

Agnieszka Mazurkiewicz,
Marta Makara-Studzińska

Zakład Psychologii Stosowanej,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. n. o zdrowiu
Marta Makara-Studzińska

Address for correspondence/
Adres do korespondencji:
Mgr psychologii Agnieszka Mazurkiewicz
Zakład Psychologii Stosowanej
ul. W. Chodźki 15, 20-093 Lublin
tel. +48 81718 6589
fax +48 81718 6589
e-mail: psychologia.stosowana@umlub.pl

Received: 04.11.2013
Accepted: 09.12.2013
Published: 27.03.2014

STATISTIC STATYSTYKA	
Word count Liczba słów	2070
Tables Tabele	2
Figures Ryciny	0
References Piśmiennictwo	16

Basic hope as a factor affecting posttraumatic growth in women subject to radiation therapy for neoplastic disease

Nadzieja podstawowa jako czynnik wpływający na rozwój po traumie u kobiet napromieniowanych z powodu choroby nowotworowej

Original article/Artykuł oryginalny

Summary

The purpose of a paper. Analysis of correlation between basic hope and posttraumatic growth and its four factors.

Material and method. The examination was performed in the group of 40 women treated with radiation therapy for cancer 30 from among them stayed at the 2nd Radiotherapy Ward in Ziemia Lubelska Oncology Centre, and 10 were treated in out-patient clinics. The patients filled in a BHI-R form and a Posttraumatic Growth Inventory (PTGI).

Results. There is a significant statistically positive correlation ($r = 0.414$) between basic hope and posttraumatic growth. Statistically significant positive correlation occurs also between basic hope and two factors being the components of posttraumatic growth. These are the following factors: change in relations with others ($r=0,320$) and higher appreciation of life ($r=0,495$).

Conclusions. It may be supposed that basic hope is an important source, favourable for posttraumatic growth occurrence. Higher level of basic hope brings higher appreciation of life and higher level of changes in improving the relations with others.

Key words: basic hope, posttraumatic growth, radiotherapy.

Streszczenie

Cel pracy. Analiza związku między nadzieją podstawową a potraumatycznym rozwojem i jego czterema czynnikami.

Material i metoda. Przebadano 40 kobiet leczonych napromienianiem z powodu nowotworu złośliwego. Spośród nich 30 przebywało w II Oddziale Radioterapii w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, 10 kobiet leczyło się ambulatoryjnie. Pacjentki wypełniały Kwestionariusz BHI-R i Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI).

Wyniki. Między nadzieją podstawową a potraumatycznym rozwojem występuje istotna statystycznie dodatnia korelacja ($r = 0,414$). Istotna statystycznie korelacja dodatnia występuje również między nadzieją podstawową a dwoma czynnikami wchodzącymi w skład potraumatycznego rozwoju. Są to czynniki: zmiany w relacjach z innymi ($r=0,320$) i większe docenianie życia ($r=0,495$).

Wnioski. Można przypuszczać, że nadzieja podstawowa jest ważnym zasobem sprzyjającym wystąpieniu potraumatycznego rozwoju. Wyższy poziom nadziei podstawowej może wiązać się z większym docenianiem życia i z większym poziomem zmian w zakresie polepszenia relacji z innymi.

Słowa kluczowe: nadzieja podstawowa, potraumatyczny rozwój, radioterapia

WSTĘP

Według raportów *Krajowej Bazy Danych Nowotworowych* liczba zachorowań na nowotwory w Polsce systematycznie rośnie. Wśród kobiet liczba zachorowań w latach 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 i 2010 wynosiła odpowiednio 61689, 61927, 64597, 65590, 69178, 70540 zachorowań [1]. Prognozy nie są optymistyczne. Liczba nowych zachorowań na nowotwór w Polsce w ciągu ostatnich 30 lat uległa podwojeniu. Według prognoz w 2025 roku liczba nowych zachorowań przekroczy 180 tysięcy rocznie, a 135 tysięcy umrze z powodu choroby nowotworowej [2].

Przez wiele lat analizowano czynniki mogące wpływać na jakość życia osoby chorej. W większości badania te koncentrowały się na aspektach odczuwania negatywnych emocji, lęku, czy depresji [3,4]. Zaskakujące jest to, że wielu ludzi doświadczających lęku i depresji na wieść o przewlekłej czy nieuleczalnej chorobie znajduje w tych doświadczeniach korzyści. W przeszłości korzyści te były przez badaczy negowane, traktowane jako krótkotrwałe. Twierdzono również, że pozytywne przekonania i emocje mogą doprowadzić do podejmowania niewłaściwych decyzji [5]. Niemniej jednak odnajdowanie korzyści w przewlekłych i terminalnych chorobach zostało powszechnie zaakceptowane. Najszerzej opisaną koncepcją występowania pozytywnych zmian na skutek zmagania się z traumą jest teoria potraumatycznego rozwoju, której autorami są Tedeschi i Calhoun [6].

Rodzaje pozytywnych zmian, na których skupiają się autorzy badający potraumatyczny rozwój to: poprawa związków, nowe możliwości w życiu, większe docenianie życia, większe poczucie osobistej siły oraz rozwój duchowy. Potraumatyczny rozwój jest procesem, na który składa się kilka etapów. Są to: poznawcze zaangażowanie i przetwarzanie, otwieranie się i wsparcie emocjonalne oraz przetwarzanie poznawcze, narracja życiowa i mądrość [7].

Pierwszy etap (poznawczego zaangażowania i przetwarzania) charakteryzuje się powracaniem myśli związanych z traumatycznym wydarzeniem, które w końcu prowadzi osobę do przeświadczenia, że istnieje konieczność rewidowania najważniejszych elementów życia, konieczność dostosowania planów i celów do nowej sytuacji. Następnym etapem, który towarzyszy poznawczemu zaangażowaniu jest ujawnianie tego procesu osobom znajdującym się w otoczeniu. Jeżeli na tym etapie osoba spotka się z akceptacją innych to istnieje duże prawdopodobieństwo, że nie wystąpi u niej depresja, a rozwój którego doświadczy osoba będzie większy. Na ostatnim etapie procesu potraumatycznego wzrostu (narracja życiowa i mądrość) trauma nie zajmuje już centralnego punktu w życiu osoby. Jest nowym doświadczeniem, które wzbogaciło życie stając się podstawą do zmian [7].

Za pomocą dostępnej w Polsce metodzie do badania potraumatycznego rozwoju (*Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI)*) [8] można wyodrębnić zmiany w czterech obszarach nazwanych czynnikami. Są to:

- zmiany w percepcji siebie czyli dostrzeganie nowych możliwości i odczuwanie wzrostu osobistej siły,
- zmiany w relacjach z innymi wyrażające się większym poczuciem związku z innymi, wzrostem empatii i altruizmu,
- większe docenianie życia polegające na zmianie filozofii życia, dotychczasowych priorytetów, większym docenianiu każdego dnia,
- zmiany duchowe czyli lepsze rozumienie problemów duchowych i wzrost religijności [8].

Tedeschi i Calhoun [6] podkreślają, że wzrost nie jest zjawiskiem uniwersalnym i nie powinno się oczekiwać, że wystąpi u każdego kto przeżył traumę.

Co więc sprawia, że u jednych występuje ten niezwykle proces, a inni nie radzą sobie z siłą traumatycznego zdarzenia i nigdy nie są w stanie wrócić do stanu funkcjonowania sprzed traumy?

W niniejszych badaniach postanowiono sprawdzić czy nadzieja podstawowa jest jednym z tych zasobów, który może mieć związek z występowaniem potraumatycznego rozwoju w chorobie nowotworowej.

W psychologii nadzieja to *oczekiwanie na wymarzony wynik lub reakcja na niekorzystny wynik wydarzenia mającego nastąpić w przyszłości. Opiera się ona na wydarzeniach, które nie dobiegły jeszcze końca i odnosi się do czegoś, co ma nastąpić w przyszłości i ma się wkrótce zrealizować* [9].

Nadzieja podstawowa to konstrukt bardziej pierwotny w stosunku do przytoczonej definicji nadziei. Zięba, Wawrzyniak i Świrkula [10] tłumaczą, że *wchodzące w skład nadziei podstawowej przekonania o przychylności i sensowności świata powodują, że w sytuacji przeżywania krytycznego zdarzenia życiowego osoba postrzega świat jako mniej zagrażający i mimo doświadczenia utraty lub rozpadu dotychczasowego ładu oraz utraty cenionych wartości osoba łatwiej dostrzega możliwości podjęcia działań zaradczych. Jest również silniej przekonana, że są one możliwe do zrealizowania, oraz, że podejmowanie ich ma sens*. Podsumowując można stwierdzić, że bazą tak pojmowanej nadziei są dwa przekonania. Przekonanie o przychylności świata, oraz o tym, że panuje w nim ład i porządek [11]. Nadzieja podstawowa nie jest przekonaniem, że wszystko powinno pójść w życiu dobrze. Jest szczególnie ważna w przypadku nowych sytuacji życiowych takich jak dotkliwe i nieodwracalne straty czy nowe wyzwania [12].

W sytuacji choroby przewlekłej zachodzi konieczność przewartościowania życia oraz dostosowania swoich planów do aktualnych możliwości. Procesowi budowania nowej reprezentacji świata towarzyszą różne, czasami przykre emocje. Ich obecność nie zawsze jest czynnikiem tylko utrudniającym opanowanie trudnej sytuacji. Mogą one również pełnić funkcję adaptacyjną [13]. Postawienie niekorzystnej diagnozy to moment zachwiania całym fundamentem, na którym została zbudowana wizja życia, świata, siebie i innych. Trzebiński i Zięba [11] twierdzą, że *siła nadziei podstawowej decyduje o tym, czy w takich sytuacjach czujemy się*

tylko zagrożeni, bezradni lub apatyczni, czy też podejmujemy zawarte w nich wyzwanie.

CEL PRACY

Celem pracy jest analiza związku między nadzieją podstawową a potraumatycznym rozwojem i jego czterema czynnikami.

MATERIAŁ

Badania prowadzone były w losowo dobranej grupie czterdziestu dorosłych kobiet napromienianych w *Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej* z powodu choroby nowotworowej. Spośród nich 30 kobiet było leczonych w warunkach szpitalnych w *II Oddziale Radioterapii*, a pozostałe 10 napromienianych ambulatoryjnie w *Zakładzie Radioterapii*.

Badaniem objęto jedynie osoby pełnoletnie. Najmłodsza z pacjentek miała 19 lat, najstarsza 76 lat. Średnia ich wieku wyniosła 51,63 lat.

Spośród badanych kobiet 22,5% mieszkało na wsi. Po 30% kobiet pochodziło z miasta liczącego do 50 tysięcy mieszkańców i z miasta liczącego powyżej 200 tysięcy mieszkańców. 17,5% kobiet deklarowało jako miejsce zamieszkania miasto liczące od 50 do 200 tysięcy mieszkańców.

Wśród badanych kobiet nowotwór pierwotny najczęściej bo w 35% umiejscowiony był w piersi, następnie (15%) w mózgu, po 10% pacjentek miało nowotwór zlokalizowany w płucach i żołądku. Rzadziej występował nowotwór umiejscowiony w krtani i w macicy (po 7,5%) oraz w nosogardle (5%). Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety, u których nowotwór zlokalizowany był w: tarczycy, śliniankach, trzustce i w tkance mięśniowej uda (po 2,5%).

METODA

Pacjentki wypełniały *Kwestionariusz BHI-R* [14] służący do pomiaru nadziei podstawowej dedykowany dla osób dorosłych od 18 do 87 roku życia. Kwestionariusz zbudowany jest z 20 twierdzeń, w tym 16 diagnostycznych. Suma punktów uzyskanych z pozycji diagnostycznych

stanowi wskaźnik ogólnego poziomu nadziei podstawowej. Im wyższy wynik, tym większa nadzieja podstawowa.

Badane kobiety wypełniały również *Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI)* [8], który jest narzędziem dla dorosłych i młodzieży, służącym przede wszystkim do oceny pozytywnych zmian, które zaistniały w wyniku doświadczenia różnych zdarzeń o charakterze traumatycznym.

Składa się on z 21 stwierdzeń opisujących zmiany, które mogły dokonać się na skutek doświadczonej traumy. Metoda pozwala na uzyskanie wyniku ogólnego oraz wyników w czterech następujących obszarach (czynnikach):

- Zmiany w percepcji siebie,
- Zmiany w relacjach z innymi,
- Większe docenianie życia,
- Zmiany duchowe [8].

Badania prowadzone były od listopada 2012 roku do lutego 2013 roku. Pacjentki wyrażały pisemną zgodę na badanie. Były również informowane o anonimowym charakterze badań i możliwości zrezygnowania z badania w dowolnym momencie.

WYNIKI

Wśród wszystkich badanych kobiet określono czas jaki upłynął od traumatycznego zdarzenia jakim była informacja o rozpoznaniu nowotworu złośliwego potwierdzona przez lekarza do dnia przeprowadzenia badania. Najkrótszy czas wyniósł 6 miesięcy. Najczęściej czas jaki minął od diagnozy zawierał się w przedziale od 6 miesięcy do roku. Grupa mieszcząca się w tym przedziale to ponad połowa badanych (N=21). Rok do dwóch lat to przedział jaki dotyczył jednej czwartej pacjentek (N=10), od 2 do 5 lat- to mniej niż jedna czwarta kobiet (N=7). Najmniej pacjentek deklarowało, że od wieści o chorobie minęło 5 lat (N=2).

W celu określenia związku między potraumatycznym rozwojem i jego czterema czynnikami a nadzieją podstawową zastosowano korelację r- Pearsona. Przyjęto dwa poziomy istotności wskazujące na istnienie zależności między zmiennymi ($p < 0,05$ i $p < 0,01$) (Tab. 1, Tab. 2).

Tab. 1. Analiza zależności między nadzieją podstawową a potraumatycznym rozwojem

	Nadzieja podstawowa	
	r	p
Potraumatyczny rozwój	0,414(**)	0,008

** $p < 0,05$

Tab. 2. Analiza zależności między nadzieją podstawową a czynnikami potraumatycznego rozwoju

	Nadzieja podstawowa	
	r	p
Zmiany w percepcji siebie	0,296	0,064
Zmiany w relacjach z innymi	0,320(*)	0,044
Większe docenianie życia	0,495(**)	0,001
Zmiany duchowe	0,274	0,087

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

Na podstawie zastosowanego testu stwierdza się istotną statystycznie dodatnią korelację między nadzieją podstawową i potraumatycznym rozwojem ($r=0,414$) (Tab.1).

Kolejnym krokiem w analizie było ustalenie związku między nadzieją podstawową a każdym z czynników potraumatycznego rozwoju czyli zmianami w percepcji siebie, zmianami w relacjach z innymi, większym docenianiu życia i zmianami duchowymi.

Na podstawie analizy danych istotną statystycznie korelację między nadzieją podstawową a czynnikami wchodzącymi w skład potraumatycznego rozwoju stwierdza się jedynie dla dwóch spośród nich. Są to: zmiany w relacjach z innymi ($r=0,320$) oraz większe docenianie życia ($r=0,495$) (Tab. 2)

DYSKUSJA WYNIKÓW

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że w grupie kobiet napromienianych z powodu choroby nowotworowej zachodzi istotna statystycznie dodatnia korelacja między potraumatycznym rozwojem a nadzieją podstawową.

Wyniki te wskazują na to, że nadzieja podstawowa jako konstrukt bardziej pierwotny w stosunku do nadziei, kształtujący się już w okresie dzieciństwa może przyczyniać się do tego, że nawet w bardzo trudnej sytuacji jaką jest doświadczanie choroby nowotworowej człowiek może podjąć takie działania, które nie tylko nie zachwieją jego fundamentalnymi przekonaniami na temat świata i własnych możliwości, ale nawet przyczynią się do rozwoju osobowości.

Dostępne dane literaturowe w większości potwierdzają otrzymane wyniki.

Zięba, Czarnecka-van Luijken i in. [15] przeprowadzili badania w grupie 61 pacjentów (37 kobiet i 24 mężczyzn) Instytutu Onkologii w Warszawie, które potwierdziły ich przypuszczenia o pozytywnych korelacjach nadziei podstawowej z potraumatycznym rozwojem i z podejściem do choroby jak do wyzwania.

Inne ciekawe badania przeprowadzili Trzebiński i Zięba [12]. Wskazują oni na to, że silniejsza nadzieja podstawowa może pomóc w tym, aby nie skupiać całej uwagi na niepowodzeniach z przeszłości, a w sytuacjach straty czy niepowodzenia wyższy poziom nadziei podstawowej wiąże się ze słabszą tendencją do wycofywania się.

Jak wytłumaczyć związek nadziei podstawowej z potraumatycznym rozwojem? Być może nadzieja tak jak twierdzi Zavalloni [9] to postrzeganie trudnej sytuacji nie jako tragicznej lecz wiara w to, że potrafi się ją przezwyciężyć, planowanie wolnego bytu i dążenie do niego pokonując przeciwności, co wyraża się za pomocą wzrostu potraumatycznego. Wiemy również, że nadzieja zmniejsza następstwa uczuć negatywnych, mobilizuje do działania, ułatwia znoszenie trudności i jest ważnym elementem dobrej jakości życia [16]. Siła nadziei podstawowej pozwala pomimo doświadczenia sytuacji kryzysowej postrzegać świat jako mniej zagrażający. Dzięki niej łatwiej dostrzega się możliwości podjęcia działań,

które mają na celu poradzenie sobie w trudnej sytuacji [10]. Wydaje się, że dzięki wszystkim tym elementom osoba mająca wysoki poziom nadziei podstawowej będzie z większym prawdopodobieństwem doświadczać pozytywnych zmian na skutek doświadczonej traumy.

Drugi etap analiz dotyczył badania związku nadziei podstawowej z czterema czynnikami składającymi się na potraumatyczny rozwój, którymi są: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe.

Na podstawie analiz można stwierdzić, że w badanej grupie wyższa nadzieja podstawowa wspomaga większe docenianie życia i zmiany w relacjach z innymi. Nie stwierdzono istotnego związku między nadzieją podstawową a pozostałymi czynnikami potraumatycznego rozwoju czyli zmianami w percepcji siebie i zmianami duchowymi.

Warto dokładniej przeanalizować brak związku między nadzieją podstawową a zmianami w percepcji siebie, na które składają się odczucia wzrostu osobistej siły i dostrzeganie nowych możliwości.

Według Trzebińskiego i Zięby [11] nadzieja podstawowa ma istotne znaczenie dla adaptacji w warunkach zaburzenia ładu w ważnym dla osoby obszarze rzeczywistości.

Być może nadzieja podstawowa jest warunkiem wystarczającym do adaptacji, ale niewystarczającym do wystąpienia widocznych pozytywnych zmian w sferze poczucia osobistej siły w sytuacji doświadczenia choroby nowotworowej i jej leczenia. Są to jednak tylko przypuszczenia, trudno o jednoznaczne wnioskowanie. Warto przyrzeć się temu zjawisku w kolejnych badaniach rozszerzając grupę badanych na mężczyzn napromienianych z powodu choroby nowotworowej. Warto przeprowadzić badania oraz wśród osób, które doświadczyły innego rodzaju traumy.

Czynnikiem składającym się na potraumatyczny rozwój, który najsilniej koreluje z nadzieją podstawową jest większe docenianie życia.

Można przypuszczać, że silne przekonanie o przychylności i sensowności świata w sytuacji choroby nowotworowej i konieczności wprowadzenia wielu zmian w ważnych obszarach życia może wiązać się z większym docenianiem każdego dnia i zgodą na zmianę priorytetów.

Nadzieja podstawowa istotnie korelowała także z czynnikiem zmiany w relacjach z innymi, który oznacza większe poczucie związku z innymi, wzrost empatii i altruizmu. Być może osoby z wyższym poziomem nadziei podstawowej przekonane o przychylności świata mają większe zaufanie do osób znajdujących się wokół nich i chętniej ujawniają swoje myśli związane z trudnym doświadczeniem, co w sytuacji spotkania się z przychylnością tych osób i chęcią wysłuchania ułatwia przebieg i wzmacnia siłę procesu potraumatycznego rozwoju, którego elementem jest otwieranie się na innych.

Przeprowadzone badania wzbogacają wiedzę na temat związku potraumatycznego rozwoju z nadzieją podsta-

wową. Nie można jednak zapominać o ograniczeniach jakie niesie za sobą korelacyjny model analiz. Być może na wynik miały wpływ inne czynniki nie ujęte w badaniu. Celowe zatem jest prowadzenie dalszych badań nad nadzieją podstawową i innymi czynnikami, które mogą przyczyniać się do poprawy funkcjonowania osób zmagających się z chorobą nowotworową.

WNIOSKI

1. Można przypuszczać, że nadzieja podstawowa jest ważnym zasobem sprzyjającym wystąpieniu potraumatycznego rozwoju.
2. Wyższy poziom nadziei podstawowej może wiązać się z większym docenianiem życia i z większym poziomem zmian w zakresie polepszenia relacji z innymi.

References/Piśmiennictwo:

1. Krajowa Baza Danych Nowotworowych [online] [cytowany 2013.11.27]. Dostępny pod adresem URL:<http://www.onkologia.org.pl>.
2. Wojciechowska U. Najnowsze dane epidemiologiczne [online] 2011 [cytowany 2013.04.11]. Dostępny pod adresem URL:<http://www.infozdrowie.org/attachments/onkologia2011/wojciechowska.pdf>.
3. Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkologia* 2005;9:9:396-403.
4. Mess E, Falewicz M, Lisowska A i wsp. Występowanie depresji u pacjentów z nowotworem płuc. *Onkologia Polska* 2006;9:4:154-157.
5. Aspinwall LG, MacNamara A. Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer* 2005;104:11:2549-56.
6. Tedeschi RG, Cahoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996;9:3:455-471.
7. Tedeschi RG, Calhoun LG.: Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Lindley AP, Joseph S (red.) *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007, s.230-248.
8. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny- charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010a;7:4,129-142.
9. Zavalloni R. *Psychologia nadziei. Aby poczuć się zrealizowanym*. Kielce: Wydawnictwo Jedność; 1999.
10. Zięba M, Wawrzyniak M, Świrkuła M. Skala zmian Życiowych- narzędzie do pomiaru skutków krytycznych zdarzeń. *Psychologia Jakości Życia* 2010;9:1:145-169.
11. Trzebiński J, Zięba M. Nadzieja, strata i rozwój. *Psychologia Jakości Życia* 2003;2:1:5-33.
12. Trzebiński J, Zięba M. Basic Trust and Posttraumatic Growth in Oncology Patients. *Journal of Loss and Trauma* 2013;18:195-209.
13. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby- współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010;2:60-69.
14. Zięba M. Właściwości psychometryczne kwestionariusza BHI-R. Wstępny raport z badań walidacyjnych [online] [cytowany 2013.11.26]. Dostępny pod adresem URL:<http://nadziejapodstawowa.pl/wp-content/uploads/2013/05/Wlasciwosci-psychometryczne-kwestionariusza-BHI-R.-Wstepny-raport-z-badan-walidacyjnych.pdf>
15. Zięba M, Czarnecka-van Luijken J, Wawrzyniak M. Nadzieja podstawowa i wzrost potraumatyczny. *Studia Psychologiczne* 2010;49:109-121.
16. De Walden-Gałuszko K. *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed; 2000