

Uważność i jej korelaty u pacjentów onkologicznych

Mindfulness and its correlates in oncological patients

Karolina Wesołowska¹, Paweł Izdebski¹, Bożena Kawiecka-Dziembowska^{2,3}

¹Institut Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszcy

²Zakład Psychologii Klinicznej, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszcy

³I Klinika Psychiatrii *Collegium Medicum* w Bydgoszcy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Psychoonkologia 2015, 2: 56–63

Adres do korespondencji:

mgr Karolina Wesołowska
Institute of Behavioral Sciences
University of Helsinki
P.O. Box 9 (Siltavuorenpenger 1 A)
00014 Helsinki, Finland
tel: +358 465 928 090, +48 723 747 973
e-mail: karolina.wesolowska@helsinki.fi

Streszczenie

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie, czy istnieje związek między uważnością, definiowaną jako receptywna uwaga i świadomość, które są skierowane na aktualne doświadczenia, a lękiem, depresją, agresją i określonymi sposobami radzenia sobie z chorobą u pacjentów onkologicznych. Grupę badanych stanowiło 100 osób (51 kobiet i 49 mężczyzn) z diagnozą nowotworu złośliwego (próba była heterogeniczna pod względem typu nowotworu), wśród których przeważały osoby w okresie średniej i późnej dorosłości ($M = 54,93$). Pacjenci wypełnili baterię testów zawierającą: Kwestionariusz Uważności MAAS, Skalę HAD-M oraz zmodyfikowaną wersję kwestionariusza *Ways of Coping – Cancer Version*. Uzyskane wyniki wskazały na występowanie negatywnego związku między uważnością a analizowanymi zmiennymi, co sugeruje, że warto rozwijać uważność w badanej grupie pacjentów.

Abstract

The aim of this study was to examine whether mindfulness, defined as receptive awareness and attention focused on current experiences, is associated with anxiety, depression, aggression, and specific ways of coping with cancer. The sample consisted of 100 adults (51 female and 49 male) with different types of cancer. Most of the participants were middle-aged and older ($M = 54.93$). All patients completed a battery of tests including: the MAAS, the HADS-M, and a modified version of the Ways of Coping – Cancer Version. Our results showed that there is a negative association between mindfulness and the analyzed variables. This suggests that cancer patients might benefit from developing mindfulness.

Słowa kluczowe: uważność, lęk, depresja, agresja, strategie radzenia sobie, stres, choroba nowotworowa.

Key words: mindfulness, anxiety, depression, aggression, coping strategies, stress, cancer.

Wstęp

Radzenie sobie z chorobą nowotworową

Nowotwór złośliwy to choroba uznawana za niezwykle stresujące doświadczenie, którego wpływ na sferę poznawczą, emocjonalną i behawioralną pacjenta zależy w znacznym stopniu od tego, w jaki sposób jednostka sobie z nim radzi. Radzenie sobie ze stresem najczęściej rozumiane jest jako „ciągłe zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, nastawione na uporanie się ze

specyficznymi zewnętrznymi i/lub wewnętrznymi wymaganiami, które oceniane są przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” [1]. Wysiłki, o których tu mowa, zwane również sposobami bądź strategiami, stanowią rezultat oddziaływania na siebie następujących czynników: rodzaju sytuacji stresowej, aktualnego stanu psychofizycznego jednostki, jej wieku, płci, wykształcenia, a także właściwości osobowościowych, w tym stylu radzenia sobie, poziomu optymizmu i poczucia własnej wartości [2].

Zgodnie z poglądami Lazarusa i Folkman [1] formy radzenia sobie ze stresem można podzielić na skoncentrowane na problemie oraz skoncentrowane na emocjach. Różnią się one funkcją, jaką pełnią w procesie zmagania się z sytuacją stresową. Strategie zorientowane na problem (np. poszukiwanie informacji) wiążą się ze zmianą warunków otoczenia, które są zagrażające dla jednostki, oraz jej stosunku do nich. Sposoby zorientowane na emocje (m.in. unikanie) mają natomiast na celu regulację emocjonalnych reakcji osoby na istniejący problem. Zwykle przyczyniają się one do obniżenia napięcia emocjonalnego, niemniej jednak czasami wzmagają nieprzyjemne odczucia, by zmobilizować jednostkę do działania.

W obliczu stresu człowiek sięga jednocześnie po różnorodne strategie, zarówno skoncentrowane na problemie, jak i na emocjach. Tezę tę potwierdzają badania przeprowadzone przez Dunkel-Schetter i wsp. [3] na grupie 603 pacjentów dotkniętych nowotworem złośliwym, której 94% uczestników deklarowało stosowanie jednocześnie co najmniej trzech sposobów radzenia sobie z chorobą.

W literaturze psychologicznej można znaleźć wiele prac, których autorzy stawiali sobie za cel wyodrębnienie strategii, jakie zwykle stosują chorzy onkologicznie w procesie radzenia sobie z własną chorobą. Wyniki przytoczonych powyżej badań amerykańskich ujawniły, że u pacjentów z nowotworem złośliwym dominują sposoby ukierunkowane na emocje. Spośród pięciu wyodrębnionych strategii radzenia sobie z chorobą: poszukiwanie i wykorzystywanie wsparcia społecznego, koncentrowanie się na pozytywach, poznawcza ucieczka – unikanie, behawioralna ucieczka – unikanie oraz dystansowanie, chorzy najczęściej wykorzystywali tę ostatnią. Badania przeprowadzone przez Courbasson i wsp. [4] nie potwierdziły jednak, by w grupie pacjentów onkologicznych przeważały sposoby zorientowane na emocje. Ponadto okazało się, że jednostki z chorobą nowotworową rzadziej niż osoby zdrowe wykorzystują zarówno strategie zadaniowe, jak i skoncentrowane na emocjach.

W kwestii oceny efektywności sposobów zmagania się ze stresem powszechny jest pogląd, że nie można jednoznacznie uznać jednych strategii za bardziej skuteczne i sprzyjające zdrowiu od innych. To, czy dana forma radzenia sobie da pozytywny wynik, zależy bowiem od oddziaływania na siebie różnych czynników. Chodzi tu głównie o właściwości osoby i sytuacji stresowej, które zawsze należy mieć na uwadze [5]. Jak podają jednak Ogińska-Bulik i Juczyński [6], strategie zorientowane na problem są bardziej korzystne dla zdrowia niż sposoby skoncentrowane na emocjach,

choć w pewnych sytuacjach, np. w chorobie przewlekłej, te drugie formy również mogą pełnić funkcję adaptacyjną.

Wysiłki podejmowane przez chorych onkologicznie w celu poradzenia sobie ze stresem nie zawsze okazują się efektywne. Częstymi reakcjami emocjonalnymi tej grupy pacjentów na własną chorobę są lęk, depresja i agresja [7, 8].

Zważywszy, że nowotwór złośliwy stanowi realne zagrożenie dla życia jednostki, nie należy się dziwić, że lęk jest tak powszechnie obecny u osób zmagających się z tym schorzeniem. Emocja ta ma bowiem za zadanie chronić człowieka przed niebezpieczeństwami poprzez motywowanie go do walki lub ucieczki. Lęk pełni funkcję obronną wtedy, gdy utrzymywany jest przez osobę na odpowiednim poziomie. Zbyt wysokie jego natężenie przez dłuższy czas stanowi zagrożenie dla zdrowia jednostki. U pacjentów onkologicznych sytuacja ta skutkuje nierzadko pojawieniem się symptomów depresji oraz agresji [9].

Obecnie nie ma wątpliwości, że stan emocjonalny osób zmagających się z nowotworem złośliwym może oddziaływać na przebieg tej ciężkiej choroby (i odwrotnie). Sugerowały to już m.in. wyniki badań Daviesa i wsp. [10]. Ujawniły one bowiem, że osoby z wysokimi wynikami na skali apatii i rezygnacji (*apathetic-given-up*), korelującej pozytywnie z lękiem, depresją i wrogością, charakteryzowały się krótszym czasem przeżycia i wyższym stopniem zaawansowania choroby. Badania z zakresu psychoneuroimmunologii pozwoliły natomiast lepiej zrozumieć ten związek. W jednym z nich [11] okazało się, że depresja może wpływać w sposób bezpośredni na produkcję cytokin prozapalnych, których nadmiar prowadzi do dalszych niekorzystnych zmian w układzie odpornościowym i hormonalnym. Co więcej, zaburzenia depresyjne mogą się przyczyniać do przedłużających się lub chronicznych infekcji oraz opóźnić gojenie się ran.

Otaczanie opieką psychologiczną pacjentów onkologicznych jest niezwykle ważne, na co wskazują wyniki powyższych badań. Z tego też powodu wysiłki wielu naukowców koncentrują się na tym, by znaleźć zmienne, które istotnie przyczyniają się do łagodzenia lub eliminowania negatywnych stanów emocjonalnych. Wydaje się, że taką zmienną jest uważność, ciesząca się w ostatnich latach dużą popularnością wśród psychologów.

Pojęcie uważności i jej mechanizmy

Uważność (*mindfulness*), traktowana jako cecha [12] i stan [13], to zjawisko wywodzące się z buddyzmu, w którym stanowi ono kluczowy kompo-

ment praktyk medytacyjnych, rozpowszechnione w zachodniej nauce w drugiej połowie XX wieku. Według definicji zaproponowanej przez Kabat-Zinna [14], jednego z głównych prekursorów uważności na Zachodzie, oznacza ona „zwracanie uwagi w szczególny sposób: celowo, w chwili obecnej i bez oceniania”. Brown i Ryan [12] z kolei rozumieją ją jako otwartą lub receptywną uwagę i świadomość, które zwrócone są na bieżące doświadczenia.

Zgodnie z modelem zaproponowanym przez Shapiro i wsp. [15] fundamentalnymi składnikami omawianego zjawiska są: intencja, uwaga oraz postawa. Elementy te, będąc ze sobą w ciągłej interakcji, pojawiają się jednocześnie, co skutkuje wystąpieniem stanu uważności.

Intencja to cel, który jednostka chce osiągnąć poprzez praktykę uważności [16]. Często ulega on modyfikacjom w miarę postępów w medytacji. Jednostka może więc rozpocząć rozwijanie uważności z myślą o obniżeniu ciśnienia tętniczego, po czym postawić sobie kolejny cel, który miałby dotyczyć odnoszenia się w sposób bardziej przyjazny do innych ludzi [15]. Brown i Ryan [12] twierdzą jednak, że uważność mająca na celu np. poprawę samopoczucia bądź stanie się osobą bardziej cierpliwą nie jest uważnością. Intencja przyczynia się jedynie do ograniczenia świadomości osoby i uniemożliwienia jej bycia obecną w tym, co przynosi bieżący moment.

Żeby mógł wystąpić stan uważności, uwaga, kolejny komponent opisywanej zmiennej, musi być zwrócona na wewnętrzne i zewnętrzne wydarzenia, które aktualnie mają miejsce. Wiąże się to z potrzebą hamowania procesów odpowiedzialnych za poznawczą ocenę docierających bodźców [15]. Jak zaznaczają Bishop i wsp. [13], nie chodzi tu o konieczność tłumienia myśli. Wszelkie doświadczenia w stanie uważności traktowane są bowiem jak obiekty obserwacji, a nie dystraktory. Jeśli więc zdarzy nam się podążyć za własnymi myślami, należy ten fakt odnotować, po czym ponownie skierować uwagę na chwilę obecną, aby zapobiec ich dalszemu opracowywaniu. Obserwacja własnego oddechu bądź liczenie wdechów i wydechów mogą ułatwić powrót do tego, co „tu i teraz” [17].

Postawa, z jaką jednostka uczestniczy w tym, co przynosi terażniejszość, jest również istotna. Praktyka uważności powinna łączyć się z udziałem i ciągłym rozwojem takich cech, jak: otwartość, ciekawość, cierpliwość, akceptacja, życzliwość czy współczucie. Nieobecność tych przymiotów może skutkować np. tendencją do potępiania i oceniania wewnętrznych przeżyć oraz ciągłym dążeniem do przyjemności zamiast rozwojem równowagi psychicznej, będącej właściwym powodem, dla które-

go osoba zdecydowała się na praktykowanie uważności w życiu codziennym [15].

Z powyższym stanowiskiem nie zgadzają się Bishop i wsp. [13] oraz Brown i Ryan [12]. Badacze ci uważają, że wiele z podanych właściwości, które odnoszą się do stosunku osoby uważnej wobec bieżących zdarzeń, to raczej rezultaty praktykowania uważności lub korelaty tej zmiennej aniżeli komponenty niezbędne do zaistnienia stanu uważności.

Trzy opisane składowe uważności prowadzą do pojawienia się metamechanizmu, który wiąże się z przesunięciem perspektywy spostrzegania (*reperceiving*), dzięki czemu jednostka staje się niejako obserwatorem swoich myśli i emocji. Innymi słowy, to, co do tej pory było „podmiotem” obserwacji, zaczyna być jej „przedmiotem” [15].

Przesunięcie perspektywy spostrzegania pod wpływem uważności jest tożsame m.in. ze znaną w zachodniej nauce koncepcją decentracji. Warto dodać, że umiejętność ta pojawia się naturalnie na odpowiednim etapie rozwoju poznawczego człowieka. Praktyka uważności przyczynia się natomiast do jej wzrostu, a więc stanowi kontynuację naturalnego procesu, dzięki któremu osoba potrafi zachować obiektywizm wobec wewnętrznych i zewnętrznych doświadczeń. Zmiana perspektywy zapewnia większy dystans wobec wszelkiego rodzaju przeżyć. Nie oznacza jednak dysocjacji bądź odłączenia się od nich, lecz głębsze ich zrozumienie. Dodatkowo omawiany metamechanizm prowadzi do bardziej intymnego doświadczenia zdarzeń poprzez przyzwolenie im na pojawienie się i odejście w „czystej” postaci, bez poddawania ich ocenie poznawczej [15].

Przesunięcie perspektywy może pociągnąć za sobą „wylonienie się” kolejnych mechanizmów, których skutkiem jest szereg pozytywnych zmian zachodzących pod wpływem praktykowania uważności. Te mechanizmy to: autoregulacja, emocjonalna, poznawcza i behawioralna elastyczność, klaryfikacja wartości oraz ekspozycja [15].

Autoregulacja to proces umożliwiający organizmowi zachowanie stabilności funkcjonowania oraz przystosowanie się do różnego rodzaju zmian, co zapewnia mu większą organizację i zdrowie. Przyjęcie perspektywy obserwatora wiąże się z tym, że jednostka w coraz mniejszym stopniu jest kontrolowana przez swoje myśli, uczucia i doznania cielesne. To z kolei zmniejsza prawdopodobieństwo sięgnięcia przez nią po automatyczne i nieadaptacyjne wzorce zachowania (np. picie alkoholu), które dawniej służyły jej jako sposoby umożliwiający powrót do równowagi w trudnych sytuacjach. W zamian jest ona bardziej skłonna wybrać strategię autoregulacji, które są bardziej korzystne dla zdrowia [15].

Widzenie aktualnych zdarzeń, zarówno tych wewnętrznych, jak i zewnętrznych, z różnych perspektyw stwarza osobie możliwość lepszego ich zrozumienia, dzięki czemu jej odpowiedź na nie staje się mniej sztywna i automatyczna. Oznacza to zatem szansę reagowania na bodźce w sposób bardziej świadomy, elastyczny i w większym stopniu niezależny od wcześniejszych nawyków oraz doświadczeń. Ponadto zmiana perspektywy ułatwia jednostce poznanie siebie, tego, co jest dla niej naprawdę ważne w życiu [15]. Ma ona większą odwagę postępować zgodnie ze swoimi prawdziwymi wartościami, zainteresowaniami i potrzebami [12].

Za sprawą przesunięcia perspektywy spostrzegania osoba potrafi zachować większy obiektywizm wobec swych emocji, myśli i wrażeń zmysłowych, a przez to odpowiadać na nie z mniejszą reaktywnością. Przestaje ona unikać trudnych doświadczeń i zaprzeczać im, a zaczyna obserwować [15] i przyjmować je z ciekawością, otwartością i akceptacją. Konfrontacja ta, zwana ekspozycją, stwarza możliwość uświadomienia sobie, że uczucia i myśli to jedynie stany umysłu, co zapobiega nadmiernej identyfikacji z nimi [18].

Korzyści wynikające z rozwijania uważności w świetle dotychczasowych badań

W ciągu ostatnich lat głównym obszarem zainteresowania naukowców prowadzących badania nad uważnością była efektywność interwencji terapeutycznych opartych na tym zjawisku, przede wszystkim skuteczność treningu redukcji stresu opartej na uważności (*mindfulness-based stress reduction* – MBSR) oraz terapii poznawczej opartej na uważności (*mindfulness-based cognitive therapy* – MBCT). Jak wskazują wyniki jednej z metaanaliz [19], która objęła łącznie 10 badań, program MBSR u osób z diagnozą raka istotnie przyczynia się do obniżenia lęku, stresu, zmęczenia, emocjonalnej reaktywności oraz zaburzeń snu i nastroju. Co więcej, dowiedziono, że trening ten zwiększa jakość życia chorych i sprawia, że stają się oni bardziej otwarci na nowe doświadczenia i bardziej tolerancyjni wobec negatywnych aspektów siebie oraz innych ludzi. Jednocześnie pozwala im on bardziej docenić życie i w większym stopniu tolerować silne emocje. Można zatem powiedzieć, że kurs MBSR ułatwia radzenie sobie z chorobą nowotworową.

Witek-Janusek i wsp. [20] zaobserwowali, że trening MBSR u kobiet dotkniętych rakiem piersi miał wpływ na spadek stężenia kortyzolu we krwi. W innym zaś badaniu [12] dotyczącym pacjentów onkologicznych wykazano, że zarówno przed

udziałem w programie, jak i po nim wyższa uważność wiązała się z niższym poziomem stresu, a także z niższym wynikiem na skali mierzącej zaburzenia nastroju (podskale: napięcie/lęk, depresja/przygnębienie, złość/wrogość, wigor, zmęczenie oraz splątanie). Dane naukowe [21] wskazują również, że zdrowe jednostki o wyższym poziomie uważności mają tendencję do częstszego wykorzystywania konfrontacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, które zakładają aktywne radzenie sobie, akceptację, pozytywną reinterpretację i rozwój, zamiast strategii unikania, obejmujących zaprzeczanie oraz brak behawioralnego i poznawczego zaangażowania. Należy zaznaczyć, że pozytywny związek między uważnością a częstością stosowania sposobów zorientowanych na działanie ujawnił się w dwóch z czterech przeprowadzonych badań.

Jak dowiedziono [22], MBCT dostosowana do pacjentów z chorobą nowotworową (*mindfulness-based cognitive therapy for cancer* – MBCT-Ca) prowadzi do podniesienia poziomu uważności oraz obniżenia lęku, stresu i symptomów depresji. W grupie osób zdrowych przyczynia się z kolei do redukcji ruminacyjnego sposobu myślenia [23], zwiększającego podatność jednostki na depresję [24], i zapobiega nawrotom depresji [23, 25–27].

Przedstawione powyżej wyniki badań wskazują na ważną rolę uważności w funkcjonowaniu pacjentów onkologicznych. Można założyć, że zmiana ta stanowi użyteczny konstrukt pozwalający na wyjaśnienie różnic w radzeniu sobie z chorobą oraz czynnik wpływający na poziom lęku, depresji i agresji w grupie osób z diagnozą nowotworu złośliwego.

Celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie, czy istnieje związek między uważnością a lękiem, depresją, agresją i określonymi sposobami radzenia sobie z chorobą w grupie polskich pacjentów onkologicznych.

Material i metody

Charakterystyka grupy badanych

Grupę badanych wyłoniono drogą doboru celowego. W badaniu wzięło udział 100 osób (51 kobiet i 49 mężczyzn) będących pacjentami Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy. Średnia wieku dla ogółu badanych wyniosła 54,93 roku (SD = 12,92), wśród kobiet 53,73 roku (zakres wieku 20–74, SD = 12,35), a wśród mężczyzn 56,18 roku (zakres wieku 22–78, SD = 13,50). W większości były to osoby będące w związku małżeńskim (74%). Wykształcenie podstawowe miało 9% pacjentów,

zawodowe – 30%, średnie – 40%, a wyższe – 21%. W grupie badanych 40% stanowiły osoby zamieszkujące miasta do 100 tys. mieszkańców, 33% – miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, natomiast 27% – tereny wiejskie.

Grupa badanych była heterogeniczna pod względem diagnozy oraz rodzaju podjętego leczenia. Do najczęstszych jednostek chorobowych należały: rak jelita grubego (29%), rak piersi (15%) i rak macicy (11%). Najczęściej wykorzystywaną metodą terapii było z kolei leczenie chirurgiczne skojarzone z chemioterapią (30%) oraz chemioterapią i radioterapią (23%). Średni czas od momentu rozpoznania choroby do chwili udziału w badaniu dla całej grupy wyniósł 18 miesięcy (minimalny czas to 1 miesiąc, maksymalny – 134 miesiące, SD = 26,88).

Zastosowane narzędzia

Kwestionariusz Uważności (*The Mindful Attention Awareness Scale* – MAAS) autorstwa Browna i Ryana [12] służy do badania dyspozycji do bycia uważnym. Tłumaczenia narzędzia na język polski dokonał Jankowski [28]. Kwestionariusz składa się z 15 twierdzeń, które opisują codzienne doświadczenia odnoszące się do uważności. Zadaniem osoby badanej jest określenie częstości ich przeżywania za pomocą 6-punktowej skali, gdzie 1 oznacza „prawie zawsze”, a 6 „prawie nigdy”. Wynik ogólny uzyskany w teście znajduje się w zakresie 15–90. Im wyższy wynik, tym większa uważność badanego. Wszystkie stwierdzenia kwestionariusza odzwierciedlają stan uważności nie wprost, ale poprzez opisywanie doświadczeń, w których dyspozycja ta nie występuje. Autorzy narzędzia zauważyli bowiem, że jednostki mają zwykle większy dostęp do przeżyć związanych z brakiem uważności niż z obecnością tego stanu. Współczynnik korelacji Pearsona między wynikami otrzymanymi w dwukrotnym pomiarze z wykorzystaniem omawianej metody (odstęp 4 tygodni) wyniósł 0,81. Nie otrzymano istotnej statystycznie różnicy między średnimi w obydwu badaniach ($M = 3,78$, $M = 3,77$; $t(59) = 0,11$) [12]. W badaniu Jankowskiego [28] współczynnik zgodności wewnętrznej α Cronbacha wyniósł 0,80.

Zmodyfikowana Skala do Oceny Lęku i Depresji (*The Hospital Anxiety and Depression Scale – Modification* – HADS-M) Majkowicza, de Walden-Gałuszko i Chojnackiej-Szawłowskiej [29] została wykorzystana do pomiaru lęku, depresji i agresji. Autorami oryginalnej wersji kwestionariusza (HADS) są Zigmond i Snaith [30]. Skala HAD-M jest przeznaczona do badania pacjentów niepsychiatrycznych z różnego rodzaju dolegliwościami

somatycznymi, którzy mogą reagować emocjonalnie na chorobę – lękiem, stanami depresyjnymi lub agresją. Wersja pierwotna narzędzia składa się z 7 pozycji badających lęk i 7 pozycji mierzących depresję. Kwestionariusz zmodyfikowany zawiera dodatkowo 2 stwierdzenia odnoszące się do agresji. Wynik badanego oddzielnie dla kategorii lęku i depresji znajduje się w przedziale 0–21 (dla agresji 0–6). Im wyższy wynik w danej skali, tym większe nasilenie stanu emocjonalnego, który ona bada. Współczynnik rzetelności α Cronbacha dla skali lęku wahał się między 0,77 a 0,79, dla skali depresji między 0,83 a 0,85, a dla skali agresji między 0,58 a 0,82 w grupie pacjentów onkologicznych na różnych etapach rozwoju choroby.

Do pomiaru sposobów radzenia sobie z chorobą przez pacjentów onkologicznych wykorzystano polską adaptację narzędzia *Ways of Coping – Cancer Version* (WOC-CA) autorstwa Dunkel-Schetter i wsp. [3], będącego modyfikacją testu *Ways of Coping* Lazarusa i Folkmana [1]. Kwestionariusz WOC-CA przetłumaczony i zaadaptowany przez Izdebskiego [31] pierwotnie składał się z 52 stwierdzeń odnoszących się do sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową. Wskutek licznych modyfikacji, którym narzędzie to zostało poddane w kolejnych latach, powstała wersja zawierająca 12 pozycji [32], wykorzystana w badaniach własnych. Metoda ta pozwala na pomiar dwóch sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową, które nazwano „walką” i „ucieczką”. Strategia „walki” mierzona jest m.in. przez stwierdzenie: „Rozmawiałem/rozmawiałam z kimś, kto mógł coś zrobić”, natomiast strategia „ucieczki” przez stwierdzenie: „Polegałem/polegałam na innych, by zajmowali się moimi sprawami”. Każdy z tych sposobów mierzony jest przez 6 pozycji. Zadaniem osób badanych jest ustosunkowanie się do podanych stwierdzeń przy użyciu 5-punktowej skali, gdzie 1 oznacza „nigdy”, a 5 „zawsze”. Badani mogą uzyskać wynik znajdujący się w przedziale 6–30 dla każdej strategii. Współczynnik rzetelności α Cronbacha dla WOC-CA w badaniach Stałowskiej [32] wyniósł 0,68, a więc utrzymywał się na poziomie satysfakcjonującym. Rzetelność skali „walki” ($\alpha = 0,69$) i skali „ucieczki” ($\alpha = 0,72$) również okazała się zadowalająca.

Wyniki

Średnie wyniki analizowanych zmiennych w badanej grupie pacjentów onkologicznych zestawiono w tabeli 1.

Statystyki opisowe wykazały przeciętny poziom uważności w badanej próbie chorych onkologicznie. Wyniki w zakresie nasilenia lęku, agresji

Tabela 1. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych
Table 1. Descriptive statistics for the analyzed variables

	Cała grupa				Kobiety				Mężczyźni			
	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.
Uważność	67,38	11,45	37,00	90,00	65,88	11,81	37,00	88,00	68,94	10,96	43,00	90,00
Lęk	6,21	4,22	0,00	19,00	6,88	4,21	0,00	19,00	5,51	4,16	0,00	18,00
Depresja	4,57	3,74	0,00	15,00	4,20	3,61	0,00	15,00	4,96	3,87	0,00	15,00
Agresja	2,20	1,78	0,00	6,00	2,17	2,05	0,00	6,00	2,23	1,44	0,00	6,00
Strategia „walki”	18,26	4,86	6,00	30,00	18,78	5,32	6,00	30,00	17,71	4,32	8,00	28,00
Strategia „ucieczki”	15,58	3,90	6,00	25,00	16,16	3,57	6,00	25,00	14,98	4,16	7,00	23,00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min. – wartość minimalna, Max. – wartość maksymalna

i symptomów depresji oraz częstości stosowania strategii „walki” i strategii „ucieczki” w radzeniu sobie z własną chorobą były niskie. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami pod względem poziomu uważności, depresji i agresji oraz wyników uzyskanych na skali „walki” i skali „ucieczki”. Płeć różnicowała jednak poziom lęku w badanej próbie ($Z = 2,14$, $p < 0,05$). Kobiety przejawiały większy lęk niż mężczyźni. Ze względu na fakt, że kobiety i mężczyźni nie różnili się w sposób istotny w zakresie większości badanych zmiennych, dalsze analizy statystyczne (z wyjątkiem tych, które odnoszą się do lęku) przeprowadzono na całej grupie badanych, nie uwzględniając czynnika płci. Wyniki dotyczące związków między analizowanymi zmiennymi przedstawiono w tabeli 2.

Współczynnik korelacji rangowej Spearmana wskazał na występowanie silnego negatywnego związku między uważnością a lękiem (dla kobiet: $R = -0,52$, $p < 0,001$, dla mężczyzn: $R = -0,44$, $p < 0,01$), a także przeciętnego ujemnego związku pomiędzy uważnością a depresją ($R = -0,31$, $p < 0,01$) oraz uważnością a agresją ($R = -0,42$, $p < 0,001$) w badanej grupie pacjentów. Test współczynnika korelacji liniowej Pearsona wykazał natomiast, że istnieje negatywny związek między uważnością a strategią „walki” ($R = -0,26$, $p < 0,01$) i strategią „ucieczki” ($R = -0,45$, $p < 0,001$). Ponadto współczynnik determinacji R^2 ujawnił, że uważność wyjaśnia 7% wariacji wyników w zakresie „walki” oraz 20% wariacji wyników zmiennej „ucieczka”.

Dodatkowe analizy wykazały brak istotnego statystycznie związku między uważnością a wiekiem i czasem od momentu rozpoznania choroby. Nie stwierdzono również, aby wykształcenie oraz miejsce zamieszkania różnicowały poziom uważności w badanej próbie.

Dyskusja

Celem badań zaprezentowanych w niniejszym artykule było ustalenie, czy uważność w sposób istotny koreluje z następującymi zmiennymi: lękiem, depresją, agresją, a także z radzeniem sobie z własną chorobą za pośrednictwem strategii „walki” i strategii „ucieczki” w grupie polskich pacjentów onkologicznych. Zgodnie z oczekiwaniami uzyskano negatywny związek między uważnością a lękiem, depresją i agresją. Zależność ta może być efektem omówionego powyżej przesunięcia perspektywy widzenia, będącego skutkiem praktykowania uważności, które łączy się ze wzrostem umiejętności dystansowania się do wewnętrznych i zewnętrznych doświadczeń. To z kolei oznacza zmniejszenie skłonności do reagowania na nieprzyjemne przeżycia w sposób automatyczny, np. ich unikaniem. Przyzwolenie negatywnym uczuciom, myślom i wrażeniom zmysłowym na pojawienie się w polu świadomości skutkuje tym, że jednostka dostrzega, iż nie są one dla niej źródłem zagrożenia, lecz stanami, które w końcu przemijają bądź które można zaakceptować [15]. Dowodów na to dostarczają badania przeprowadzone przez Weinstein i wsp. [21], w których okazało się, że oso-

Tabela 2. Współczynniki korelacji R między analizowanymi zmiennymi dla całej grupy badanych

Table 2. Correlation coefficients R between the analyzed variables for the whole sample

	Uważność
Lęk	-0,54**
Depresja	-0,31*
Agresja	-0,42**
Strategia „walki”	-0,26*
Strategia „ucieczki”	-0,45**

** $p < 0,001$, * $p < 0,01$

by bardziej uważne spostrzegają stresujące sytuacje jako mniej zagrażające niż jednostki charakteryzujące się niższymi wynikami na skali mierzącej uważność. Możliwa jest jednak w tym wypadku także zależność odwrotna, tj. mniejsza reaktywność na stres sprzyja rozwojowi uważności.

Zmiana punktu widzenia sprawia, że osoba przestaje traktować negatywne doświadczenia jako odzwierciedlenia siebie bądź otaczającego ją świata [15], co ma ogromne znaczenie w przypadku pacjentów zmagających się z depresją („te myśli nie są mną”) i zaburzeniami lękowymi („to, że odczuwam lęk przed daną sytuacją, wcale nie oznacza, że obiektywnie jest ona dla mnie źródłem niebezpieczeństwa”). Dodatkowo przyglądanie się nieprzyjemnym doświadczeniom z większym obiektywizmem, otwartością i ciekawością prowadzi do ich lepszego zrozumienia [15], dzięki czemu kobieta zmagająca się z rakiem może zdać sobie sprawę z tego, że złość na małżonka nie jest wynikiem jego nadmiernej opiekuńczości, lecz jej poczucia bezradności wobec własnej choroby. Ponadto przesunięcie perspektywy wiąże się z obniżeniem tendencji do tłumienia negatywnych myśli i emocji [13], a wzrostem ich akceptacji ze strony jednostki [15]. Jak sugerują liczne badania naukowe [33–35] przeprowadzone z udziałem chorych na raka, mniejsza skłonność do emocjonalnej supresji ma związek z niższym poziomem dystresu, lęku, gniewu i depresji.

Otrzymane wyniki świadczą również o tym, że pacjenci onkologiczni cechujący się wyższym poziomem uważności mogą rzadziej korzystać ze strategii „ucieczki” i strategii „walki” w radzeniu sobie z własną chorobą. Negatywny związek między uważnością a zmaganiem się z chorobą za pośrednictwem „ucieczki” nie stanowił zaskoczenia, bowiem, jak podają Shapiro i wsp. [15], zmiana perspektywy spostrzegania sprzyja redukcji tendencji ucieczkowych w obliczu sytuacji zagrażających. Uważność „zachęca” jednostkę do konfrontacji ze stresującymi zdarzeniami, dlatego dość zaskakujące może wydać się to, że w zaprezentowanym badaniu zmienna ta koreluje ujemnie z aktywnymi sposobami radzenia sobie. Wynik ten sugeruje, że pacjenci onkologiczni w obliczu choroby mogą podejmować inne wysiłki niż te, które wchodziły w skład strategii „walki”, mierzonej przez zmodyfikowaną wersję kwestionariusza WOC-CA. Zdaniem autorów niniejszego artykułu możliwe jest, że główną rolę w redukcji stresu u chorych z wysokim poziomem uważności odgrywa akceptacja, do której nie odnoszą się pozycje skali „walki”, rozumiana tutaj za Shapiro i wsp. [36] jako otwartość na widzenie i uznawanie rzeczy takimi, jakimi one są w rzeczywistości, a nie pasywność czy rezygna-

cja. Badania naukowe [21] z udziałem osób zdrowych dostarczają dowodów potwierdzających, że wyższa uważność wiąże się z częstszą akceptacją trudnych doświadczeń. Strategia ta może być na tyle skuteczna w radzeniu sobie z chorobą nowotworową, że pacjenci mogą nie mieć potrzeby sięgania po inne sposoby, m.in. te, które zostały ujęte w skali „walki” (np. rozmowa o tym, jak się czują).

Należy zwrócić uwagę, że związek między uważnością a strategią „walki” jest bardzo słaby. Możliwe, że korelacja ta jest efektem pojawienia się negatywnej zależności między uważnością a konkretnym stwierdzeniem odnoszącym się do „walki”. Oznaczałoby to, że ogólnie działania ukierunkowane na aktywne poradzenie sobie z chorobą, badane narzędziem wykorzystanym przez autorów artykułu, są stosowane przez pacjentów dotkniętych nowotworem złośliwym cechujących się wyższym poziomem uważności. Nie stanowią one jednak części typowego repertuaru strategii, po które sięgają te jednostki w procesie zmagania się z chorobą.

Prawdopodobne jest również, że mniejsza tendencja osób cechujących się wyższą uważnością do spostrzegania stresujących sytuacji jako zagrażających, o której mowa była na początku tej części [21], może skutkować brakiem potrzeby korzystania z jakichkolwiek sposobów radzenia sobie. Tłumaczyłoby to negatywną korelację między uważnością i analizowanymi strategiami stosowanymi w procesie zmagania się z chorobą nowotworową.

Wyniki badań własnych wyraźnie pokazują, że uważność ma istotny związek z niższym poziomem lęku, depresji, agresji oraz rzadszym stosowaniem strategii „ucieczki” w radzeniu sobie z własną chorobą przez pacjentów onkologicznych. Odnosząc te rezultaty do wyników badań eksperymentalnych nad skutecznością programów opartych na omawianym zjawisku, można stwierdzić, że uważność może się przyczyniać do zmniejszenia negatywnych emocji oraz skłonności ucieczkowych w radzeniu sobie z chorobą nowotworową. Oznacza to, że warto w dalszym ciągu rozwijać programy terapeutyczne, których podstawą jest uważność, oraz oferować je pacjentom szpitali onkologicznych w celu zwiększenia jakości życia tej grupy chorych i ich bliskich.

Piśmiennictwo

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company, New York 1984.
2. Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 44-64.
3. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. Health Psychol 1992; 11: 79-87.

4. Courbasson CM, Endler NS, Cunningham AJ. Coping with stress: how do people with cancer do it? W: *Advances in Health Psychology Research*. Schwarzer WR (red.). CD ROM Volume. Freie Universität, Berlin 1998; 1-10.
5. Łosiak W. Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. W: *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 1999; 183-196.
6. Ogińska-Bulik N, Luczyński Z. Osobowość: stres a zdrowie. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008.
7. Koczyńska-Tyszko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 125-141.
8. Osmańska M, Borkowska A, Makarewicz R. Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym. *Psychiatr Pol* 2010; 44: 543-556.
9. Kubacka-Jasiecka D. Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej. W: *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 143-179.
10. Davies RK, Quinlan DM, McKegney FP, Kimball CP. Organic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients. *Psychosom Med* 1973; 35: 464-471.
11. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Depression and immune function. Central pathways to morbidity and mortality. *J Psychosom Res* 2002; 53: 873-876.
12. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84: 822-848.
13. Bishop SR, Lau M, Shapiro S i wsp. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Prac* 2004; 11: 230-241.
14. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion, New York 1994.
15. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006; 62: 373-386.
16. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte, New York 1990.
17. Sedlmeier P, Eberth J, Schwarz M i wsp. The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2012; 138: 1139-1171.
18. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
19. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psychooncology* 2009; 18: 571-579.
20. Wittek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL. Effect of mindfulness-based stress reduction on immune function, quality of life, and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behav Immun* 2008; 22: 969-981.
21. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *J Res Pers* 2009; 43: 374-385.
22. Foley E, Baillie A, Huxter M, Price M, Sinclair E. Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 72-79.
23. Keune PM, Bostanov V, Hautzinger M, Kotchoubey B. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. *Biol Psychol* 2011; 88: 243-252.
24. Smith JM, Alloy LB, Abramson LY. Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36: 443-454.
25. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 615-623.
26. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 275-287.
27. Williams JMG, Russel I, Russel D. Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 524-529.
28. Jankowski T. *Struktura koncepcji siebie i procesy przetwarzania informacji o sobie u osób o różnym stopniu uważności*. Nieopublikowana praca doktorska. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin 2006.
29. Majkovicz M. *Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze*. W: de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.). *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Zakład Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej, Gdańsk 2000; 21-42.
30. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
31. Izdebski P. *Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii*. Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz 1998.
32. Stałowska K. *Obraz ciała mężczyźni chorych onkologicznie a sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową*. Nieopublikowana praca magisterska. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2012.
33. Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M i wsp. Mood disturbance in community cancer support groups: The role of emotional suppression and fighting spirit. *J Psychosom Res* 2003; 55: 461-467.
34. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tani T, Okawa M, Buck R. Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics* 2005; 46: 19-24.
35. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tani T, Okawa M, Buck R. The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. *Health Commun* 2005; 18: 201-215.
36. Shapiro SL, Schwartz GER, Santerre C. *Meditation and positive psychology*. W: *The handbook of positive psychology*. Snyder CR, Lopez SJ (red.). Oxford University Press, New York 2002; 632-645.