne.

nasilenia omawianej zmiennej był najliczniej reprezentowany (36 osób — 38,4%). Najmniej osób miało niski poziom dolegliwości fizycznych (28 pacjentów — 29,7%).

Podobnie jak w przypadku uciążliwych objawów fizycznych, tak i w odniesieniu do emocji najliczniej reprezentowany był przedział wyników średnich, zarówno dotyczący negatywnego, jak i pozytywnego stanu emocjonalnego (odpowiednio: 33 pacjentów, czyli 35,1%, oraz 45 chorych, tj. 47,8%). Najmniejszą liczebność miała grupa osób z niskim poziomem emocji negatywnych (30 badanych, czyli 31,9%), natomiast poziom emocji pozytywnych najmniej licznie występował w przedziale wysokiego nasilenia tej zmiennej (20 chorych, tj. 21,2%).

Najwięcej badanych leczących się ambulatoryjnie przejawiało średni poziom akceptacji własnej choroby (50 osób, czyli ponad 53% grupy). Ponad 1/3 chorych (33 osoby, 35,1%) wykazała się wysokim poziomem akceptacji własnej choroby, a 11 pacjentów (11,7%) niskim poziomem akceptacji schorzenia. Dane te mogą wynikać w pewnym stopniu z długiego czasu trwania choroby (średnio 10 lat) i związanej z nim adaptacji do ograniczeń, jakie choroba nakłada na człowieka.

Biorąc pod uwagę generalnie dobrą akceptację własnej choroby przez badane osoby, można byłoby przypuszczać, że pacjenci owi wykazą się niskim poziomem emocji negatywnych, a wysokim poziomem emocji pozytywnych. Otrzymane liczebności poziomów wskazują na odwrotną ten-

dencję, która po części znajduje swój wyraz w wysokim poziomie dystresu. Dokonano więc dokładniejszej analizy statystycznej tej zmiennej.

Określenie poziomów badanych zmiennych pozwoliło na zaobserwowanie średnich wartości dystresu dla każdego z nich w kontekście określonej zmiennej. Wyniki tej analizy przedstawiono zbiorczo w tabeli 4.

Tabela 4

**Średnie wartości Termometru Dystresu (DT)
dla wyróżnionych poziomów poszczególnych zmiennych**

Zmienne	Poziom	Średnia wartość Termometru Dystresu (DT)
Akceptacja choroby	niski	4,82
	średni	5,50
	wysoki	4,12
Objawy fizyczne	niski	4,48
	średni	4,81
	wysoki	5,53
Emocje negatywne	niski	3,23
	średni	5,19
	wysoki	6,35
Emocje pozytywne	niski	4,86
	średni	5,06
	wysoki	4,79

Źródło: Badania własne.

Podobnie jak średnie wartości dystresu (DT) dla całej badanej grupy, tak i średnie wartości DT w odniesieniu do konkretnych poziomów natężenia poszczególnych zmiennych przekroczyły wartość krytyczną. Jedynie na niskim poziomie emocji negatywnych średnia wartość DT jest w normie ($M = 3,23$). Im wyższy poziom emocji negatywnych, tym wyższa średnia DT, przy czym wysokiemu poziomowi negatywnego stanu emocjonalnego odpowiada najwyższy wskaźnik średniej wartości DT w całej badanej grupie, tj. $M = 6,35$. Wyniki te wydają się w pełni uzasadnione (im silniejszy stres, tym silniejsze emocje negatywne).

Taką tendencję zaobserwować można również w przypadku badania uciążliwych objawów fizycznych (im wyższy poziom dokuczliwych ograniczeń, tym średnie wartości DT są wyższe).

Nieco inny obraz dystresu wyłania się w odniesieniu do akceptacji choroby i emocji pozytywnych. W obu tych przypadkach najwyższe śred-

nie DT charakteryzują średnie poziomy nasilenia owych zmiennych (co jest szczególnie zaskakujące), natomiast najniższe średnie DT występują przy wysokich poziomach akceptacji własnej choroby i emocji pozytywnych.

Podczas dokładniejszej analizy danych sprawdzono istotność różnic pomiędzy średnimi wartościami Termometru Dystresu dla trzech poziomów badanych zmiennych. Wyniki testu *t*-Studenta (badającego istotność różnicy między średnimi dla dwóch prób niezależnych) przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5

**Test istotności różnic
pomiędzy średnimi wartościami Termometru Dystresu (DT)**

Zmienne	Różnice między poziomami	<i>df</i>	<i>t</i>
Akceptacja choroby	niski — średni	59	0,847
	średni — wysoki	81	2,395*
	niski — wysoki	42	0,768
Objawy fizyczne	niski — średni	59	0,470
	średni — wysoki	81	1,247
	niski — wysoki	42	1,531
Emocje negatywne	niski — średni	59	3,296**
	średni — wysoki	81	2,059*
	niski — wysoki	42	5,437***
Emocje pozytywne	niski — średni	59	0,326
	średni — wysoki	81	0,379
	niski — wysoki	42	0,091

* $p \leq 0,05$;

** $p \leq 0,01$;

*** $p \leq 0,001$.

Źródło: Badania własne.

Wartości statystyki *t* wskazują, iż osoby o różnym poziomie objawów fizycznych nie różnią się między sobą istotnie pod względem poziomu dystresu, podobne jak osoby o różnym poziomie emocji pozytywnych (poziomy dystresu u tych osób i w tym przypadku nie różnią się w sposób istotny).

Zdecydowanie istotne statystycznie różnice w poziomie dystresu zauważyć można natomiast w odniesieniu do różnych poziomów emocji negatywnych. Wartość $t = 3,296$, przy $p \leq 0,01$, charakteryzuje różnicę wartości średnich DT dla niskiego i średniego poziomu emocji negatywnych, wartość $t = 5,437$, przy $p \leq 0,001$ — różnicę wartości średnich DT dla

niskiego i wysokiego poziomu emocji negatywnych, natomiast $t = 2,059$, przy $p \leq 0,05$ — różnicę wartości średnich DT pomiędzy średnim i wysokim poziomem omawianej zmiennej. Wynika stąd, iż osoby charakteryzujące się różnym poziomem nasilenia emocji negatywnych istotnie różnią się między sobą poziomem dystresu.

Istotne statystycznie różnice w poziomie dystresu występują również pomiędzy pacjentami charakteryzującymi się średnim i wysokim poziomem akceptacji własnej choroby ($t = 2,395$, przy $p \leq 0,05$).

Dyskusja i wnioski

Wyniki przeprowadzonych analiz pozwoliły na udzielenie twierdzącej odpowiedzi na zadane pytanie badawcze oraz potwierdzenie postawionych hipotez. Badanie pokazało, że istnieją korelacje pomiędzy wybranymi zmiennymi, takimi jak: emocje pozytywne i negatywne, objawy fizyczne, akceptacja własnej choroby oraz dystres, w grupie pacjentów leczących się ambulatoryjnie i cierpiących z powodu różnorodnych chorób przewlekłych.

Hipotezy odnoszące się do współzależności pomiędzy badanymi zmiennymi generalnie potwierdziły się. Okazało się bowiem, że:

1. Wskaźnik dystresu wykazuje istotne dodatnie korelacje z emocjami negatywnymi oraz z występowaniem objawów fizycznych (co było ujęte w hipotezie).
2. Emocje negatywne dodatnio korelują z liczbą objawów fizycznych (co również zawarto w hipotezie).
3. Akceptacja własnej choroby koreluje ujemnie z negatywnym stanem emocjonalnym, liczbą objawów fizycznych towarzyszących chorobie oraz odczuwanym dystresem (co zakładano).

Ponadto odnotowano wiele istotnych statystycznie korelacji zmiennych, wśród których na uwagę zasługują:

1. Ujemna korelacja czasu chorowania z emocjami negatywnymi i odczuwanym dystresem.
2. Dodatnia korelacja pomiędzy liczbą objawów fizycznych a emocjami pozytywnymi.
3. Dodatnia korelacja czasu chorowania z emocjami pozytywnymi.

Wyraźne zależności ujawniły się pomiędzy poziomami dystresu i negatywnego stanu emocjonalnego. Potwierdza to fakt, że wielu pacjentom potrzebna jest pomoc nie tylko medyczna, lecz także psychologiczna. Podobne wyniki uzyskali Sean Ransom, Paul B. Jacobsen i Margaret Booth-Jones (2006), badający pacjentów po przeszczepie szpiku kostne-

go. Wyniki te wskazują, iż wysoki poziom Termometru Dystresu koreluje dodatnio z poziomami depresji oraz lęku. Na potrzebę niesienia pomocy psychologicznej pacjentom chorym onkologicznie, mającym wysoki poziom dystresu, zwróciła uwagę także Kathleen Abrahamson (2010), przy czym szczególnie nacisk położyła na szeroko rozumiane wsparcie społeczne.

Za interesujący wynik można uznać pozytywne korelacje pomiędzy liczbą niekorzystnych objawów fizycznych a wiekiem, emocjami negatywnymi, poziomem dystresu i emocjami pozytywnymi. O ile uzasadnione wydają się współzależności wynikające z coraz większej liczby dolegliwości fizycznych pojawiających się wraz z wiekiem badanych (procesy starzenia się) oraz związanym z tym wzrostem dystresu i nasilenia emocji negatywnych (co jest zgodne z postawioną hipotezą badawczą), o tyle jednoczesny wzrost emocji pozytywnych może budzić zdziwienie. Podobnie jak dodatnia korelacja czasu trwania choroby i emocji pozytywnych, przy jednoczesnej ujemnej korelacji czasu chorowania z poziomem dystresu i emocjami negatywnymi. Wyniki te nie są jednakże odosobnione. Lilia Suchocka (2007) zwraca uwagę na procesy radzenia sobie i silną motywację człowieka do pozytywnego zmagania się z trudnościami i ograniczeniami spowodowanymi poważną chorobą. W badaniach potwierdzono także umiejętność pozytywnego myślenia pacjentów chorych na raka i czerpanie przez nich ze wsparcia społecznego (Creswell et al., 2007). Michele M. Tugade i Barbara Fredrickson (2004) podkreślają rolę prężności/elastyczności (ang. *resilient*) w przywracaniu i utrzymywaniu dobrego stanu emocjonalnego.

Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań odnoszące się do akceptacji własnej choroby w znaczącej mierze potwierdzają postawione hipotezy. Akceptacja własnej choroby wykazuje bowiem ujemne korelacje z nasileniem objawów fizycznych związanych z chorobą, lękiem oraz poziomem dystresu. Nie koreluje natomiast istotnie z nadzieją.

Przedstawione wyniki pokazały również poziomy nasilenia badanych zmiennych oraz liczne, istotne statystycznie, choć nie zawsze silne, współzależności wybranych zmiennych w grupie badanych pacjentów przewlekle chorych leczących się ambulatoryjnie.

Generalnie w badanej grupie zaobserwowano:

1. Średnie poziomy nasilenia akceptacji własnej choroby, uciążliwych objawów fizycznych związanych ze schorzeniem oraz emocji pozytywnych i negatywnych.
2. Wysoki poziom dystresu.
3. Istotne statystycznie różnice w poziomie dystresu występujące w odniesieniu do poziomów emocji negatywnych (im mniej przeżywanych emocji negatywnych, tym niższy poziom dystresu).

Uzyskane rezultaty są nieco podobne do wyników zaprezentowanych przez Grażynę Wiraszkę i Barbarę Lelonek (2008) w zakresie akceptacji choroby. Autorki badały poziom akceptacji choroby u osób chorych na białaczkę. Większość badanych akceptowała chorobę na średnim poziomie. Średni poziom akceptacji własnej choroby odnotowali również: Małgorzata Kaczmarczyk (2008), badająca osoby starsze mieszkające w różnych środowiskach, tzn. w domu lub ośrodku opiekuńczym, oraz Jolanta Lewko, Barbara Polityńska, Jan Kochanowicz, Wiesław Zarzycki, Anna Okruszko, Matylda Sierakowska, Barbara Jankowiak, Maria Górską, Elżbieta Krajewska-Kulak, Krystyna Kowalczyk (Lewko et al., 2007), badający chorych na cukrzycę.

Nieco inny obraz akceptacji choroby uzyskano podczas badania pacjentów cierpiących z powodu migrenowych bólów głowy, którzy wykazali generalnie wysoki poziom akceptacji swojej choroby (Rolka et al., 2009).

Niepokojący natomiast jest fakt występowania wśród badanych pacjentów wysokiego poziomu dystresu. Podobne wyniki dotyczące nasilenia dystresu uzyskały Jolanta Życińska, Ewa Wojtyna, Alicja Heyda i Anna Syska-Bielak (Życińska et al., 2009). W grupie badanych przez autorki pacjentów onkologicznych aż 69,5% chorych miało poziom dystresu równy 4 punktom bądź wyższy. Wysoki poziom dystresu (5 punktów i więcej) dostrzeżono także w innych badaniach, np. u 34% kobiet z rakiem piersi (Dabrowski et al., 2007), czy też u ponad połowy chorych na nowotwory leczących się ambulatoryjnie (Piriz et al., 2005). Wysoki poziom dystresu może świadczyć o zaburzeniach lękowych i depresyjnych. Konieczna wydaje się więc dalsza diagnostyka chorych w tym kierunku. Wskazane byłoby również otoczenie pacjentów ambulatoryjnych opieką psychologa.

Zaprezentowane wyniki, ze względu na fakt, iż zostały opracowane na podstawie danych uzyskanych w grupie niebędącej grupą reprezentatywną dla całej populacji, należy interpretować z rozwagą. Niemniej niniejsze badania można traktować jako wstęp do dalszych poszukiwań, gdyż pokazują pewien niepokojący obraz pacjenta korzystającego z doraźnej pomocy ambulatoryjnej. Pośrednio i z dużą ostrożnością można sugerować, że jakość życia tych pacjentów nie jest najwyższa. Wskazują na to uzyskane rezultaty. Jakość życia chorego zależy bowiem od zaakceptowania przez niego własnej choroby, radzenia sobie z negatywnymi emocjami i stresem (Juczyński, 2001a; Lewko et al., 2007). Niestety w badanej grupie wskaźniki dystresu okazały się niepokojąco wysokie, natomiast akceptacja własnej choroby i emocje pozytywne wystąpiły na średnim poziomie.

Swoiste novum w prezentowanych badaniach stanowi wykorzystanie Termometru Dystresu (stosowanego dotychczas jako badanie przesiewo-

we w onkologii, a rekomendowanego m.in. przez NCCN — The National Comprehensive Cancer Network — i Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne) do badania pacjentów z inną niż onkologiczna chorobą somatyczną.

Przeprowadzona analiza danych dowodzi, że zasadne byłoby powszechne stosowanie Termometru Dystresu w praktyce ambulatoryjnej jako badania przesiewowego, aby tam, gdzie jest to potrzebne, nieść pomoc nie tylko medyczną, lecz także psychologiczną. W ten sposób, przynajmniej częściowo, można by spełnić postulat holistycznej opieki nad pacjentem i przyczynić się do podniesienia jakości życia osoby chorej.

Bibliografia

- Abrahamson K., 2010: *Helping patients with cancer-related distress*. "Oncology Times", vol. 32, issue 8, s. 7—8.
- Antonovsky A., 2005: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Przeł. H. Grzegółowska-Klarkowska. Warszawa.
- Baumann K., 2006: *Jakość życia w okresie późnej dorosłości — dyskurs teoretyczny*. „Gerontologia Polska”, T. 14, nr 4, s. 165—171.
- Bidzan M., 2010: *Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*. Kraków.
- Bielawska-Batorowicz E., 2006: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice.
- Bishop G.D., 2000: *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław.
- Brown R.I., ed., 1997: *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice*. Cheltenham.
- Creswell J.D. et al., 2007: *Does self-affirmation, cognitive processing, or discovery of meaning explain cancer-related health benefits of expressive writing?* "Personality and Social Psychology Bulletin", vol. 33, s. 238—250.
- Czapiński J., 1992: *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa.
- Czapiński J., red., 2004: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa.
- Dabrowski M. et al., 2007: *Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients*. "Journal of the National Comprehensive Cancer Network", January, vol. 5 (1), s. 104—111.
- Folkman S., Moskowitz J.T., 2000: *Positive affect and the other side of coping*. "American Psychologist", vol. 55, s. 647—654.
- Folkman S., Moskowitz J.T., 2006: *Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress*. In: *The scope of social psychology. Theory and application*. Eds. H. Schut, J. de Wit, K. van den Bos. Hove, s. 193—208.
- Fredrickson B.I., 2001: *The role of positive emotions in positive psychology: the broaden — and build theory of positive emotions*. "American Psychologist", vol. 56, issue 3, s. 218—276.
- Gałuszka A., 2005: *Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice.

- Heszen I., 2008: *Pozytywne emocje w negatywnych sytuacjach: skąd się biorą i jak zmieniają radzenie sobie*. W: *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Życińska. Warszawa, s. 139—150.
- Heszen I., Sęk H., 2007: *Psychologia zdrowia*. Warszawa.
- Heszen-Niejodek I., Gottschalk L.A., Januszek M., 1999: *Anxiety and hope during the course of three different somatic illnesses: A longitudinal study*. "Psychotherapy and Psychosomatics", vol. 68, s. 304—312.
- Hobfoll S.E., 2006: *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk.
- Juczyński Z., 2001a: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa.
- Juczyński Z., 2001b: *Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem*. „Sztuka Leczenia”, T. 7 (2), s. 9—16.
- Kaczmarczyk M., 2008: *Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach*. „Studia Medyczne”, T. 12, s. 29—33.
- Kornas-Biela D., 2004: *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa.
- Kulik T., Latański M., 2002: *Zdrowie publiczne*. Lublin.
- Lazarus R., Folkman S., 1984: *Stress, appraisal and coping*. New York.
- Lewko J. et al., 2007: *Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy*. "Advances in Medical Sciences", vol. 52, suppl. 1, s. 144—146.
- Łosiak W., 2004: *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych*. Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2008: *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2009: *Stres i radzenie sobie a ryzyko uzależnienia od zakupów*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 2, s. 5—16.
- Piriz E. et al., 2005: *Distress in oncology patients: Distress Thermometer in a Latin American study*. "Journal of Clinical Oncology", vol. 23, no. 16S, abstrakt no. 8211.
- Poprawa R., 2008: *Samooceńca jako miara podmiotowych zasobów radzenia sobie i szczęścia człowieka*. W: *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Życińska. Warszawa, s. 103—121.
- Pressman S., Cohen S., 2005: *Does positive affect influence health?* "Psychological Bulletin", vol. 131, no. 6, s. 925—971.
- Ransom S., Jacobsen P.B., Booth-Jones M., 2006: *Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients*. "Psycho-Oncology", vol. 15, s. 604—612.
- Rolka H. et al., 2009: *Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne*. „Problemy Pielęgniarstwa”, T. 17 (3), s. 178—183.
- Seligman M.E.P., 1993: *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Przeł. A. Jankowski. Poznań.
- Sęk H., 2008: *Udział pozytywnych emocji w osiąganiu zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Życińska. Warszawa, s. 73—88.
- Sęk H., Cieślak R., 2006: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa.
- Sheridan Ch.L., Radmacher S.A., 1998: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa.
- Suchocka L., 2007: *Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej*. Lublin.
- Tugade M.M., Fredrickson B.L., 2004: *Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 53, s. 280—287.

- Walden-Gałuszko K. de, Majkowicz M., red., 1994: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk.
- Wiraszka G., Lelonek B., 2008: *Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej*. „Studia Medyczne”, T. 10, s. 21—26.
- Wrześniewski Z., Włodarczyk D., 2004: *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty zapobiegania i leczenia*. Gdańsk.
- Życińska J. et al., 2009: *Polska adaptacja skali Distress Thermometer i Problem List. Badania walidacyjne wśród pacjentów onkologicznych*. X Ogólnopolska Konferencja Psychoonkologiczna. 11—12 września, Władysławowo. Abstrakt wystąpienia. Tryb dostępu: http://www.ptpo.org.pl/index/index.php?option=com_content&task=view&id=151. Data dostępu: 25.02.2011 r.