Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Wydział Nauk Społecznych
Instytut Psychologii

Psychologia, studia stacjonarne, doktoranckie

Agata Banakiewicz

Nr albumu 135230

Podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego

Praca doktorska
napisana na seminarium **z psychologii zdrowia i psychoterapii**
pod kierunkiem dr hab. Agnieszki Kulik

Lublin 2023

Podziękowania

Składam wyrazy wdzięczności Pani Profesor Agnieszce Kulik za wsparcie, inspirację, wielogodzinne dyskusje, cierpliwość i pomoc na każdym etapie powstawania tej pracy. Dziękuję za wiarę i nadzieję, które otrzymałam od Pani Profesor w czasie naszej współpracy naukowej i w życiu codziennym.

Dziękuję również mgr Arturowi Sitko za pomoc w kodowaniu danych i tłumaczeniach tekstów. Jednak przede wszystkim jestem wdzięczna za wsparcie i wiele cierpliwości.

Dziękuje Pani mgr Annie Milewskiej za konsultacje statystyczne. Wszystkim badanym, którzy włączyli się w niniejszy projekt – bardzo dziękuję za pomoc!

Spis treści

Streszczenia……5
Wstęp……9
I Problematyka chorób przewlekłych w literaturze przedmiotu……14
1.1 Koncepcje choroby przewlekłej……...15
1.2 Klasyfikacja chorób przewlekłych……...18
1.2.1 Choroby przewlekłe o określonej etiologii……....19
1.2.2 Zaburzenia psychiczne……...20
1.2.3 Psychosomatyczne choroby przewlekłe……21
1.3 Diagnostyka choroby przewlekłej……21
1.4 Uwarunkowania i mechanizmy powstawania psychosomatycznych chorób przewlekłych……..……..24
1.4.1 Podstawowe założenia psychosomatyki……24
1.4.2 Mechanizmy autoimmunizacji……..27
1.4.3 Mechanizm nerwicowy…….28
1.4.4 Zespoły medycznie niewyjaśniane……29
1.4.5 Zaburzenia czynnościowe……..30
II Charakterystyka choroby przewlekłej w paradygmacie stresu…….……..31
2.1 Choroba przewlekła jako stresor…….……..31
2.2 Radzenie sobie w chorobie przewlekłej…….33
2.3 Adaptacja do choroby przewlekłej……35
III Charakterystyka wybranych psychosomatycznych chorób układu pokarmowego……40
3.1 Choroba Leśniowskiego-Crohna……...40
3.2 Zespół jelita drażliwego……...43
3.3 Dyspepsja czynnościowa i nerwica żołądka……45
3.4 Choroba wrzodowa żołądka…….48
IV Metodologia badań własnych……51
4.1 Model badań własnych……..…51
4.2 Pytania i hipotezy badawcze……..…54
4.3 Charakterystyka grupy badanej…….59
4.4 Narzędzia badawcze……..60

4.4.1 Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (DCPR-R-SSI……...60
4.4.2 Kwestionariusz oceny stresu (KOS wersja B)……61
4.4.3 Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)…….62
4.4.4 Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE) ……..……...…62
4.4.5 Skala akceptacji choroby (AIS)……..62
4.4.6 Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała (MBSRQ)……63
4.6 Procedura……63
4.7 Zastosowane statystyki i procedury statystyczne……..65
V Wyniki…….67
5.1 Charakterystyka psychosomatyczna badanych…….67
5.2 Charakterystyka opisowa zmiennych psychologicznych……..……68
5.3 Weryfikacja hipotez……..71
5.3.1 Związki między nasileniem stresu, oceną stresora, radzeniem sobie ze stresem i adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego…..……...…….72
5.3.2 Mechanizmy adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego…….75
VI Dyskusja wyników……...……...111
Zakończenie…….135
Bibliografia……...137
Aneks……....159
Załącznik 1. Spis tabel…….159
Załącznik 2. Spis rysunków……..161
Załącznik 3. Tabele I-XI. Analiza zmiennych psychologicznych pod względem danych socjodemograficznych……..162
Załącznik 4. Wykaz skrótów…….171
Załącznik 5. Zaopiniowany wniosek Komisji Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii KUL……..173
Załącznik 6. Klauzula informacyjna RODO…….174

Streszczenie

Coraz więcej osób skarży się na występowanie dolegliwości ze strony brzucha i jelit. Przewlekłe psychosomatyczne choroby układu pokarmowego są aktualnie istotnym problemem społecznym. Charakteryzuje je długi czas trwania objawów z przejściowymi okresami remisji. Choroba przewlekła to stan, w którym człowiek zmaga się z wieloma różnymi sytuacjami związanymi z objawami, procesem diagnostycznym w tym kontaktem ze specjalistami. Często ustalenie diagnozy choroby jest żmudnym procesem, opatrzonym licznymi badaniami i interwencjami medycznymi. Najdłuższy proces diagnozowania trwa w przypadku dolegliwości czynnościowych. Wynika to z faktu konieczności różnicowania wspomnianych schorzeń z innymi chorobami somatycznymi brzucha i jelit. W niniejszym projekcie problem badawczy wyraża się w pytaniu o podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego.

Grupę badanych stanowią 144 osoby, w tym w większości kobiety (77,1%). Badani są w wieku od 18 do 60 lat (M= 33,43; SD= 10,23). Respondenci w okresie wczesnej dorosłości stanowią grupę 73 osób (50,7%), w okresie dorosłości – 71 osób (49,3%). Osoby zmagają się z następującymi dolegliwościami: choroba Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego, dyspepsja czynnościowa, nerwica żołądka, choroba wrzodowa żołądka.

Badanie psychologiczne składało się z dwóch etapów. W pierwszym etapie przeprowadzano wywiad częściowo ustrukuryzowany (DCPR-R-SSI) z uczestnikiem badania. Następnie badani samodzielnie uzupełniali: Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS wersja B), Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10), Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała (MBSRQ). Dla każdej osoby badanej zachowano taką samą procedurę badania. Respondenci zostali poinformowani o celu, dobrowolności, możliwości zrezygnowania z udziału na każdym etapie badania. Zastosowano dobór celowy metodą kuli śnieżnej.

Wykazano związki między nasileniem stresu i oceną choroby jako stresora a wymiarami adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego (akceptacją choroby, oceną zdrowia) i stylami radzenia sobie ze stresem (koncentracją na problemie, zachowaniami unikowymi). Wykazano mediacyjną rolę: 1) stylu skoncentrowanego na problemie w relacji między oceną choroby jako wyzwanie (aktywne i pasywne) i zorientowaniem na choroby, 2) poszukiwania wsparcia i stylu skoncentrowanego na emocjach w relacji między oceną stresora jako

wyzwanie_aktywność i zorientowaniem na choroby, 3) stylu skoncentrowanego na zachowaniach unikowych w relacji między oceną stresora jako wyzwanie (aktywne i pasywne) i oceną zdrowia, 4) stylu skoncentrowanego na problemie w relacji między oceną stresora jako wyzwanie_aktywność i oceną zdrowia.

Przedstawione analizy wskazują na istotną rolę oceny choroby przewlekłej jako stresora dla procesu adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego.

Słowa kluczowe: choroba psychosomatyczna, układ pokarmowy, radzenie sobie ze stresem, akceptacja choroby, ocena zdrowia, zorientowanie na choroby, ocena choroby

Abstract

People are increasingly complaining about experiencing abdominal and intestinal symptoms. Chronic psychosomatic gastrointestinal disorder are currently a significant social problem. They are characterised by a long duration of symptoms with transient periods of remission. Chronic disease is a condition in which a person struggles with many different situations related to symptoms, the diagnostic process including contact with specialists. Establishing a diagnosis of the disease is often an arduous process, accompanied by numerous tests and medical interventions. The longest diagnostic process is for functional complaints. This is due to the need to differentiate the aforementioned conditions with other somatic diseases of the abdomen and intestines. In the present project, the research problem is expressed in the question about the subjective determinants of patients adaptation to life with a psychosomatic disorder of the gastrointestinal system.

The study group consists of 144 people, the majority of whom are women (77.1%). The respondents range in age from 18 to 60 years (M= 33.43; SD= 10.23). Respondents in early adulthood represent a group of 73 people (50.7%), in adulthood - 71 people (49.3%). People struggle with the following conditions: Crohn's disease, irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, gastric neurosis, gastric ulcer disease.

The psychological examination consisted of two stages. In the first stage, a semi-structured interview (DCPR-R-SSI) was conducted with the study participant. Subsequently, the participants independently completed the Stress Assessment Questionnaire (KOS version B), Perceived Stress Scale (PSS-10), Multidimensional Coping Inventory (COPE), Acceptance of Illness Scale (AIS), Multidimensional Body Image Questionnaire (MBSRQ). The same survey procedure was followed for each subject. Respondents were informed of the purpose, voluntariness, and the possibility of opting out at each stage of the study. Purposive selection was used using the snowball method.

Relationships were shown between stress intensity and assessment of diseases as a stressor and dimensions of adaptation to living with a psychosomatic disorder of the gastrointestinal system (acceptance of illness, health evaluation) and coping styles (problem-focused, avoidant behaviour). The mediating role of: (1) problem-focused style in the relationship between disease challenge appraisal (active and passive) and illness orientation, (2) support-seeking and emotion-focused style in the relationship between stressor challenge_activity and illness orientation, (3) evasive behaviour-focused style in the relationship between stressor challenge appraisal (active and passive) and health

evaluation, (4) problem-focused style in the relationship between stressor challenge_activity and health evaluation.

The analyses presented here indicate the important role of chronic disease assessment as a stressor for the process of adaptation to living with a psychosomatic disorder of the gastrointestinal system.

Keywords: psychosomatic disorder, gastrointestinal system, coping with stress, acceptance of illness, health evaluation, illness orientation, disease evaluation

Wstęp

Choroba wpływa na funkcjonowanie osoby w życiu codziennym. Człowiek zmaga się z jej skutkami w życiu prywatnym, w pracy, w relacjach z innymi ludźmi. Chorujący przewlekle narażeni są na występowanie problemów w sferach życia: biologicznego, psychologicznego, społecznego, behawioralnego, środowiskowego. Zmaganie się z chorobą przewlekłą jest jedną z wielu sytuacji trudnych, których może doświadczyć człowiek. Występowanie choroby przewlekłej powoduje na tyle silne napięcia, że można traktować ją jako stresor psychiczny. Choroba jest przyczyną występowania wielu ograniczeń w życiu osoby chorującej, począwszy od codziennego funkcjonowania po zaangażowanie się w życie rodzinne i zawodowe. W konsekwencji choroby osoba jest zmuszona do modyfikacji swojego dotychczasowego stylu życia – człowiek musi nauczyć się funkcjonować z chorobą. Wpływ na samopoczucie i funkcjonowanie osoby chorującej poza objawami, które są wynikiem choroby mają również ograniczenia spowodowane uszkodzeniem organów. W tym kontekście istotne są: stopień ograniczeń, który narzuca choroba; czas trwania choroby; wiedza na temat tego czy zmiany, które nastąpiły na skutek choroby są odwracalne czy nie. Ważne jest to, w jaki sposób osoba traktuje swoją dolegliwość. Osoba może przyjąć postawę pesymistyczną, która dodatkowo będzie miała wpływ na utratę zasobów albo będzie szukała dobrych stron w sytuacji, w jakiej się znalazła. Zwraca się uwagę na istotną rolę znaczenia, jakie nadaje się przeżywaniu swojej choroby. W kontekście nadawania znaczeń chorobie bardzo ważne jest przewartościowanie.

Dla funkcjonowania w chorobie istotne znacznie ma postawa, czyli dyspozycja wobec dolegliwości. Skłonność ta dotyczy sfery: poznawczej, emocjonalnej, behawioralnej i egzystencjalnych zachowań. Postawy wobec choroby mogą być pozytywne albo negatywne. Pozytywne charakteryzują się tym, że człowiek posiada umiejętność innego spojrzenia na swoje dolegliwości, a nie traktowania ich tylko w kategoriach choroby. Dzięki takiej postawie ma szansę na refleksję, rozwijanie własnych wartości, docenienie przyjaźni i bliskości z drugim człowiekiem. Przyjęcie negatywnej postawy może prowadzić do rezygnacji ze starania się o swoje zdrowie, poczucia lęku, pozbawianie się nadziei.

Każda osoba chorująca, poza postawą wobec dolegliwości, ma o niej jakieś wyobrażenie. Subiektywny obraz choroby tworzy się u osób, jako spójna całość albo rozumienie choroby jest ze sobą sprzeczne. Bywa tak, że osoby chorujące nie do końca wiedzą na czym polega ich choroba, co przyczyniło się do jej powstania, jaki będzie miała

przebieg i jaki mają wpływ na poprawienie swego stanu zdrowia. Od obrazu choroby zależy w jaki sposób chorujący będzie interpretować jej występowanie. Ludzie z negatywnych zdarzeń, które wpłynęły na ich życie mogą wyciągać pozytywne wnioski dotyczące sensu istnienia, doświadczyć duchowego wzrostu, przeformułować priorytety, nabyć nowe umiejętności radzenia sobie ze stresem. Znaczenie ma także poczucie „niezawinionego cierpienia", którego osoba realnie doświadcza. Według tego życie zawsze dostarcza cierpienia, ale kwestią elementarną jest to w jaki sposób człowiek zareaguje na doświadczenie cierpienia.

Poza psychologicznymi konsekwencjami doświadczania choroby przewlekłej, osoba chorująca może doświadczyć przykrych skutków swojej dolegliwości w relacjach z innymi ludźmi w różnych systemach społecznych. Obrazuje to np. model socjoekologiczny Bronfenbrennera. W centrum modelu znajduje się osoba chorująca, która na co dzień funkcjonuje w różnych systemach. Najbliżej są: rodzina, przyjaciele, ale też choroba. Istotą tego systemu jest relacyjność między jego wymiarami. Wymiary i relacje kształtowane są przez czynniki wyższego rzędu. Mają one pośredni wpływ na człowieka chorego, np. wsparcie jakie otrzymuje rodzina osoby chorującej. Ich działanie z kolei zależy od struktur i regulacji na poziomie ogólnopaństwowym. Sytuacja osoby chorującej jest wypadkową przenikających się systemów, struktur, relacji i powoduje, że jego doświadczenie chorowania jest niepowtarzalne.

Wśród chorób przewlekłych specyficzne miejsce zajmują dolegliwości psychosomatyczne. Są to schorzenia dla których czynnikiem inicjującym, głównym albo ważnym są czynniki psychiczne, np. stres. W kręgu zainteresowań badaczy najczęściej pojawiają się pacjenci z chorobami psychosomatycznymi: kardiologicznymi, dermatologicznymi, endokrynnymi. Stosunkowo mało jest doniesień na temat funkcjonowania i problemów osób z psychosomatycznymi układu pokarmowego górnego odcinka.

Szacuje się, że na chorobę Leśniowskiego-Crohna choruje najwięcej osób w wieku od 15 do 40 lat, a 23% chorujących, to ludzie poniżej 16 roku życia. Poniżej 35 roku życia jest 70% pacjentów. Z kolei zespół jelita drażliwego występuje wśród 10%-15% dorosłych. Najwięcej osób doświadcza objawów tej dolegliwości w 3 i 4 dekadzie życia. Z dolegliwościami czynnościowymi zmaga się około 30% osób, ale na konsultację medyczną dociera od 10% do 20% mających objawy. Choroby wrzodowej żołądka doświadcza od 5% do 10% dorosłej populacji.

Niektóre osoby chorujące na dolegliwości ze strony układu pokarmowego stanowią swoistą społeczność na różnych grupach wsparcia w mediach społecznościowych. W tychże mediach dzielą się ze sobą własnymi doświadczeniami, informacjami dotyczącymi leczenia, leków czy sprawami dotyczącymi szeroko rozumianej opieki medycznej. Kreuje się pewna subkultura, która może w pewnym stopniu kompensować lub dawać wsparcie w sytuacji utraty, np. zasobów związanych z brakiem możliwości chodzenia do pracy. Poza tym, że są to grupy wsparcia w przeżywaniu konkretnej choroby, to można w tych grupach osiągnąć inne cele w zależności od potrzeb. Z przeprowadzonych badań własnych, wywiadów z osobami chorującymi na choroby układu pokarmowego wynika, że bardzo duże znaczenie ma poczucie humoru (dystans do swojej choroby). W niektórych zakładach pracy osoby chorujące mają pierwszeństwo do skorzystania z toalety. W większych miastach można skorzystać z aplikacji, która wskaże najbliższą toaletę.

Nasilenie częstotliwości występowania chorób psychosomatycznych ze strony układu pokarmowego generuje zapotrzebowanie na wiedzę o uwarunkowaniach, procesach i mechanizmach psychologicznych powstawania i dynamiki objawów. Wiedza na ten temat może przyczynić się do zminimalizowania liczby bolesnych interwencji medycznych, skrócenia czasu trwania procesu diagnostycznego. Przyczynić się może do ograniczenia ekspozycji chorego na błędy jatrogenne. Poznawcza reprezentacja choroby w umyśle pacjenta zawiera w sobie zarówno wiedzę o uwarunkowaniach, procesach i mechanizmach, jak i doświadczenia kontaktu ze służbą zdrowia. Wyobrażenie choroby wiąże się z motywacją do leczenia/terapii. Zasadnym jest więc poszukiwanie psychologicznych czynników, przyczyniających się do przystosowania do życia z chorobą, ku lepszej jakości życia.

Zwrócono uwagę na potrzebę udzielenia wsparcia w funkcjonowaniu na co dzień osobom chorującym, stąd istotna jest analiza podmiotowych czynników w adaptacji do życia z psychosomatyczną chorobą przewlekłą układu pokarmowego. W związku z tym sformułowano problem badawczy: Jakie są podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego? Poza tym sformułowano pytania i hipotezy dotyczące psychosomatycznej charakterystyki badanych, związków między zmiennymi, a także mechanizmów adaptacji do życia z przewlekłą chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego.

Grupa badana wynosi 144 osoby. W badaniach udział wzięły osoby doświadczające następujących dolegliwości: choroba Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego,

dyspepsja czynnościowa, nerwica żołądka, wrzody żołądka. W procesie badawczym wykorzystano następujące narzędzia: Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (DCPR-R-SSI), Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS wersja B), Skala Akceptacji Choroby (AIS), Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała (MBSRQ). Badania miały charakter indywidualny z wykorzystaniem metody papier-ołówek. Zastosowano dobór celowy. Założona procedura (pozyskanie pacjentów przychodni i klinik gastrologicznych) uległa w międzyczasie modyfikacji z powodu pandemii COVID-19. W związku z tym dane były gromadzone metodą kuli śnieżnej z wykorzystaniem komunikacji na odległość. Praca składa się z sześciu rozdziałów. Pierwsze trzy dotyczą podstaw teoretycznych pracy. W pierwszym rozdziale poruszono treści dotyczące problematyki chorób przewlekłych. Zwrócono uwagę na kwestie związane z rozumieniem chorób przewlekłych, wymagającym procesem diagnostycznym, opisano także sposoby klasyfikowania dolegliwości. Wskazano także na uwarunkowania i mechanizmy powstawania objawów psychosomatycznych: mechanizm nieswoistych reakcji na stres, autoimmunizacji, nerwicowy i czynnościowy. Drugi rozdział dotyczy charakterystyki choroby przewlekłej w paradygmacie stresu w oparciu o transakcyjną teorię stresu Lazarusa i Folkman. Z niniejszą tematyką ściśle związane są: postrzeganie choroby przewlekłej jako stresora, radzenie sobie w chorobie przewlekłej i adaptacja do życia z nią. Adaptacja wyraża się poprzez akceptację choroby i pozytywny obraz ciała. Ciało jako przestrzeń wyrazu trudności psychicznych jest nośnikiem oceny zdrowia (adaptacja pozytywna) i zorientowanie na choroby (adaptacja negatywna). Kolejny, trzeci rozdział dotyczy charakterystyki wybranych psychosomatycznych chorób układu pokarmowego, tj. choroba Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego, dyspepsja czynnościowa, nerwica żołądka, choroba wrzodowa żołądka. Wymienione jednostki chorobowe scharakteryzowano w kategoriach: epidemiologii, etiologii, schematów diagnostycznych, różnicowania oraz ewentualnych sposobów leczenia.

Czwarty rozdział zawiera informacje na temat metodologii badań własnych. Zaprezentowano w nim: model teoretyczny badań własnych, który powstał w oparciu o transakcyjną teorię stresu oraz paradygmat holistyczny. W tej części postawiono pytania i hipotezy badawcze. Scharakteryzowano grupę badaną, wskazano narzędzia badawcze - ich charakterystykę oraz właściwości psychometryczne. W omawianym rozdziale zaprezentowano także plan postępowania badawczego, zastosowane statystyki i procedury statystyczne.

Rozdział piąty dotyczy prezentacji uzyskanych wyników w zakresie: psychosomatycznej charakterystyki badanych, charakterystyki opisowej zmiennych, weryfikacji hipotez dotyczących związków między zmiennymi i mechanizmów adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego. W rozdziale tym wskazano na podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego.

Rozdział szósty stanowi dyskusję uzyskanych wyników, skonfrontowanych z doniesieniami innych badaczy. W tym rozdziale zaproponowano także wyjaśnienia dotyczące uzyskanych rezultatów. Praca zawiera zakończenie, literaturę przedmiotu. Bibliografia składa się z artykułów naukowych i popularnonaukowych, książek, zasobów internetowych z zakresu psychologii, nauk medycznych, socjologicznych, biochemicznych. Do pracy dołączone są stosowne załączniki.

Dotychczas poruszane były różne problemy związane z funkcjonowaniem układu pokarmowego, ale w sposób izolowany. Nie ma opracowania, które całościowo traktuje o psychosomatycznych chorobach przewlekłych układu pokarmowego. Niniejsza praca jest próbą całościowego ujęcia zjawiska tych dolegliwości. Zwraca się uwagę na holistyczne podejście do człowieka, rolę stresu związanego z chorobą, funkcjonowanie człowieka w chorobie. Zamysłem pracy było ukazanie fenomenu podobnych problemów osób z dolegliwościami psychosomatycznymi ze strony układu pokarmowego.

I Problematyka chorób przewlekłych w literaturze przedmiotu

O chorobie przewlekłej można mówić zazwyczaj, kiedy objawy zakłócenia prawidłowego funkcjonowania trwają przynajmniej sześć miesięcy. Choroba przewlekła to stan, w którym osoba zmagająca się z nią doświadcza wielu różnych sytuacji związanych z objawami, procesem diagnostycznym w tym kontaktem ze specjalistami. Z literatury wynika, że istnieją różne sposoby rozumienia choroby przewlekłej (Basińska, 2009; Chojnacka-Szawłowska, 2012; Kim i in., 2018; Pasztak-Opiłka i in. 2013; Pilecka, 2002; Pilecka i Stachel, 2011; Skrzypek, 2011; Wiśniowiecka i Beń-Skowronek, 2022; Ziarko, 2014), co może być dodatkowym źródłem niepokoju dla pacjentów. W zależności od przyjętych kryteriów sytuacja chorego może zyskać status choroby przewlekłej lub pozostać wciąż nieokreśloną. Z tego wynikają określone konsekwencje dla osoby i jej otoczenia. Chorujący mierzą się z koniecznością przeformułowania dotychczasowego stylu życia i sposobu myślenia, utratą pracy, a nierzadko doświadczają bólu i cierpienia. Duże znaczenie ma także zaburzenie reguły wzajemności w interakcjach społecznych, bowiem osoba może stać się bardziej zależna od innych (Heszen i Sęk, 2007; Pawlas-Czyż, 2013). Takie wymagania narzucone z konieczności, a nie z wyboru mogą być dodatkowym obciążeniem dla człowieka. Szczególnie, że bywa tak, iż zmiany należy wprowadzić w życie w tempie zależnym od objawów chorobowych, które same w sobie są trudnym doświadczeniem. Ostrzyżek (2008) zwraca uwagę, że bliscy osoby chorującej przewlekle mogą doświadczyć obciążeń związanych z funkcjonowaniem emocjonalnym, fizycznym jak i finansowym. Osoba chorująca przeżywa negatywne emocje, które mogą być trudne do przyjęcia dla innych, konfrontujących się z własnymi emocjami towarzyszącymi im w związku z chorobą osoby bliskiej (Heszen i Sęk, 2007). Chorujący przewlekle mogą potrzebować wsparcia materialnego i fizycznego, ponieważ na skutek dolegliwości sami nie są w stanie poradzić sobie. W Polsce powstaje wiele zbiórek społecznych (np. na portalach siepomaga.pl; zrzutka.pl) na finansowanie leczenia osób w trudnych sytuacjach zdrowotnych. Jak wynika z badań wśród chorujących przewlekle (Banakiewicz i in. 2021; Koetsenruijter i in., 2016; Kroenke i in., 2013; Vassilev i in., 2014) rodzaje, sieci wsparcia, przynależność do grupy wiążą się lepszym poczuciem dobrostanu i umiejętnościami dotyczącymi brania odpowiedzialności za własne życie. Doświadczenie choroby przewlekłej niesie ze sobą wiele ograniczeń i wyzwań, z którymi mierzą się osoby chorujące, ich otoczenie, a które wymagają dużego zaangażowania.

1.1 Koncepcje choroby przewlekłej

Chojnacka-Szawłowska (2012) przywołuje definicję, według której choroba przewlekła jest procesem chorobowym trwającym od kilku miesięcy do kilku lat, może towarzyszyć człowiekowi przez całe życie. Wspólną cechą przewlekłych dolegliwości jest to, że nierzadko występują liczne i zróżnicowane objawy, brak jest perspektywy wyleczenia, stopniowo obniża się kondycja zdrowotna. Osoby chorujące muszą nauczyć się funkcjonować w nowych warunkach (Heijmans i in., 2004). Choroba przewlekła, to proces o różnej dynamice. Adaptacja do zmieniającego się stylu życia zależna jest od czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Do czynników zewnętrznych zalicza się: rodzaj choroby, poziom zaawansowania choroby, metody leczenia, stopień zagrożenia życia, rodzaj niepełnosprawności, dynamikę rozwoju choroby (Chojnacka-Szawłowska, 2012). Do czynników wewnętrznych na przykładzie choroby niedokrwiennej serca należą: depresyjny afekt, nasilona złość i wrogość. Ponadto doświadczanie nieprzyjemnych emocji tj. lęk, złość, wstręt ma związek z rozwijaniem się nieumiejętności radzenia sobie z realizowaniem planów czy też skupieniem się na zagrożeniu i emocjonalnej obronie (Chojnacka-Szawłowska, 2012).

Choroba przewlekła według Leventhala i współpracowników (2005, za: Ziarko, 2014) cechuje się spokojnym przebiegiem z okresami nawrotów choroby lub nawet zagrożeniem życia. Symptomy pojawiają się późno i wpływają na działanie wielu układów fizjologicznych. Ponadto stopniowo zaburzone jest funkcjonowanie człowieka w sferze prywatnej i zawodowej. Objawy choroby przewlekłej mogą być kontrolowane w celu minimalizacji przykrych konsekwencji, ale nie są możliwe do całkowitego wyleczenia.

Basińska (2009) wyjaśnia, że choroba to występowanie zespołu zaburzeń patologicznych w organizmie, a z perspektywy medycznej dotyczy zaburzenia ogólnoustrojowej homeostazy. W rozumieniu holistycznym, to subiektywne doświadczenie dyskomfortu albo cierpienia, wiążących się z zaburzeniami o charakterze patologicznym. Choroba nie jest konsekwencją tylko biologicznych czy psychicznych czynników, ale zależna jest też od czynników społecznych, kulturowych, wieku, cech osobowości, przekonań osoby na temat dolegliwości. Oznacza ważną i niepomyślną zmianę w życiu człowieka. Jednak istotne jest też to, w jaki sposób chorujący widzi i ocenia swoje dolegliwości (Furmańska i in., 2018; Furmańska i in., 2021; Heszen i Sęk, 2007).

Ziarko (2014) zwraca uwagę na to, że chorobę przewlekłą można rozumieć w perspektywie czasu trwania i funkcjonowania osoby oraz cech charakterystycznych choroby przewlekłej. Traktuje o tym, że chorobę przewlekłą i inne choroby różnicuje

kryterium czasu trwania dolegliwości oraz właściwości. Wyjaśnia, że WHO używa sformułowania „długi czas trwania", MedicineNet posługuje się określeniem: „długi czas", Goodheard i Lansing (1997) korzystają z pojęcia „długotrwała choroba". Biorąc pod uwagę czas trwania choroby, dzieli się ją ze względu na przebieg ostry i przewlekły. Choroby ostre trwają krótko, do kilkunastu tygodni, po zastosowaniu leczenia można całkowicie wrócić do zdrowia. Choroby przewlekłe trwają dłużej niż kilkanaście tygodni, mają łagodniejszy przebieg w porównaniu do ostrego przebiegu choroby, zazwyczaj nie można całkowicie powrócić do zdrowia sprzed zachorowania. Konsekwencje dla zdrowia są długotrwałe i mogą powodować niepełnosprawność. Z choroby przewlekłej nie da się wyleczyć, ale dąży się do, tzw. okresu remisji, czyli czasu w którym nie występują objawy dolegliwości. W chronicznym przebiegu dolegliwości celem jest zminimalizowanie działania objawów, zatrzymanie dynamiki choroby oraz zmniejszenie występowania powikłań (Basińska, 2009). Pilecka (2002) powołuje się na rozumienie choroby przewlekłej zaproponowanej przez Pless i Pinkerton, którzy przyjmują, że choroba przewlekła trwa dłużej niż 3 miesiące w roku albo osoba przebywa w szpitalu przez minimum miesiąc. Natomiast Skrzypek (2011) formułuje rozważania dotyczące kwestii oceny czasu trwania choroby, porównując źródła wskazujące na odmienne stanowiska dotyczące określania czasu choroby: począwszy od 6-7 tygodni do wielu lat, po kryterium trwania hospitalizacji trwającej dłużej niż 30 dni. Zgodnie z zarządzeniem prezesa NFZ osoby mogą przebywać na oddziale dla chorych przewlekle do 30 dni (Zarządzenie nr 61). Oleś (2010) zwraca uwagę, że choroba przewlekła jest stanem chorobowym, który trwa co najmniej 3 miesiące albo dłużej, a zmianami chorobowymi objęty jest przynajmniej jeden układ, a symptomy mogą powodować zaburzenia stanu zdrowia fizycznego i/lub psychicznego. Skrzypek (2011) zwraca uwagę na rozumienie choroby przewlekłej w kontekście medycznym i niemedycznym. W kontekście niemedycznym bierze się pod uwagę osobę chorującą i jej przeżycia związane ze schorzeniem i jego przebiegiem, a nie chorobę samą w sobie. W kontekście medycznym nacisk kładzie się na chorobę. W podobnym rozumieniu wyjaśniają podejście biomedyczne i holistyczno-funkcjonalne Heszen i Sęk (2007) i Juczyński (2016).

Cechy charakterystyczne choroby przewlekłej zaproponowali Burish i Bradley w 1983r (Ziarko, 2014):

- przyczyny – dolegliwości o przebiegu chronicznym są konsekwencją antyzdrowotnego stylu życia;

- przebieg – w przypadku choroby przewlekłej jej dynamika jest powolna, początek choroby jest trudny do zlokalizowania, trudno określić zakończenie występowania objawów;
- istota choroby – chroniczne dolegliwości mają nieokreśloną etiologię, trudno dokonać oceny przyczynowo skutkowej do czasu gdy choroba nie rozwinie się;
- konsekwencje – w przypadku chorób przewlekłych mimo zastosowania leczenia, dolegliwości zostają do końca życia.

Do proponowanych kategorii różnicowania chorób przewlekłych Ziarko (2014) proponuje dodać kategorię: przebieg leczenia. W przypadku przewlekłych chorób okazuje się, że są nieuleczalne

i mogą występować, tzw. rzuty choroby. W związku z tym należy stosować na różnych etapach zróżnicowane metody leczenia, adekwatne, które pomagają chorującym. Jedno z proponowanych kryteriów psychospołecznych choroby przewlekłej dotyczy realizacji ról społecznych i zadań związanych z wiekiem (Pilecka, 2002). Wyróżnia się następujące poziomy realizacji: podejmowanie podstawowych ról społecznych i aktywności bez ograniczeń; realizowanie ról społecznych z ograniczeniem niektórych aktywności; realizacja podstawowych ról w niepełnym wymiarze; brak możliwości realizowania niektórych ról społecznych; brak możliwości realizowania żadnej z ról społecznych (Pilecka, 2002).

Skrzypek (2011) przywołuje rozumienie choroby przewlekłej Bury'ego w kontekście cech tejże. Należą do nich: a) podstępny początek- symptomy choroby trudno odróżnić od codziennego doświadczenia, więc występuje trudność w podjęciu decyzji dotyczącej konsultacji z lekarzem. Jednak jeśli osoba zdecyduje się na kontakt ze specjalistą, to z powodu niejednoznaczności objawów mogą wystąpić problemy diagnostyczne; b) falujący przebieg – trudno przewidzieć kiedy nastąpi zaostrzenie symptomów choroby, a kiedy pojawi się okres remisji i jak długo będzie trwał. W konsekwencji człowiek może doświadczać poczucia nieustannej zmienności dolegliwości; c) niepewność co do prognozy - osoba chorująca przewlekle ma świadomość, że w jej sytuacji nie ma perspektywy totalnego wyzdrowienia. Doświadczenie chorowania będzie towarzyszyło jej przez całe życie. Sytuacja się komplikuje jeszcze bardziej, ponieważ chorujący nie wiedzą, kiedy objawy choroby mogą się nasilić, w związku z tym mogą być w stanie wyczekiwania.

Komisja Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia definiuje chorobę przewlekłą jako: „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają

jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalistycznego postępowania rehabilitacyjnego, albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego nadzoru, obserwacji czy opieki" (Commission on Chronic Illness, za: Ogińska-Bulik, 2014, s. 4; Ziarko, 2014, s. 18). Poza tym, że choroba przewlekła wywołuje przykre dla osoby zmiany w organizmie, to są one często nieodwracalne. Rehabilitacja ma na celu min. zahamowanie skutków objawów choroby, a przy tym wzmocnienie jakości życia, ponieważ jak donoszą Lipowska i in. (2015) w związku z czasem trwania, nasileniem objawów, braniem leków, wpływem choroby na różne sfery życia jakość życia u osób chorujących jest obniżona.

Według Leventhala i in. (2005) do właściwości choroby przewlekłej należą: a) ogólnosystemowy przebieg, który wpływa na działanie wielu układów tym samym zakłóca procesy fizyczne, psychiczne i społeczne; b) dezorganizuje normalny przebieg życia, rozwija się przez wiele lat, objawy są niewidoczne, a choroba ujawnia się około 60 roku życia; c) przebieg i dynamika choroby podlega kontroli, ale nie można wyleczyć się całkowicie; d) stopniowo i niezauważalnie dezorganizuje realizowanie wielu czynności dnia codziennego; e) typowy jest spokojny przebieg, który zakłócają nagłe nawroty choroby.

Istotne w kontekście chorób przewlekłych jest to, że we wspieraniu osób chorujących należy działać dwutorowo. Konieczne jest udzielenie profesjonalnego wsparcia medycznego, w przypadku koniecznych interwencji medycznych, jak również udzielić wsparcia psychologicznego w celu radzenia sobie w sytuacji okołochorobowej (Ziarko, 2014).

W swojej publikacji Pilecka i Stachel (2011) przywołują wiele definicji choroby przewlekłej. Zatem można wnioskować, że istnieje co najmniej kilka podejść do rozumienia zagadnień dotyczących choroby przewlekłej. Niezmiennie istotne jest to, aby te koncepcje rozwijały się w słusznej sprawie, czyli pomocy i wsparcia w potrzebie drugiemu człowiekowi. Rozumienie czym jest choroba przewlekła rzutuje na proces diagnostyczny.

1.2 Klasyfikacja chorób przewlekłych

Choroba przewlekła, to krytyczne wydarzenie w życiu (Ziarko, 2014) wiążące się z adaptacją do choroby, która uwarunkowana jest czynnikami obiektywnymi, rodzajem i etapem choroby, obrazem klinicznym, sposobami leczenia, stopniem zagrożenia życia,

czynnikami psychologicznymi (Chojnacka-Szawłowska, 2012). Charakterystyczny dla niej jest długi czas trwania objawów i wolny – w porównaniu do stanów ostrych - postęp zmian wywołanych przez chorobę (Budna i Łagoda, 2018).

W celu uporządkowania charakterystyk klinicznych chorób somatycznych i psychicznych Światowa Organizacja Zdrowia skonstruowała *Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Zaburzeń (*ICD-10*)* (Chojnacka-Szawłowska, 2012). W ICD 10 wyodrębniono min. choroby układowe o określonej i nieokreślonej etiologii. Z badań wynika, że 45% pacjentów zgłaszających się po podstawową opiekę zdrowotną (POZ) doświadcza symptomów medycznie niewyjaśnionych (Czachowski i Buczkowski, 2015). Natomiast Kulik (2014) powołuje się na badania, z których wynika, że około 15% pacjentów zgłaszających się do POZ i około 50% osób przewlekle chorujących doświadcza objawów, które trudno wyjaśnić medycznie.

Inną znaczącą pozycją zawierającą opis symptomatologii chorób i zaburzeń psychicznych jest opracowanie Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego - *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychicznych (DSM-V).* Ziarko (2014) przywołuje również inne klasyfikacje chorób przewlekłych, tj. klasy chorób przewlekłych, grupy chorób przewlekłych wymagających odmiennych procedur pracy z pacjentem czy kryteria klasyfikacyjne chorób przewlekłych.

1.2.1 Choroby przewlekłe o określonej etiologii

Do chorób przewlekłych o określonej etiologii należą te, których przyczyny powstawania są w mniejszym lub większym stopniu wyjaśnione. Są nimi: 1) choroby zakaźne i pasożytnicze, wywołane przez bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki i pasożyty; 2) nowotwory różnych organów ciała oraz różnego rodzaju (łagodny, złośliwy); 3) choroby krwi i narządów krwiotwórczych wywołane niedoborami, zaburzeniami funkcjonowania mikroelementów; 4) zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych, do których należą, np. choroby tarczycy, cukrzyca, zaburzenia regulacji poziomu glukozy i zaburzenia wydzielania wewnętrznego trzustki, zaburzenia innych gruczołów wydzielania wewnętrznego, niedożywienie, niedobory pokarmowe, otyłość i zespoły z hiperalimentacją, choroby metaboliczne; 5) choroby układu nerwowego wynikające z zapaleń ośrodkowego układu nerwowego, układowych zaników pierwotnych, zaburzeń pozapiramidowych i czynności ruchowych, choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego, choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia okresowe i napadowe, zaburzenia obejmujące nerwy, korzenie, nerwów i sploty nerwowe,

polineuropatie i inne zaburzenia obwodowego układu nerwowego, choroby połączeń nerwowo-mięśniowych i mięśni, mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne, inne zaburzenia układu nerwowego; 6) choroby narządów wzroku, słuchu; 7) choroby układu krążenia, do których należą: ostra choroba reumatyczna, przewlekła choroba reumatyczna serca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zespoły sercowo-płucne, choroby naczyń mózgowych, choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych, choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, inne nieokreślone zaburzenia układu krążenia; 8) choroby układu oddechowego spowodowane zakażeniem, zapaleniem, przewlekłe choroby układu oddechowego, choroby płuc wywołane przez czynniki zewnętrzne, stany ropne i martwicze dolnych dróg oddechowych; 9) choroby układu pokarmowego dotyczące jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy, choroby wyrostka robaczkowego, przepuklina, niezakaźne zapalenie jelita cienkiego i grubego, inne choroby jelit, choroby otrzewnej, choroby organów wewnętrznych związanych z układem pokarmowym; 10) choroby skóry i tkanki podskórnej wynikające z zakażeń i zapaleń skóry, pokrzywka, choroby skóry związane z promieniowaniem, choroby przydatków skóry (Światowa Organizacja Zdrowia – rewizja 10, 2012; WHO – revision 11th, 2023).

1.2.2 Zaburzenia psychiczne

Klasyfikacje ICD-10 (2012) i ICD-11 (2023) – włącznie ze zmianami w rewizji 11 - pozwalają na usystematyzowanie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Należą do nich: 1) zaburzenia psychiczne organiczne włącznie z zespołami objawowymi, tj. otępienie; 2) zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, które wynikają z używania, np. alkoholu, opioidów, kanabinoli i innych; 3) schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe; 4) zaburzenia nastroju [afektywne]; 5) zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, tj. zaburzenia lękowe w postaci fobii; 6) zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi, np. zaburzenia odżywiania; 7) zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych, np. specyficzne zaburzenia osobowości; 8) upośledzenie umysłowe; 9) zaburzenia rozwoju psychologicznego, np. specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka; 10) zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym, np. zaburzenia hiperkinetyczne; 11) nieokreślone zaburzenia psychiczne, np. zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej.

1.2.3 Psychosomatyczne choroby przewlekłe

Do psychosomatycznych chorób przewlekłych należą te dolegliwości, których przyczyna nie jest jednoznacznie określona. Symptomy, z którymi zmaga się osoba nie spełniają kryteriów diagnostycznych, a potwierdzenie związku między stanem zdrowia i doświadczeniem emocji oraz stresu, mogą powodować u pacjentów akceptację stanu zdrowia (Woźniewicz, 2018) albo poczucia, że nie jest się takim, jak inni ludzie (O'Sullivan, 2017). Psychosomatyczne choroby przewlekłe dotyczą: objawów i cech chorobowych układu krążenia (np. samoistne nadciśnienie tętnicze), oddechowego (astma oskrzelowa), endokrynologicznego (zapalenie tarczycy Hashimoto), pokarmowego i jamy brzusznej (choroba Leśniowskiego-Crohna), skóry i tkanki podskórnej (łuszczyca), układu nerwowego (przewlekłe bóle głowy typu napięciowego) (ICD 10, 2012**).**

Ścigała (1993, Tylka, 2000) podzieliła zaburzenia psychosomatyczne w następujący sposób:

a) nerwice wegetatywne - czynnikiem etiologicznym dla wystąpienia objawów choroby jest bodziec psychiczny. Przykładem dolegliwości są np. bóle głowy spowodowane napięciem psychicznym;
b) choroby dla których kluczową, ale nie jedyną przyczyną są urazy psychiczne, np. w przypadku choroby wrzodowej żołądka
c) dolegliwości, w których bodziec psychiczny powoduje zaostrzenie objawów choroby, np. nadczynność tarczycy.

Choroba Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego, choroba wrzodowa żołądka, dyspepsja czynnościowa, nerwica żołądka należą do psychosomatycznych dolegliwości układu pokarmowego (Czachowski, 2021; Denys i in., 2015; Fedorowicz, 2015; Janowska i Prystupa, 2012). Fava, Cosci i Sonino (2017) zwracają uwagę na znaczenie przewlekłego stresu w chorobie, a także na rozwój badań psychosomatycznych w celu skuteczniejszej opieki nad pacjentem. Wsparcie w zakresie rozumienia objawów chorobowych, tego jakie zmiany zachodzą w organizmie chorego znacząco może przybliżyć chorujących do akceptacji swego stanu zdrowia, a przy tym nauczenia się funkcjonowania z objawami somatycznymi.

1.3 Diagnostyka choroby przewlekłej

Diagnoza jest rozumiana jako proces dochodzenia do rozpoznania (diagnostyka) jak i efekt tego procesu (Stieglitz i in., 2015). W procedurze określania diagnozy i leczenia podstawową rolę odgrywa świadoma zgoda pacjenta na podjęcie działań medycznych

(Podgórniak i in., 2016), które to w zależności od diagnozy mają różny stopień ingerencji w ciało (Wiśniowiecka i Beń-Skowronek, 2022). Ustalenie diagnozy choroby jest bardzo ważnym procesem w kontekście wiedzy na temat dolegliwości, z jaką zmaga się osoba, a także jej następstw. Właściwe sformułowanie diagnozy choroby pozwala specjaliście na zaproponowanie pacjentowi sposobu leczenia, który pomoże wrócić do zdrowia albo wpłynie na lepszą jakość życia (Rampton i Shanahan, 2018; Skrzydło-Radomańska i Rosołowski, 2020).

W kontekście diagnozowania bardzo ważny jest czas otrzymania diagnozy choroby. Czas oczekiwania na wizytę u gastrologa w Polsce wynosi od 103 dni do 279 dni na dzień 03.03.2022 (swiatprzychodni.pl). Klukow i Ksykiewicz-Dorota (2010) zaprezentowały metodę klasyfikacji pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym zaproponowaną przez Stolley i Hachmanna. Klasyfikacja dotyczy następujących kategorii opieki: umiarkowanej, pośredniej, zaawansowanej oraz natychmiastowej. Kryteria dotyczące uzyskania adekwatnej kategorii dotyczyły: oceny stanu pacjenta: wstępnej i końcowej, schematu postępowania, interwencji i terapii medycznych, przewidywanie wypisu z oddziału, dokumentację, transport i komunikowanie się z chorym.

Wiodącą rolę w kontekście diagnostyki odgrywa relacja między lekarzem i pacjentem, dlatego że wzorcowe podejście do pacjenta może przyczynić się do zminimalizowania lęku, przepracowania trudnych emocji, wsparcia w kreowaniu postawy osoby wobec choroby (Kaźmierczak, 2011; Krzyżowski, 2004; Tylka, 2000). Rampton i Shanahan (2018) odnoszą się do znaczenia jakości kontaktu lekarza i pacjenta. Od specjalisty oczekuje się wiedzy, jak i zaangażowania oraz współczucia w kontakcie z chorującymi. Przy tym niezwykle ważne jest, aby specjalista zaproponował sposób leczenia. Określenie sposobu leczenia pozwala przewidywać czas poprawy stanu zdrowia (Krzyżowski, 2004; Rampton i Shanahan, 2018), ale też powinno wskazywać na zmianę stylu życia np. przez przestrzeganie diety (Skrzydło-Radomańska, 2020). Komunikacja lekarza i pacjenta pozwala lekarzowi dotrzeć do informacji, które konieczne są do sformułowania diagnozy, a pacjent może podzielić się z drugą osobą problemem zdrowotnym, z którym się zmaga (Kulik, 2014). Taka rozmowa może pełnić funkcję katarktyczną.

Każda choroba somatyczna i psychiczna czy zaburzenie psychiczne wymaga przestrzegania konkretnych procedur diagnostycznych. Diagnosta powinien mieć wiedzę na temat objawów, częstotliwości ich występowania, ale też różnicowania z innymi dolegliwościami. Psychosomatyczne choroby układu pokarmowego, tj. choroba

Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego, wrzody żołądka, nerwica żołądka, dyspepsja czynnościowa, mają określone schematy postępowania (Gruszczyński, 2010; Mulak i in., 2016; Rampton i Shanahan, 2018; Skrzydło-Radomańska, 2020).

W zależności od diagnozowania choroby psychosomatycznej układu pokarmowego proces diagnostyczny może trwać dłuższy czas. Nie od razu wiadomo, co dolega pacjentowi, jak, np. w przypadku zatrucia pokarmowego (Brylak-Błaszków i in., 2021). Podejrzewając chorobę autoimmunologiczną, zespół medycznie niewyjaśniany, chorobę czynnościową czy nerwicę pacjent musi doświadczyć wielu różnych badań, na które nierzadko trzeba długo czekać i nie są przyjemne (Czachowski, 2021; Rampton i Shanahan, 2018; Skrzydło-Radomańska, 2020; Skrzydło-Radomańska i Rosołowski, 2020). Wyniki badań pozwalają na postawienie diagnozy. Gdy w wynikach badań medycznych brak jest przyczyn organicznych objawów poszukuje się innych czynnościowych dolegliwości przewodu pokarmowego (Gruszczyński, 2010; Mulak i in., 2016; Rampton i Shanahan, 2018; Skrzydło-Radomańska, 2020). Im bardziej znany mechanizm choroby tym większe możliwości diagnostyczne. Najdłuższy proces diagnostyczny występuje w przypadku dolegliwości czynnościowych (Sojka i Jonderko, 2013). Wynika to z faktu wykonywania badań medycznych w zależności od podejrzenia choroby. Jeżeli badania obiektywne wykluczają możliwość występowania choroby autoimmunologicznej, medycznie niewyjaśnianej, somatycznej, a objawy utrzymują się lub/i nasilają, z wysokim prawdopodobieństwem osoba doświadcza zaburzeń czynnościowych.

Nie bez znaczenia jest postawa pacjenta wobec choroby. O'Sullivan (2017) zwróciła uwagę, że u niektórych pacjentów może zdarzyć się tak, że - gdy poznają diagnozę choroby - objawy dolegliwości zmniejszają się albo zanikają. Gdy lekarz postawi diagnozę, pacjent ma szansę przejąć odpowiedzialność za swój stan zdrowia. W innym wypadku, gdy osoba stara się dostosować do funkcjonowania, które narzuca jej choroba trudno jest jej kontrolować nasilenie objawów. Jeśli nastąpi przepisanie objawu – wzmacnianie nasilenia objawu – paradoksalnie ten może zmniejszyć jego nasilenie (Weeks i L'Abate, 2000). W kontekście funkcjonowania osoby chorującej akceptacja choroby przejawia się w niewielkim nasileniu trudnych emocji oraz trudnych reakcji. Zaakceptowanie choroby wiąże się z uznaniem ograniczeń, które powoduje. Im wyższe nasilenie akceptacji choroby tym niższe poczucie dyskomfortu psychicznego (Basińska, 2009). Pacjenci, akceptujący swój stan zdrowia mimo przewlekłych objawów, mają nadzieję na wyzdrowienie niezależnie od sytuacji w jakiej się znaleźli (Kalembrik i Juczyński, 2001).

1.4 Uwarunkowania i mechanizmy powstawania chorób przewlekłych

Goodheard i Lansing (1997), Chojnacka-Szawłowska, (2012) rozumieją chorobę przewlekłą jako długotrwały proces, który uniemożliwia normalne psychologiczne funkcjonowanie. W przypadku chronicznych chorób znaczącą rolę odgrywają czynniki podmiotowe, tj. ocena stresu związanego z chorobą, radzenie sobie w chorobie i adaptacja do życia z chorobą. Ustalenie jednoznacznych mechanizmów i przyczyn dla psychosomatycznych chorób przewlekłych jest trudne, dlatego rozdział ten jest próbą konceptualizacji, która dotyczy uwarunkowań i mechanizmów psychosomatycznych chorób przewlekłych.

1.4.1 Podstawowe założenia psychosomatyki

W podejściu psychosomatycznym istotne jest zwrócenie uwagi na trudności osoby chorującej, a w postępowaniu terapeutycznym zbadanie wszelkich funkcji organizmu w znaczeniu psychofizjologicznym w celu integracji leczenia somatycznego i psychicznego (Tylka, 2000). Przyczyny psychospołeczne odrywają znaczącą rolę w kontekście powstawania i przebiegu zaburzeń psychosomatycznych (Skowrońska i Wolańczyk, 2005).

Alexander (1943, za: Płużek, 1978) określił czynniki, które powinny pojawić się, aby chorobę określić mianem psychosomatycznej:

a) specyficzny układ cech osobowości zapoczątkowany nieuświadomionym konfliktem w dzieciństwie z konsekwencjami widocznymi u osoby dorosłej,

b) przed pojawieniem się choroby miała miejsce sytuacja trudna, która aktywowała konflikt z przeszłości,

c) słabość narządu, czyli występowanie czynnika X.

Płużek (1978) zwraca uwagę, że wszystkie trzy czynniki uznane przez Alexandra muszą wystąpić przed pojawieniem się choroby, aby określić ją psychosomatyczną. Do wystąpienia choroby somatycznej nie wystarczy pojawienie się trudnej sytuacji. Zdarzenie musi być silne albo długotrwałe powodujące aktywację przeszłego konfliktu wewnętrznego, który przyczynia się do włączenia znanych mechanizmów obronnych lub powstanie nowego konfliktu.

Jednym z wymienionych czynników, który przyczynia się do powstawania schorzeń psychosomatycznych jest stres. Kolejnym jest specyficzny układ cech osobowości, powodujący że ludzie reagują w różny sposób na tę samą sytuację stresową (Kubacka-Jasiecka, 2019; Łój, 2007; Ziarko, 2014). Człowiek w określony sposób interpretuje

właściwości danej sytuacji. W tym samym czasie może traktować ją jako szansę lub zagrożenie. Wydarzenia, które są odczytywane jako szansa motywują do działania (Oleś, 2003). Następnym czynnikiem jest słabość układu fizjologicznego (Płużek, 1978). Ciało zaczyna być podatne na stres i ma niższy próg nasilenia wrażliwości na zagrożenie. Spostrzeganie zagrożenia uaktywnia system walki lub ucieczki, oś podwzgórze-przysadka-nadnercza i układ odpornościowy. Reakcje układu immunologicznego zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia choroby psychosomatycznej (Kubacka-Jasiecka, 2019).

Według Płużek (1978) choroba psychosomatyczna jest wtedy, gdy:

a) istnieje fizjologiczny odpowiednik emocji i relacji między silnymi, długotrwałymi emocjami a zdrowiem somatycznym,

b) odróżnia się symptomy psychofizjologiczne i neurotyczne, a objawy psychosomatyczne nie należą do żadnych z tych dwóch,

c) zmienne psychologiczne i fizjologiczne odnoszą się do różnych aspektów emocji,

d) istnieje wieloprzyczynowość zespołów psychosomatycznych,

e) wrodzona słabość organu czynnikiem koniecznym do pojawienia się zespołu psychosomatycznego.

Ogólne założenia rozumienia psychosomatyki przez Płużek (1978) stanowią podstawę do istnienia szczegółowych mechanizmów, tj. model podstawowy, model swoisty, model reakcji nieswoistych, model indywidualnej reakcji swoistej.

W modelu podstawowym pojawia się bodziec powodujący stres, który odczuwa się jako zjawisko psychiczne. W konsekwencji następuje centralne pobudzenie, potem występują objawy choroby.

Za sprawą modelu swoistej etiologii choroby psychosomatycznej Alexander (1962) wyjaśnia, że bodziec środowiskowy powoduje konflikt swoisty dla danej dolegliwości. Występowanie objawów choroby poprzedza pojawienie się lęku, który jest przyczyną powstawania specyficznego układu cech osobowości.

Natomiast model reakcji nieswoistych promowany przez Mahla (Płużek, 1978) wyjaśnia powstawanie objawów psychosomatycznych w taki sposób, że bodziec środowiskowy, który jest uświadomiony lub nie, wywołuje stres. Skutkiem jest doświadczanie stanu przewlekłego lęku z fizjologicznymi objawami. Symptomy, które wystąpią nie są wynikiem konfliktu wewnętrznego, a reakcją słabszego organu na sytuację stresową.

Locey (Płużek, 1978) proponuje model indywidualnej reakcji swoistej, według którego świadome i nieświadome bodźce środowiskowe postrzegane jako stres wywołują

emocjonalną reakcję, typową dla danej osoby. Objawy, które wystąpią zależne są od reakcji emocjonalnej na dany stresor a nie od bodźca.

Schier (2005) zwraca uwagę za szkołą francuską (np. Marty), która podkreśla, że dla osób zmagających się z dolegliwościami psychosomatycznymi charakterystyczne jest myślenie operacyjne. Polega na tym, że człowiek opisując inne osoby i zdarzenia nie bierze pod uwagę relacji innych wobec siebie. U osób myślących w sposób operacyjny występuje niższa umiejętność symbolizacji, fantazjowania czy pojawiania się marzeń sennych. Pojawiają się także silne mechanizmy projekcyjne.

Operacyjny styl myślenia jest jedną z cech charakterystycznych aleksytymii (Taylor i in., 1997). Aleksytymia jest zaburzeniem w dostępie do swoich procesów emocjonalnych w kontekście psychicznej reprezentacji emocji, wskaźników behawioralnych i fizjologicznych. Przyczyną aleksytymii są niewłaściwe wzorce relacji emocjonalnej między rodzicami i dziećmi, prowadzące do zaburzeń regulacji emocjonalnej. Aleksytymia charakteryzuje się: niezdolnością nazywania i wyrażania emocji, nieumiejętnością różnicowania pobudzenia fizjologicznego od emocji oraz operacyjny styl myślenia. Czynnikami wzmacniającymi możliwość wystąpienia aleksytymii są: charakterystyczne cechy temperamentu, aktywacja obszarów przedczołowych w prawej półkuli, nadopiekuńczy, niekonsekwentny albo rygorystyczny styl wychowania z dominacją negatywnych emocji (Skowrońska i Wolańczyk, 2005). Maruszewski i Ścigała (1998, za: Schier, 2005) zaproponowali wyjaśnienie, w jaki sposób dochodzi do powstawania cech aleksytymicznych u osób, które doświadczyły traumatycznych sytuacji. Część zasobów pamięciowych osób po doświadczeniu traumy zaangażowana jest w proces asymilacji. To powoduje ograniczenie możliwości przepracowania nowych wydarzeń, gdy doświadcza się trudnych emocji. W sytuacji silnego pobudzenia emocjonalnego, ludzie nie są w stanie skorzystać z dostępnych im możliwości rozwiązania problemu. Zaburzenia w przekształcaniu z poziomu doświadczeń obrazowych na symboliczne albo werbalne są wynikiem zaburzeń w komunikacji między półkulami mózgu u osób po doświadczeniu traumy.

Do rozwijania się zaburzeń psychosomatycznych dochodzi u osób, których ego jest w sposób szczególny chwiejne i gotowe do reagowania za pomocą mechanizmu regresji prowadzącej do resomatyzacji. U dziecka może nastąpić nasilenie lęku na skutek reaktywacji konfliktów wewnętrznych i wydarzeń traumatycznych, co może być spowodowane nasileniem napięcia psychicznego. W czasie niezaburzonego rozwoju struktury somatyczne i psychiczne różnicują się. Poprzez poprawne zadziałanie tego

mechanizmu człowiek jest w stanie właściwie ocenić i zareagować na niebezpieczeństwo, lęk. Proces ten nazywa się desomatyzacją. Funkcjonuje prawidłowo ze względu na rozwój struktur poznawczych i umiejętności regulacji emocji oraz popędów. To powoduje uniezależnienie się od mechanizmów fizjologicznych. Gdy dochodzi do zaburzenia procesu desomatyzacji, dziecko na niebezpieczne bodźce nie reaguje z wykorzystaniem struktur psychicznych ale używając do komunikacji ciała (Schur, 1955, za: Schier, 2005; Heszen i Sęk, 2007).

Z kolei model poznawczy, traktuje o tym, że istnieją zależności między myślami, zachowaniem, afektem, a symptomami somatycznymi, które tworzą błędne koło utrzymujące problemy zdrowotne. Znaczenie w kontekście pojawiania się trudności ze zdrowiem mają, tzw. czynniki spustowe i krytyczne. Predyspozycją do pojawienia się kryzysu zdrowotnego jest kontekst społeczny, w jakim znajduje się osoba, ale też indywidualne postawy i przekonania. Istotą rozumienia mechanizmu zaburzeń psychosomatycznych z perspektywy poznawczej jest, to w jaki sposób człowiek interpretuje występujące dolegliwości – jak myśli i jakie nadaje znaczenie objawom (Skowrońska i Wolańczyk, 2005).

Postrzeganie objawów psychosomatycznych z różnych perspektyw pozwala na dostarczenie nowej wiedzy sprzyjającej pogłębieniu problematyki. Należy jednocześnie zwrócić uwagę na występowanie podobnych czynników w koncepcjach dotyczących psychosomatyki, tj. czynniki emocjonalne, konflikty wewnętrzne, słabość narządów, komunikacja poprzez ciało.

1.4.2 Mechanizmy autoimmunizacji

Proces autoimmunizacji pojawia się wtedy, gdy organizm traci umiejętność rozpoznawania antygenów swoich i obcych. Wtedy organizm produkuje przeciwciała przeciwko swoim komórkom, tkankom i następuje ich zniszczenie. Autoimmunizacja następuje w stanach chorobowych, gdy zniszczone tkanki przejmują cechy antygenów i ten proces jest przyczyną powstawania przeciwciał przeciw antygenom. Taka relacja przeciwciał z antygenami powoduje niszczenie tkanek (Basińska, 2009). W latach 90-tych rozumienie mechanizmu autoimmunizacji uległo zmianie w taki sposób, że odpowiedź układu odpornościowego na antygen nie jest zależna od tego czy antygen jest własny, czy obcy. Istotnym jest, czy antygen interpretowany jest przez układ immunologiczny jako zagrażający życiu i zdrowiu, czy nie. Wówczas ze strony organizmu następuje nadanie sygnału niebezpieczeństwa, który trafia do układu odpornościowego. Po tym komórki

układu odpornościowego rozpoznają czy antygen nie jest szkodliwy, czy zagraża życiu i zdrowiu (Basińska, 2009).

Proces autoimmunizacji dzieli się ze względu na mechanizm odpowiedzi komórkowej i humoralnej. W przypadku odpowiedzi komórkowej w niszczeniu tkanek i organów biorą udział limfocyty T cytotoksyczne, makrofagi i komórki NK. W sytuacji odpowiedzi humoralnej w procesie uczestniczą przeciwciała, kompleksy przeciwciał i antygenów. Relacje komórek podlegają kontroli, ale jeśli wystąpią błędy, mogą spowodować pojawienie się reakcji na własne antygeny i w konsekwencji początek choroby autoimmunologicznej (zwana też autoagresywną). Choroba autoimmunologiczna może dotyczyć konkretnego narządu albo dotyczyć wielu narządów (Basińska, 2009).

Czynniki genetyczne predysponują do pojawienia się choroby autoagresywnej. Przed epizodem choroby zazwyczaj pojawia się, tzw. czynnik spustowy. Po czym następuje przełamanie autotolerancji i wystąpienie objawów choroby. Choroby autoimmunologiczne diagnozuje się na podstawie kryteriów laboratoryjnych i klinicznych. Najlepszą metodą leczenia jest przywrócenie tolerancji układu odpornościowego na swoje antygeny. W przypadku chorób autoimmunologicznych nierzadko konieczne jest stosowanie farmakoterapii (Basińska, 2009; Hebzda, i in. 2011; Rampton i Shanahan, 2018).

1.4.3 Mechanizm nerwicowy

Zaburzenia nerwicowe mogą być spowodowane minionym urazem we wczesnym dzieciństwie a symptomy są rezultatem nierozwiązanych konfliktów w psychice (Siwiak-Kobayshi, 1997). Nerwicę rozpoznaje się wtedy, gdy człowiek zmaga się z emocjonalnymi konfliktami wewnętrznymi. Objawy nerwicy występują, gdy organizm czuje się zagrożony i nie jest w stanie poradzić sobie z sytuacją, w jakiej się znalazł, zawsze wtedy człowiek w mniejszym lub większym stopniu odczuwa lęk (Kępiński, 1972). Człowiek uczy się zachowań, doświadczania uczuć, postrzegania rzeczywistości. W związku z tym należy zwrócić uwagę na podstawowe procesy uczenia się, warunkowania i modelowania.

Modelowanie pozwala na rozwijanie własnych zachowań o nowe zachowania na podstawie modela albo może zachęcić do wyboru określonego zachowania, które już wcześniej znajdowało się w możliwościach jednostki. Zatem ma wpływ na wzmacnianie niektórych zachowań. Jednak, aby modelowanie zakończyło się pożądanym efektem osoba powinna być w odpowiedni sposób zmotywowana, czyli powinna być zainteresowana schematami (Ziemska, 1977, za: Babuśka, 2003). Obuchowska (Babuśka, 2003) modelowanie rozpatruje w kategoriach warunkowania. Osoby nagradzane są za

naśladowanie innych osób, które mają dla nich znaczenie. Zachowania albo wypowiedzi, podobne do zachowań, słów innych są przyczyną pozytywnych reakcji. Człowiek uczy się, aby zwracać uwagę na zachowanie innych osób oraz je naśladować. W konsekwencji już samo modelowanie jest nagrodą. W związku z powyższym, bardzo istotne są relacje jakie osoba posiada z innymi w otoczeniu społecznym. Nabyte umiejętności w specyficznych warunkach, np. w sytuacjach trudnych mogą przyczynić się do aktywowania schematów reakcji (Siwiak-Kobayshi, 1997).

W utrwalaniu się mechanizmu zaburzenia nerwicowego duże znaczenie ma reakcja otoczenia. Relacje z innymi, jakie ma osoba zmagająca się z zaburzeniem nerwicowym, mogą być pomocne w codziennym funkcjonowaniu, dawać poczucie bezpieczeństwa, opieki, zainteresowanie. Na drugim kontinuum mogą znaleźć się zachowania, które nie będą pomocne w radzeniu sobie, a za to mogą wzmacniać niepokój, złość, poczucie krzywdy, będące skutkiem braku zainteresowania, odrzucenia, braku poczucia bezpieczeństwa (Siwiak-Kobayshi, 1997).

Obok nerwic somatogennych, psychogennych istnieją noogennne. Według Frankla nerwica noogenna nie jest chorobą, ale cierpieniem, które polega na braku sensu istnienia. Ta nerwica nie jest wynikiem konfliktu między popędami i instynktami, wynika z problemów egzystencjalnych. Nerwice noogenne mogą pojawić się wtedy, gdy człowiek podejmuje się aktywności, która nie jest zgodna z jego sumieniem i wartościami (Michalski, 2019).

1.4.4 Zespoły medycznie niewyjaśniane

Pojęcie medycznie niewyjaśnianych objawów (*MUS – ang. Medically unexpleined symptoms*) lub też medycznie niewyjaśnianych objawów fizycznych dotyczy dolegliwości somatycznych, których etiologia jest nieokreślona, a symptomy nie mogą być z pewnością wyjaśnione przez dysfunkcję somatyczną (Henningsen i in., 2011). Objawy medycznie niewyjaśniane nie mają jednoznacznie określonego mechanizmu patofizjologicznego. Jedna

z hipotez zakłada istnienie czynnika latentnego (Kulik i Smotrycka, 2016; Robbins i in., 1997;). Potencjalnymi przyczynami występowania zespołów medycznie niewyjaśnianych są nieprawidłowo funkcjonujące układy: autonomiczny, endokrynny, odpornościowy, ale też niewłaściwy odbiór bodźców z propioceptorów, nieprawidłowy obraz własnej choroby (Czachowski i Buczkowski, 2015).

Badania wykazały, że 30-40% wizyt u lekarza rodzinnego to wizyty dotyczące objawów, których jednoznacznie nie można przypisać określonej chorobie. Występujące objawy są różne począwszy od dolegliwości somatycznych po psychiczne, tj. bóle głowy, zawroty głowy, szumy uszne, bóle pleców, nudności, zmęczenie (Czachowski i Buczkowski, 2015; Nitsch, i in., 2015).

Nitsch i in. (2015) zwracają uwagę, że niewyjaśnione objawy somatyczne charakteryzują się tym, iż nie istnieje jednolity schemat diagnostyczny pozwalający przyjąć lub odrzucić hipotezę o występowaniu choroby, występuje wiele objawów, które wiążą się z pracą narządów, nie określono też patomechanizmu.

1.4.5 Zaburzenia czynnościowe

Czynnościowe zaburzenia układu pokarmowego to problem dotyczący różnych dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Nazywane też nerwicami wegetatywnymi (albo konkretnego narządu, np. nerwica żołądka), są jednymi z najczęściej występującymi schorzeniami w gastroenterologii. Wiążą się z wieloprzyczynowością, złożonością objawów, a także zmianami w zakresie czynników genetycznych, środowiskowych, emocjonalnych i innych. Pod wpływem działania wymienionych czynników dochodzi do zmiany funkcji i pracy przewodu pokarmowego. Następuje rozregulowanie systemu pracy mięśni gładkich powodując w ten sposób zaburzenia wydzielania i nadwrażliwości trzewnej. W przypadku tej dolegliwości nie stwierdza się zmian biochemicznych i organicznych. Osoba może doświadczać uporczywych i nawracających symptomów, tj. odbijanie, nudności, bóle brzucha, ale badania laboratoryjne, obrazowe i endoskopowe nie wykazują zmian chorobowych. Zmiany w ciele zachodzą na skutek przeżywanych emocji. Badacze zwracają uwagę na to, że przyczyną tychże zaburzeń są czynniki psychologiczne, które związane są głównie z przeżywaniem lęku. Osobom doświadczającym zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego najczęściej mogą współtowarzyszyć zaburzenia: lękowe, obsesyjno-kompulsywne, konwersyjne, adaptacyjne i ciężka reakcja na stres (Denys i in., 2015).

Układ pokarmowy jest szczególnie reaktywny w związku ze zmianami dotyczącymi tempa życia czy stresujących sytuacji. Stres aktywuje oś stresową (podwzgórze-przysadka-nadnercza),
a wtedy organizm mobilizuje zasoby odpornościowe, energetyczne, poznawcze. Jednak jeżeli stres staje się chroniczny i jest zbyt obciążający, to wtedy rozwijają się symptomy chorobowe (Denys i in., 2015).

II Charakterystyka choroby przewlekłej w paradygmacie stresu

Doświadczenie choroby przewlekłej jest stresorem i niesie ze sobą wiele zagrożeń, zmian w codziennym funkcjonowaniu (Chojnacka- Szawłowska, 2012; Krok, 2017; Ziarko, 2014). Osoby chorujące zmagają się ze stresem dotyczącym nie tylko choroby jako takiej, ale też innymi okolicznościami, tj. niepewność w związku z tym jak będą funkcjonować w najbliższym czasie i w przyszłości, jakie dodatkowe konsekwencje będzie niosła ze sobą choroba, jak poradzą sobie w utrzymaniu relacji z przyjaciółmi i rodziną (Chojnacka-Szawłowska, 2012; Świętochowski, 2010). Chojnacka-Szawłowska (2012) zwraca uwagę, że wielu chorujących radzi sobie ze stresującymi sytuacjami na tyle dobrze, że potrafią adekwatnie reagować w zakresie społecznego funkcjonowania, somatycznego i psychicznego osiągając dobra adaptację do życia z chorobą.

Rozumienie funkcjonowania osoby z chorobą przewlekłą można dookreślić w terminach transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984), zatem ta część dotyczy oceny choroby jako stresor, radzenia sobie w chorobie oraz adaptacji do życia z choroba przewlekłą.

2.1 Choroba przewlekła jako stresor

Lazarus i Folkman (Terelak, 2001) zwracają uwagę, że stres to szczególna interakcja między człowiekiem a środowiskiem. Człowiek ocenia środowisko jako nadwyrężające albo przekraczające jego możliwości, przez co zagrażające zasobom. Stres psychologiczny jest stanem wewnętrznym spowodowanym przez występowanie sytuacji zewnętrznych (Terelak, 2001).

Sapolsky (2011) opisuje działanie stresu jako proces dezorganizujący powstawanie limfocytów, których celem jest ochrona organizmu przed zachorowaniem. W konsekwencji blokuje to możliwość produkcji przeciwciał jako reakcji na atak czynników chorobotwórczych. Skutkiem tego jest zahamowanie działań układu odpornościowego. Tego rodzaju mechanizmy aktywowane są przez stresory fizyczne i psychiczne.

Stres i destrukcyjne radzenie sobie z nim przyczynia się do powstawania chorób somatycznych i psychicznych. Długość i nasilenie ekspozycji na stres warunkuje mechanizmy, które powodują działanie pobudzające lub hamujące układ odpornościowy. Nasilony i chroniczny stres działa hamująco na funkcjonowanie układu immunologicznego, a krótkotrwałe i łagodne narażenie na działanie stresora ma wpływ pobudzający. Im słabsze

działanie układu odpornościowego, tym większa podatność na zachorowania (Kaczmarska i Curyło-Sikora, 2016).

W ujęciu relacyjnej koncepcji stresu Lazarusa i Folkman (1984, Kaczmarska i Curyło-Sikora, 2016), stres definiowany jest jako interakcja między człowiekiem a środowiskiem, relacja ta może być interpretowana przez osobę jako obciążająca, przekraczająca zasoby i zagrażająca dobrostanowi. W rozumieniu wydarzenia jako sytuacja stresująca ważną rolę odgrywa ocena poznawcza. Od oceny poznawczej osoby zależy czy zdarzenie oceniane jest jako stresogenne. Dokonuje się tzw. oceny pierwotnej. Wtedy osoba dokonuje oceny wymagań jakie stawia środowisko, a następnie występuje proces oceny wtórnej. Wówczas jednostka weryfikuje czy jej zasoby pozwolą na poradzenie sobie w sytuacji trudnej. Pierwotna ocena stresora może być uznana jako taka, która nie ma znaczenia, jest sprzyjająco-pozytywna albo stresująca. Oceniając zdarzenie jako stresujące można potraktować je jako: krzywda/strata, zagrożenie albo wyzwanie. Odpowiedzią na ocenę zdarzenia jest aktywacja sposobów radzenia sobie, np. koncentracja na emocjach albo na problemie. Dobór sposobu radzenia sobie zależy od oceny pierwotnej i może powodować wcześniejszą zmianę oceny (Kaczmarska i Curyło-Sikora, 2016).

Z badań wynika, że osoby starsze rzadziej doświadczają nieprzyjemnych emocji w porównaniu z osobami młodszymi i w wieku produkcyjnym. Ponadto unikają konfliktów i reakcji emocjonalnych. Przyczyną jest korzystniejsza regulacja emocji u osób starszych, którą nabyli w biegu życia (Cheavens i in., 2008). Bywa tak, że osoby z tendencją do nadmiernej kontroli doświadczają przeciążenia (Pospiszyl, 2019). Przeciążenie może prowadzić do stopniowego wyczerpania zasobów.

Chorobę przewlekłą traktuje się obiektywnie oraz subiektywnie. Obiektywizm polega na tym, że osoba otrzymuje diagnozę lekarską po zrealizowaniu badań medycznych. Lekarz ocenia na podstawie wyników badań stan zdrowia odnosząc się do określonych norm. Subiektywizm bazuje na tym, że osoba ocenia nasilenie choroby (Świętochowski, 2010). W przypadku chorób psychosomatycznych bywa tak, że wyniki obiektywne mogą być w normie, ale człowiek doświadcza cierpienia (O'Sullivan, 2017). Doświadczenie takiego stanu może generować poczucie stresu u chorujących, co może powodować, tzw. koszty psychologiczne, tj. poczucie lęku (Ratajczak, 2000).

Nehring i in. (2011) wskazali, że u osób doświadczających depresji zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu jelita drażliwego. Ludzie narażeni na ciężki stres, tj. przemoc, mogą doświadczyć trudności związanych z jelitem drażliwym. Wykazano również związek między życiem w samotności oraz brakiem pracy zawodowej,

a doświadczaniem symptomów IBS. U osób chorujących na chorobę Leśniowskiego-Crohna wykazano niższą jakość życia, która spowodowana była następującymi czynnikami: brakiem możliwości powrotu do pracy, nawrotem choroby, ilością hospitalizacji i leczeniem kortykosteroidami (Zielińska-Więczkowska i Mirota, 2021).

Stres związany z chorobą przewlekłą rozumiany jest jako wynik relacji między osobą i środowiskiem. Relacja ta obejmuje ocenę wyzwań związanych z zaistniałą sytuacją i zasobów do poradzenia sobie z nią, włącznie z psychologicznymi i fizycznymi reakcjami na sytuacje stresowe (Bishop, 2000). Według Hobfolla zasoby są cenionymi obiektami, które osoba chce zdobywać, utrzymywać albo chronić. Pozwalają radzić sobie z sytuacją chorobową i wiążą się z oceną sytuacji chorobowej. Ocena sytuacji chorobowej zależna jest od tego, jakie zasoby posiada osoba, gdy zaczyna chorować. Znaczącymi zasobami są wiedza na temat choroby, możliwość kontaktu z lekarzem i ze służbą zdrowia, proces diagnostyczny, badania medyczne. Kluczowe jest to, że gdy u człowieka pojawiają się symptomy chorobowe jego zasoby ulegają naruszeniu - zanim postawi się diagnozę choroby. Utrata zasobów jest bardziej dotkliwa niż osiągnięcie zysków, a osoba chorująca jest bardziej narażona na ich wyczerpanie. Początkowa utrata zasobów może uruchomić spiralę strat (Heszen i Sęk, 2007).

2.2 Radzenie sobie w chorobie przewlekłej

Nieodłącznym aspektem procesu doświadczania choroby przewlekłej jest radzenie sobie z jej konsekwencjami. W rozumieniu Lazarusa i Folkman (Wrześniewski, 2000) radzenie sobie ze stresem jest zależne od subiektywnej oceny interakcji między człowiekiem a środowiskiem. Od subiektywnej oceny zależy, czy zdarzenie jest stresujące, nie od zewnętrznych właściwości danego zdarzenia. Lazarus i Folkman (1984, za: Pospiszyl, 2019) dzielą strategie radzenia sobie na: zadaniowe i skupione na obronie psychicznej równowagi. Ze strategii zadaniowych korzysta się wtedy, gdy osoba posiada kompetencje i zasoby, aby poradzić sobie z napotkaną trudnością. Trudność może mieć poważny charakter, ale osoba wie, w jaki sposób rozwiązać problem. W poradzeniu sobie w sytuacji trudnej przeszkodzić osobie może: brak czasu, odmienna ocena sytuacji, brak potrzebnego wsparcia ze środowiska czy przeciążenie. Strategie skoncentrowane na obronie psychicznej równowagi używane są wtedy, gdy osoba nie ma wpływu na rozwiązanie problemu albo w taki sposób go postrzega. W tym podejściu istotne jest nastawienie do problemu, np. przeniesienie odpowiedzialności za problem, nabranie dystansu do sytuacji (Pospiszyl, 2019).

Krok (2017) odnosi się do tego, że typowymi aktywnościami w sytuacji choroby, które wynikają z transakcyjnej teorii stresu są: 1) radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu; 2) radzenie sobie skoncentrowane na emocjach. Pierwszy sposób odnosi się do poprawy relacji między zasobami jednostki a wymaganiami środowiska, drugi, dotyczy samoregulacji emocji i poprawienia stanu emocjonalnego osoby.

Do kwestii radzenia sobie ze stresem w interesujący sposób odnosi się Terelak (2001), traktując je jako rozwiązywanie problemów. Radzenie sobie ze stresem opisuje jako aktywność skierowana na eliminację przyczyn stresu albo dążenie do jak najsłabszego odczuwania konsekwencji stresu. Klaus i Bailey (1980, Sygit-Kowalikowska, 2014; Terelak, 2001) wyróżniają aktywności, które mogą być fundamentem w radzeniu sobie ze stresem, należą do nich: aktywność fizyczna, zdrowy styl życia, relaksacja, masaż, komunikowanie się, pewność siebie, rozwiązywanie konfliktów, neutralizowanie konsekwencji kryzysu, rozwiązywanie problemu, redukowanie lęku przed śmiercią, integracja sfer: duchowej, intelektualnej i cielesnej, organizacja pracy, równowaga między wymaganiami a swoimi możliwościami, dbałość o środowisko. W kontekście radzenia sobie ze stresem korzystne jest, jeżeli jednostka sama podejmie aktywność w celu redukcji doświadczania negatywnych konsekwencji stresu.

Wrona-Polańska (2016) zwraca uwagę, że badani po transplantacji szpiku kostnego interpretują sytuację, w której się znaleźli, jako zadanie wymagające zaangażowania i podjęcia działań. Korzystają przy tym z instrumentalnej strategii radzenia sobie, a także odwracania uwagi od choroby, co pozwala na regulację doświadczanych emocji. Z badań Baczewskiej i in. (2016) wynika, że osoby chorujące na nieswoiste choroby zapalne jelit i chorobę wrzodową żołądka korzystają z poznawczych sposobów radzenia sobie w chorobie oraz odwracają uwagę i stosują strategie unikowe (podejmowanie czynności zastępczych), aby walczyć z towarzyszącym bólem. Radwan i Radwan (2016) piszą o trudnościach w radzeniu sobie z nieswoistą chorobą zapalną jelit w grupie osób starszych. Pacjenci ci mają obniżoną wydolność fizyczną, a w związku z tym gorzej radzą sobie z objawami choroby, tj. nasilona, nocna biegunka, mogą też zmagać się dysfunkcją zwieracza odbytu. Grzyb i in. (2007) odnoszą się do tego, że osoby doświadczające zaburzeń czynnościowych tj. dyspepsja czynnościowa miewają trudności w sferze emocjonalnej. Mogą doświadczać symptomów lęku uogólnionego, depresji. Ponadto okazuje się, że mają trudność w radzeniu sobie ze stresem i więcej zdarzeń życiowych oceniają jako stresogenne. Z ocenianiem wiąże się nadawanie znaczenia stresorom.

W związku z powyższym warto wspomnieć o koncepcji elastycznego radzenia sobie ze stresem. Kato (2020), Basińska i in. (2017) rozumieją elastyczne radzenie sobie ze stresem, jako umiejętność osoby do zaprzestania korzystania z nieskutecznego sposobu radzenia sobie ze stresem na rzecz przyjęcia innej, korzystniejszej metody radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Natomiast nieelastyczne radzenie sobie polega na trwaniu przy strategii, która okazałą się niekorzystna. Szersze spektrum możliwości do radzenia sobie ze stresorami wiąże się występowaniem adaptacyjnych rezultatów. Elastycznemu radzeniu sobie towarzyszą dwa procesy: radzenie sobie (porzucenie nieskutecznych sposobów i ponowne radzenie sobie) i meta-radzenie sobie. Proces elastyczności radzenia sobie polega na tym, że osoba ocenia efekty radzenia sobie, a następnie zaprzestaje z korzystania ze sposobów, które były nieskuteczne.

2.3 Adaptacja do choroby przewlekłej

Jak zauważa Oleś (2010) adaptacja do choroby jest zależna od: minionych doświadczeń w zakresie radzenia sobie w sytuacjach trudnych, cech osobowości, sytuacji rodzinnej, wsparcia ze strony rodziny oraz sytuacji środowiskowej. Osoba chorująca może przeżywać wiele skrajnych emocji. Emocjonalne przeżywanie choroby to proces podlegający zmianom, w którym osoby chorujące nazywają i nadają sens doświadczeniom zdrowotnym w zmienionej perspektywie czasowej. Owa perspektywa dotyczy przyszłości, którą charakteryzują przekonania, percepcja, oczekiwania, postawy, potrzeby, znaczenie jakie nadaje się chorobie przewlekłej. Choroba, która traktowana jest jako zadanie może być dla osoby chorującej ciężarem, co wpływa na odczuwanie większego cierpienia. Natomiast nadmierna koncentracja na dolegliwości może prowadzić do zafiksowania się tylko na tym temacie, ale taka postawa prawdopodobnie umożliwia utrzymanie energii, która potrzebna będzie w przyszłości. Koncentrując się na chorobie człowiek przystosowuje się do życia z nią. Osoba odbiera swój stan, jako możliwość do zmian albo rozwijania się. Ludzie uczą się że choroba może wpłynąć na zwiększenie zasobów, którym są wsparcie i zrozumienie (Chojnacka-Szawłowska, 2012). Jednak jak zauważają Leskowska i in. (2011), niekorzystne jest w adaptacji choroby stałe analizowanie swojej sytuacji chorobowej.

W początkowej fazie chorowania osoby poszukują odpowiedzi na pytania dotyczące znaczenia danego objawu (Heszen i Sęk, 2007). Wiedza na temat powodów choroby (diagnoza) uruchamia proces adaptacji do życia z chorobą. Krok (2017) przywołuje czynniki, które wiążą się z procesem adaptacji i jego efektem. Do nich należą:

czynniki osobowościowe, ocena poznawcza, radzenie sobie, wsparcie społeczne i relacje z innymi, czynniki psychospołeczne (Krok, 2017).

Dobrzańska-Socha (2013) powołuje się na rozumienie Kerr, która wyróżniła sześć etapów adaptacji do choroby przewlekłej: a) faza szoku (osoba chorująca nie zdaje sobie sprawy z tego, że jest chora; może stosować mechanizmy zaprzeczania), b) faza oczekiwania poprawy (chorujący jest świadomy swego stanu zdrowia, ale traktuje go czasowo), c) faza lamentu (osoba doświadcza kryzysu, a faza ta jest przypadkowa, gdyż może rozpocząć się w czasie wykonywania zwyczajnych czynności), d) faza obronna prawidłowa (podejście, w którym występuje świadomość swego stanu zdrowia, z tym, że chorujący chce dalej się rozwijać, mimo że towarzyszy mu choroba przewlekła), e) faza obronna neurotyczna (aktywuje się wówczas mechanizmy obronne, aby zaprzeczyć konsekwencjom choroby/ niepełnosprawności), f) faza przystosowania (osoba chorująca kreuje rzeczywisty obraz siebie, biorąc pod uwagę swoje ograniczenia i możliwości). Z kolei Kübler-Ross (Glińska i in., 2019) wyróżniła następujące etapy przystosowania się do choroby: zaprzeczanie, gniew, targowanie się, depresja, akceptacja.

Akceptacja choroby, to psychologiczny wskaźnik jakości przystosowania się do funkcjonowania z chorobą. Chroniczna choroba niesie ze sobą wiele ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. W związku z tym chorujący mogą mieć trudność przystosowaniu się do ograniczeń, które niesie ze sobą dolegliwość (Janowski i in., 2013). Chorujący, którzy charakteryzują się wysoką akceptacją choroby, mogą czuć motywację do rozpoczęcia albo kontynuowania działań, które korzystnie wpływają na ich zdrowie. Jednak wysokie nasilenie akceptacji choroby może wiązać się z tym, że chorujący nie chcą podejmować dodatkowego wysiłku, aby poprawić swój stan zdrowia (Janowski i in., 2013).

Jak się okazuje pozytywna adaptacja do choroby przewlekłej powoduje, że osoba chorująca osiąga lepsze wyniki badań medycznych, doświadcza mniej powikłań w przebiegu choroby. Chorujących charakteryzuje lepszy stan psychiczny i występuje niższa umieralność (Basińska, 2009). Z badań Janowskiego i in. (2012) wynika, że doświadczenie wyższego nasilenia wsparcia społecznego w grupie mężczyzn chorujących na łuszczycę wiąże się z lepszą akceptacją choroby, w stosunku do chorujących kobiet. Natomiast wyższe nasilenie wsparcia społecznego u kobiet wiąże się z niższym doświadczaniem objawów depresyjnych i lepszą jakością życia w porównaniu do chorujących mężczyzn.

Załuski i Matjanowska (2015) nawiązują do badań z których wynika, że 24% badanych chorujących na chorobę Leśniowskiego-Crohna znalazło sens w życiu z chorobą.

Z badań Chrobak-Bień i in. (2017) wynika, że osoby chorujące na chorobę Leśniowskiego-Crohna uzyskały średnie nasilenie akceptacji choroby. Dane te spójne są z innymi polskimi doniesieniami (Glińska, i in. 2015). Poczucia znalezienia sensu życia z chorobą doświadczyło 44% badanych ze stwardnieniem rozsianym. Uczestnictwo w grupach wsparcia korzystnie wiąże się z satysfakcją z życia (Glińska i in., 2017). Z badań Glińskiej i in. (2015) wynika, że im osoby starsze, tym wyższa akceptacja choroby. Badacze nie wykazali zależności między płcią a akceptacją choroby. Co więcej wyższe wykształcenie predysponowało do wyższego nasilenia akceptacji nieswoistej choroby zapalnej jelit. Dodatkowo osoby uczące się lub pracujące wykazują wyższą akceptację stanu zdrowia. Basińska i Woźniewicz (2012) doszły do wniosku, że inteligencja emocjonalna to czynnik ochronny zdrowia fizycznego i psychicznego u chorujących na łuszczycę. Dzięki temu ma wpływ na funkcjonowanie, które jest adaptacyjne. Autorki zwracają uwagę, że szczególną troską należy otoczyć osoby młode, które są na początku doświadczania choroby. Tworzenie rozwiązań do radzenia sobie w sytuacji chorobowej w przypadku osób, które w młodym wieku zachorowały przewlekle jest o tyle istotne, że wraz ze wzrostem pogarszania się zdrowia i gorszego samopoczucia osłabieniu ulegają możliwości adaptacyjne (Krzemińska-Dąbrowska i in., 2007).

Adaptacja do życia z chorobą przewlekłą może wyrażać się także w ocenie własnego zdrowia ujmując je pozytywnie, ale też negatywnie z perspektywy zorientowania na choroby. Rzeszutek i Schier (2008), zwracają uwagę na znaczenie zależności ciała i psychiki w kontekście rozwoju *ego.* Ciało reguluje wszelkie doświadczenia człowieka oraz spójną i adekwatną postawę obrazu siebie. Kobierecka (2012) akcentuje znaczenie obrazu ciała w rozwoju osoby, ponieważ doświadczanie własnej cielesności ma związek z samooceną, poczuciem atrakcyjności, jakością kontaktów z innymi jak i ma znaczenie w kontekście chorób psychosomatycznych (Schier, 2005).

W przypadku doświadczania choroby somatycznej czy psychicznej ciało informuje o swoim stanie poprzez objawy somatyczne. Zatem jest swoistą drogą komunikacji tego co dzieje się z organizmem. Obraz ciała może ulec zmianie, a ciało może doświadczyć choroby somatycznej w celu ochrony jednostki przed bólem psychicznym (Schier, 2010). McDougall (2014) zwraca uwagę na to, że ciało doświadcza nadmiernej aktywizacji, a w związku z tym może zmienić się stan zdrowia.

Ocena zdrowia dotyczy poczucia bycia zdrowym i braku chorób fizycznych (Brown, i in., 1990; Cash, 2018). WHO określa zdrowie jako dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczna, a nie tylko brak dysfunkcji somatycznych (Leppert i in., 2014). Sak

i in. (2011) zwrócili uwagę, że chorujący przewlekle oceniają swój stan zdrowia z perspektywy dysfunkcji ciała. Natomiast Janowski (2006) wiąże ocenę stanu zdrowia ze stylami radzenia sobie. Osoby z chorobą dermatologiczną traktują swoją dolegliwość w kategoriach zysków wtedy, gdy bardziej koncentrują się na własnych emocjach a nie na problemie. Bycie w kontakcie z emocjami pozwala pozytywnie oceniać stan zdrowia (Kulik i Kajka, 2016).

Z kolei zorientowanie na choroby dotyczy poczucia bycia chorym albo stawania się chorym. Odnosi się do zachowania czujności w zakresie odczuwania symptomów fizycznych jako wymagających pomocy medycznej (Brown i in., 1990; Cash, 2018). Według Sobczyk (2014) zorientowanie na choroby dotyczy uświadomienia osobie związku między wystąpieniem objawów chorobowych a czynnikami, które wpływają na wystąpienie symptomów. Wykazano, że osoby o wyższym nasileniu neurotyczności (Wlazło i in., 2008) mocniej odczuwają objawy choroby (Bielawska-Batorowicz, 2007). Symptomy dolegliwości mogą rozwinąć się u osób, które mają trudności w wyrażaniu emocji czy w relacjach interpersonalnych. Jednorazowe wydarzenie stresujące nie wykazuje związku z wystąpieniem choroby wrzodowej żołądka. Jednak długotrwałe narażenie na stres może spowodować zaostrzenie objawów chorobowych (Janowska i Prystupa, 2012).

Biorąc pod uwagę ocenę stanu zdrowia istotną rolę odgrywa reprezentacja zdrowia i choroby w umyśle osoby chorującej (Heszen i Sęk, 2007). Proces oceny stanu zdrowia opiera się, np. na podejściu poznawczym i społecznym. Poznawcza reprezentacja zdrowia i choroby dotyczy tego, jak postrzegane jest i jakie są przekonania na temat zdrowia i choroby. Znaczenie ma także postrzeganie przyczyn, sposób leczenia i konsekwencje wynikające z zaburzenia zdrowia. Ujęcie społeczne dotyczy tego, że dopiero w dialogu kreuje się sposób rozumienia zdrowia i choroby. W czasie dyskusji mogą wystąpić odmienne komunikaty powodujące niepewność dotyczącą własnych przekonań, a w związku z tym postrzeganie stanu zdrowia może zmienić się. Herzlich (1973, za: Heszen i Sęk, 2007) oceniła, że ujmując chorobę w kontekście społecznym traktuje się ją jako: zagłada (w przypadku osób, które są aktywne społecznie), wyzwolenie (dla ludzi, którzy są obciążeni obowiązkami) oraz zawód (chorujący, którzy akceptują chorobę poszukują wynikających z niej korzyści) (Heszen i Sęk, 2007). Rozumienie prawidłowości dotyczących stanu zdrowia pozwala na przejęcie odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz daje możliwość wpływu na nie.

Podsumowując, przyjęto w ujęciu transakcyjnej teorii stresu, że psychosomatyczna choroba przewlekła układu pokarmowego jest stresorem. Zatem istotną rolę odgrywa pierwotna ocena stresora, na którą wpływa doświadczanie objawów somatycznych, badania medyczne, proces diagnostyczny, wsparcie ze strony innych, relacje z personelem medycznym. Ponadto stresorem mogą być podjęte próby poradzenia sobie z sytuacją chorobową. W takiej sytuacji ocena utrudnia proces radzenia sobie z dolegliwością, a w konsekwencji cały proces adaptacji do życia z chorobą przewlekłą. Wówczas adaptacja jest konsekwencją tego, w jaki sposób osoba oceni sytuację chorobową i jakie aktywuje strategie radzenia sobie.

III Charakterystyka wybranych chorób psychosomatycznych układu pokarmowego

Dolegliwości ze strony układu pokarmowego zazwyczaj są sygnałem, że coś dzieje się w organizmie. Zupełnie inaczej pacjent czuje się, jeśli stosunkowo szybko i właściwie zostaje sformułowana diagnoza w porównaniu do samopoczucia osób, których sytuacja zdrowotna nie jest jednoznacznie określona. W przypadku występowania takich dolegliwości jak: choroba Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego, dyspepsja czynnościowa, nerwica żołądka i choroba wrzodowa żołądka pacjenci zmagają się z szeregiem trudności. Wynikają one nie tylko z występowania objawów chorobowych, ale też z przyczyn: diagnostycznych, leczenia i określenia etiologii choroby, logistycznych, codziennego funkcjonowania.

Znamienne jest to, że w wymienionych jednostkach chorobowych niektóre objawy somatyczne są wspólne, przyczyna pojawienia się dolegliwości nie jest jednoznacznie określona, fundamentalne znaczenie ma stres, rokowania mogą być pomyślne dla pacjentów mimo przewlekłego charakteru dolegliwości (Dembska, 2017; Denys i in., 2015; Rowicka i Czajka, 2011; Rydzewska i in., 2016). Chorującym towarzyszą bóle brzucha. Diagnostyka ich jest utrudniona, m.in. dlatego, że dolegliwości mogą przypominać inną chorobę somatyczną (Wojtuń i in., 2014). Schemat postępowania wymaga wykonania wielu badań specjalistycznych wykluczających/ potwierdzających przyczyny organiczne. Proces sformułowania diagnozy nozologicznej wydłuża się, co może powodować dodatkowy stres nasilający objawy.

3.1 Choroba Leśniowskiego-Crohna

Choroba Leśniowskiego-Crohna (*ang. Crohn's disease - CD*) należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit o podłożu autoimmunologicznym (Rydzewska i in., 2016), dla której typowy jest przewlekły charakter, nieokreślona etiologia, zróżnicowany przebieg i obraz kliniczny (Oleś, 2010; Wojtuń i in., 2014). Pierwszy przypadek tej choroby w Polsce został opisany przez Antoniego Leśniowskiego w 1904r. Natomiast Crohn, Ginzburg, Oppenheimer w 1932r. scharakteryzowali nową kliniczną dolegliwość, dotyczącą patologii w obrębie funkcjonowania końcowego fragmentu jelita krętego (Dobrowolska-Zachwieja i in., 2004). W chorobie Leśniowskiego-Crohna charakterystyczny jest wieloletni przebieg z pojawiającymi się okresami remisji i nawrotów (Rydzewska i in., 2016). W praktyce klinicznej nieswoiste choroby zapalne jelit,

a w tym choroba Leśniowskiego-Crohna występują coraz częściej. Wraz ze wzrostem wiedzy i świadomości diagnozowanie staje się bardziej powszechne. Skuteczna i szybka diagnostyka pozwala na wcześniejsze wykrycie dolegliwości i udzielenie pomocy. Brak jest pojedynczych kryteriów diagnostycznych choroby Leśniowskiego-Crohna, dlatego że rozpoznanie bazuje na całościowym obrazie klinicznym, danych z badań: endoskopowych, radiologicznych, laboratoryjnych, histopatologicznych. W trakcie diagnostyki wykonuje się ileokolonoskopię wraz z pobraniem wycinków z obszaru, który jest objęty zapaleniem (Hebzda i in., 2020). Nieswoiste choroby zapalne jelit mogą wystąpić w każdym wieku. Szacuje się, że ¼ pacjentów zaczyna chorować już w okresie dzieciństwa. Na chorobę Leśniowskiego-Crohna najwięcej osób choruje w przedziale wiekowym 15-40 lat. Około 23% to chorujący poniżej 16 roku życia, a około 70% to pacjenci poniżej 35 roku życia. Uważa się, że choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, to schorzenia społeczeństw rozwiniętych. Za wzrost zachorowań odpowiadają, np. polepszenie stanu sanitarno-higienicznego społeczeństwa, przyjmowanie dużej ilości antybiotyków, które wpływają na rozregulowanie mikrobiomu jelitowego, niższa zapadalność na choroby bakteryjne i pasożytnicze (Rampton i Shanahan, 2018; Rydzewska i in, 2016). Występowanie objawów choroby zazwyczaj jest nieprzyjemnym doświadczeniem dla pacjentów. Szacuje się, że od 21% do 54% przypadków, choroba dotyczy końcowego odcinka przewodu pokarmowego (Reguła i in., 2018). Pacjenci mogą mierzyć się z symptomami wskazującymi na nieswoistą chorobę zapalną jelit, tj.: nawracająca biegunka (często występuje z domieszką krwi), powracające bóle brzucha, nudności, zmniejszenie masy ciała, niedokrwistość, niewyjaśnione objawy choroby zapalnej, np. stany podgorączkowe, gorączka, zwiększone stężenie CRP, leukocytoza, trombocytoza i inne. Dla choroby Leśniowskiego-Crohna w odróżnieniu od wrzodziejącego zapalenia jelita grubego najbardziej charakterystyczny jest ból, zmniejszenie masy ciała, dolegliwości wskazujące na występowanie stanu zapalnego (Wojtuń i in., 2014).

Przyczyny występowania nieswoistych chorób zapalnych jelit są złożone, bowiem znaczące role odgrywają czynniki środowiskowe, odpornościowe jak i genetyczne. Do czynników środowiskowych należą, np. stres, sytuacja socjalna, mikroby i flora bakteryjna, uszkodzenie błon komórkowych, wycięcie wyrostka robaczkowego, leki, dieta, palenie (Rydzewska i in., 2016).

Źródło choroby Leśniowskiego-Crohna nie zostało jednoznacznie określone, a działania lekarzy ukierunkowane są na łagodzenie objawów, których doświadczają

pacjenci, utrzymywanie ich w jak najdłuższych okresach remisji oraz unikanie lub zmniejszanie czynności chirurgicznych. Takie doświadczanie choroby znacząco wpływa na obniżenie jakości życia pacjentów oraz dezorganizuje funkcjonowanie osoby chorującej (Hebzda i in., 2011).

W przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna jednym z zaleceń lekarskich jest unikanie palenia tytoniu. W zależności od stanu pacjenta rekomenduje się stosowanie leków. Jeżeli stosowanie leków nie spowoduje remisji choroby, wtedy stosuje się leczenie biologiczne. Jeśli u pacjenta występuje: niedrożność z cechami perforacji, krwawienie, którego nie można opanować, rak lub dysplazja nabłonka gruczołowego, choroba o ostrym przebiegu niepoddająca się leczeniu, ropnie wewnątrzbrzuszne, przetoki, wtedy należy włączyć leczenie operacyjne (Hebzda i in., 2020).

W przypadku osób do 50 roku życia w zależności od doświadczanych objawów, chorobę należy różnicować z infekcjami zakaźnymi jelit i zespołem jelita drażliwego. U osób po 50 roku życia zwraca się uwagę na możliwość występowania nowotworów, uchyłków jelit oraz niedokrwienie jelit. Pacjenci którzy zgłaszają bóle brzucha i/lub biegunkę, a badania krwi wskazują na anemię i podwyższoną liczbę płytek krwi mogą przechodzić aktywną nieswoistą chorobę zapalną jelit (NZJ). Jednak takie wyniki nie są podstawą do postawienia diagnozy NZJ. Następnym wskaźnikiem jest weryfikacja poziomu albumin, wapnia, magnezu, cynku, witaminy D i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych – u osób z choroba Leśniowskiego-Crohna występuje niski poziom tych substancji, a badania serologiczne wskazują na obecność przeciwciał *Saccharomyces cerevisiae.* Kolejnym etapem jest wykonanie badania mikroskopowego kału, wykonanie posiewu na obecność toksyn oraz sprawdzenie poziomu kalprotektyny. Znaczącym badaniem w przypadku tej dolegliwości jest kolonoskopia z ileoskopią, ponieważ pozwala ocenić stan jelita. W przypadku podejrzenia niedrożności jelita cienkiego konieczne jest RTG (Rampton i Shanahan, 2018).

Czas, w którym osoba otrzymuje diagnozę choroby jest dla niej trudnym okresem. Choroba Leśniowskiego-Crohna dotyczy osób młodych, które będąc na etapie życia, w którym planują przyszłość, muszą przeorganizować dotychczasowe funkcjonowanie, ustalić nowe priorytety, w sytuacji, gdy często nie dowierzają, że chorują zmuszeni są do podjęcia działań. To okres, w którym może zwiększać się częstotliwość pobytów w szpitalu, liczne badania i wizyty lekarskie (Glińska i in., 2015). Doświadczenie tej choroby może prowadzić osobę do poczucia utraty dotychczasowego życia, niepewności tego co zdarzy się w przyszłości przez co też do trudności adaptacyjnych do nowej sytuacji (Rampton

i Shanahan, 2018; Rydzewska i in., 2016). Natomiast z badań Cepuch i in. (2015) wynika, że młodzież z chorobą Leśniowskiego-Crohna ocenia swoją jakość życia jako zadowalająca. Badani byli zadowoleni ze swojego funkcjonowania biopsychospołecznego. Takie przeżywanie choroby może wynikać ze wsparcia społecznego jakie otrzymują, ale też z wiedzy i rozumienia istoty swych dolegliwości.

3.2 Zespół jelita drażliwego

Zespół jelita drażliwego *(ang. irritable bowel syndrome - IBS)* jest przewlekłą chorobą czynnościową (Adrych, 2018; Oleś, 2010), która należy również do zespołów medycznie niewyjaśnionych (Czachowski, 2021; Creed i in., 2011; Kulik i Smotrycka, 2016). Objawia się bólem albo odczuciem dyskomfortu w jamie brzusznej, zmianą w rytmie wypróżnień i/albo konsystencji stolca (Dembska, 2017).

Pierwsze doniesienia o występowaniu objawów IBS pochodzą z XIX wieku. W związku z poszukiwaniami przyczyn występowania dolegliwości, na przestrzeni ostatnich lat kryteria diagnostyczne ulegały zmianom (Lewandowska i Pardowski, 2008). Zespół jelita drażliwego dzieli się na cztery podtypy: IBS z zaparciem (IBS-C), IBS z biegunką (IBS-D), mieszana postać IBS (IBS-M), niesklasyfikowana postać IBS (IBS-U). Charakterystyczne objawy jakie występują w fazie zaostrzenia są: nawracający ból brzucha, który występuje średnio przynajmniej raz w tygodniu przez ostatnie trzy miesiące i spełnia przynajmniej dwa spośród wskazanych kryteriów: a) wiąże się z wypróżnieniem, b) wiąże się ze zmianą częstotliwości wypróżnień, c) wiąże się ze zmianą konsystencji stolca (Mulak i in., 2016).

Zespół jelita drażliwego występuje u 10%-15% dorosłych. Pierwsze objawy pojawiają się w 3 i 4 dekadzie życia. IBS nie ma wpływu na długość życia, ale w znacznym stopniu obniża jego jakość (Zwolińska-Wcisło, 2017). Symptomy tego zespołu medycznie niewyjaśnianego mogą nasilać się w zależności od sposobu interpretacji dolegliwości przez osobę chorującą, a interpretacja może wiązać się z konkretnym zachowaniem i uczuciami. Myślenie typu: „nie mam nad tym kontroli" (Dembska, 2017, s. 55) może prowadzić do koncentracji na objawie i odczuwaniu go jako silniejszy, a w konsekwencji doświadczenia uczucia niepokoju i lęku, który wpływa na funkcjonowanie jelit. Stoudemire i McDaniel (Krzyżowski, 2004) przedstawiają hipotezy dotyczące powstawania IBS: a) osoby doświadczające trudności emocjonalnych reagują na stres poprzez doświadczenie objawów somatycznych, b) zaburzenia psychiczne manifestują się poprzez zaburzenia układu pokarmowego, c) doświadczenie zaburzeń układu pokarmowego i niedostateczne ich

wyleczenie mogą prowadzić do IBS, d) w populacji występuje specyficzna grupa osób, koncentrująca się na nadmiernej dbałości o stan swojego zdrowia fizycznego i psychicznego. Bielecka i in. (2020) traktują o tym, że osoby chorujące na IBS mają osłabioną reprezentację poczucia własnego ciała w porównaniu z osobami zdrowymi, tzn. gorzej oceniają kondycję fizyczną, częściej doświadczają negatywnych doznań cielesnych, ciało jest dla nich źródłem trudnych emocji, posiadają niższą umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, są niezadowolone z zewnętrznego wyglądu. Okazuje się też, że im bardziej badani odbierają swoich rodziców jako kontrolujących w dzieciństwie, tym słabszym poczuciem i schematem ciała charakteryzują się aktualnie. Jeśli w ocenie respondentów rodzice byli bardziej kochający, to badani mają lepszy stosunek do własnego ciała. Ponadto połowa osób chorujących na IBS doświadcza psychologicznego dystresu albo ma zdiagnozowane zaburzenie psychiczne (Lovallo, 2016).

IBS różnicuje się z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, celiakią, nowotworami jelita grubego, uchyłkami, zaburzeniami metabolicznymi, SIBO (Kołodziej, i in., 2020). Diagnostyka zespołu jelita drażliwego powinna być oparta na Kryteriach Rzymskich IV. W przypadku występowania, tzw. objawów alarmowych (np. niezamierzona utrata wagi, anemia z niedoborem żelaza, objawy występujące nocą itd.) należy zalecić dodatkowe badania w celu eliminacji innych chorób, np. raka jelita grubego, nieswoistej choroby zapalnej jelit, powikłań choroby uchyłkowej, choroby trzewnej lub innych. Ważne jest także przeprowadzenie wywiadu rodzinnego, ponieważ na podstawie rozmowy można uzyskać informacje ograniczające badania dodatkowe. Jeśli u osoby wystąpią bóle brzucha dyskomfort i/lub nieprawidłowy rytm wypróżnień należy sprawdzić czy występują objawy alarmowe. Jeśli tak, osoba powinna zostać skierowana na kolonoskopię, która potwierdziłaby lub wykluczyła występowanie choroby organicznej. Jeżeli nie pojawiają się objawy alarmowe należy przeanalizować czynniki ryzyka (psychologiczne, socjalne, genetyczne). Jeśli czynniki ryzyka mogły wpłynąć na wystąpienie objawów lekarz kieruje osobę na kolonoskopię jeśli nie, należy przeprowadzić badanie rutynowe oraz przeprowadzić wywiad biorąc pod uwagę Kryteria Rzymskie IV. Spełnienie Kryteriów Rzymskich IV potwierdza diagnozę zespołu jelita drażliwego. Brak potwierdzenia objawów we wspomnianej klasyfikacji sugeruje występowanie innego czynnościowego zaburzenia układu pokarmowego (Skrzydło-Radomańska i Rosołowski, 2020).

Przyczyna tej dolegliwości jest niewyjaśniona i wieloczynnikowa. Najistotniejsze znaczenie ma rola interakcji jelitowo-mózgowej, ważne są także zaburzenia mikrobioty jelitowej, które wiążą się z powstawaniem kolejnych mechanizmów i symptomów

związanych z IBS. Ponadto istotne znaczenie w powstawaniu IBS mają czynniki genetyczne oraz doświadczenie przewlekłego stresu o wysokim nasileniu (Dembska, 2017). Badaczce zwracają uwagę na: wieloczynnikowość, trzewne zaburzenia czucia, zaburzenia czynności motorycznej i wydzielniczej jelit, przebytą biegunkę infekcyjną, zaburzenia mikroflory jelitowej, zaburzenia interakcji mózg-jelita (Niedziałek i in., 2019). W przypadku osób zmagających się z IBS w celu poprawy stanu zdrowia zaleca się leczenie niefarmakologiczne, tj. psychoterapię, edukację, hipnoterapię, zmianę diety, aktywność fizyczną, ale też farmakoterapię, tj. leki cholinolityczne, przeciwdepresyjne (Niedziałek i in., 2019).

Nie znając jednoznacznej przyczyny występowania IBS, trudno jest określić skuteczną metodę leczenia farmakologicznego. Ze względu na nawracającą formę tej dolegliwości Adrych (2018) zwraca uwagę na istotność dobrej relacji między lekarzem i pacjentem opartej na zaufaniu, niebagatelizowaniu problemu, spokojnym wysłuchaniu pacjenta.

3.3 Dyspepsja czynnościowa i nerwica żołądka

Stresozależne (czynnościowe) zaburzenia układu pokarmowego cechują się występowaniem nawracających objawów, których nie można wyjaśnić za pomocą nieprawidłowości w budowie narządów albo zaburzeń biochemicznych. W celu wykluczenia lub potwierdzenia dolegliwości, bardzo ważne jest, aby przed sformułowaniem diagnozy choroby czynnościowej przeprowadzić dokładne badania obrazowe i laboratoryjne, które wykluczą nieprawidłowości (Sojka i Jonderko, 2013).

Dyspepsja czynnościowa

Dyspepsja (gr. *dys* - nieprawidłowy; *peptin* – trawić) – to jednolita grupa dolegliwości, którym towarzyszy uczucie przewlekłego albo nawracającego bólu czy dyskomfortu, który zlokalizowany jest w nadbrzuszu (Popczak i in., 2010). Dyspepsji czynnościowej towarzyszy uczucie sytości, szybkie nasycanie się po posiłku, wzdęcia i nudności. Występuje pod dwiema postaciami: a) zespół dolegliwości poposiłkowych, b) zespół bólu w nadbrzuszu (Mulak i in., 2016). Schorzenie rozpoznaje się głównie w oparciu o występowanie objawów, które zgłasza pacjent. Symptomy pochodzą głównie ze strony układu pokarmowego, ale osoby zgłaszają też inne objawy, tj. zaburzenia snu, bóle mięśni, nadpobudliwość nerwową, osłabienie, przygnębienie (Popczak i in., 2010).

Diagnostyka dyspepsji czynnościowej bazuje na Kryteriach Rzymskich IV. Według tej klasyfikacji dyspepsja czynnościowa dzieli się na dwie postacie: zespół dolegliwości poposiłkowych oraz zespół bólu w nadbrzuszu. W przypadku zespołu dolegliwości poposiłkowych objawy muszą wystąpić przynajmniej 3 razy w tygodniu. Wystarczy jeśli minimum raz w tygodniu wystąpią objawy zespołu bólu w nadbrzuszu, aby potwierdzić jego występowanie (Mulak i in., 2016). Gdy podejrzewa się dyspepsję czynnościową należy przeprowadzić szczegółowy wywiad biorąc pod uwagę występowanie objawów alarmowych i przeprowadzić badanie przedmiotowe. Jeśli u badanych, którzy mają 45 lat i więcej pierwszy raz wystąpiły symptomy alarmowe należy zlecić endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego. Pozostałym badanym można zlecić: nieinwazyjny test w kierunku *Helicobacter Pylori,* leczenie lekami, które hamują wydzielanie kwasu solnego (Szczepanek i Strzeszyński, 2017).

Dyspepsję czynnościową należy różnicować z następującymi jednostkami chorobowymi, tj. wrzodem trawiennym żołądka i dwunastnicy, chorobą refluksową przełyku, kamicą dróg żółciowych, przewlekłym zapaleniem trzustki, zaburzeniami metabolicznymi (np. cukrzyca), zaburzeniami elektrolitowymi, zażywaniem leków, prawokomorową niewydolnością krążenia, chorobą niedokrwienną serca o nietypowym przebiegu (Popczak i in., 2010). Dolegliwości podobne do dyspepsji czynnościowej mogą być skutkiem zażywania leków, które uszkadzają albo modyfikują pracę górnego odcinka układu pokarmowego, np. antybiotyki.

Według szacunków z dyspepsją czynnościową zmaga się około 30% pacjentów, jednak do lekarza zgłasza się 10%-20% osób doświadczających tej dolegliwości. Nie ustalono jednoznacznych przyczyn powstawania schorzenia. Jednak badacze wyróżniają następujące czynniki: skłonności genetyczne, środowisko, czynniki psychosomatyczne, zaburzenia motoryki układu pokarmowego, nadwrażliwość trzewną, zapalenie błony śluzowej żołądka na skutek *Helicobacter Pylori* (Popczak, i in., 2010). Z badań wynika, że do 40% osób zmagających się z dyspepsją czynnościową obiektywnie, w sposób mierzalny odczuwa nadwrażliwość na bodziec, którym jest niewielkie rozdęcie żołądka. Nie określono źródła tej nadwrażliwości (Eder i in., 2012).

Osoby zmagające się z dyspepsją czynnościową mają wyższe nasilenie lęku i depresyjności w stosunku do osób zdrowych. Pacjenci zwracają uwagę, że objawy schorzenia są silniejsze w sytuacji stresowej. Niektórzy zauważyli, że objawy dyspepsji wystąpiły po silnym przeżyciu psychicznym. Należy zauważyć, że w porównaniu z osobami zdrowymi, osoby zmagające się z tą dolegliwością charakteryzują się wyższym

nasileniem neurotyczności i uległości, ale też doświadczają napięcia wewnętrznego (Popczak i in., 2010; Sojka i Jonderko, 2013; Wrzesińska i Kocur, 2008). Wrzesińska i Kocur (2008) wnioskują, że negatywne reakcje stresowe występują przed pojawieniem się objawów czynnościowych układu pokarmowego, jednocześnie wzmacniają nasilenie objawów brzucha i jelit. Osoby zmagające się z zaburzeniami czynnościowymi cechują się wyższym nasileniem doświadczania negatywnego stresu psychologicznego i nie potrafią skutecznie radzić sobie z nim. Badani z dyspepsją czynnościową cechują się wysokim poziomem sumienności. Ponadto z sytuacjami stresującymi radzą sobie w sposób unikowy. Osoby zmagające się z dyspepsją czynnościową prawdopodobnie w sytuacjach stresowych mogą unikać myślenia na temat sytuacji trudnej, ale też wstrzymywać się od przeżywania i doświadczania minionej sytuacji, przy tym mogą bagatelizować i minimalizować problem, co w konsekwencji może doprowadzić do gorszego samopoczucia.

Działanie bodźców psychologicznych prowadzi do aktywowania się autonomicznego układu nerwowego, wówczas pojawia się odpowiedź endokrynna i zaburzenia układu pokarmowego. Badacze zwracają uwagę, że przyczyny emocjonalne mają duże znaczenie w powstawaniu zaburzeń czynnościowych. Zauważono, że objawy dyspepsji nasilają się, gdy człowiek jest przesilony pracą zawodową albo pojawiają się trudności rodzinne. Cechami charakterystycznymi dla pacjentów zmagających się z dyspepsją jest doświadczanie lęku, hipochondrii. Czynniki psychologiczne mają związek z tym, czy osoby chorujące poszukują opieki medycznej (Popczak i in., 2010).

Zmiana stylu życia oraz sposobu odżywiania się są ważnymi elementami w leczeniu dyspepsji czynnościowej. Wśród pacjentów, u których występuje zespół zaburzeń poposiłkowych stosuje się leki prokinetyczne. U pacjentów zmagających się z zespołem bólu w nadbrzuszu używa się leków, które zmniejszają wydzielanie kwasu solnego. Jeśli terapia wskazanymi lekami nie przynosi efektu pacjent może otrzymać leki rozkurczowe i przeciwdepresyjne (Walecka-Kapica, 2020).

Nerwica żołądka

Nerwica żołądka może występować pod postacią psychogenną, np. biegunka, niestrawność, wzdęcia. W przypadku nerwicy żołądka osoba doświadcza objawów w taki sposób, jakby cały narządu albo układu poddał się chorobie. Standardowo występują dwie grupy objawów, z których żaden nie jest chorobą organiczną lub chorobą całego układu. Do pierwszej grupy objawów należą skargi dotyczące symptomów obiektywnych, tj. aktywność układu wegetatywnego, przyspieszone bicie serca, oddechu. Drugą grupę

stanowią skargi subiektywne na objawy, które są dynamiczne i nietypowe, tj. uczucie ucisku, wzdęcia, rozdymania (ICD, 2012).

Symptomy zgłaszane przez pacjentów, które wskazują na zaburzenia funkcji układu albo organu, który jest kontrolowany przez autonomiczny układ nerwowy określa się jako zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, nerwice narządowe. Stwierdzenie występowania tych zaburzeń musi potwierdzić występowanie wszystkich kryteriów spośród następujących:

1) aktywność układu autonomicznego, tj. przyspieszone bicie serca, drżenie, zaczerwienienie, objawy uporczywe i nieprzyjemne; 2) występowanie subiektywnych symptomów związanych z konkretnym organem czy układem; 3) skoncentrowanie się na możliwości wystąpienia dysfunkcji narządu czy układu i przykre jej przeżywanie, utrzymujące się mimo objaśnień i zapewnień lekarzy; 4) niepotwierdzone, istotne zaburzenia w budowie lub funkcji układu lub narządu (Gruszczyński, 2010).

3.4 Choroba wrzodowa żołądka

Choroba wrzodowa żołądka, jest jedną z najczęstszych dolegliwości górnej części układu pokarmowego. Wrzód żołądka jest ubytkiem w ścianie żołądka. W pierwszym stadium choroby, zauważalne jest uszkodzenie błony śluzowej. Wrzód rozwija się wtedy, gdy wystąpią optymalne warunki. Choroba wrzodowa żołądka występuje, gdy pojawia się wiele trudno gojących się ran. Do charakterystycznych objawów tej dolegliwości należą w początkowym etapie: zgaga, pieczenie albo odbijanie, palenie w dołku podsercowym, czy odbijanie. Najbardziej charakterystycznym symptomem jest uczucie bólu w nadbrzuszu, który jest zależny od posiłków. Pacjentom towarzyszą także wymioty, które na jakiś czas przynoszą ulgę (Kołodziej i Klasik-Ciszewska, 2018).

Podstawowym badaniem w rozpoznawaniu choroby wrzodowej jest endoskopia. W czasie badania można dokonać oceny przełyku, żołądka i dwunastnicy, sprawdzić występowanie niszy wrzodowej, zarejestrować obraz, pobrać wycinki do analizy histopatologicznej albo do wykonania testu ureazowego. W przypadku zakończenia leczenia wrzodów żołądka należy zweryfikować, czy zmiana zagoiła się. W przypadku przeciwwskazań do badania endoskopowego inną metodą jest przeprowadzenie badania radiologicznego. Jeśli stwierdzi się występowanie wrzodu żołądka albo dwunastnicy należy sprawdzić obecność *Helicobacter Pylori.* Obecność bakterii weryfikuje się na podstawie metod inwazyjnych i nieinwazyjnych. Do tych pierwszych należą: wykonanie testu ureazowego, wykonanie badania histologicznego, hodowlę bakteryjną. Do metod

nieinwazyjnych zalicza się: test oddechowy z mocznikiem, test wykrywający antygen *H. Pylori* w kale, testy serologiczne (Skrzydło-Radomańska, 2020). Badacze zwracają uwagę, że ze względu na częstotliwość diagnozowania tej dolegliwości, stała się ona chorobą cywilizacyjną. Choruje na nią od 5%-10% dorosłych (Rybka i Winnicka, 2016). Do czynników, które wpływają na powstawanie i rozwój choroby należą: czynniki genetyczne, palenie papierosów, duże ilości spożywanego alkoholu, leki, nieprawidłowa dieta. Odpowiedzialną za rozwój choroby jest bakteria *Helicobacter Pylori.* Choroba wrzodowa żołądka określana jest także jako psychosomatyczna, m.in. ze względu na niewłaściwy styl życia, przewlekły stres, pęd życia. Inną przyczyną powstawania choroby jest używanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (Kołodziej i Klasik-Ciszewska, 2018).

Jak wspomniano, w procesie powstawania i rozwoju choroby wrzodowej żołądka duże znaczenie ma stres. Im wyższe nasilenie stresu, tym słabsze działanie układu odpornościowego. Taka zależność może wyjaśniać, dlaczego u niektórych osób *Helicobacter Pylori* jest nieaktywna i nie daje objawów chorobowych, a u innych aktywuje się i prowadzi m.in. do choroby wrzodowej żołądka.

Najistotniejszym celem terapii jest przeciwdziałanie nawrotom i eliminacja czynników wpływających na rozwój choroby. Możliwe jest całkowite wyleczenie z epizodu choroby wrzodowej żołądka, jednak wymaga, to właściwie postawionej diagnozy oraz bardzo dużego zaangażowania pacjenta w proces leczenia (Kołodziej i Klasik-Ciszewska, 2018).

Podsumowując, brak jest ramowych kryteriów rozpoznawania zaburzeń psychosomatycznych. Zaburzenia czynnościowe w psychiatrii mają jednoznacznie określone kryteria w DSM, a postępowanie diagnostyczne opiera się także na Kryteriach Rzymskich IV (Mulak i in., 2016; Skrzydło-Radomańska i Rosołowski, 2020). Poza tym w ICD- 10 (2012) zaburzenia pod postacią somatyczną dotyczą: zaburzeń somatyzacyjnych, zaburzeń pod postacią somatyczną niezróżnicowanych, zaburzeń hipochondrycznych, dysfunkcji autonomicznych pod postacią somatyczną, uporczywych bóli psychogennych. Natomiast w ICD 11 (2023) zaburzenia psychosomatyczne można przyporządkować do kategorii *Bodily Distress Disorder*, czyli zespół dystresu cielesnego. Główna charakterystyka zaburzeń psychosomatycznych, czyli to że symptomy nie są wynikiem dysfunkcji somatycznych a problemów psychologicznych jest jedną z trudności dotyczących ustalenia diagnozy nozologicznej. Pacjenci z problemami

psychosomatycznymi miewają trudność z akceptacją przyczyn swego stanu zdrowia (Gureje i Reed, 2016).

IV Metodologia badań własnych

Z analizy literatury przedmiotu wynika, że należy uzupełnić wiedzę dotyczącą tego, jakie są podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego. Jak wykazano, badacze wskazują na izolowane podmiotowe uwarunkowania adaptacji do życia z chorobami traktując je pojedynczo lub oddzielnie. Jednak dane są ograniczone. W niniejszej pracy na podstawie analizy literatury ujęto dolegliwości psychosomatyczne układu pokarmowego jako całość uwzględniając przy tym łącznie m.in. różnorodne mechanizmy powstawania.

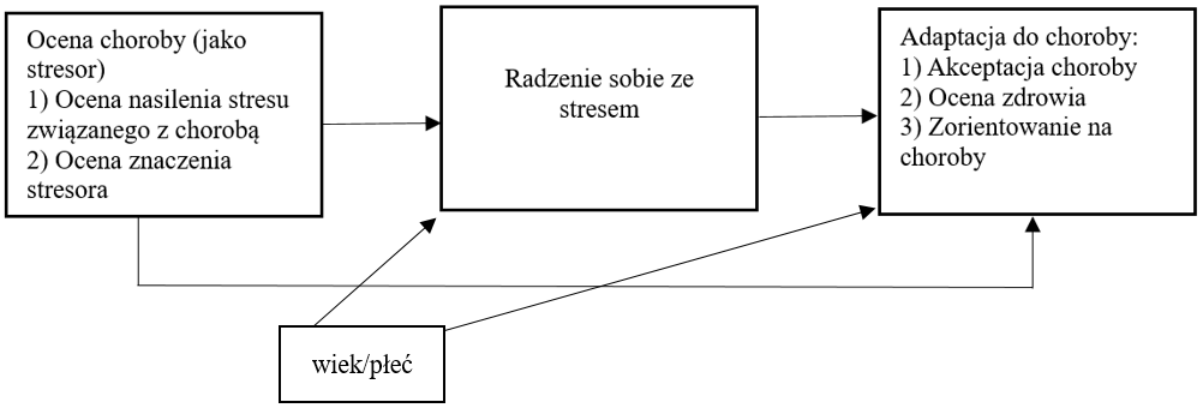
W związku z powyższym podjęto namysł dotyczący zaaranżowania procesu badawczego. Określono problem badawczy pracy, skonstruowano model teoretyczny, ustalono: cele, pytania i hipotezy badawcze, zoperacjonalizowano zmienne, zrealizowano badania (Brzeziński, 2004).

4.1 Model badań własnych

Problemy ze zdrowiem somatycznym wiążą się z odczuwaniem objawów choroby jak i z nasileniem stresu u osoby chorującej. Niektórzy ludzie konstruktywnie radzą sobie ze stresem choroby, a inni odczuwają silny dystres. Przegląd literatury wskazuje, że większą popularnością wśród badaczy cieszą się choroby psychosomatyczne układu krążenia (Wrześniewski i Włodarczyk), układu endokrynnego (Basińska) i skóry (Janowski). Zainteresowanie problematyką dolegliwości ze strony układu pokarmowego wynika z doniesień o coraz częstszym występowaniu chorób tego układu fizjologicznego (Rydzewska i in., 2016), jak i zwrócenia uwagi na relację jelito-mózg (Powell i in., 2017), a w związku z tym relacji umysł-ciało, czyli zagadnień z zakresu psychosomatyki. Zwrócono uwagę na potrzebę niesienia realnej pomocy w codziennym funkcjonowaniu osobom chorującym, stąd istotna jest analiza podmiotowych czynników w adaptacji do życia z chorobą. W związku z tym sformułowano problem badawczy: Jakie są podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego? Przegląd literatury pozwolił wyłonić czynniki istotne dla procesu radzenia sobie z choroba psychosomatyczną. Należą do nich: ocena choroby jako stresor, w kontekście nasilenia i znaczenia oraz strategie radzenia sobie. Analizy prowadzone są w oparciu o paradygmat holistyczny i transakcyjną teorię stresu. Na podstawie analizy problemu skonstruowano model teoretyczny - graficznie przedstawia go rysunek 1.

Rysunek 1

Model teoretyczny badań własnych



W niniejszym projekcie choroba rozumiana jest jako stresor. Ważne jest więc uchwycenie tego, jakie jest nasilenie stresu związanego z chorobą, interpretowanego jako fizjologiczne i psychologiczne konsekwencje przebytych wydarzeń (Juczyńki i Ogińska-Bulik, 2012). Drugą zmienną jest ocena pierwotna stresora (Lazarus i Folkman, 1984). Wskaźnikiem tej zmiennej jest nasilenie wyników w kategoriach: zagrożenie (np. niepokój, przerażenie), krzywda/strata (np. krzywda, powód do żalu), wyzwanie-aktywność (np. aktywizacja, optymizm), wyzwanie pasywność (Włodarczyk i Wrześniewski, 2010). Zmienna radzenie sobie ze stresem rozumiane jest jako poznawcze i behawioralne zaangażowanie osoby w celu radzenia sobie z wymaganiami zewnętrznymi i/lub wewnętrznymi, które interpretowane są jako wyczerpujące albo przekraczające możliwości człowieka. Dotyczy przyjmowania stylu radzenia sobie: skoncentrowanie na problemie (np. aktywne radzenie sobie, planowanie), zachowania unikowe (np. zaprzestanie działań, odwracanie uwagi), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach (np. poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie) (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Natomiast adaptacja do choroby wyraża się w nasileniu akceptacji choroby, oceny zdrowia i zorientowania na choroby. Akceptacja choroby, to niższe natężenie negatywnych reakcji i emocji, które wiążą się z doświadczaną dolegliwością (Juczyński, 2001). Kolejna zmienna w zakresie adaptacji do choroby, to ocena zdrowia. Odnosi się do poczucia bycia zdrowym i braku chorób fizycznych**.** Natomiast zorientowanie na choroby dotyczy oceny bycia chorym lub stawania się chorym, czujność w zakresie odczuwania symptomów fizycznych jako wymagających pomocy medycznej (Brown i in., 1990; Cash, 2018).

W modelu teoretycznym przyjęto następujące zmienne wyjaśniające: ocena choroby: ocena nasilenia stresu związanego z chorobą i ocena znaczenia stresora (choroba), radzenie sobie z chorobą: style radzenia sobie ze stresem. Zmienną wyjaśnianą jest adaptacja do choroby rozumiana jako: akceptacja choroby, ocena zdrowia, zorientowanie na choroby. Między zmiennymi wyjaśniającymi a zmienną wyjaśnianą zachodzą bezpośrednie zależności. Strategie radzenia sobie ze stresem pełnią funkcję zmiennej pośredniczącej w relacji między oceną choroby i adaptacją do choroby. W modelu uwzględniono również kowarianty, którymi są wiek i płeć. Dane z literatury pokazują, że wraz z wiekiem w sposób naturalny występuje pogorszenie stanu zdrowia **(**Gałuszka, 2013; Gawor i in. 2022). Wykazano, że kobiety częściej chorują na dolegliwości psychosomatyczne w porównaniu do mężczyzn (Creed i in. 2011).

Badania mają charakter kwestionariuszowy, korelacyjny, w procedurze ex post facto (Brzeziński, 2004).

4.2 Pytania i hipotezy badawcze

Skonstruowany model teoretyczny jest próbą odpowiedzi na sformułowany problem w pracy. Wyraża się on w pytaniu ogólnym: Jakie są podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego?

Pierwszym krokiem jest ocena nasilenia funkcjonowania osób badanych w zakresie wyróżnionych czynników w modelu. Pytania mają charakter eksploracyjny:

a) Jaka jest psychosomatyczna charakterystyka badanych?

b) Jakie jest nasilenie zmiennych występujących w modelu: nasilenie stresu, ocena stresora, nasilenie stylów radzenia sobie ze stresem, akceptacji choroby, oceny zdrowia, zorientowania na choroby?

I. Kolejnym etapem jest ocena zależności pomiędzy czynnikami w modelu. Postawiono trzy pytania, do których sformułowano hipotezy.

P1. Jaki jest związek między nasileniem stresu związanego z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego a: nasileniem stylów radzenia sobie ze stresem, akceptacją choroby, oceną zdrowia, zorientowaniem na choroby?

H1: Im wyższe nasilenie stresu związanego z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego

u badanych, tym:

a) wyższe nasilenie stylów radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych, a niższe nasilenie koncentracji na problemie
b) niższa akceptacja choroby
c) bardziej negatywnie oceniane zdrowie
d) bardziej nasilone zorientowanie na choroby.

Sojka i Jonderko (2013) zwracają uwagę na to, że pacjenci doświadczający dyspepsji czynnościowej w porównaniu z osobami zdrowymi mają wyższe nasilenie lęku i depresji, a objawy ich dolegliwości nasilają się, gdy przeżyją sytuację stresową. Oprócz tego sugerują kwestię, iż dolegliwości pojawiły się po nacechowanym emocjonalnie wydarzeniu psychicznym. W przypadku osób, którym doskwiera zespół jelita drażliwego, poza zmianami w jelicie, na osi jelito-mózg i ośrodkach odczuwania bólu, występowanie dolegliwości wyjaśniane jest zaburzeniami transportu serotoniny. U ponad 70% pacjentów występuje lęk albo depresja, niepokój, natręctwa czy somatyzacja stanów emocjonalnych. Psychopatologiczne doświadczenia są ekspresją schorzenia a nie przyczyną. Jednak 50-80% badanych deklaruje, że wraz ze wzrostem napięcia związanego ze stresem wzmagają się ich dolegliwości. Mężczyźni są bardziej zatroskani o karierę zawodową a kobiety o rodzinę. Omawiane schorzenie może wystąpić częściej wśród osób, które przeżyły traumę w dzieciństwie i miały PTSD. W przypadku choroby wrzodowej żołądka odkrycie znaczenia *Helicobacter Pyroli* mogło sugerować minimalizację roli stresu w rozwoju tejże choroby. Jak się okazuje u około 80% osób zakażonych *Helicobacter Pyroli* nie rozwija się choroba wrzodowa żołądka. Natomiast odczuwanie stresu przez dłuższy czas, przyczynia się do utrzymywania podwyższonego stężenia kortyzolu we krwi, który wiąże się ze spadkiem odporności organizmu (Sojka i Jonderko, 2013).

W grupie osób chorujących onkologicznie wykazano, że najtrudniej im jest zaadaptować się do życia z chorobą oraz to, że nie będą mogli wykonywać czynności, które lubią. W omawianej grupie zrealizowano badania podłużne, z których wynika, że po przebytej operacji akceptacja choroby zmniejszyła się do poziomu przeciętnego w stosunku do okresu sprzed zabiegu (Nowicki i in., 2017).

Sformułowano analogiczne pytania o ocenę znaczenia stresora.

P2. Jaki jest związek między nasileniem oceny znaczenia stresora u badanych a: nasileniem stylów radzenia sobie ze stresem, akceptacją choroby, oceną zdrowia, zorientowaniem na choroby?

H2: Im wyższe nasilenie oceny znaczenia stresora:

H2.1 jako zagrożenie, krzywda/strata tym:

a) wyższe nasilenie stylów radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych, a niższe nasilenie koncentracji na problemie

b) niższa akceptacja choroby

c) bardziej negatywnie oceniane zdrowie

d) bardziej nasilone zorientowanie na choroby

H2.2: jako wyzwanie - aktywność tym:

a) wyższe nasilenie stylu skoncentrowanego na problemie, a niższe skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych

b) wyższa akceptacja choroby

c) bardziej negatywnie oceniane zdrowie

d) bardziej nasilone zorientowanie na choroby

H2.3: jako wyzwanie - pasywność tym:

a) niższe nasilenie stylu skoncentrowanego na problemie, a wyższe skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych

b) wyższa akceptacja choroby

c) bardziej negatywnie oceniane zdrowie

d) bardziej nasilone zorientowanie na choroby

Z badań Bieleckiej (2019) wynika, iż dla pacjentów chorujących na zespół jelita drażliwego charakterystyczny jest słabiej rozwinięty schemat ciała, obraz ciała, poczucie ciała w porównaniu z osobami zdrowymi.

Wykazano, że stresujące wydarzenia życiowe mogą powodować dolegliwości żołądkowo-jelitowe (Denys i in., 2015). W omawianym kontekście warto zwrócić uwagę na koncepcję dotyczącą związku problemów życia codziennego a dolegliwościami ze strony jelit i żołądka. Relacja między mózgiem a żołądkiem działa w dwie strony – celem jest koordynowanie wzajemnych funkcji. W tej wymianie pośredniczą neurony, ale też

układy: metaboliczny, endokrynny, immunologiczny odbierając bodźce ze środowiska. Zaburzony sposób komunikacji na osi jelita-mózg odgrywa istotną rolę w przypadku dyspepsji funkcjonalnej i zespołu jelita drażliwego (Powell i in., 2017).

U pacjentów z nieswoistymi chorobami jelit akceptacja choroby jest zależna od tego jak długo trwa choroba, jak dużo jest objawów pozajelitowych (Lickiewicz i in., 2010).

Z kolei chorujący na zespół jelita drażliwego są przekonani i sygnalizują to, że trudne wydarzenia życiowe wpływają na ich codzienne funkcjonowanie. Jednak są też bardziej narażeni na rozwijanie się nieprzyjemnych symptomów ich choroby. Osoby z czynnościowymi zaburzeniami układu pokarmowego z wyższym natężeniem odczuwają konsekwencje ekspozycji na stresor, jednocześnie posiadając mniej skuteczne sposoby radzenia sobie z nim (Denys i in., 2015). Z badań Orzechowskiej i in. (2010) wynika, że respondenci z IBS w porównaniu do osób zdrowych silniej doświadczają stresu. Co więcej osiągają wyższe wyniki w nasileniu lęku jako stan i cecha. Autorzy zwracają uwagę, że w przypadku dolegliwości gastrologicznych stan emocjonalny, radzenie sobie z emocjami, ekspresja emocji odgrywają znaczącą rolę w przebiegu choroby. Furmńska i in. (2018) dowodzą, że chorujący przewlekle, którzy mają trudność w przystosowaniu się do życia z chorobą, w porównaniu do pacjentów łatwiej adaptujących się częściej oceniają swoją dolegliwość jako zagrożenie, przeszkodę/stratę, a także krzywdę, jednocześnie nadając jej negatywne znaczenie.

Sformułowano pytania o style radzenia sobie ze stresem.

P3. Jaki jest związek między nasileniem stylów radzenia sobie ze stresem a: akceptacją choroby, oceną zdrowia, zorientowaniem na choroby?

H3: Im wyższe nasilenie:

H3.1 stylu skoncentrowanego na problemie tym:

a) wyższe nasilenie akceptacji choroby

b) bardziej pozytywnie oceniane zdrowie

c) mniej nasilone zorientowanie na choroby

H3.2: stylu zachowania unikowego tym:

a) niższa akceptacja choroby

b) bardziej negatywnie oceniane zdrowie

c) bardziej nasilone zorientowanie na choroby

H3.3: stylu poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach tym:

a) wyższe nasilenie akceptacji choroby

b) bardziej pozytywnie oceniane zdrowie

c) mniej nasilone zorientowanie na choroby

Kozaka (2010) przywołuje wnioski Billingsa i współpracowników, z których wynika, że używając strategii: pozytywne przeformułowanie, wsparcie społeczne, strategia skoncentrowana na rozwiązaniu problemu mogą być predyktorem doświadczania przyjemnych emocji. Autorka przytacza badania, z których wynika, że w przypadku osób chorujących na nowotwór aktywne zmaganie się z chorobą ma związek z wyższą jakością życia. Zwraca też uwagę na to, że strategie radzenia sobie mają istotne znacznie pośredniczące między zasobami osoby a przystosowaniem do choroby. Destrukcyjne radzenie sobie z chorobą i procesem leczenia zazwyczaj może doprowadzić do trwałych zaburzeń, które powstają w wyniku doświadczonego stresu (Kozaka, 2010).

U chorujących na zespół jelita drażliwego istotną kwestią w poczuciu granic ciała jest uważność na naruszenie granic Ja społecznego. Im wyższe nasilenie poczucia granic ciała, tym korzystniejsza ocena zdrowia i atrakcyjności fizycznej (Krzewska i Dolińska-Zygmunt, 2016).

Z badań wynika, że istnieje związek między przyjęciem strategii konstruktywnego radzenia sobie ze stresem, a akceptacją choroby w grupie osób chorujących onkologicznie. Akceptacja choroby wiąże się również ze wsparciem społecznym, które kierowane jest do osoby chorującej (Ruszkiewicz i Kreft, 2017). Natomiast chorujący na łuszczycę częściej stosowali strategie skoncentrowane na problemie niż strategie unikowe. Przy tym osiągali przeciętne natężenie akceptacji choroby. Wykazano, że osoby używające strategii zaprzestanie działań i obwinianie siebie charakteryzowały się niższą akceptacją dolegliwości (Basińska i Kasprzak, 2012).

Wykazano, że akceptacja choroby obniża występowanie negatywnych reakcji emocjonalnych, które z kolei mogą mieć wpływ na jakość życia. Osoby z chorobą Leśniowskiego-Crohna będące w zaostrzeniu objawów charakteryzują się niższą akceptacją dolegliwości. Badacze wskazali, że posiadanie potomstwa, niewystępowanie objawów pozajelitowych, brak interwencji chirurgicznych mają znaczenie w procesie adaptacji do schorzenia (Chrobak-Bień i in., 2018; Glińska, i in. 2015). Natomiast osoby chorujące na nieswoiste choroby zapalne jelit, których postawa wskazuje na współodpowiedzialność za proces leczenia, wykazują wyższe nasilenie adaptacji do choroby (Glińska i in., 2015).

II. Działania podjęte w kolejnym etapie mają za zadanie dostarczyć wiedzy na temat występowania mechanizmów adaptacji do choroby.

P4. Jaki jest mechanizm adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego u badanych?

H4.1: Radzenie sobie ze stresem jest mediatorem związku między oceną choroby jako stresora

a adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego.

H4.2 Radzenie sobie ze stresem jest mediatorem związku między nasileniem stresu a adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego.

Według Froch i in. (2009) korzystanie z nieadaptacyjnych mechanizmów obronnych jest charakterystyczne dla osób niestabilnych, neurotycznych i niezintegrowanych. W związku z tym pacjenci z powyższymi cechami częściej doświadczają emocji nieprzyjemnych niż przyjemnych, przez co mają skłonność do zamartwiania się, co może skutkować obniżeniem nastroju. Gorsze samopoczucie psychiczne może mieć wpływ na proces leczenia. Istotne znaczenie ma także pasywny styl radzenia sobie ze stresem. Chorujący na nieswoiste choroby zapalne jelit, którzy otwarcie skonfrontowali się z towarzyszącą dolegliwością, są bardziej skuteczni w zaadaptowaniu się do życia codziennego mimo występujących trudności w sferze funkcjonowania psychospołecznego i realizacji zadań rozwojowych (Froch i in., 2009). Wyższe nasilenie akceptacji choroby zależy od czasu trwania dolegliwości (Lickiewicz i in., 2010). Zatem wnioskuje się, że im dłużej trwa choroba chorujący mogą przyjmować i przewartościowywać style radzenia sobie ze stresem.

Kaczmarska i Curyło-Sikora (2016) wyjaśniają, że to czy sytuacja zostanie uznana za stresową, zależy od subiektywnej oceny poznawczej jednostki. W założeniu transakcyjnej teorii stresu wyróżnia się ocenę pierwotną i wtórną. Jeżeli zdarzenie zostanie uznane jako stresujące, to ujmując stresor przez pryzmat oceny pierwotnej można traktować go jako: zagrożenie, wyzwanie, krzywda/strata. Natomiast ocena wtórna polega na dokonania oceny czy zasoby osoby pozwalają na poradzenie sobie w sytuacji trudnej. Po dokonaniu stosownych ocen następuje wybór strategii radzenia sobie: skoncentrowany na emocjach lub na problemie.

4.3 Charakterystyka grupy badanej

Grupę badaną stanowi 144 osoby w tym większość kobiety (77,1%). Osoby badane miały od 18 do 60 lat (*M*= 33,43; *SD*= 10,23), w tym osoby w okresie wczesnej dorosłości (≤30 lat) stanowią grupę *n*= 73 (50,7%), a grupę osób w okresie dorosłości (>30 lat) stanowi *n*= 71 (49,3%). Dane do ogólnej charakterystyki grupy badanej zawarte są w Tabeli 1.

Tabela 1

Charakterystyka socjodemograficzna i zdrowotna badanej grupy

Zmienna	*N*	*%*
Płeć:		
Kobieta	111	77,1
Mężczyzna	33	22,9
Stan cywilny:		
panna/kawaler	33	22,9
mężatka/żonaty	68	47,2
po rozwodzie	6	4,2
w zw. nieform.	36	25
wdowa/wdowiec	1	0,7
Stan rodziny: dzieci		
tak	56	38,9
nie	85	59
brak danych	3	2,1
Wykształcenie:		
wyższe	91	63,2
średnie	40	27, 8
zasad. zawodowe	10	6,9
podstawowe	3	2,1
Typ choroby:		
IBS	55	38,2
CD	37	25,7
FGID	34	23,6
Ch. W-Ż	18	12,5
Leki wpływające na:		
nastrój i ukł. pok.	52	36,1
nastrój	7	4,9
układ pokarmowy	32	22,2
brak/neutralne	53	36,8
Chor./zab. psych.:		
tak	28	19,4
nie	115	79,9
brak danych	1	0,7

Adnotacja. IBS – zespół jelita drażliwego; CD – choroba Leśniowskiego-Crohna; FGID – czynnościowe zaburzenia układu pokarmowego; ch.W-Ż – choroba wrzodowa żołądka; ukł. pok. – układ pokarmowy
Źródło: Badania własne

Na podstawie Tabeli 1 można stwierdzić, że najwięcej osób jest w związkach (72,2%), w tym w związku małżeńskim (47,2%) lub w związkach nieformalnych (25%). Pozostałe osoby są stanu wolnego. Ponad połowa badanych (59%) nie ma potomstwa.

Większość respondentów ma wykształcenie wyższe (63,2%) lub średnie (27,8%). Pozostała grupa to osoby z wykształceniem niższym (9%).

Biorąc pod uwagę sytuację zdrowotną uczestników w badaniu udział wzięli pacjenci z: chorobą Leśniowskiego-Crohna (25,7%), zespołem jelita drażliwego (38,2%), czynnościowymi zaburzeniami układu pokarmowego (23,6%) i chorobą wrzodową żołądka (12,5%). Badani są w trakcie farmakoterapii (63,2%), w tym: 36,1% przyjmuje leki, które wpływają na nastrój oraz układ pokarmowy, 22,2% respondentów bierze tylko leki działające na układ pokarmowy, a 4,9% korzysta tylko z lekarstw wpływających na nastrój. Duża część respondentów (36,8%) przyjmuje leki, które nie mają wpływu na nastrój czy układ pokarmowy lub wcale nie podlega farmakoterapii. Prawie cztery piąte badanych (79,9%) aktualnie nie zmaga się z zaburzeniami/chorobami psychicznymi.

Dokonano także analizy czasu uzyskania diagnozy choroby psychosomatycznej układu pokarmowego. Diagnozę choroby badani średnio mają w 62 miesiącu, +/- 54 miesiące. Minimalny czas posiadania diagnozy to 4 miesiące, a maksymalny 276 miesięcy. Sprawdzono również jak długo chorujący zmagają się z symptomami choroby. Najkrótszy czas doświadczania objawów to 3 miesiące, a najdłuższy 336 miesięcy. Natomiast średnio respondenci doświadczają objawów do 87 miesięcy (Tabela XI, Aneks).

4.4 Narzędzia badawcze

Do zebrania materiału badawczego wykorzystano następujące narzędzia badawcze: wywiad Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (DCPR-R SSI) wraz z ankietą, Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS – wersja B), Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10), Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała (MBSRQ). Każde z wymienionych narzędzi jest dostępne i zawiera zadowalające wskaźniki psychometryczne.

4.4.1 Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (DCPR-R- SSI)

Narzędzie autorstwa Guidi, Cosci, Porcelli, Rafanelli, Sonino, Favy, w zrewidowanej wersji Basińskiej, Woźniewicz, Sołtys. Wywiad, który stosuje się w ramach badania klinicznego. Częściowo ustrukturalizowany, wywiad o budowie modułowej. Składa się z 14 rubryk diagnostycznych dotyczących: allostatycznego przeciążenia, lęku o zdrowie, morbofobii, hipochondrii, tanatofobii, zaprzeczania chorobie, uporczywych somatyzacji, objawów konwersji, reakcji rocznicowej, objawów

somatycznych wtórnych do zaburzenia psychicznego, utraty morale (demoralizacja), stanu drażliwości (irytacji), wzoru zachowania A, aleksytymii. Odpowiedzi badanego zaznaczane są w formie: tak/nie. Część oceny opiera się na obserwacji osoby badającej, a sam wywiad dotyczy minionych 12 miesięcy chyba, że w instrukcji wskazano inaczej. Metoda zawiera także ankietę (Basińska i Woźniewicz, 2014; Basińska i Woźniewicz, 2021). Oryginalna ankieta zawiera zestawienie objawów psychosomatycznych oraz dane dotyczące: nazwiska, kodu badanego, płci, wieku, wykształcenia w latach, diagnozy głównej choroby, czasu trwania choroby określonego w miesiącach, innych chorób somatycznych i aktualnych diagnoz psychiatrycznych, ale też takich które wystąpiły u badanego w ciągu ostatnich 10 lat. W badaniu własnym usunięto informację identyfikującą nazwisko, dodano etapy wykształcenia: podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, wyższe. Zamieszczono kategorie stanu cywilnego: kawaler/panna, wdowa/wdowiec, mąż/żona, inny oraz pytanie dotyczące posiadania potomstwa. Pytano badanych o długość trwania objawów choroby (w miesiącach). W lutym 2022 do wywiadu częściowo ustrukturalizowanego (DCPR-R-SSI) dołączono dwa pytania, w związku z wojną która ma miejsce na Ukrainie. Brzmiały one następująco: 1) Jak sytuacja wojny na Ukrainie wiąże się z Pani/Pana samopoczuciem?; 2) Czy zauważył/a Pan/i wzrost niepokojących objawów lub pojawienie się nowych objawów związanych ze zdrowiem?

4.4.2 Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS wersja B)

Narzędzie skonstruowane przez Wrześniewskiego z zespołem służy do oceny stresora w kategoriach: zagrożenie, krzywda/strata, wyzwanie-aktywność, wyzwanie-pasywność. Kwestionariusz składa się 35 przymiotników, które badany ocenia na skali czterostopniowej, gdzie 0 oznacza zdecydowanie nie, a 3 oznacza zdecydowanie tak. Narzędzie składa się z podskal o takich samych nazwach jak wspomniane powyżej kategorie oceny. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie oceny stresora. Rzetelność narzędzia mierzona była metodą zgodności wewnętrznej α Cronbacha i Guttmana. Dla zagrożenia α *Cronbacha* wyniosła 0,90; dla krzywdy/straty 0,80; dla wyzwania-aktywność 0,71; dla wyzwania-pasywność 0, 76 dla oceny sytuacyjnej. W ocenie dyspozycyjnej na podstawie tych samych metod pomiaru *α Cronbacha* wyniosła 0,90 dla zagrożenia; dla krzywdy/straty 0, 84; dla wyzwania-aktywności 0, 81; dla wyzwania-pasywności 0, 79 (Włodarczyk, Wrześniewski, 2010). W badaniach własnych *α Cronbacha* dla dyspozycyjnej oceny stresora wyniosła: zagrożenie: 0,91; krzywda/strata: 0,76; wyzwanie-aktywność: 73; dla wyzwanie- pasywność: 0,83.

4.4.3 Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)

Skala skonstruowana przez Cohena, Kamarck'a, Mermelstein'a. Adaptacji polskiej dokonali Juczyński i Ogińska-Bulik. Służy do pomiaru odczuwanego stresu i składa się z 10 pytań dotyczących subiektywnych odczuć osoby na temat problemów, osobistych zdarzeń, zachowań i radzenia sobie. Badany ustosunkowuje się do każdego pytania wybierając jedną z odpowiedzi na skali od 0-4, gdzie 0 oznacza nigdy, a 4 oznacza bardzo często. Im wyższy wynik w skali, tym wyższe nasilenie postrzegania swojej sytuacji życiowej jako stresująca, czy nadmiernie obciążająca. Współczynnik zgodności wewnętrznej mierzony za pomocą α *Cronbacha* wynosi 0, 86 (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). W badaniach własnych α *Cronbacha* wyniosła: 0,40.

4.4.4 Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE)

Narzędzie autorstwa Carver'a, Scheier'a, Weintraub'a. Adaptacji polskiej dokonali Juczyński i Ogińska-Bulik. Narzędzie składające się z 60 stwierdzeń, opiera się na samoopisie. Zadaniem badanego jest ustosunkowanie się względem odpowiedzi na 4-stopniowej skali od 1 (prawie nigdy tak nie postępuję) do 4 (prawie zawsze tak postępuję). Za pomocą tego narzędzia można ocenić 15 strategii radzenia sobie i 3 style radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie i rozwój, unikanie konkurencyjnych działań, powstrzymywanie się od działania – to strategie ujmowane jako styl skoncentrowany na problemie. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zwrot ku religii, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie – to strategie ujmowane jako poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach. Natomiast akceptacja, zaprzeczanie, odwracanie uwagi, zaprzestanie działań, zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, poczucie humoru są strategiami należącymi do zachowań unikowych. Uzyskane wyniki wskazują na typowy wzorzec radzenia sobie ze stresem Rzetelność narzędzia sprawdzana α *Cronbacha* waha się od 0, 48-0, 94 (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). W badaniach własnych α *Cronbacha* wyniosła od 0,75 do 0,90.

4.4.5 Skala Akceptacji Choroby (AIS)

Autorami narzędzia są Felton, Revenson, Hinrichsen. Polskiej adaptacji metody dokonał Juczyński. Skala służy do badania osób chorujących i składa się z 8 twierdzeń, które dotyczą konsekwencji złego stanu zdrowia – stopnia akceptacji choroby. Badany ma ustosunkować się do twierdzeń na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – zdecydowanie się

zgadzam i 5 – zdecydowanie się nie zgadam. Na skali można uzyskać od 8 do 40 punktów. Im wyższy wynik tym lepsza akceptacja choroby. Rzetelność polskiej wersji skali mierzono *α Cronbacha,* która wynosi 0,82 (Juczyński, 2012).W badaniach własnych *α Cronbacha* wyniosła: 0, 88.

4.4.6 Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała (MBSRQ)

Autorem kwestionariusza jest Cash, a tłumaczenia narzędzia na język polski dokonali: Topór, Matkowska, Schier, Rzeszutek. Kwestionariusz składa się z 69 pozycji, na podstawie których badani oceniają własne ciało. Kwestionariusz składa się z takich podskal: ocena wyglądu – bada atrakcyjność lub brak atrakcyjności; zorientowanie na wygląd – dotyczy dbania o własny wygląd; ocena sprawności – dotyczy przekonania lub braku przekonania na temat sprawności fizycznej; zorientowanie na sprawność – dotyczy oceny wysiłku wkładanego w kreowanie i utrzymywanie sprawności fizycznej; ocena zdrowia – sprawdza poczucie bycia zdrowym lub przekonanie o braku chorób; zorientowanie na zdrowie – ocena w jakim zakresie osoba prowadzi zdrowy tryb życia; zorientowanie na choroby – ocenia stopień wrażliwości na objawy choroby lub niebezpieczeństwo dotyczące zachorowania; satysfakcja z obszarów ciała – ocena konkretnych części ciała a nie całości; zaabsorbowanie nadwagą – ocenia nasilenie lęku przed otyłością; ocena własnej wagi – ocena swej wagi na kontinuum. Osoby badane udzielają odpowiedzi na 5 stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza nigdy a 5 oznacza bardzo często, w innej podskali tego narzędzia 1 oznacza bardzo niezadowolony/a, a 5 oznacza bardzo zadowolony/a lub 1 – zdecydowanie się nie zgadzam i 5 – zdecydowanie się zgadzam. Oceny obrazu ciała dokonuje się przez obliczenie średniego wyniku dla każdej skali. Rzetelność narzędzia mierzona za pomocą *α Cronbacha* zawiera się w przedziale 0, 53- 0,83 (Brown i in., 1990; Cash, 2018 Rzeszutek, Schier, 2008). Do badań własnych włączono podskale: Ocena zdrowia i Zorientowanie na choroby. W niniejszych badaniach *α Cronbacha* wyniosła odpowiednio dla podskal: 0,80 oraz 0,59.

4.6 Procedura

Ogólnopolskie badania zostały przeprowadzone od listopada 2020 roku do stycznia 2023 roku. Komisja Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii KUL pozytywnie zaopiniowała wniosek dotyczący projektu (KEBN_34/2020). Uzyskano także zgodę na

przetwarzanie danych osobowych (klauzula RODO) w zakresie potrzebnym do realizacji badań naukowych.

Kryterium włączającym do badań były: diagnoza lub diagnostyka choroby psychosomatycznej układu pokarmowego, tj. choroba Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego, wrzody żołądka, nerwica żołądka, dyspepsja czynnościowa. Badani są w wieku od 18 do 60 lat, badano osoby polskojęzyczne. Na podstawie przeglądu literatury oszacowano kryterium wieku (Denys i in., 2015; Hammer i in. 2004; Mearin i in., 2016; Rybka i Winnicka, 2016; Rydzewska i in., 2016). Kryterium wyłączającym było współwystępowanie choroby nowotworowej albo innej choroby organicznej dotyczącej układu pokarmowego. Zanim przystąpiono do badań właściwych przeprowadzono pilotaż. Celem pilotażu było oszacowanie czasu trwania badania oraz ocena ogólnego odbioru zestawu kwestionariuszy i wywiadu. Pilotaż potwierdził poprawność przyjętego planu badawczego w ocenie respondentów.

Skorzystano z doboru celowego z wykorzystaniem metody kuli śnieżnej, forów społecznościowych, dostępu do badanych w placówkach medycznych, z upowszechnieniem informacji o badaniach w wybranych placówkach oświatowych i administracji publicznej. Badanie było prowadzone osobiście oraz przez przeszkolonych ankieterów.

Na forach społecznościowych, w placówkach medycznych i publicznych za zgodą administratorów, dyrekcji umieszczono zaproszenie wraz z informacją na temat badania naukowego wraz z kontaktem do osoby realizującej projekt naukowy. Osoby zainteresowane udziałem w badaniu kontaktowały się z osobą prowadzącą badania za pomocą telefonu, maila, mediów społecznościowych. Badanie miało charakter indywidualnego spotkania.

Przed badaniem informowano respondentów o celu badania, o przeznaczeniu zbiorczych odpowiedzi dla potrzeb naukowych (napisania rozprawy doktorskiej, artykułów, prezentacji na konferencji). Poinformowano również o dobrowolności uczestnictwa i możliwości rezygnacji z badania w dowolnym momencie. Na początku przeprowadzano częściowo ustrukturalizowany wywiad: Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych – czytano pytania i po usłyszeniu odpowiedzi zaznaczano odpowiedzi badanego. Następnie osoba badana otrzymywała zestaw kwestionariuszy do samodzielnego uzupełnienia. Każdy badany otrzymywał kwestionariusze w następującej kolejności: Kwestionariusz Oceny Stresu, Skala Odczuwanego Stresu, Wielowymiarowy

Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem, Skala Akceptacji Choroby, Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała.

Badanie psychologiczne składało się z dwóch etapów, a w związku z pandemią koronawirusa do procedury badania włączono możliwość kontaktu z badanymi za pomocą komunikacji na odległość – wywiad telefoniczny i wysyłanie kwestionariuszy w wersji papierowej wraz ze znaczkiem i zaadresowaną kopertą zwrotną. Do badanych wysyłano zakodowane kwestionariusze we wskazanej powyżej kolejności. Zapewniono badanych o anonimizacji danych personalnych zgodnie z klauzulą RODO opracowaną przez Inspektora Ochrony Danych Osobowych KUL.

W pierwszym etapie badacze prowadzili wywiad (DCPR-R-SSI), a osoba badana odpowiadała tak/nie. W czasie wywiadu badani odnosili się do poruszanych kwestii. Z przyczyn epidemiologicznych wywiad prowadzony był na dwa sposoby: za pomocą komunikacji na odległość (telefon komórkowy, skype, spotkanie gmail) albo w bezpośrednim kontakcie z badanym w zależności od sytuacji pandemicznej. Wywiad trwał od 20 minut do 3 godzin.

W drugim etapie respondenci uzupełniali kwestionariusze w wersji papierowej. W przypadku bezpośredniego kontaktu badani uzupełniali kwestionariusze od razu po wywiadzie. Najkrótsze uzupełnienie zestawu kwestionariuszy trwało 20 minut, a najdłuższe 55 minut. Zmiana z formy z wywiadu na uzupełnianie kwestionariuszy miała zabezpieczyć wyniki przed błędem wspólnej metody (Razmus i Mielniczuk, 2018).

W badaniach udział wzięło N = 179 osób ze schorzeniami psychosomatycznymi układu pokarmowego. Jedna osoba zrezygnowała z badania w czasie realizowania wywiadu. 28 osób badanych nie oddało uzupełnionych kwestionariuszy. Spośród 150 kompletnych zestawów odrzucono wyniki 6 osób ze względu na współistnienie choroby nowotworowej (n= 2) lub innej choroby układu pokarmowego (n= 2), a także niespełnione kryterium wieku (n= 2). Do dalszych analiz włączono N = 144 kompletnych zestawów.

4.7 Zastosowane statystyki i procedury statystyczne

Obliczając wyniki posłużono się programem komputerowym IBM SPSS28, SEM, Program R. Skorzystano z następujących statystyk: a) statystyki opisowe: średnia, odchylenie standardowe, minimum, maksimum, mediana; b) statystyki normalności rozkładu: test normalności rozkładu, skośność, kurtoza; c) korelacje, analizę regresji, analizę mediacji, aby sprawdzić czy istnieją zależności między zmiennymi; d) testy różnic:

test *t* dla prób niezależnych, C*hi*² Pearsona, *H* Kruskala-Wallisa, *U*-Manna Whitney'a; e) testy wielokrotnych porównań *post-hoc.*

Pierwszy etap przygotowań danych do analizy polegał na usunięciu przypadków odstających o +/- 3SD. Braki zastąpiono metodą losowych lasów za pośrednictwem pakietu *missForest* z repozytorium *CRAN* (Stekhoven i Bühlmann, 2012) w programie R lub w niektórych przypadkach (np. określenie długości trwania objawów dolegliwości) braki danych uzupełniano korzystając ze średniej (Pokropek, 2018). W celu normalizacji rozkładów w analizowanych danych wykorzystano bibliotekę języka *R* o nazwie *bestNormalize* (Ryan, 2021). Najlepsze właściwości normalizacyjne dla zmiennych: Wiek, KOSB_zagrożenie, Zachowania Unikowe COPE, Wsparcie i emocje COPE, AIS WO dawała technika *orderNorm,* a dla zmiennej Koncentracja na problemie COPE technika *boxcox.*

Do oceny siły związku między zmiennymi posłużono się następującymi przedziałami interpretacji: <0,3 – związek słaby; 0,3-0,5 - związek umiarkowany; >0,05 związek silny lub bardzo silny (Budzicz, 2017). Przyjęto za Kadzikowską-Wrzosek (2012), że wyniki przekształcone na kwartyle podlegają następującej interpretacji: 1 kwartyl – niskie, 2 i 3 kwartyl – przeciętne, 4 kwartyl – wysokie.

W celu weryfikacji oszacowań modelu predykcyjnego przeprowadzono modelowanie równań strukturalnych w programie *R* i przy użyciu pakietu *lavaan*. W obliczenia wykorzystano algorytm *MLR* (ang. *maximum likelihood estimation with robust (Huber-White standard errors*). Przesłanką do zastosowania analizy równań strukturalnych były podstawy teoretyczne (Finogenow, 2008).

Przyjęto poziom ufności $p \leq 0,05$.

V Wyniki

Na podstawie zrealizowanego procesu badawczego (zbieranie danych, przygotowanie danych do analiz statystycznych) przeprowadzono proces dowodowy (weryfikacja hipotez). W pierwszej części skoncentrowano się na charakterystyce opisowej wyników zmiennych psychologicznych. Następnie przeprowadzono analizy statystyczne weryfikujące hipotezy.

5.1 Charakterystyka psychosomatyczna badanych

Dokonano analizy charakterystyki psychosomatycznej badanych. Oceniono, które z objawów psychologicznych spośród: allostatyczne przeciążenie, lęk o zdrowie, morbofobia, hipochondria, tanatofobia, zaprzeczanie chorobie, uporczywe somatyzacje, objawy konwersji, reakcja rocznicowa, objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego, utrata morale (demoralizacja), stan drażliwości (irytacji), wzór zachowania A, aleksytymia wystąpiły w grupie osób doświadczających dolegliwości psychosomatycznych układu pokarmowego. Dane zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2

Charakterystyka badanych według kryteriów diagnostycznych dla badań psychosomatycznych

Objawy psychosomatyczne	*N (N brak danych)*	*% (% brak danych)*
Allostatyczne przeciążenie	77 (1)	53,5 (0,7)
Lęk o zdrowie	41	28,5
Morbofobia	8	5,6
Hipochondria	5	3,5
Tanatofobia	4	2,8
Zaprzeczanie chorobie	12 (1)	8,3 (0,7)
Uporczywe somatyzacje	29	20,1
Objawy konwersji	22	15,3
Reakcja rocznicowa	15 (1)	10,4 (0,7)
Objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego	4 (2)	2,8 (1,4)
Utrata morale (demoralizacja)	41	28,5
Stan drażliwości (irytacji)	38 (3)	26,4 (2,1)
Wzór zachowania A	64	44,4
Aleksytymia	39	27,1

Źródło: Opracowanie własne

Z tabeli 2 wynika, że najwięcej osób doświadcza objawów allostatycznego przeciążenia (53,5%) i zgłasza objawy wzoru zachowania typu A (44%). Ponad jedna czwarta badanych mierzy się z lękiem o zdrowie (28,5%), utratą morale (28,5), aleksytymią (27,1%) i stanem drażliwości (irytacji) (26,4%). 1/5 zmaga się z uporczywymi somatyzacjami (20,1%). Mniej nasilone objawy dotyczą: konwersji (15,3%), reakcji rocznicowej (10,4%), zaprzeczania chorobie (8,3%), morbofobii (5,6%), hipochondrii (3,5%), tanatofobia (2,8%) i objawów somatycznych wtórnych do zaburzenia psychicznego (2,8%).

5.2 Charakterystyka opisowa zmiennych psychologicznych

Charakterystykę wyników rozpoczęto od analizy zmiennej wyjaśnianej, zmiennych wyjaśniających oraz zmiennej pośredniczącej. W analizie uwzględniono także zróżnicowanie wyników ze względu na dane socjodemograficzne i stan zdrowia badanych. Dane dotyczące charakterystyki opisowej zmiennych znajdują się w tabeli 3.

Tabela 3

Charakterystyka opisowa wyników dla zmiennych

Zmienne	*M*	*SD*	*Me*	*Min.*	*Max.*	*Skośność*	*Kurtoza*	*W*	*p*
KOSB_Z	11,56	5,76	11	0	27	0,36	-0,39	**0,98**	0,039
KOSB_WA	8,85	2,85	9	2	15	-0,13	-0,27	**0,98**	0,047
KOSB_WP	4,59	2,90	5	0	15	0, 47	0,23	**0,96**	<0,001
KOSB_KS	5,16	2,44	5	0	12	0,31	0,23	**0,97**	0,001
PSS10_WO	20,75	6,68	21	5	36	-0,54	-0,32	0,99	0,574
AIS_WO	27,93	8,25	29	9	40	-0,34	-0,94	**0,95**	<0,001
Zorient. na chor.	3,49	0,68	3,60	1,80	5	-0,11	-0,57	0,98	0,059
Ocena zdr.	2,97	0,93	3	1	5	-0.10	-0,65	0,98	0,076
COPE_konc.pr.	8,61	1,28	8,7	4,25	11,95	-0,33	0,99	0,99	0,211
COPE_unik.	5,99	0,98	5,90	3,83	8,25	0,15	-0,56	0,99	0,167
COPE_wsp_em	8,50	2,10	8,59	3,75	12,75	-0,16	-0,49	0,98	0,085

Adnotacja. KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; zorient na chor. - zorientowanie na choroby; ocena zdr. - ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Zmienne wyjaśniane

Zmienną wyjaśnianą jest adaptacja do życia z chorobą psychosomatyczną, rozumiana jako: akceptacja choroby, ocena zdrowia, zorientowanie na choroby.

Akceptacja choroby. Średnie nasilenie wyników mieści się w 3 kwartylu, co świadczy o wyniku przeciętnym. Ocena jest zgodna z klasyfikacją zaproponowaną przez Krzyżanowską i współpracowników (2016) oraz Lickiewicz i współpracowników (2010). W stosunku do normalizacji wykonanej przez Juczyńskiego (2012), wynik średni jest porównywalny z wynikiem uzyskanym przez kobiety z rakiem sutka i macicy, i wyższy w stosunku do pozostałych grup klinicznych. Wyższą akceptację choroby uzyskują osoby, które nie korzystają z farmakoterapii (Tabela V, Aneks) oraz nie mają diagnozy choroby/zaburzenia psychicznego (Tabela VIII, Aneks). Pozostałe zmienne socjodemograficzne i charakterystyki choroby nie różnicują nasilenia akceptacji choroby u badanych osób.

Ocena zdrowia. Średnie nasilenie wyników mieści się w 1 kwartylu, co oznacza niski wynik. Średni wynik w niniejszej grupie jest niższy niż w grupie normalizacyjnej (Brown i in., 1990; Cash, 2018), niższy niż u badanych studentów (Rzeszutek i Schier, 2008). Wyższe nasilenie oceny zdrowia osiągają badani, którzy doświadczają czynnościowych zaburzeń układu pokarmowego (Tabela IV, Aneks), osoby niekorzystające z farmakoterapii (Tabela V, Aneks) i te które nie mają diagnozy choroby/zaburzenia psychicznego (Tabela VIII, Aneks). Pozostałe zmienne socjodemograficzne i charakterystyki choroby nie różnicują natężenia oceny zdrowia w grupie badanej.

Zorientowanie na choroby. Średnie nasilenie wyników mieści się w 1 kwartylu. Świadczy to o niskim nasileniu. Wynik jest wyższy niż w grupie normalizacyjnej (Brown i in., 1990; Cash, 2018) i wyższy niż w grupie osób z atopowym zapaleniem skóry (Mikołajczyk i in., 2017). Wyższe nasilenie zorientowania na chorobę osiągają respondenci, którzy zmagają się z chorobą wrzodową żołądka (Tabela IV, Aneks), przyjmują leki (Tabela V, Aneks) i mają krótszy czas trwania diagnozy (Tabela IX, Aneks). Biorąc pod uwagę pozostałe zmienne socjodemograficzne i charakterystyki choroby nie wykazano statystycznie istotnych różnic w nasileniu zorientowania na chorobę.

Zmienne wyjaśniające

Następnie podobnej analizie poddano zmienne wyjaśniające: ocena nasilenia stresu związanego z chorobą oraz ocena znaczenia stresora.

Ocena nasilenia stresu związanego z chorobą. Średnie natężenie wyników wskazuje, że badani uzyskali rezultaty o wysokim nasileniu. Wynik średni jest porównywalny z wynikami kobiet z menopauzą, niższy od rezultatów badanych po zawale serca, ale wyższy od wyników osób: zdrowych, z chorobą niedokrwienną serca, z problemami

z nerkami, diabetyków (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Porównywalne średnie wyniki w nasileniu stresu uzyskali badani z zespołem jelita drażliwego w badaniach Orzechowskiej i współpracowników (2013). Wyższe nasilenie stresu związanego z chorobą osiągnęli badani, którzy stosowali farmakoterapię (Tabela V, Aneks), osoby stanu wolnego (Tabela VII, Aneks) oraz posiadający diagnozę zaburzenia/choroby psychicznej (Tabela VIII, Aneks). Inne zmienne socjodemograficzne i charakterystyki choroby nie różnicują grupy pod względem nasilenia stresu związanego z chorobą.

Ocena znaczenia stresora jako zagrożenie. Średnie nasilenie wyników znajduje się w 2 kwartylu, co świadczy o przeciętnym wyniku. Wynik średni jest wyższy niż w grupie badanych po zawale serca (Włodarczyk i Wrześniewski, 2010). Wyższe nasilenie oceny znaczenia stresora jako zagrożenie mają badani posiadający diagnozę choroby/zaburzenia psychicznego (Tabela VIII, Aneks). Pozostałe zmienne socjodemograficzne i charakterystyki choroby nie różnicują natężenia oceny znaczenia stresora, jako zagrożenia w grupie badanej.

Ocena znaczenia stresora jako wyzwanie-aktywność. Średnie nasilenie rezultatów jest w 3 kwartylu. Świadczy to o przeciętnym wyniku. Średni wynik jest wyższy u badanych z dolegliwościami ze strony układu pokarmowego niż wśród respondentów po przebytym zawale serca (Włodarczyk i Wrześniewski, 2010). Wyższego nasilenia oceny znaczenia stresora jako wyzwanie-aktywność doświadczają chorujący, którzy nie mają diagnozy zaburzenia/choroby psychicznej (Tabela VIII, Aneks). Pozostałe zmienne socjodemograficzne i charakterystyki choroby nie różnicują nasilenia oceny znaczenia stresora jako wyzwanie-aktywność w badanej grupie.

Ocena znaczenia stresora jako wyzwanie-pasywność. Średnie natężenie wyników wskazuje na 2 kwartyl, co świadczy o przeciętnym wyniku. Uzyskany wynik średni jest niższy niż wśród osób po zawale serca (Włodarczyk i Wrześniewski, 2010). Wyższe natężenie oceny znaczenia stresora jako wyzwanie-pasywność mają respondenci znajdujący się we wczesnej dorosłości (Tabela I, Aneks), nie przyjmujący leków (Tabela V, Aneks), nie mający diagnozy zaburzeń/chorób psychicznych (Tabela VIII, Aneks). Pozostałe zmienne socjodemograficzne i charakterystyki choroby nie różnicują nasilenia oceny znaczenia stresora jako wyzwanie_pasywność wśród badanych.

Ocena znaczenia stresora jako krzywda/strata. Średnie nasilenie wyników znajduje się w 2 kwartylu, to oznacza wynik przeciętny. Wynik średni jest porównywalny z rezultatem uzyskanym przez badanych po zawale serca (Włodarczyk i Wrześniewski, 2010). Wyższe nasilenie oceny znaczenia stresora jako krzywda/strata osiągają badani,

którzy stosują farmakoterapię (Tabela V, Aneks) oraz zmagają się z zaburzeniem/chorobą psychiczną (Tabela VIII, Aneks). Pozostałe zmienne socjodemograficzne i charakterystyki choroby nie różnicują natężenia oceny znaczenia stresora jako krzywda/strata.

Zmienna pośrednicząca

W ostatnim kroku analizie poddano zmienną pośredniczącą, czyli radzenie sobie ze stresem skoncentrowane na problemie, zachowania unikowe oraz poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach.

Koncentracja na problemie. Średnie natężenie wyników znajduje się w 1 kwartylu, co świadczy o przeciętnym wyniku. Średni wynik badanych jest niższy niż u osób po zawale serca i ludzi zdrowych (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Wyższe nasilenie stylu skoncentrowanego na problemie mają respondenci, którzy nie mają diagnozy zaburzenia/ choroby psychicznej (Tabela VIII, Aneks). Pozostałe zmienne socjodemograficzne i charakterystyka choroby nie różnicowały grupy badanej pod względem nasilenia stylu skoncentrowanego na problemie.

Zachowania unikowe. Średnie nasilenie rezultatów znajduje się w 1 kwartylu, co oznacza niskie nasilenie wyników. Średni wynik badanych jest niższy niż u osób po zawale serca (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Wyższe nasilenie zachowań unikowych mają badani, którzy mają niższe wykształcenie (Tabela III, Aneks) i są stanu wolnego (Tabela VII, Aneks). Pozostałe zmienne socjodemograficzne nie wykazały statystycznie istotnych różnic pod względem oceny nasilenia zachowań unikowych.

Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach. Średnie nasilenie rezultatów jest w 1 kwartylu, co świadczy o niskim nasileniu. Średni wynik badanych jest niższy niż u osób po zawale serca (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Wyższe nasilenie poszukiwania wsparcia i koncentracji na emocjach osiągają kobiety (Tabela II, Aneks) i badani z wykształceniem wyższym (Tabela III, Aneks). Pozostałe zmienne socjodemograficzne nie wykazały statystycznie istotnych różnic pod względem oceny nasilenia stylu związanego z poszukiwaniem wsparcia oraz koncentracji na emocjach.

5.3 Weryfikacja hipotez

W niniejszym podrozdziale prezentowane są wyniki badań własnych w kontekście postawionych hipotez i pytań badawczych.

5.3.1. Związki między nasileniem stresu, oceną stresora, radzeniem sobie ze stresem i adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego

Zależności między analizowanymi zmiennymi zostały określone w hipotezach H1, H2.1-H2.3 i H3. Dane do weryfikacji hipotez zawarte są w tabeli 4.

Tabela 4

Zależności między zmiennymi (r-Pearsona)

Zmienne		*ACh*	*OZ*	*ZnCh*	*KP*	*PWKE*	*ZU*
Nasilenie stresu	*r*	- **0,40**	**-0,42**	-0,04	**-0,22**	0,12	**0,31**
	p	0,001	0,001	0,634	0,009	0,168	0,001
Ocena stresora jako zagrożenie	*r*	**-0,39**	**-0,22**	0,12	**-0,19**	**0,17**	**0,28**
	p	0,001	0,007	0,140	0,022	0,047	0,001
Ocena stresora jako	*r*	**0,26**	**0,17**	-0,05	**0,42**	0,12	**-0,23**
wyzwanie_aktywność	*p*	0,001	0,041	0,525	0,001	0,167	0,006
Ocena stresora jako	*r*	**0,29**	**0,25**	-0,08	**0,26**	0,16	-0,16
wyzwanie_pasywność	*p*	0,001	0,003	0,337	0,002	0,055	0,058
Ocena stresora jako	*r*	**-0,38**	**-0,37**	0,09	-0,16	0,09	**0,29**
krzywda/strata	*p*	0,001	0,001	0,288	0,051	0, 263	0,001
Koncentracja na problemie	*r*	**0,19**	**0,25**	**0,20**			
(KP)	*p*	0,022	0,003	0,016			
Poszukiwanie wsparcia	*r*	0,03	0,12	**0,23**			
i koncentracja na emocjach (PWKE)	*p*	0,75	0,143	0,006			
Zachowania unikowe (ZU)	*r*	**-0,18**	**-0,21**	0,04			
	p	0,030	0,011	0,600			

Adnotacja. ACh – akceptacja choroby; OZ - ocena zdrowia; ZnCh – zorientowanie na choroby;
Źródło: Opracowanie własne

Hipoteza 1 (H1) określa związek między nasileniem stresu związanego z chorobą a stylami radzenia sobie ze stresem (a) i adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego (b-d). Na podstawie tabeli 4 można stwierdzić, że istnieją istotne statystycznie korelacje dodatnie umiarkowane między nasileniem stresu a zachowaniem unikowym r= 0, 31; p<0,001, korelacje ujemne umiarkowane miedzy nasileniem stresu a akceptacją choroby r= -0,40, p<0,001, oceną zdrowia r= -0,42, p<0,001 oraz korelacje ujemne słabe między nasileniem stresu a koncentracją na problemie r= -0,22, p= 0,009. Oznacza to, że im większe nasilenie postrzeganego stresu, tym częściej stosowane zachowania unikowe, a niższe nasilenie: akceptacji choroby, oceny zdrowia i koncentracji na problemie.

Hipoteza 2.1 (H2.1) określa związek między oceną stresora jako zagrożenie lub krzywda/strata a stylami radzenia sobie ze stresem (a) i adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego (b-d). Na podstawie tabeli 4 można ocenić, że

istnieją statystycznie istotne związki dodatnie słabe między oceną stresora jako zagrożenie a stylem skoncentrowanym na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach r= 0,17, p= 0,047 i zachowaniami unikowymi r= 0,28, p<0,001, korelacje ujemne umiarkowane miedzy oceną stresora jako zagrożenie a akceptacją choroby r= -0,39, p< 0,001 oraz korelacje ujemne słabe między oceną stresora jako zagrożenie a oceną zdrowia r= -0,22, p= 0,007 i koncentracją na problemie r= -0,19, p= 0,022. Oznacza to, że im większa ocena stresora jako zagrożenie, tym wyższe natężenie stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych, niższe nasilenie: akceptacji choroby, oceny zdrowia i koncentracji na problemie.

Na podstawie tabeli 4 można stwierdzić, że istnieją istotne statystycznie korelacje dodatnie słabe między oceną stresora jako krzywda/strata a zachowaniami unikowymi r= 0, 29, p<0,001, korelacje ujemne umiarkowane między oceną stresora jako krzywda/strata a akceptacją choroby r= -0,38, p<0,001, oceną zdrowia r= -0,37, p<0,001. Oznacza to, że im większe nasilenie oceny stresora jako krzywda/strata, tym wyższe nasilenie zachowań unikowych, niższe natężenie akceptacji choroby i oceny zdrowia.

Hipoteza 2.2 (H2.2) określa relację między oceną stresora jako wyzwanie_ aktywność a stylami radzenia sobie ze stresem (a) i adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego (b-d). Na podstawie tabeli 4 można wnioskować, że istnieją istotne statystycznie korelacje dodatnie umiarkowane między oceną stresora jako wyzwanie aktywność a koncentracją na problemie r= 0,42 p<0,001, korelacje dodatnie słabe między oceną stresora jako wyzwanie_aktywność a akceptacją choroby r= 0,26, p= 0,001 i oceną zdrowia r= 0,17, p= 0,041 oraz korelacje ujemne słabe między oceną stresora jako wyzwanie_aktywność a zachowaniem unikowym r= -0,23, p=0,006. Oznacza to, że im większe nasilenie stresu jako wyzwanie_aktywność tym wyższe: nasilenie koncentracji na problemie, akceptacja choroby, ocena zdrowia, a niższe nasilenie zachowań unikowych.

Hipoteza 2.3 (H2.3) określa relację między oceną stresora jako wyzwanie_pasywność a stylami radzenia sobie ze stresem (a) i adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego (b-d). Na podstawie tabeli 4 wnioskuje się, że istnieją istotne statystycznie korelacje dodatnie słabe między oceną stresora jako wyzwanie_pasywność a akceptacją choroby r= 0,29, p= 0,001, ocena zdrowia r= 0,25, p= 0,003, koncentracją na problemie r=0,26, p= 0,002. Oznacza to, że im większe nasilenie oceny stresora jako wyzwanie_pasywność, tym wyższe natężenie akceptacji choroby, oceny zdrowia, koncentracji na problemie.

Hipoteza 3.1 (H3.1) określa związek stylu radzenia sobie skoncentrowanego na problemie z adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego (a-c). Na podstawie tabeli 4 można ocenić, że istnieją istotne statystycznie korelacje dodatnie słabe między stylem skoncentrowanym na problemie a akceptacją choroby r= 0,19, p= 0,022, oceną zdrowia r= 0,25, p= 0,003 i zorientowaniem na choroby r= 0,20, p= 0,016. Oznacza to, że im większe nasilenie stylu skoncentrowanego na problemie, tym wyższe natężenie akceptacji choroby, oceny zdrowia i zorientowania na chorobę.

Hipoteza 3.2 (H3.2) określa związek stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zachowaniach unikowych z adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego (a-c). Na podstawie tabeli 4, można ocenić, że istnieją istotne statystycznie korelacje ujemne słabe między zachowaniami unikowymi a akceptacją choroby r= -0,18, p= 0,030 i oceną zdrowia r= -0,21, p= 0,011. Oznacza to, że im większe nasilenie stylu skoncentrowanego na zachowaniach unikowych, tym niższe natężenie akceptacji choroby i oceny zdrowia.

Hipoteza 3.3 (H3.3) określa związek stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach z adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego (a-c). Na podstawie tabeli 4 wnioskuje się, że istnieją istotne statystycznie korelacje dodatnie słabe między nasileniem stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach a zorientowaniem na choroby r= 0,23, p= 0,006. Oznacza to, że im większe natężenie stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach, tym wyższe nasilenie zorientowania na choroby.

Podsumowując na 29 szczegółowych hipotez 12 hipotez jest potwierdzonych, 3 potwierdzone częściowo i 13 hipotez niepotwierdzonych. Wyniki analiz znajdują się w tabeli 5.

Tabela 5

Wyniki analiz statystycznych dotyczących hipotez badawczych

Hipotezy	*Wyniki analiz*
H1: Im wyższe nasilenie stresu związanego z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego u badanych, tym:	
a) wyższe nasilenie stylów radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych, a niższe nasilenie koncentracji na problemie	Częściowo potwierdzona
b) niższa akceptacja choroby	Potwierdzona
c) bardziej negatywnie oceniane zdrowie	Potwierdzona
d) bardziej nasilone zorientowanie na choroby.	Niepotwierdzona
H2: Im wyższe nasilenie oceny znaczenia stresora:	
H2.1 jako zagrożenie tym:	

Hipotezy	*Wyniki analiz*
a) wyższe nasilenie stylów radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych, a niższe nasilenie koncentracji na problemie	Potwierdzona
b) niższa akceptacja choroby	Potwierdzona
c) bardziej negatywnie oceniane zdrowie	Potwierdzona
d) bardziej nasilone zorientowanie na choroby	Niepotwierdzona
H2.1 jako krzywda/strata tym:	
a) wyższe nasilenie stylów radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych, a niższe nasilenie koncentracji na problemie	Częściowo potwierdzona
b) niższa akceptacja choroby	Potwierdzona
c) bardziej negatywnie oceniane zdrowie	Niepotwierdzona
d) bardziej nasilone zorientowanie na choroby	Niepotwierdzona
H2.2: jako wyzwanie - aktywność tym:	
a) wyższe nasilenie stylu skoncentrowanego na problemie, a niższe skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych	Częściowo potwierdzona
b) wyższa akceptacja choroby	Potwierdzona
c) bardziej negatywnie oceniane zdrowie	Niepotwierdzona
d) bardziej nasilone zorientowanie na choroby	Niepotwierdzona
H2.3: jako wyzwanie - pasywność tym:	
a) niższe nasilenie stylu skoncentrowanego na problemie, a wyższe skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz zachowań unikowych	Niepotwierdzona
b) wyższa akceptacja choroby	Potwierdzona
c) bardziej negatywnie oceniane zdrowie	Niepotwierdzona
d) bardziej nasilone zorientowanie na choroby	Niepotwierdzona
H3: Im wyższe nasilenie:	
H3.1 stylu skoncentrowanego na problemie tym:	
a) wyższe nasilenie akceptacji choroby	Potwierdzona
b) bardziej pozytywnie oceniane zdrowie	Potwierdzona
c) mniej nasilone zorientowanie na choroby	Niepotwierdzona
H3.2: stylu zachowania unikowego tym:	
a) niższa akceptacja choroby	Potwierdzona
b) bardziej negatywnie oceniane zdrowie	Potwierdzona
c) bardziej nasilone zorientowanie na choroby	Niepotwierdzona
H3.3: stylu poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach tym:	
a) wyższe nasilenie akceptacji choroby	Niepotwierdzona
b) bardziej pozytywnie oceniane zdrowie	Niepotwierdzona
c) mniej nasilone zorientowanie na choroby	Niepotwierdzona

Źródło: Opracowanie własne

5.3.2. Mechanizmy adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego

Założono, że mediatorami związku między oceną choroby jako stresor i adaptacją do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego jest radzenie sobie ze stresem. Przeanalizowano 15 modeli strukturalnych (5 wskaźników oceny stresora x 3 wskaźniki adaptacji do choroby).

Radzenie sobie ze stresem jako mediator relacji między oceną znaczenia stresora a akceptacją choroby

Ocena stresora jako zagrożenie: Model 1

W modelu testowano *N*= 23 parametrów. Analiza testem *Chi*^{2} wykazała dopasowanie $\chi^2(5) = 1{,}56$; $p > 0{,}05$. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0.91; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,02; *AGFI*= 0,02 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: akceptacja choroby w 16% (R^2 = 0,16), zachowania unikowe w 12,71% (R^2 = 0,13), koncentracja na problemie w 10,90% (R^2 = 0,11), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 6,91% (R^2 = 0,07). Wyniki zamieszczono w tabeli 6.

Tabela 6

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 1

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,11
Zachowanie Unikowe	0,13
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,07
Akceptacja choroby	0,16

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 7

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 1

ZM. W-CA	->	ZM. W-NA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Ocena stresora jako zagrożenie	->	Koncentracja na problemie	-0,19	0,09	-2,17*	-0,37	-0,02	-0,17
Wiek	->	Koncentracja na problemie	0,32	0,09	3,60***	0,14	0,49	0,28
Płeć M	->	Koncentracja na problemie	0,14	0,15	0,91	-0,16	0,44	0,05
Ocena stresora jako zagrożenie	->	Zachowania unikowe	0,37	0,09	4,26***	0,20	0,54	0,32
Wiek	->	Zachowania unikowe	-0,15	0,08	-1,77	-0,31	0,02	-0,13
Płeć M	->	Zachowania unikowe	0,25	0,19	1,34	-0,12	0,62	0,10
Ocena stresora jako zagrożenie	->	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,05	0,09	0,52	-0,13	0,23	0,04

ZM. W-CA	->	ZM. W-NA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Wiek	->	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,07	0,07	1,11	-0,06	0,20	0,06
Płeć M	->	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	-0,64	0,16	-4,01***	-0,95	-0,33	-0,25
Koncentracja na problemie	->	Akceptacja choroby	0,14	0,08	1,66	-0,03	0,31	0,14
Zachowania unikowe	->	Akceptacja choroby	-0,04	0,07	-0,56	-0,16	0,09	-0,04
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	->	Akceptacja choroby	0,03	0,08	0,42	-0,13	0,19	0,03
Ocena stresora jako zagrożenie	->	Akceptacja choroby	-0,38	0,10	-4,00***	-0,57	-0,20	-0,33
Wiek	->	Akceptacja choroby	0,00	0,09	0,03	-0,17	0,17	0,00
Płeć M	->	Akceptacja choroby	-0,05	0,18	-0,25	-0,41	0,32	-0,02

Adnotacja. ZM. W-NA – Zmienna wyjaśniana; -> Kierunek wpływu; ZM. W-CA – Zmienna wyjaśniająca *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e*. = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawartych w tabeli 7 wykazała, że na zmienną akceptacja choroby wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako zagrożenie (β = -0,33; p< 0,001). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną akceptacja choroby.

Analiza wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (β = 0,28; p < 0,001), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako zagrożenie (β = -0,17; p< 0,05), a na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako zagrożenie (β = 0,32; p <0,001). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływała istotnie zmienna Płeć M (β = -0,25; p < 0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność: Model 2

W modelu testowano *N*= 24 parametrów. Analiza testem Chi^2 wykazała dopasowanie $\chi^2(4) = 0,61$; p> 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,90; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,02; *AGFI*= 0,02 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: koncentracja na problemie w 22,97% (R^2 = 0,23), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 11,65% (R^2 = 0,12), akceptacja choroby w 11,34% (R^2 = 0,11), zachowania unikowe w 9,81% (R^2 = 0,10). Wyniki zaprezentowano w tabeli 8.

Tabela 8

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 2

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,23
Zachowania unikowe	0,10
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,12
Akceptacja choroby	0,11

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 9

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 2

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	0,44	0,07	5,92***	0,29	0,58	0,41
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,26	0,08	3,47**	0,11	0,41	0,23
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,08	0,15	0,57	-0,21	0,38	0,03
Zachowania unikowe	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	-0,30	0,08	-3,64***	-0,47	-0,14	-0,28
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,14	0,08	-1,62	-0,30	0,03	-0,12
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,30	0,19	1,59	-0,07	0,68	0,12
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	0,23	0,07	3,18**	0,09	0,37	0,22
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,08	0,07	1,13	-0,06	0,22	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,72	0,16	-4,40***	-1,03	-0,40	-0,29

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Akceptacja choroby	<-	Koncentracja na problemie	0,06	0,09	0,63	-0,12	0,24	0,06
Akceptacja choroby	<-	Zachowania unikowe	-0,13	0,07	-1,77	-0,26	0,01	-0,12
Akceptacja choroby	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,01	0,09	0,13	-0,17	0,19	0,01
Akceptacja choroby	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	0,25	0,10	2,43*	0,05	0,44	0,22
Akceptacja choroby	<-	Wiek	0,11	0,09	1,17	-0,07	0,29	0,09
Akceptacja choroby	<-	Płeć M	0,05	0,19	0,24	-0,32	0,42	0,02

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-CA – zmienna wyjaśniająca; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zaprezentowanych w tabeli 9 wykazała, że na zmienną akceptacja choroby wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_aktywność (*β*= 0,22; p< 0,05). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną akceptacja choroby.

Analiza wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_aktywność (*β*= 0,41; p< 0,001), wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (*β*= 0,23; p< 0,001). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_aktywność (*β* = 0,22; p< 0,01), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej Płeć M (*β*= -0,29; p< 0,001). Na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_aktywność (*β*= -0,28; p< 0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność: Model 3

W modelu testowano *N*= 23 parametrów. Analiza testem *Chi*^{2} Kwadrat wykazała dopasowanie $\chi^2(5) = 2.60$; $p > 0.05$. Wartość miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,90; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,03; *AGFI*= 0,03 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: koncentracja na problemie w 18,31% (R^2= 0,18), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 15,35% (R^2= 0,15), akceptacja choroby w 14,45% (R^2= 0,14), zachowania unikowe w 7,20% (R^2= 0,07). Wyniki zamieszczono w tabeli 10.

Tabela 10

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 3

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,18
Zachowania unikowe	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,15
Akceptacja choroby	0,14

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 11

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 3

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako wyzwanie pasywność	0,31	0,08	3,87***	0,15	0,47	0,28
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,37	0,08	4,54***	0,21	0,53	0,32
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,15	0,16	0,92	-0,17	0,47	0,06
Zachowania unikowe	<-	Ocena stresora jako wyzwanie pasywność	-0,26	0,09	-3,05**	-0,43	-0,09	-0,23
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,13	0,09	-1,56	-0,30	0,03	-0,11
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,19	0,21	0,89	-0,22	0,59	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	0,16	0,07	2,17*	0,02	0,31	0,15
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,03	0,07	0,51	-0,10	0,17	0,03

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,90	0,16	-5,52***	-1,21	-0,58	-0,36
Akceptacja choroby	<-	Koncentracja na problemie	0,08	0,09	0,95	-0,09	0,26	0,08
Akceptacja choroby	<-	Zachowania unikowe	-0,09	0,07	-1,31	-0,21	0,04	-0,09
Akceptacja choroby	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,03	0,09	0,32	-0,14	0,20	0,03
Akceptacja choroby	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	0,33	0,09	3,81***	0,16	0,50	0,30
Akceptacja choroby	<-	Wiek	0,09	0,09	0,99	-0,08	0,25	0,07
Akceptacja choroby	<-	Płeć M	0,06	0,18	0,31	-0,30	0,41	0,02

Adnotacja. ZM. W-CA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-NA – zmienna wyjaśniająca; Płeć M – płeć: mężczyźni; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawartych w tabeli 11 wykazała, że na zmienną akceptacja choroby wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (*β* = 0,30; p< 0,001. Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną akceptacja choroby.

Z danych wynika, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (*β*= 0,28; p< 0, 001) oraz wzrost wyników zmiennej wiek (*β*= 0,32, p<0,001). Wykazano, że na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływa istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (*β* = 0,15; p< 0,05) oraz zmienna Płeć M (*β*= -0,36; p< 0,001). Ponadto analiza wykazała, że na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (*β*= -0,23; p<0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Ocena stresora jako krzywda/strata: Model 4

W modelu testowano *N*= 24 parametrów. Analiza testem Chi^2 wykazała dopasowanie $\chi^2(4) = 1,08$; $p > 0,05$. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,93; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,02; *AGFI*= 0,02 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: zachowania unikowe w 17,11% (R^2 = 0,17), akceptacja choroby w 17,13% (R^2 = 0,17), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 12,00% (R^2 = 0,12), koncentracja na problemie w 9,09% (R^2 = 0,09). Wyniki zaprezentowano w tabeli 12.

Tabela 12

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 4

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,09
Zachowania unikowe	0,17
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,12
Akceptacja choroby	0,17

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 13

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 4

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	-0,09	0,10	-0,96	-0,29	0,10	-0,08
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,29	0,08	3,61***	0,13	0,44	0,27
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,22	0,18	1,24	-0,13	0,57	0,09
Zachowania unikowe	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	0,43	0,10	4,42***	0,24	0,62	0,36
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,23	0,08	-2,82**	-0,38	-0,07	-0,21
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,24	0,18	1,35	-0,11	0,59	0,10
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	0,06	0,09	0,61	-0,12	0,23	0,05
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,01	0,06	0,12	-0,12	0,13	0,01
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,81	0,17	-4,65***	-1,15	-0,47	-0,33
Akceptacja choroby	<-	Koncentracja na problemie	0,09	0,08	1,16	-0,06	0,24	0,09
Akceptacja choroby	<-	Zachowania unikowe	-0,06	0,07	-0,91	-0,19	0,07	-0,06

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Akceptacja choroby	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,10	0,08	1,26	-0,06	0,26	0,10
Akceptacja choroby	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	-0,40	0,10	-4,08***	-0,60	-0,21	-0,34
Akceptacja choroby	<-	Wiek	0,03	0,08	0,42	-0,12	0,19	0,03
Akceptacja choroby	<-	Płeć M	0,15	0,19	0,76	-0,23	0,53	0,06

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-CA – Zmienna wyjaśniająca; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zaprezentowanych w tabeli 13 wykazała, że na zmienną akceptacja choroby wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako krzywda/strata (β= -0,34; p < 0,001). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną akceptacja choroby.

Analiza wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej Wiek (β= 0,27; p< 0,001). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływała istotnie zmienna Płeć M (β= -0,33; p< 0,001). Natomiast na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako krzywda/strata (β= 0,36; p< 0,001), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej Wiek (β= -0,21; p< 0,01). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Radzenie sobie ze stresem jako mediator relacji między nasileniem stresu a akceptacją choroby

Nasilenie stresu: Model 5

W modelu testowano *N*= 25 parametrów. Analiza testem *Chi*^{2} Kwadrat wykazała dopasowanie $\chi^2(3) = 1,08$; p > 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,97; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00, *GFI*= 0,01; *AGFI*= 0,02 świadczy o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: zachowania unikowe w 20,21% (R^2 = 0,20), akceptacja choroby w 19,00% (R^2 = 0,19), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 13,18% (R^2 = 0,13), koncentracja na problemie w 9,13% (R^2 = 0,09). Wyniki umieszczono w tabeli 14.

Tabela 14

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 5

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,09
Zachowania unikowe	0,20
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,13
Akceptacja choroby	0,19

Adnotacja. ZM. W-NA - zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 15

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 5

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Nasilenie stresu	-0,14	0,10	-1,34	-0,33	0,06	-0,12
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,27	0,08	3,34**	0,11	0,43	0,25
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,09	0,17	0,52	-0,24	0,41	0,04
Zachowania unikowe	<-	Nasilenie stresu	0,46	0,10	4,67***	0,26	0,65	0,41
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,13	0,08	-1,61	-0,29	0,03	-0,12
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,33	0,18	1,88	-0,01	0,67	0,14
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Nasilenie stresu	0,08	0,09	0,88	-0,10	0,26	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,07	0,07	1,00	-0,07	0,20	0,06
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,79	0,16	-4,86***	-1,12	-0,47	-0,34
Akceptacja choroby	<-	Koncentracja na problemie	0,04	0,08	0,48	-0,12	0,19	0,04
Akceptacja choroby	<-	Zachowania unikowe	-0,02	0,07	-0,28	-0,15	0,11	-0,02
Akceptacja choroby	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,14	0,08	1,82	-0,01	0,29	0,13
Akceptacja choroby	<-	Nasilenie stresu	-0,47	0,09	-5,43***	-0,63	-0,30	-0,41
Akceptacja choroby	<-	Wiek	-0,06	0,09	-0,68	-0,24	0,12	-0,05
Akceptacja choroby	<-	Płeć M	0,15	0,18	0,84	-0,20	0,50	0,06

Adnotacja. ZM. W-CA – zmienna wyjaśniająca; -> = Kierunek wpływu; ZM. W-NA- zmienna wyjaśniana; Płeć M – płeć mężczyźni; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Z danych zamieszczonych w tabeli 15 wynika, że na zmienną akceptacja choroby wpływał istotnie spadek wyników zmiennej nasilenie stresu (β= -0,41; p <0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Analiza wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (β = 0,25; p < 0,001). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływała istotnie zmienna Płeć M (β = -0,34; p < 0,001). Wykazano, że na zmienną zachowanie unikowe wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej nasilenie stresu (β = 0,41; p < 0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Radzenie sobie ze stresem jako mediator relacji między oceną znaczenia stresora a oceną zdrowia

Ocena stresora jako zagrożenie: Model 6

W modelu testowano N= 23 parametrów. Analiza testem Chi^2 wykazała dopasowanie $\chi^2(5) = 1,32$; p > 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,93; 90% PU[0,00- 0,00], *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,02; *AGFI*= 0,02 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: ocena zdrowia w 15,49% (R^2= 0,15), zachowania unikowe w 12,78% (R^2= 0,13), koncentracja na problemie w 11,64% (R^2 = 0,12), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 7,74% (R^2= 0,08). Rezultaty zaprezentowano w tabeli 16.

Tabela 16

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 6

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,12
Zachowania unikowe	0,13
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,08
Ocena Zdrowia	0,15

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 17

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 6

Z.M W-NA	<-	ZM-W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako zagrożenie	-0,20	0,09	-2,23*	-0,37	-0,02	-0,17
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,33	0,08	3,85***	0,16	0,49	0,29
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,09	0,16	0,58	-0,22	0,40	0,04
Zachowania Unikowe	<-	Ocena stresora jako zagrożenie	0,36	0,08	4,26***	0,19	0,53	0,31
Zachowania Unikowe	<-	Wiek	-0,16	0,08	-2,02*	-0,32	0,00	-0,14
Zachowania Unikowe	<-	Płeć M	0,26	0,19	1,36	-0,11	0,62	0,10
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako zagrożenie	0,04	0,09	0,48	-0,14	0,22	0,04
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,08	0,07	1,25	-0,05	0,21	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,68	0,17	-4,13***	-1,01	-0,36	-0,27
Ocena Zdrowia	<-	Koncentracja na problemie	0,25	0,09	2,85**	0,08	0,42	0,25
Ocena Zdrowia	<-	Zachowania Unikowe	-0,16	0,08	-1,93	-0,33	0,00	-0,16
Ocena Zdrowia	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,06	0,09	0,66	-0,11	0,22	0,06
Ocena Zdrowia	<-	Ocena stresora jako zagrożenie	-0,12	0,10	-1,22	-0,31	0,07	-0,10
Ocena Zdrowia	<-	Wiek	0,08	0,10	0,77	-0,12	0,27	0,07
Ocena Zdrowia	<-	Płeć M	-0,06	0,23	-0,24	-0,50	0,39	-0,02

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-CA – zmienna wyjaśniająca; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ****p*< 0,001; ***p*< 0,01;**p*< 0,05

Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zaprezentowanych w tabeli 17 wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (*β*= 0,29; *p* < 0,001), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako zagrożenie (*β*= -0,17; *p* < 0,05). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływała istotnie zmienna Płeć M (*β*= -0,27; *p* < 0,001). Natomiast na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako zagrożenie (*β*= 0,31; *p*< 0,001), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej wiek (*β*= -0,14; *p* < 0,05). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Analiza wykazała, że na zmienną ocena zdrowia wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej koncentracja na problemie (β= 0,25; p < 0,01). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną ocena zdrowia. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność: Model 7

W modelu testowano *N*= 24 parametrów. Analiza testem Chi^2 wykazała dopasowanie $\chi^2(4) = 0.43$; p> 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,91; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,01; *AGFI*= 0,01 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: koncentracja na problemie w 24,59% (R^2= 0,25), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 13,79% (R^2= 0,14), ocena zdrowia w 14,90% (R^2= 0,15), zachowania unikowe w 9,55% (R^2= 0,10). Rezultaty zaprezentowano w tabeli 18.

Tabela 18

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 7

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,25
Zachowania unikowe	0,10
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,14
Ocena Zdrowia	0,15

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 19

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 7

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako wyzwanie aktywność	0,46	0,07	6,26***	0,31	0,60	0,42
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,28	0,08	3,74***	0,13	0,43	0,25
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,12	0,15	0,79	-0,17	0,41	0,05
Zachowania unikowe	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	-0,29	0,08	-3,58***	-0,45	-0,13	-0,27
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,13	0,08	-1,59	-0,29	0,03	-0,11
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,31	0,19	1,68	-0,05	0,68	0,12
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	0,23	0,07	3,22**	0,09	0,37	0,21
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,08	0,07	1,17	-0,06	0,22	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,81	0,16	-5,17***	-1,12	-0,50	-0,32
Ocena Zdrowia	<-	Koncentracja na problemie	0,25	0,09	2,95**	0,08	0,42	0,25
Ocena Zdrowia	<-	Zachowania unikowe	-0,22	0,08	-2,69**	-0,39	-0,06	-0,22
Ocena Zdrowia	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,08	0,09	0,86	-0,10	0,25	0,07
Ocena Zdrowia	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	-0,03	0,09	-0,34	-0,21	0,15	-0,03
Ocena Zdrowia	<-	Wiek	0,05	0,10	0,54	-0,14	0,24	0,04
Ocena Zdrowia	<-	Płeć M	0,24	0,22	1,07	-0,20	0,67	0,09

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-CA – zmienna wyjaśniająca; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*;*Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05

Źródło: Opracowanie własne

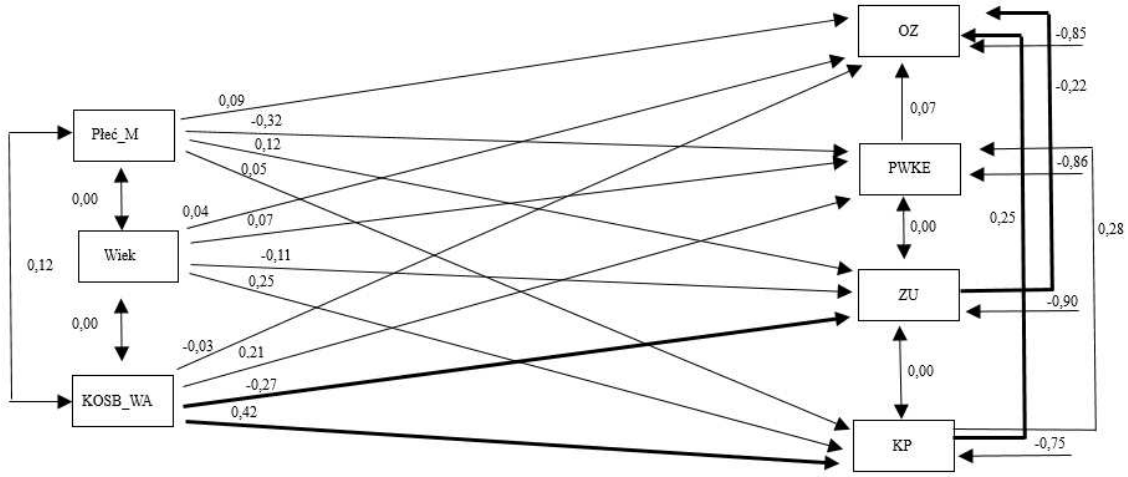
Z analizy danych z tabeli 19 wynika, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_aktywność (β= 0,42; p< 0,001), wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (β= 0,25; p< 0,001). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_aktywność (β= 0,21; p < 0,01) wpływała istotnie zmienna Płeć M (β= -0,32; p< 0,001). Ponadto wykazano, że na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako

wyzwanie_aktywność (β= -0,27; p< 0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Analiza wykazała, że na zmienną ocena zdrowia wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej koncentracja na problemie (β= 0,25; p< 0,01), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej zachowania unikowe (β= -0,22; < 0,01). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną ocena zdrowia. Ze względu na istotne zależności między zmienną wyjaśniającą, pośredniczącą i wyjaśnianą wykonano analizę efektów mediacji. Graficznie dane zaprezentowano na rysunku 2.

Rysunek 2

Wyniki oszacowań dla Modelu 7. Rysunek przedstawia model strukturalny testowanych zmiennych



Adnotacja. Płeć_M – płeć – mężczyźni; KOSB_WA – ocena stresora jako wyzwanie_aktywność; OZ – ocena zdrowia; PWKE - poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach; ZU – zachowania unikowe; KP - koncentracja na problemie

Analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wykazała następujące efekty: (a) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na koncentrację na problemie i ocenę zdrowia jest istotny statystycznie (β= 0,11; B= 0,12; Z= 2,63; p < 0,01 [95%CI = 0,03;0,20]), (b) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na zachowania unikowe i ocenę zdrowia jest istotny statystycznie (β= 0,06 ; B= 0,07; Z= 2,05; p < 0,05 [95%CI = 0,00;0,13]), (c) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach i ocenę zdrowia jest nieistotny statystycznie (β= 0,02; B= 0,02; Z= 0,79; p > 0,05 [95%CI = -0,03;0,06]). Rezultaty zaprezentowano w tabeli 20.

Tabela 20

Oszacowania efektów mediacji: Model 7

Efekt	*B*	*s.e*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na koncentrację na problemie i ocenę zdrowia	0,12	0,04	2,63**	0,03	0,20	0,11
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na zachowania unikowe i ocenę zdrowia	0,07	0,03	2,05*	0.00	0,13	0,06
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach i ocenę zdrowia	0,02	0,02	0,79	-0,03	0,06	0,02

Adnotacja. Efekt = badany efekt mediacyjny; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β*= Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01; *p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność: Model 8

W modelu testowano $N = 23$ parametrów. Analiza testem Chi^2 Kwadrat wykazała dopasowanie $\chi^2(5) = 2,46$; $p > 0,05$. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,91; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,03; *AGFI*= 0,03 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: koncentracja na problemie w 19,22% ($R^2 = 0,19$), ocena zdrowia w 18,65% ($R^2 = 0,19$), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 17,42% ($R^2 = 0,17$), zachowania unikowe w 8,64% ($R^2 = 0,09$). Dane zaprezentowano w tabeli 21.

Tabela 21

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 8

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,19
Zachowania unikowe	0,09
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,17
Ocena zdrowia	0,19

Adnotacja. ZM. W-NA - zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 22

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 8

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	0,29	0,08	3,69***	0,14	0,45	0,26
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,41	0,08	5,04***	0,25	0,57	0,35
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,08	0,17	0,47	-0,26	0,42	0,03
Zachowania unikowe	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	-0,28	0,08	-3,38**	-0,45	-0,12	-0,25
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,14	0,09	-1,64	-0,31	0,03	-0,12
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,26	0,20	1,27	-0,14	0,66	0,10
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	0,17	0,07	2,41*	0,03	0,31	0,15
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,07	0,07	1,09	-0,06	0,21	0,06
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-1,01	0,15	-6,54***	-1,31	-0,70	-0,38
Ocena Zdrowia	<-	Koncentracja na problemie	0,20	0,08	2,34*	0,03	0,37	0,20
Ocena Zdrowia	<-	Zachowania unikowe	-0,21	0,08	-2,64**	-0,36	-0,05	-0,21
Ocena Zdrowia	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,10	0,09	1,09	-0,08	0,27	0,10
Ocena Zdrowia	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	0,17	0,10	1,81	-0,01	0,36	0,15
Ocena Zdrowia	<-	Wiek	0,06	0,08	0,75	-0,10	0,23	0,05
Ocena Zdrowia	<-	Płeć M	0,20	0,21	0,95	-0,21	0,61	0,07

Adnotacja. ZM. W-CA – zmienna wyjaśniająca; -> = Kierunek wpływu; ZM. W-NA- zmienna wyjaśniana; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawarta w tabeli 22 wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek, (β = 0,35; p< 0.001), wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (β= 0,26; p< 0,001). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną koncentracja na problemie.

Wykazano, że na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (β= 0,15; p< 0,05), wpływała istotnie zmienna Płeć M (β = -0,38; p< 0,001). Pozostałe

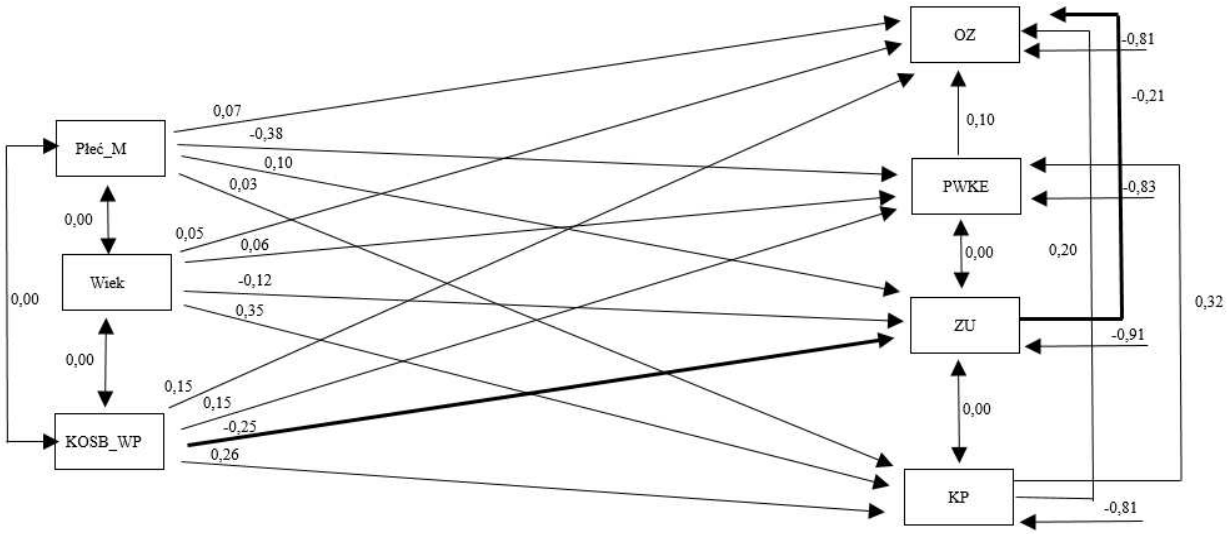
zmienne wpływały nieistotnie na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach.

Analiza wykazała, że na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (β= -0,25, p<0,01). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na tę zmienną.

Analiza wykazała, że na zmienną ocena zdrowia wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej koncentracja na problemie (β= 0,20; p< 0,05), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej zachowania unikowe (β = -0,21; p< 0,01). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną ocena zdrowia. Ze względu na istotne zależności między zmienną wyjaśniającą, pośredniczącą i wyjaśnianą wykonano analizę efektów mediacji. Ze względu na istotne zależności między zmienną wyjaśniającą, pośredniczącą i wyjaśnianą wykonano analizę efektów mediacji. Rezultaty zaprezentowano graficznie na rysunku 3.

Rysunek 3

Wyniki oszacowań dla Modelu 8. Rysunek przedstawia model strukturalny testowanych zmiennych



Adnotacja. Płeć_M – płeć – mężczyźni; KOSB_WP – ocena stresora jako wyzwanie_pasywność; OZ – ocena zdrowia; PWKE - poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach; ZU – zachowania unikowe; KP - koncentracja na problemie

Analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wykazała, następujące efekty: (a) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na koncentrację na problemie i ocenę zdrowia jest nieistotny statystycznie (β= 0,05; B= 0,06; Z= 1,89; p> 0,05

[95%*CI*= 0,00;0,12]), (b) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na zachowania unikowe i ocenę zdrowia jest istotny statystycznie (*β*= 0,05; *B*= 0,06; *Z*= 2,20; *p*<0,05 [95%*CI*= 0,01;0,11]), efekt pośredni relacji ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach i ocenę zdrowia jest nieistotny statystycznie (*β*= 0,01; *B*= 0,02; *Z*= 1,03; *p*>0,05 [95%*CI*= -0,02;0,05]). Otrzymane wyniki zaprezentowano w tabeli 23.

Tabela 23

Oszacowania efektów mediacji: Model 8

Efekt	*B*	*s.e*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Ocena stresora rozumiana jako wyzwanie_pasywność na koncentrację na problemie i ocenę zdrowia	0,06	0,03	1,89	0,00	0,12	0,05
Ocena stresora rozumiana jako wyzwanie_pasywność na zachowania unikowe i ocenę zdrowia	0,06	0,03	2,20*	0,01	0,11	0,05
Ocena stresora rozumiana jako wyzwanie_pasywność na poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach ocenę zdrowia	0,02	0,02	1,03	-0,02	0,05	0,01

Adnotacja. Efekt = badany efekt mediacyjny; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Ocena stresora jako krzywda/strata: Model 9

W modelu testowano *N*= 24 parametrów. Analiza testem *Chi*^{2} Kwadrat wykazała dopasowanie $\chi^2(4) = 0,74$; p> 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,93; 90%PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,01 *AGFI*= 0,01 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: zachowania unikowe w 17,78% (R^2= 0,18), ocena zdrowia w 18,63% (R^2 = 0,19), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 14,23% (R^2 = 0,14), koncentracja na problemie w 11,83% (R^2 = 0,12). Dane zaprezentowano w tabeli 24.

Tabela 24

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 9

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,12
Zachowania unikowe	0,18
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,14
Ocena Zdrowia	0,19

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 25

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 9

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	-0,15	0,10	-1,59	-0,35	0,04	-0,13
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,34	0,08	4,29***	0,18	0,49	0,31
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,12	0,17	0,70	-0,22	0,46	0,05
Zachowania unikowe	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	0,43	0,09	4,60***	0,25	0,62	0,36
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,23	0,08	-2,96**	-0,39	-0,08	-0,21
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,27	0,17	1,57	-0,07	0,62	0,11
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	0,02	0,09	0,19	-0,16	0,19	0,01
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,03	0,06	0,49	-0,09	0,16	0,03
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,93	0,18	-5,29***	-1,28	-0,59	-0,37
Ocena Zdrowia	<-	Koncentracja na problemie	0,19	0,08	2,26*	0,02	0,35	0,18
Ocena Zdrowia	<-	Zachowania unikowe	-0,14	0,08	-1,75	-0,30	0,02	-0,14
Ocena Zdrowia	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,14	0,09	1,61	-0,03	0,31	0,14
Ocena Zdrowia	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	-0,25	0,10	-2,54*	-0,44	-0,06	-0,21
Ocena Zdrowia	<-	Wiek	0,08	0,08	0,91	-0,09	0,24	0,07
Ocena Zdrowia	<-	Płeć M	0,18	0,21	0,86	-0,23	0,60	0,07

Adnotacja. ZM. W-CA- zmienna wyjaśniająca; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-NA- zmienna wyjaśniana; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.*= Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zaprezentowanych w tabeli 25 wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (β= 0,31; p< 0,001). Ponadto okazało się, że na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływała istotnie zmienna Płeć M (β = -0,37; p< 0,001). Na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako krzywda/strata (β= 0,36; p< 0,001), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej Wiek (β=-0.21; p<0,01). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Wykazano, że na zmienną ocena zdrowia wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej koncentracja na problemie (β= 0,18; p< 0,05), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako krzywda/strata (β= -0,21; p< 0,05). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną ocena zdrowia. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Radzenie sobie ze stresem jako mediator relacji między nasileniem stresu a oceną zdrowia
Nasilenie stresu: Model 10

W modelu testowano N = 25 parametrów. Analiza testem Chi^2 Kwadrat wykazała dopasowanie $\chi^2(3) = 0,75; p > 0,05$. Wartości miara: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,97; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,01; *AGFI*= 0,01 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: ocena zdrowia w 24,10% (R^2= 0,24), zachowania unikowe w 21,12% (R^2= 0,21), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 14,14% (R = 0,14), koncentracja na problemie w 10,80% (R^2 = 0,11). Dane zaprezentowano w tabeli 26.

Tabela 26

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 10

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,11
Zachowania unikowe	0,21
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,14
Ocena zdrowia	0,24

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 27

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 10

ZM W-NA	<-	ZM W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Nasilenie stresu	-0,15	0,10	-1,49	-0,34	0,05	-0,13
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,31	0,08	3,83***	0,15	0,46	0,28
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,08	0,17	0,47	-0,25	0,41	0,03
Zachowania unikowe	<-	Nasilenie stresu	0,46	0,10	4,83***	0,27	0,65	0,42
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,14	0,08	-1,69	-0,30	0,02	-0,12
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,40	0,17	2,30*	0,06	0,74	0,16
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Nasilenie stresu	0,12	0,09	1,24	-0,07	0,30	0,11
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,08	0,07	1,19	-0,05	0,22	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,83	0,16	-5,16***	-1,15	-0,52	-0,34
Ocena Zdrowia	<-	Koncentracja na problemie	0,11	0,08	1,32	-0,05	0,27	0,10
Ocena Zdrowia	<-	Zachowania unikowe	-0,05	0,08	-0,56	-0,20	0,11	-0,04
Ocena Zdrowia	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,17	0,08	2,05*	0,01	0,33	0,16
Ocena Zdrowia	<-	Nasilenie stresu	-0,46	0,09	-5,28***	-0,64	-0,29	-0,41
Ocena Zdrowia	<-	Wiek	0,05	0,08	0,59	-0,12	0,21	0,04
Ocena Zdrowia	<-	Płeć M	0,12	0,19	0,64	-0,25	0,50	0,05

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-CA – Zmienna wyjaśniająca; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawartych w tabeli 27 wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej Wiek (β= 0,28; p < 0,001). Wykazano, że na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływała istotnie zmienna Płeć M (β = -0,34; p < 0,001). Dane wskazują, że na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej nasilenie stresu (β = 0,42; p < 0,001), wpływała istotnie zmienna Płeć M (β= 0,16; p < 0,05). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Z danych wynika, że na zmienną ocena zdrowia wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach (β= 0,16; p < 0,05), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej nasilenie stresu (β= -0,41; p < 0,001). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną ocena zdrowia. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Radzenie sobie ze stresem jako mediator relacji między oceną znaczenia stresora a zorientowaniem na choroby

Ocena stresora jako zagrożenie: Model 11

W modelu testowano N = 23 parametrów. Analiza testem Chi^2 wykazała dopasowanie $\chi^2(5)$= 1,61; p > 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,93; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,02; *AGFI*= 0,02 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: zorientowanie na choroby w 14,14% (R^2= 0,14), zachowania unikowe w 12,48% (R^2= 0,12), koncentracja na problemie w 11,83% (R^2= 0,12), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 8,77% (R^2= 0,09). Dane zaprezentowano w tabeli 28.

Tabela 28

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 11

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,12
Zachowania unikowe	0,12
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,09
Zorientowanie na choroby	0,14

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 29

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 11

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako zagrożenie	-0,18	0,09	-2,05*	-0,35	-0,01	-0,16
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,34	0,08	4,00***	0,17	0,51	0,30
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,07	0,15	0,50	-0,22	0,36	0,03
Zachowania unikowe	<-	Ocena stresora jako zagrożenie	0,37	0,09	4,32***	0,20	0,54	0,32
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,15	0,08	-1,80	-0,30	0,01	-0,13
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,18	0,18	1,01	-0,17	0,53	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako zagrożenie	0,06	0,09	0,68	-0,12	0,24	0,05
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,08	0,07	1,27	-0,05	0,22	0,08
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,70	0,16	-4,37***	-1,01	-0,38	-0,28
Zorientowanie na chorobę	<-	Koncentracja na problemie	0,20	0,09	2,12*	0,02	0,39	0,20
Zorientowanie na choroby	<-	Zachowania unikowe	0,07	0,08	0,85	-0,09	0,22	0,07
Zorientowanie na choroby	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,25	0,09	2,78**	0,07	0,43	0,25
Zorientowanie na choroby	<-	Ocena stresora jako zagrożenie	0,12	0,10	1,25	-0,07	0,31	0,10
Zorientowanie na choroby	<-	Wiek	-0,18	0,10	-1,85	-0,36	0,01	-0,15
Zorientowanie na choroby	<-	Płeć M	0,06	0,24	0,25	-0,41	0,53	0,02

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-CA – zmienna wyjaśniająca *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawartych w tabeli 29 wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (β= 0,30; p< 0,001), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako zagrożenie (β= -0,16; p< 0,05). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływała istotnie zmienna Płeć M (β= -0,28; p< 0,001). Natomiast na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako zagrożenie (β = 0,32; p< 0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Analiza wykazała, że na zmienną zorientowanie na chorobę wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach (β= 0,25; p< 0,01), wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej koncentracja na problemie (β= 0.20; p< 0,05). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną zorientowanie na chorobę. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność: Model 12

W modelu testowano *N*= 24 parametry. Analiza testem Chi^2 wykazała dopasowanie $\chi^2(4) = 0{,}39$; p> 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,92; 90% PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,01; *AGFI*= 0,01 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: koncentracja na problemie w 23,99% (R^2= 0,24), zorientowanie na choroby w 17,06% (R^2= 0,17), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 12,94% (R^2= 0,13), zachowania unikowe 8,44% (R^2= 0,08). Rezultaty zaprezentowano w tabeli 30.

Tabela 30

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 12

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,24
Zachowania unikowe	0,08
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,13
Zorientowanie na choroby	0,17

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: *Opracowanie własne*

Tabela 31

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 12

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	0,44	0,07	6,07***	0,30	0,58	0,41
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,30	0,08	3,89***	0,15	0,45	0,26
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,07	0,14	0,52	-0,20	0,35	0,03
Zachowani Unikowe	<-	Ocena stresora jako wyzwanie aktywność	-0,29	0,08	-3,50***	-0,45	-0,13	-0,27
Zachowani Unikowe	<-	Wiek	-0,11	0,08	-1,35	-0,27	0,05	-0,10
Zachowani Unikowe	<-	Płeć M	0,22	0,18	1,21	-0,13	0,57	0,09
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	0,22	0,07	3,11**	0,08	0,36	0,21
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,08	0,07	1,15	-0,06	0,22	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,75	0,16	-4,80***	-1,06	-0,45	-0,31
Zorientowanie na choroby	<-	Koncentracja na problemie	0,27	0,10	2,69**	0,07	0,46	0,26
Zorientowanie na choroby	<-	Zachowania unikowe	0,04	0,08	0,55	-0,11	0,19	0,04

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Zorientowanie na choroby	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,29	0,09	3,26**	0,12	0,46	0,28
Zorientowanie na choroby	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność	-0,25	0,10	-2,55*	-0,44	-0,06	-0,23
Zorientowanie na choroby	<-	Wiek	-0,22	0,10	-2,25*	-0,41	-0,03	-0,19
Zorientowanie na choroby	<-	Płeć M	0,30	0,24	1,25	-0,17	0,78	0,12

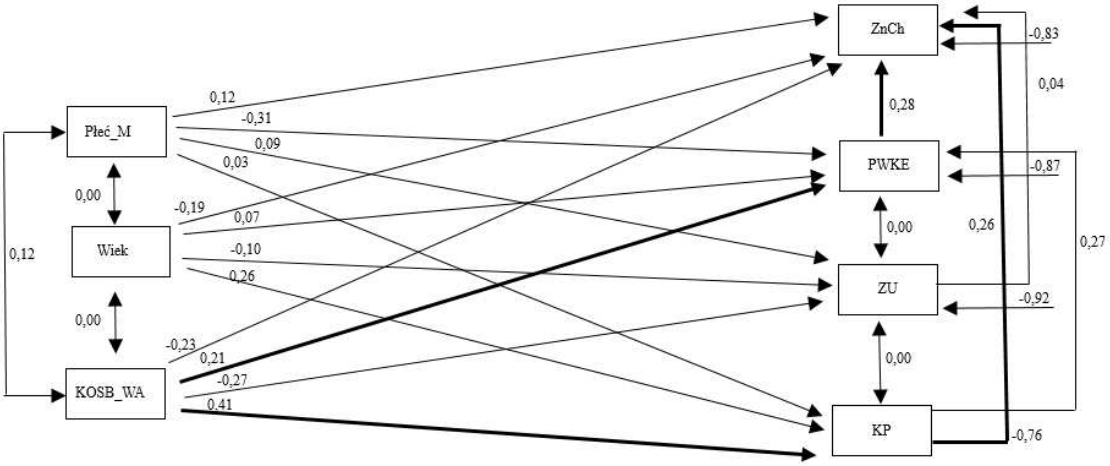
Adnotacja. ZM W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-CA – zmienna wyjaśniająca; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01; *p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawartych w tabeli 31 wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_aktywność (*β*= 0,41; p< 0,001), (b) wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (*β*= 0,26; p< 0,001). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_aktywność (*β*= 0,21; p< 0,01), wpływała istotnie zmienna Płeć M (*β*= -0,31; p< 0,001). Natomiast na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie spadek wyników zmiennej jako wyzwanie_aktywność (*β*= -0,27; p< 0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Analiza wykazała, że na zmienną zorientowanie na choroby wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach (*β*= 0,28; p< 0,01), wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej koncentracja na problemie (*β*= 0,26; p< 0,01), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej wiek (*β*= -0,19; p< 0,05), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_aktywność (*β*= -0,23; p< 0,05). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną zorientowanie na choroby. Ze względu na istotne zależności między zmienną wyjaśniającą, pośredniczącą i wyjaśnianą wykonano analizę efektów mediacji. Graficznie rezultaty zaprezentowano na rysunku 4.

Rysunek 4

Wyniki oszacowań dla Modelu 12. Rysunek przedstawia model strukturalny testowanych zmiennych



Adnotacja. Płeć_M – płeć – mężczyźni; KOSB_WA – ocena stresora jako wyzwanie_aktywność; ZnCh – zorientowanie na choroby; PWKE - poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach; ZU – zachowania unikowe; KP - koncentracja na problemie

Analiza efektu mediacyjnego zmiennych koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wykazała następujące efekty: (a) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na koncentrację na problemie i zorientowanie na choroby jest istotny statystycznie (β= 0,11; *B*= 0,12; *Z*= 2,53; p< 0,05 [95%*CI*= 0,03;0,21]), (b) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na zachowania unikowe i zorientowanie na choroby jest nieistotny statystycznie (β= -0,01; *B*= -0,01; *Z*= -0,55; p> 0,05 [95%*CI*= -0,05;0,03]), (c) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach i zorientowanie na choroby jest istotny statystycznie (β= 0,06; *B*= 0,06; *Z*= 2,37; p < 0,05 [95%*CI*= 0,01;0,12]). Otrzymane wyniki zaprezentowane są w tabeli 32.

Tabela 32

Oszacowania efektów mediacji: Model 12

Efekt	B	s.e	Z	DPU	GPU	β
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na koncentrację na problemie i zorientowanie na choroby	0,12	0,05	2,53*	0,03	0,21	0,11
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na zachowania unikowe i zorientowanie na choroby	-0,01	0,02	-0,55	-0,05	0,03	-0,01
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach i zorientowanie na choroby	0,06	0,03	2,37*	0,01	0,12	0,06

Adnotacja. Efekt = badany efekt mediacyjny; B= Niestandaryzowany współczynnik regresji; s.e. = Błąd standardowy oszacowania B; Z= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); β = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01; *p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność: Model 13

W modelu testowano *N*= 24 parametrów. Analiza testem *Chi*^{2} wykazała dopasowanie $\chi^2(4) = 1,35$; p> 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,91; 90%PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,02; *AGFI*= 0,02 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: koncentracja na problemie w 19,16% (R^2= 0,19), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 16,55% (R^2= 0,17), zorientowanie na choroby w 17,80% (R^2= 0,18), zachowania unikowe w 7,55% (R^2= 0,08). Dane zaprezentowano w tabeli 33.

Tabela 33

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 13

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,19
Zachowania unikowe	0,08
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,17
Zorientowanie na choroby	0,18

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: *Opracowanie własne*

Tabela 34

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 13

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	0,29	0,08	3,60***	0,13	0,44	0,26
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,41	0,08	5,09***	0,25	0,57	0,35
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,06	0,16	0,40	-0,25	0,37	0,02
Zachowania unikowe	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	-0,28	0,08	-3,35**	-0,45	-0,12	-0,25
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,12	0,09	-1,39	-0,29	0,05	-0,10
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,19	0,19	0,97	-0,19	0,57	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	0,16	0,07	2,24*	0,02	0,30	0,15
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,07	0,07	0,96	-0,07	0,20	0,06
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,98	0,15	-6,73***	-1,27	-0,70	-0,39
Zorientowanie na choroby	<-	Koncentracja na problemie	0,28	0,09	3,00**	0,10	0,46	0,28
Zorientowanie na choroby	<-	Zachowania unikowe	0,07	0,07	0,99	-0,07	0,22	0,07
Zorientowanie na choroby	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,22	0,09	2,46*	0,05	0,40	0,21
Zorientowanie na choroby	<-	Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność	-0,27	0,09	-3,06**	-0,44	-0,10	-0,24
Zorientowanie na choroby	<-	Wiek	-0,18	0,09	-1,98*	-0,37	0,00	-0,16
Zorientowanie na choroby	<-	Płeć M	-0,10	0,24	-0,43	-0,58	0,37	-0,04

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-CA – zmienna wyjaśniająca; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

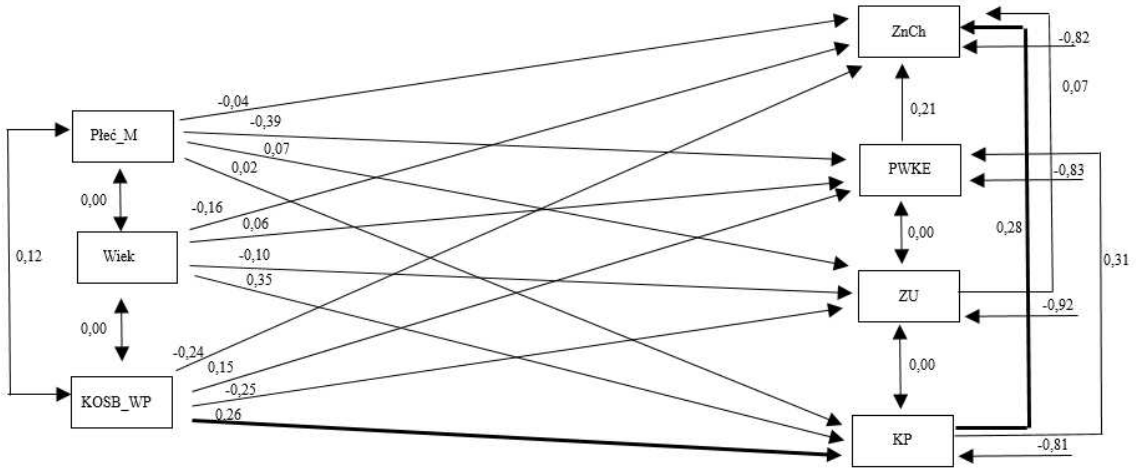
Analiza danych zawartych w tabeli 34 wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (*β*= 0,35; p< 0,001), wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (*β*= 0,26; p< 0,001). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (*β*= 0,15; p< 0,05), wpływała istotnie zmienna Płeć M (*β*= -0,39; p< 0,001). Ponadto na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako

wyzwanie_pasywność (β= -0,25; p< 0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Analiza wykazała, że na zmienną zorientowanie na choroby wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej koncentracja na problemie (β= 0,28; p< 0,01), wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach (β= 0,21; p< 0,05), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej wiek (β= -0,16; p< 0,05), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej ocena stresora jako wyzwanie_pasywność (β= -0.24; p< 0,01). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną zorientowanie na choroby. Ze względu na istotne zależności między zmienną wyjaśniającą, pośredniczącą i wyjaśnianą wykonano analizę efektów mediacji. Rezultaty zaprezentowano graficznie na rysunku 5.

Rysunek 5

Wyniki oszacowań dla Modelu 13. Rysunek przedstawia model strukturalny testowanych zmiennych



Adnotacja. Płeć_M – płeć – mężczyźni; KOSB_WP – ocena stresora jako wyzwanie_pasywność; ZnCh – zorientowanie na choroby; PWKE - poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach; ZU – zachowania unikowe; KP - koncentracja na problemie

Analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wykazała następujące efekty: (a) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na koncentrację na problemie i zorientowanie na choroby jest istotny statystycznie (β = 0,07; B= 0,08; Z= 2,23; p< 0,05 [95% CI= 0,01; 015]), (b) efekt pośredni relacji: ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na zachowania unikowe i zorientowanie na choroby jest nieistotny

statystycznie (*β*= -0,02; *B*= -0,02; *Z*= -0,98; *p*> 0,05 [95% *CI*= -0,06; 0,02]), (c) efekt pośredni relacji ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach i zorientowanie na choroby jest nieistotny statystycznie, (*β*= 0,03; *B*= 0,04; *Z*= 1,58; *p*> 0,05 [95%*CI*= -0,01;0,08]). Otrzymane wyniki zaprezentowano w tabeli 35.

Tabela 35

Oszacowania efektów mediacji: Model 13

Efekt	*B*	*s.e*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na koncentrację na problemie i zorientowanie na choroby	0,08	0,04	2,23*	0,01	0,15	0,07
Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na zachowania unikowe i zorientowanie na choroby	-0,02	0,02	-0,98	-0,06	0,02	-0,02
Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach i zorientowanie na choroby	0,04	0,02	1,58	-0,01	0,08	0,03

Adnotacja. Efekt = badany efekt mediacyjny; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); *β* = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01; *p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Ocena stresora jako krzywda/strata: Model 14

W modelu testowano *N*= 24 parametrów. Analiza testem *Chi*^{2} wykazała dopasowanie $\chi^2(4)$= 1,18; *p*> 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,94; 90%PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0.00; *GFI*= 0,02; *AGFI*=0,02 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: zachowania unikowe w 15,86% (R^2= 0,16), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 12,78% (*R* = 0,13), zorientowanie na choroby w 12,31% (R^2= 0,12), koncentracja na problemie w 10,62% (R^2= 0,11). Wyniki zaprezentowano w tabeli 36.

Tabela 36

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 14

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,11
Zachowania unikowe	0,16
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,13
Zorientowanie na choroby	0,12

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 37

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 14

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	-0,10	0,10	-1,04	-0,29	0,09	-0,09
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,32	0,08	4,08***	0,17	0,48	0,30
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,18	0,18	1,03	-0,16	0,53	0,07
Zachowania unikowe	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	0,42	0,10	4,35***	0,23	0,60	0,35
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,20	0,08	-2,55*	-0,36	-0,05	-0,19
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,20	0,18	1,11	-0,15	0,54	0,08
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	0,07	0,09	0,76	-0,11	0,24	0,06
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,01	0,07	0,17	-0,12	0,14	0,01
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,84	0,18	-4,73***	-1,18	-0,49	-0,34
Zorientowanie na choroby	<-	Koncentracja na problemie	0,22	0,10	2,31*	0,03	0,41	0,22
Zorientowanie na choroby	<-	Zachowania unikowe	0,10	0,08	1,23	-0,06	0,25	0,09
Zorientowanie na choroby	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,21	0,09	2,22*	0,02	0,39	0,20

Zorientowanie na choroby	<-	Ocena stresora jako krzywda/strata	0,02	0,08	0,23	-0,15	0,19	0,02
Zorientowanie na choroby	<-	Wiek	-0,15	0,09	-1,76	-0,32	0,02	-0,14
Zorientowanie na choroby	<-	Płeć M	0,02	0,22	0,09	-0,41	0,45	0,01

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; NZAL = ZM. W-CA – zmienna wyjaśniająca; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z* = Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); β = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawartych w tabeli 37 wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (β = 0,30; p< 0,001). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływał istotnie spadek wyników zmiennej Płeć M (β = -0,34; p< 0,001). Natomiast na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej ocena stresora jako krzywda/strata (β= 0,35; p< 0,001), wpływał istotnie spadek wyników zmiennej wiek (β = -0,19; p< 0,05). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Analiza wykazała, że na zmienną zorientowanie na choroby wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej koncentracja na problemie (β= 0,22; p< 0,05), wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach (β= 0,20; p< 0,05). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienne zorientowanie na choroby. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie ma zastosowania.

Radzenie sobie ze stresem jako mediator relacji między nasileniem stresu a zorientowaniem na choroby

Nasilenie stresu: Model 15

W modelu testowano *N*= 25 parametrów. Analiza testem Chi^2 wykazała dopasowanie $\chi^2(3) = 0,32$; p> 0,05. Wartości miar: *CFI*= 1,00; *NFI*= 1,00; *RMSEA*= 0,99; 90%PU[0,00-0,00]; *SRMR*= 0,00; *GFI*= 0,01; *AGFI*= 0,01 świadczą o dobrym dopasowaniu danych do modelu teoretycznego (Konarski, 2014).

Przyjęty model wyjaśnia zmienne: zachowania unikowe w 23,26% (R^2= 0,23), zorientowanie na choroby w 12,23% (R^2= 0,12), poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach w 12,56% (R^2= 0,13), koncentracja na problemie w 10,75% (R^2= 0,11). Dane zaprezentowano w tabeli 38.

Tabela 38

Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 15

ZM. W-NA	R^2
Koncentracja na problemie	0,11
Zachowania unikowe	0,23
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,13
Zorientowanie na choroby	0,12

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 39

Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 15

ZM. W-NA	<-	ZM. W-CA	*B*	*s.e.*	*Z*	*DPU*	*GPU*	*β*
Koncentracja na problemie	<-	Nasilenie stresu	-0,13	0,10	-1,31	-0,33	0,07	-0,12
Koncentracja na problemie	<-	Wiek	0,31	0,08	3,82***	0,15	0,47	0,28
Koncentracja na problemie	<-	Płeć M	0,07	0,16	0,41	-0,25	0,38	0,03
Zachowania unikowe	<-	Nasilenie stresu	0,51	0,09	5,61***	0,33	0,69	0,46
Zachowania unikowe	<-	Wiek	-0,10	0,08	-1,18	-0,25	0,06	-0,09
Zachowania unikowe	<-	Płeć M	0,27	0,17	1,61	-0,06	0,60	0,11
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Nasilenie stresu	0,09	0,09	1,00	-0,09	0,28	0,08
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Wiek	0,07	0,07	1,05	-0,06	0,21	0,07
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	<-	Płeć M	-0,77	0,16	-4,74***	-1,09	-0,45	-0,33
Zorientowanie na choroby	<-	Koncentracja na problemie	0,15	0,10	1,59	-0,04	0,34	0,15
Zorientowanie na choroby	<-	Zachowania unikowe	0,07	0,08	0,84	-0,09	0,23	0,07
Zorientowanie na choroby	<-	Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	0,30	0,09	3,43**	0,13	0,46	0,28
Zorientowanie na choroby	<-	Nasilenie stresu	0,02	0,11	0,21	-0,19	0,23	0,02

Zorientowanie na choroby	<-	Wiek	-0,09	0,09	-0,99	-0,27	0,09	-0,08
Zorientowanie na choroby	<-	Płeć M	0,12	0,24	0,49	-0,35	0,59	0,05

Adnotacja. ZM. W-NA – zmienna wyjaśniana; <- = Kierunek wpływu; ZM. W-CA- zmienna wyjaśniająca; *B*= Niestandaryzowany współczynnik regresji; *s.e.* = Błąd standardowy oszacowania *B*; *Z*= Statystyka Z; DPU i GPU = 95% przedziały ufności (odpowiednio dolny i górny); β = Standaryzowany współczynnik regresji; ***p< 0,001; **p< 0,01;*p< 0,05
Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawartych w tabeli 39 wykazała, że na zmienną koncentracja na problemie wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej wiek (β= 0,28; p< 0,001). Na zmienną poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach wpływała istotnie zmienna Płeć M (β = -0,33; p< 0,001). Natomiast na zmienną zachowania unikowe wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej nasilenie stresu (β= 0,46; p< 0,001). Pozostałe zależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie.

Analiza wykazała, że na zmienną zorientowanie na choroby wpływał istotnie wzrost wyników zmiennej poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach (β= 0,28; p< 0,001). Pozostałe zmienne wpływały nieistotnie na zmienną zorientowanie na choroby. Wobec powyższego analiza efektu mediacyjnego zmiennych: koncentracja na problemie, zachowania unikowe, poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach nie mają zastosowania.

VI Dyskusja wyników

Od lat naukowcy interesują się chorobami psychosomatycznymi (np. Basińska, Cosci, Engel, Fava, Kulik, Łazowski, Płużek, Schier, Ścigała, Sonino, Szewczyk, Tylka, Włodarczyk, Woźniewicz, Wrześniewski i inni). Wraz z postępującą wiedzą rozumienie choroby psychosomatycznej ulegało zmianie co skutkowało zmianami w zakresie nazewnictwa. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Zaburzeń określa zaburzenia psychosomatyczne, jako: *zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną* (ICD 10, 2012, s. 225), a w ICD 11 zawierają się w kategorii *Bodily Distress Disorder* (ICD 11, 2023). Natomiast w DSM 5 określa się je jako *zespoły z objawami somatycznymi i pokrewne* (Woźniewicz, 2018, s. 284).

Dokonując przeglądu literatury polskiej i zagranicznej zauważono, że naukowcy koncentrują się na chorobach psychosomatycznych innych układów fizjologicznych, a jeśli już podejmują zagadnienia dotyczące chorób psychosomatycznych układu pokarmowego, to analizują je w innej konfiguracji zmiennych (np. ból, aspekty biomedyczne; Srinath, i in., 2012). Analizy prowadzone są także w obrębie wybranej jednostki nozologicznej (np. choroba wrzodowa żołądka). Koncepcja tego projektu zakładała badanie pacjentów z różnymi chorobami psychosomatycznymi żołądka i jelit, uwzględniając przy tym zbieżne symptomy somatyczne i psychiczne oraz ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną.

Podjęcie rozważań dotyczących funkcjonowania osób z dolegliwościami psychosomatycznymi układu pokarmowego w zakresie oceny i nasilenia stresu choroby, radzenia sobie ze stresem, adaptacją do choroby jest przedmiotem niniejszej rozprawy. Podstawowym problemem badawczym w pracy jest odpowiedź na pytanie: Jakie są podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego? Na podstawie literatury określono rozumienie adaptacji pacjentów jako: akceptacja choroby, ocena zdrowia i zorientowanie na choroby. Uwzględniono czynniki tj.: ocena i nasilenie stresu związanego z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego, style radzenia sobie ze stresem. W odpowiedzi na postawiony problem najpierw dokonano charakterystyki osób badanych pod względem kryteriów diagnostycznych dla badań psychosomatycznych. Określono zależności między czynnikami i wymiarami adaptacji oraz przetestowano modele charakteryzujące mechanizmy adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego.

Główne cechy charakterystyki psychosomatycznej osób badanych

Przebadano osoby zmagające się z różnymi objawami psychosomatycznymi układu pokarmowego: choroba Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego, nerwica żołądka, niestrawność czynnościowa i choroba wrzodowa żołądka. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że badani najczęściej mają objawy psychosomatyczne związane z allostatycznym przeciążeniem oraz z wzorem zachowania typu A. W badaniach Basińskiej (2012) wykazano, że u osób z różnymi stanami somatycznymi najczęściej występowały objawy psychosomatyczne typu: zaniedbania/ rezygnacji, irytacji i wzoru zachowania typu A. Z innych badań Basińskiej i Szocińskiej (2015) wynika, że badani z dolegliwościami kardiologicznymi najczęściej doświadczali objawów dotyczących: zaprzeczania chorobie, wzoru zachowania typu A oraz nastroju irytacji. Natomiast Woźniewicz (2018) zwraca uwagę, że najczęściej występującymi objawami psychosomatycznymi są: zaprzeczanie chorobie, postawa rezygnacji/demoralizacja, nastrój irytacji.

Więcej osób z psychosomatycznymi chorobami układu pokarmowego w badaniach własnych doświadczało objawów wzoru zachowania typu A (44%) w porównaniu z osobami: chorującymi przewlekle (26%), korzystającymi z podstawowej opieki zdrowotnej (33%), chorującymi na astmę (29%) i z chorobą serca (28%) (Basińska i Woźniewicz, 2016). Wzór zachowania A, to sposób regulacji relacji osoby z środowiskiem. Charakteryzuje się potrzebą osiągnięć, skłonnością do dominowania i agresywności w dążeniu do realizacji celów (Heszen i Sęk, 2007). Analiza badań własnych potwierdza przypuszczenia, że posiadając cechy zachowania typu A badani predysponują do doświadczania objawów psychosomatycznych.

Nasilenie częstości występowania objawów allostatycznego przeciążenia (53,5%) u chorujących na schorzenia układu pokarmowego (w badaniach własnych) znajduje odzwierciedlenie w analizie przeprowadzonej przez Guidi in. (2021) w związku z tym, że występowanie objawów psychosomatycznych wiąże się z pogorszeniem stanu zdrowia. Allostatyczne przeciążenie dotyczy doświadczenia stresu fizjologicznego, a stres jest jedną z przyczyn powstawania dolegliwości psychosomatycznych. Ferensztajn i Rybakowski (2012) traktują o tym, że obciążenie allostatyczne jest stanem występowania wieloukładowych, niekorzystnych zmian, które zachodzą w organizmie jako konsekwencja chronicznego oddziaływania czynników patogenetycznych. Przeciążenie allostatyczne wzrasta, jeżeli występują nieprzewidziane okoliczności życiowe. Jeśli zaburzona równowaga funkcjonowania organizmu utrzymuje się przez dłuższy czas i nie zależy od

optymalnej rezerwy energetycznej, to ciało reaguje symptomami przeciążenia. W przypadku bycia w stanie allostazy wskaźniki organizmu, tj. tętno, ciśnienie krwi, kortyzol, cytokiny są podwyższone (Pollak i in., 2016). Enko (2019) zwróciła uwagę na to, że gdy zostaje zaburzona homeostaza organizmu, mózg organizuje działania układów fizjologicznych w taki sposób, aby zrekompensować braki, które są przyczyną gorszego funkcjonowania innego układu fizjologicznego. To zjawisko może wystąpić nawet wtedy, gdy sytuacja trudna dopiero ma się wydarzyć.

Bywa tak, że osoba doświadczająca stresu, mającego źródło w nieuświadomionym konflikcie może zachorować. Chorobie może poddać się organ ciała, który jest najsłabszy, co jest spójne z rozumieniem modelu reakcji nieswoistych zaproponowanego przez Alexandra. Ważne jest też swoiste (Locey) rozumienie reakcji na stresory w ujęciu psychosomatycznym, które odnosi się do tego że, sytuacja stresowa nie ma dużego znaczenia, ale istotne jest to, w jaki sposób osoba na nią zareaguje (Płużek, 1978; Sapolsky, 2011). Według Folkman i Moskowitz (2007) odnosi się to do procesu nadawania znaczenia. W badaniach własnych więcej niż co druga osoba chorująca psychosomatycznie, mierzy się z objawami allostatycznego przeciążenia. Badani doświadczając przewlekłego stanu swych dolegliwości niemal bez przerwy narażeni są na działanie czynnika stresowego, przez co ich stan zdrowia może ulegać pogorszeniu nie tylko ze względu na chorobę samą w sobie, ale też przez wzgląd na towarzyszący jej stres fizjologiczny.

Interesującym jest to, że w badaniach własnych - w stosunku do danych zaprezentowanych przez Basińską i Woźniewicz (2016) dotyczących osób chorych przewlekle - nasilone są wskaźniki objawów konwersji (15,3% vs 5%), uporczywych somatyzacji (20,1% vs 5%), demoralizacji (28,5% vs 16%) a obniżone są wskaźniki zaprzeczania chorobie (8,3% vs 28%). W wymienionych charakterystykach autorki uzyskały zbieżne wyniki zarówno w grupie pacjentów z chorobami przewlekłymi somatycznymi jaki i psychosomatycznymi (astma). Te wyniki jednak różnią się od danych prezentowanych w badaniach własnych.

Objawy konwersji dotyczą występowania symptomów dolegliwości, dla których nie znajduje się przyczyny w postaci dysfunkcji anatomicznych lub na etapie badań laboratoryjnych albo posiadania niespójnych symptomów klinicznych. Osoba doświadczając dolegliwości z ciała odczuwa dystres i/lub obniżoną jakość życia i/lub potrzebuje konsultacji z lekarzem. Ponadto odpowiednio przeprowadzona diagnostyka nie wykazuje zmian na poziomie organizmu, które wyjaśniałyby odczuwanie dolegliwości. Pacjent może przyjąć ambiwalentny stosunek względem objawów, mieć cechy osobowości

histrionicznej. Dodatkowo nie zdaje sobie sprawy z tego, że intensywność dolegliwości wynika z psychologicznego stresu. U osoby objawy konwersji występowały w przeszłości albo rozpoznała je u kogoś innego lub życzyła, aby symptomy pojawiły się u innego człowieka (Basińska i Woźniewicz, 2021).

Uporczywe somatyzacje to występowanie funkcjonalnych zespołów medycznych. Objawy występują dłużej niż pół roku, a ich konsekwencją jest pojawienie się dystresu lub/i obniżenie jakości życia lub/ i poszukiwanie konsultacji z lekarzem. Powyższym objawom towarzyszą inne dolegliwości tj. kołatanie serca, wzmożona potliwość, drgawki albo hiperbolizacja skutków ubocznych leczenia sugerująca zmniejszony zakres tolerancji na ból lub/i podatność na sugestię.

Demoralizacja (Basińska, 2021) to doświadczanie obniżonego zaufania, niskie morale, utrata hartu ducha, zniechęcenie, zakłopotanie, odczuwanie nieprzyjemnych emocji, tj. smutek, lęk. Utrata odwagi i dyscypliny, które prowadzą do osłabienia lub zaburzenia funkcjonowania. To sposób reagowania na trudne życiowe doświadczenia, który występuje u osób chorujących somatycznie, a którzy kierowani są na konsultacje psychiatryczne. Jest stanem psychicznym polegającym na tym, że osoba nie może poradzić sobie ze stresorami: zewnętrznymi i wewnętrznymi (de Figueiredo, 1993), włącznie z reakcją na chorobę (Kissane, 1998). Basińska (2021) odwołuje się do tego, że demoralizacja to wielowymiarowy proces, który jest wynikiem wielu zachodzących czynników w relacji człowiek-środowisko. Do odczuwania objawów stanu demoralizacji, który osłabia możliwości przystosowawcze doprowadzić mogą m.in. sytuacje stresujące, deficyty rozwojowe, negatywna ocena stresu i radzenia sobie ze stresem, brak sensu życia, chroniczne problemy ze zdrowiem, traumatyczne wydarzenia (np. przemoc fizyczna).

Występująca w badaniach własnych częstotliwość objawów psychosomatycznych i ich odmienne nasilenie w porównaniu z wynikami prezentowanymi przez innych badaczy (Basińska i Woźniewicz, 2016; Porcelli i in., 2012; Porcelli i Raffanelli, 2010) (objawy konwersji, uporczywe somatyzacje i demoralizacja) wskazuje na to, że badani nie są w stanie w pełni realizować ról społecznych i zawodowych (Clarke i Kissane, 2002**;** Froch i in., 2009). Jednocześnie niskie nasilenie zaprzeczania chorobie wskazuje na wysoką świadomość badanych w zakresie występujących objawów i konsekwencji jakie niesie ze sobą choroba (Heszen i Sęk, 2007; Ziarko, 2014). Pacjenci korzystają z informacji, które pozwalają im zrozumieć własną chorobę, ale ten proces poszukiwawczy nie generuje u nich lęku lecz pozwala na lepsze zrozumienie swojego stanu zdrowia. Zaprzeczanie chorobie dotyczy negowania występowania objawów somatycznych oraz unikanie konsultacji

medycznych mimo, że stan somatyczny osoby wymaga interwencji medycznej. Odnosi się także do nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, których istotność została wyjaśniona albo pojawiła się możliwość dyskusji na ich temat na spotkaniu z lekarzem (Basińska i Woźniewicz, 2021). Analiza badań własnych pozwala przypuszczać, że osobom z chorobami psychosomatycznymi układu pokarmowego trudniej radzić sobie z objawami chorobowymi i ich ograniczeniami, ale dążą do zrozumienia swego stanu zdrowia.

Rezultaty w badaniach własnych mogą być wynikiem specyfiki dolegliwości psychosomatycznych. W przypadku chorób o określonej przyczynie osoby chorujące mogą otrzymać więcej informacji na temat choroby (jej źródeł, przebiegu, dynamiki, rokowań). Gdy przyczyny nie są jednoznacznie określone pojawia się niepewność co do przyszłości (Chojnacka-Szawłowska, 2012; Świętochowski, 2010). W związku z tym poczucie stresu może narastać. W badaniach własnych pozostałe objawy psychosomatyczne są nasilone podobnie jak w innych badaniach (Basińska i Woźniewicz, 2016).

Osoby z psychosomatycznymi chorobami układu pokarmowego w przeprowadzonym badaniu jawią się w większości jako doświadczające wyczerpania zasobów organizmu wskutek przeciążenia stresowego oraz prowadzenia stresowego stylu życia czego konsekwencją jest brak energii do realizowania zadań życiowych. Mają świadomość objawów somatyzacyjnych i ich skutków. Występujące objawy są konsekwencją naruszenia zasobów fizjologicznych, będąc jednocześnie dodatkowym stresorem dla osoby chorującej. Przewlekłość utrzymywania się tego stanu prowadzi do wyczerpania się zasobów, a wraz z wiekiem i długością trwania objawów chorobowych wiąże się z mniejszymi możliwościami adaptacyjnymi.

Uwarunkowania adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego

Adaptacja do życia z chorobą to proces, który realizuje się w czasie, nie jest stały i zmienia się (Załuski i Matjanowska, 2015). Adaptacja to efekt podjętej pracy osoby, np. proces przewartościowania i ustalenia priorytetów (Folkman i Moskowitz 2007; Heszen i Sęk, 2007), czynników towarzyszących (Lickiewicz, i in., 2010). W niniejszym projekcie adaptacja do choroby psychosomatycznej układu pokarmowego ujmowana jest pozytywnie jako akceptacja choroby i ocena zdrowia, czyli konstruktywna adaptacja. Natomiast innym wymiarem jest destrukcyjne przystosowanie się do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego, czyli zorientowanie na choroby.

Badania własne oparto na paradygmacie holistycznym oraz relacyjnej teorii stresu, która zakłada, że ocena znaczenia choroby i jej nasilenie oddziałują na przystosowanie do

choroby. W przyjętym modelu próbowano zweryfikować całościowo relacje zachodzące pomiędzy wszystkimi elementami modelu: ocena i nasilenie stresora, radzenie sobie ze stresem i adaptacja do choroby. Potwierdziły się hipotezy dotyczące zależności między oceną i nasileniem stresora, radzeniem sobie skoncentrowanym na problemie i zachowaniach unikowych a akceptacją choroby (w całości) i oceną zdrowia (częściowo), a nie potwierdziły się hipotezy w kontekście zorientowania na choroby oraz hipotezy z udziałem radzenia sobie przez poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach (Tabela 5). Określono dynamikę zależności między zmiennymi (Tabela 41).

Tabela 40

Wyniki analiz dotyczących istotnych efektów mediacyjnych

Efekty	*Wyniki analiz*
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na koncentrację na problemie i ocenę zdrowia	Istotna
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na zachowania unikowe i ocenę zdrowia	Istotna
Ocena stresora rozumiana jako wyzwanie_pasywność na zachowania unikowe i ocenę zdrowia	Istotna
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na koncentrację na problemie i zorientowanie na choroby	Istotna
Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność na poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach i zorientowanie na choroby	Istotna
Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność na koncentrację na problemie i zorientowanie na choroby	Istotna

Źródło: *Opracowanie własne.*

Akceptacja choroby

Akceptacja choroby dotyczy tego na ile człowiek akceptuje sytuację zdrowotną, w której się znalazł. Polega na przyjęciu ograniczeń narzuconych przez chorobę, uczeniu się życia w nowych okolicznościach oraz ocenie, tego na ile dolegliwość jest uciążliwa dla innych z perspektywy osoby chorującej.

W badaniach własnych respondenci osiągnęli przeciętne nasilenie akceptacji choroby. Rezultaty te są spójne z doniesieniami z badań na temat osób chorujących

psychosomatycznie i somatycznie (Załuski i Matjanowska, 2015; Brzozowska i in., 2016; Skorupska-Król, i in., 2019; Hamerlińska i Kamyk-Wawryszuk, 2021).

W niniejszych badaniach wykazano, iż badani którzy stosują farmakoterapię mają niższą akceptację choroby w porównaniu do osób, które nie przyjmują lekarstw. Wynikać to może z pogorszenia się kondycji organizmu i w związku z tym koniecznością przyjmowania leków. Badani deklarują przyjmowanie preparatów medycznych służących poprawie funkcjonowania układu pokarmowego i nastroju. Respondenci, którym towarzyszy choroba/zaburzenie psychiczna/e mają również mają niższą akceptację choroby. Rezultaty są spójne z doniesieniami innych badaczy (Gawor i in., 2022; Piotrkowska, i in., 2020; Skrzyński i in., 2018;). Akceptacja choroby maleje wraz z pogorszeniem się stanu funkcjonalnego osoby oraz z pojawieniem się chorób współistniejących. Poza tym w wyniku starzenia się organizmu wydajność człowieka zmniejsza się (Gałuszka, 2013).

Z badań własnych wynika, że nie mają znaczenia dane socjodemograficzne, tj, wiek, płeć wykształcenie, typ choroby, stan rodziny, stan cywilny, długość trwania choroby, długość trwania objawów. Dane w literaturze nie są spójne na ten temat i różnią się w zależności od prowadzonych badań. Gawor i in. (2022) wykazali, że na akceptację choroby wpływa m.in. wiek, stan cywilny, czas trwania choroby, czy współtowarzyszące dolegliwości u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna. Gałuszka (2013) dowiodła, że im osoby starsze, tym niższa akceptacja choroby. Natomiast Skrzyński i in. (2018) nie wykazali zależności między wiekiem i akceptacją choroby. Miniszewska i Adamska (2014) wykazały, że płeć nie ma znaczenia w przypadku osób z łuszczycą w kontekście akceptacji choroby, ale ma w grupie osób hemodializowanych (Łatka, i in., 2013) i chorujących na cukrzycę; mężczyźni (Kurpas i in., 2012) wykazują wyższe nasilenie akceptacji choroby. Łatka i in. (2013) oraz Piotrkowska i in., (2020) wskazali, że osoby z wyższym wykształceniem wykazują wyższą akceptację choroby. Natomiast w badaniach Smoleń i in. (2018) wykształcenie nie ma znaczenia. Stan rodziny i cywilny (posiadanie dzieci, bycie w związku) według Chrobak-Bień i in. (2018) jest istotnym czynnikiem warunkującym lepszą akceptację choroby. Występujące rozbieżności wyników sugerują prowadzenie pogłębionych analiz akceptacji choroby w kontekście danych socjodemograficznych.

Czynnikami podmiotowymi warunkującymi akceptację choroby są nasilenie znaczenia stresora i ocena znaczenia stresora. Ocena swojej choroby jako zagrożenia, wyzwania_aktywność, wyzwania_pasywność, krzywdy/straty w kontekście akceptacji choroby w grupie osób chorujących psychosomatycznie była podobna jak w opracowaniach innych badaczy (Adamska i in., 2015; Furmańska, i in., 2018). Z badań

Miniszewskiej i Adamskiej (2014) wynika, że jeśli ktoś traktuje swoją chorobę jako zagrożenie/ krzywda/ przeszkoda/ zakłócenie równowagi osiąga niższe rezultaty w zakresie jej akceptacji. W badaniach własnych akceptacja choroby u badanych była niższa, jeśli chorobę postrzegano jako zagrożenie, krzywdę/stratę, ale była wyższa, gdy ujmowano ją w kategoriach wyzwania. Postrzeganie choroby jako zagrożenie, krzywda/strata wiąże się z uruchomieniem negatywnych emocji. Występowanie negatywnych reakcji emocjonalnych i zaostrzenie objawów dolegliwości obniża jej akceptację, jak wykazano w przypadku osób chorujących na chorobę Leśniowskiego-Crohna (Chrobak-Bień i in., 2018). Postrzeganie objawów choroby jako zagrożenia wynikać może z toczącego się procesu chorobowego, ale także prawdopodobieństwa utraty ważnej wartości, np. zdrowia. Bezpośrednią reakcją na zagrożenie jest stres odczuwany jako stan napięcia psychicznego uruchamiający aktywność zaradczą (Ratajczak, 2000). Według McDougall (2014) objawy psychosomatyczne są wyrazem próby autoleczenia. Paradoksalnie aktywność ta jest dodatkowym źródłem zagrożenia. W procesie adaptacji do życia z chorobą przewlekłą zmniejsza się nasilenie emocji negatywnych, na rzecz doświadczania emocji pozytywnych, które z kolei nie mają istotnego znaczenia dla akceptacji choroby (Gałuszka, 2013).

Jak zauważyła Mącik (2019) zaburzenia funkcjonowania występują, gdy osoba nie doświadcza realnych emocji albo nie zdaje sobie sprawy, że takowe przeżywa. Autorka zwraca uwagę na pogląd Younga, z którego wynika że korzystanie ze schematów potrzebne jest po to, aby niechciane emocje (najczęściej nieprzyjemne, tj. smutek) nie ujawniły się świadomości. Brak bycia w kontakcie z gniewem, żalem może być podstawą depresji. Natomiast wstyd i strach może wiązać się z martwieniem się i lękiem. Autorka akcentuje to, że podjęcie rozważań na temat symptomów lęku/niepokoju, pozwoliło wyodrębnić jego dwa rodzaje: somatyczny i poznawczy. Somatyczny dotyczy doświadczania różnego rodzaju symptomów, które są typowe dla sytuacji lękowej. Symptomy te są adaptacyjne jeżeli faktycznie pojawia się zagrożenie, ponieważ powodują szybsze i skuteczniejsze działanie. Gdy objawy lęku/niepokoju trwają dłuższy czas, z niższym nasileniem – kiedy jeszcze nic się nie wydarzyło, ale odczuwa się, że dzieje się coś niepokojącego - wtedy reakcje fizjologiczne zmniejszają natężenie, ale organizm pozostaje w stanie napięcia. Takie przeżywanie może prowadzić do trudności związanych z: bólem, problemami z sercem czy układem żołądkowo-jelitowym. Doświadczanie lęku w taki sposób może prowadzić do zaburzeń somatyzacyjnych, którym towarzyszą zazwyczaj zaburzenia: lękowe i nastroju. Objawy mogą być skutkiem schematów tak jak w przypadku zaburzeń

lękowych, których etiologią jest rozumienie sytuacji jako zagrażająca (Morrison, 2016; Nitsch i in., 2015).

Ocena choroby jako wyzwanie to pozytywne przekonania na temat choroby. Według Ziarko (2013) im wyższe poczucie wpływu na przebieg leczenia, tym wyższa akceptacja choroby. Objawy choroby, ograniczenia, wymagania związane z chorobą odgrywają istotną rolę w kontekście kreowania znaczeń (Załuski i Matjanowska, 2015). Heszen i Sęk (2007) zwróciły uwagę na to, że w sytuacji choroby przewlekłej występuje wiele niekorzystnych zmian dotyczących funkcjonowania w życiu codziennym. Jednak pojawić się mogą, tzw. wtórne zyski z choroby, które dotyczą, np. zainteresowania ze strony środowiska, zwolnienia z wykonywania zadań których się nie lubi. W związku z tym istnieje prawdopodobieństwo, że osoby z dolegliwościami psychosomatycznymi układu pokarmowego nie oceniają choroby jako stresor ze względu na przystosowanie się do życia z chorobą, czerpanie potencjalnych korzyści z bycia w chorobie (Janowski, 2006; Furmańska i in., 2021) i przewartościowanie. Basińska i Andruszkiewicz (2016) wykazały, że wraz z wiekiem zmienia się postrzegane znaczenie własnej choroby. Im osoby starsze tym silniejsze przekonanie, że stan zdrowia nie jest zależy od jednostki, ale od innych lub od przypadku. Ziarko (2013) zwrócił uwagę na to, że w początkowych latach chorowania na korzystne funkcjonowanie w chorobie przewlekłej ma wpływ poczucie współodpowiedzialności za przebieg leczenia. Do podobnych wniosków doszła Glińska i in. (2015). Badani, którzy są współodpowiedzialni za proces leczenia osiągają korzystniejsze rezultaty w kontekście adaptacji do choroby (Glińska i in., 2015). W procesie leczenia relacja lekarza i pacjenta jest jednym z najistotniejszych warunków skutecznego procesu terapeutycznego (Ogłodek, i in. 2009). Podejście lekarza do pacjenta ma znaczenie biorąc pod uwagę obniżenie lęku, przepracowania trudnych emocji i wsparcia w zakresie przyjęcia postawy wobec choroby (Tylka, 2000; Krzyżowski, 2004; Kaźmierczak, 2011). Pacjenci, którzy mają pewną decyzyjność, możliwość udziału w procesie leczenia mogą opisać swoje objawy i uzyskać potrzebne informacje szybciej dochodzą do zdrowia (Kaźmierczak, 2011). Na przykładzie osób doświadczających przewlekłego zmęczenia Kulik (2013) akcentuje, że osoby mogą poczuć, iż odmawia się im możliwości bycia chorym, ponieważ czasem ich objawy są trywializowane przez innych.

Chorowanie jest sytuacją trudną dla chorującego i dla otoczenia. Wymaga zmiany sposobu życia i pełnionych ról. Zmiany, które wiążą się z tym procesem są dodatkowymi stresorami i skutkują wyczerpywaniem zasobów. Przekroczenie swoich możliwości adaptacyjnych, pogarszający się stan zdrowia i psychospołeczne funkcjonowanie wpływa

na zmniejszenie akceptacji choroby. W prezentowanych badaniach własnych potwierdzono zależność, że im wyższe nasilenie stresu związanego z chorobą, tym niższa akceptacja choroby. Wyniki badania pacjentów z chorobą dermatologiczną nie wykazały związku między nasileniem stresu a akceptacją choroby. Badacze wskazali na odporność na stres i radzenie sobie jako główny wyznacznik akceptacji (Rokowska-Waluch i in., 2013).

Akceptacja choroby wiąże się z przyjęciem określonych sposobów radzenia sobie. W badaniach własnych, chorujący psychosomatycznie wykazali się nasileniem akceptacji choroby, gdy koncentrowali się na problemie. Natomiast okazało się, że im wyższe jest nasilenie zachowań unikowych, tym niższa akceptacja choroby. Nie wykazano znaczenia stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach. Kurowska i Lach (2011) wykazały, że procesowi akceptacji choroby towarzyszy koncentracja na zadaniu, a wraz ze wzrostem stylu skoncentrowanego na emocjach akceptacja choroby maleje w przypadku osób chorujących na cukrzycę typu 2. W badaniach z osobami chorującymi onkologicznie wykazano związek między konstruktywnym radzeniem sobie ze stresem (Ruszkiewicz i Kreft, 2017). Basińska i Kasprzak (2012) dowiodły, że osoby korzystające ze strategii zaprzestania działań i obwiniania siebie charakteryzują się niższą akceptacją dolegliwości. Być może jest tak, że jeżeli badani potraktują swoją chorobę jako sytuacja do rozwiązania (wyzwanie_aktywność i wyzwanie_pasywność w badaniach własnych są dodatnie) wtedy łatwiej jest podjąć działanie zgodnie z rozumieniem modelu stadialnego zmiany zachowań Prochaski i DiClemente (Heszen i Sęk, 2007), przez co możliwa jest akceptacja choroby. Benedysiuk i Tartas (2006) zwróciły uwagę, że w przypadku osób chorujących na depresję charakterystyczne dla nich jest używanie konfrontacyjnych i unikowych strategii radzenia sobie ze stresem. Przyjęcie unikowej strategii jest spójne z koncepcją stresu zaproponowaną przez Lazarusa i Folkman (1984), która zakłada, że radzenie sobie ze stresem jest zależne od oceny pierwotnej i oceny wtórnej. Sytuacja stresowa może być zinterpretowana jako problem do rozwiązania lub nakierowana na zminimalizowanie lęku przez korzystanie ze strategii unikowych. Dla osób z dolegliwościami psychosomatycznymi charakterystyczne jest to, że nie komunikują trudności, z którymi się zmagają, ale ciało jest drogą komunikacji ich problemów, tzn. problem może wyrazić się przez trudność zdrowotną (Shapiro, 2007). McDougall (2014), traktuje o tym, że symptomy psychologiczne są próbą samoleczenia, którą osoba podejmuje, aby poradzić sobie z bólem psychicznym którego doświadcza. Wtedy aktywuje się wewnętrzna siła motywowana lękiem przed utratą symptomów (Schier, 2005). W grupie osób z kolonostomią wykazano, że im wyższa akceptacja choroby, tym wyższe

zadowolenie ze zdrowia (Piprek i Młynarska, 2018). Być może jest tak, że badani z psychosomatyczną chorobą przewlekłą układu pokarmowego koncentrują się na swojej chorobie traktując ją jako stresor, a według Leskowskiej i in. (2011) oraz Załuskiego i Matjanowskiej (2015) niekorzystne jest stałe przetwarzanie swojej sytuacji chorobowej. Częsta analiza może powodować wzrost napięcia i stąd niższe nasilenie akceptacji choroby, ponieważ osoba jest pod stałym napięciem psychicznym związanym z doświadczaniem choroby przewlekłej (Basińska, 2009). Badacze zwrócili uwagę na to, że osoby zmagające się z czynnościowymi, medycznie niewyjaśnianymi dolegliwościami układu pokarmowego częściej doświadczają zaburzeń nastroju, miewają trudności w sferze emocjonalnej trudniej radzą sobie ze stresem (Grzyb i in., 2007; Nehring i in., 2011; Sojka i Jonderko, 2013). Z badań Marczyńskiej i in. (2016) wynika, że dzieci zdrowe w stosunku do dzieci zmagającymi się z czynnościowymi bólami brzucha śmielej wyrażają trudne emocje, co może obniżać tendencję do somatyzacji. Ponadto uczniowie z dolegliwościami ze strony układu pokarmowego niechętnie wypełniają obowiązki szkolne i mają wyższe nasilenie lęku szkolnego. Jeśli ktoś nauczył się jako dziecko reagować w sposób unikowy, możliwe że jeśli nie podjął nad tym pracy, podobnie będzie zachowywał się w dorosłości – adekwatnie do okresu rozwojowego i zadań rozwojowych (Bogdanowicz, 1985).

Intrygującym jest wynik wskazujący na brak związku radzenia sobie przez poszukiwanie wsparcia i koncentrację na emocjach z akceptacją choroby. Literatura donosi, że wsparcie w sytuacji choroby jest czynnikiem buforowym, ponieważ pozwala na zdystansowanie się do zaistniałej sytuacji i bardziej pozytywną ocenę wydarzeń (Banakiewicz i in., 2021; Sęk, 2004). Doświadczenie niekompetencji lekarzy, braku wsparcia, niepewnych reakcji otoczenia na zachowania związania z chorobą mogą wyjaśniać brak związku tej strategii radzenia sobie z akceptacją choroby (Ax i in., 2002; Schmaling i in., 2000**).** Udzielenie wsparcia może wzmacniać zachowania chorobowe przez koncentrację na symptomach i wzmacnianie zapotrzebowania na opiekę.

Mimo potwierdzenia części hipotez związku oceny i nasilenia stresora oraz stylu skoncentrowanego na problemie i unikowego z akceptacją choroby, analiza równań strukturalnych nie wykazała, że style radzenia sobie ze stresem są mediatorami między oceną znaczenia i nasilenia choroby jako stresora a akceptacją choroby. Model relacyjny nie został potwierdzony w prezentowanych badaniach. Podobne rezultaty spotkać można również w badaniach innych autorów. W pracy Brudka i in. (2019) nie wykazano mediacyjnej roli radzenia sobie ze stresem w kontekście temperamentu oraz wypalenia zawodowego u pielęgniarek. W badaniu studentów – style radzenia sobie ze stresem

w sytuacji trudnej nie miały związku z jakością życia (Mroczkowska i Białkowska, 2014). W modelu strukturalnym zmienne dzieli się na: egzogeniczne i endogeniczne. Zmienne egzogeniczne, to zmienne, których przyczyny nie są przedstawione w modelu (w badaniach własnych nasilenie stresu i ocena stresu). Zmienne endogeniczne, to zmienne, które są prezentowane w modelu (radzenie sobie ze stresem, adaptacja do choroby) (Konarski, 2014). Zatem koncentracja na problemie wchodzi w interakcję z akceptacją choroby wraz z oceną stresora, wiekiem i płcią. Mogłoby się wydawać, że wyjaśnieniem tego procesu może być psychosomatyczny model reakcji nieswoistych. Według niego uświadomiony lub nieuświadomiony bodziec wywołuje stres, następuje stan przewlekłego lęku, który pobudza organizm. U osoby pojawiają się objawy somatyczne, które są wynikiem słabości narządu (Płużek, 1978). Ocena objawów psychosomatycznych jest bezpośrednim determinantem poziomu akceptacji choroby w badaniach własnych.

Ocena zdrowia

Ocena zdrowia dotyczy doświadczenia poczucia bycia zdrowym. Osoby, które osiągają wysokie wyniki czują, że ich ciało jest zdrowe. Ci, którzy osiągają niskie wyniki czują, że nie są zdrowi, doświadczają objawów chorobowych lub zwiększonej wrażliwości na zachorowanie (Brown i in., 1990; Cash, 2018). W niniejszych badaniach, respondenci osiągnęli niski wynik oceny zdrowia. Ponadto osiągnęli wynik niższy niż w badaniach normalizacyjnych (Brown i in., 1990; Cash, 2018) i niższy niż u badanych studentów (Rzeszutek i Schier, 2018).

Z badań własnych wynika, że ocena zdrowia jest wyższa u osób, które doświadczają czynnościowych dolegliwości ze strony układu pokarmowego, nie przyjmują leków i nie doświadczają zaburzeń/chorób psychicznych. Sak i in. (2011) ustalili, że osoby, które przewlekle chorują i są w związku z tym hospitalizowane, patrzą na swoje zdrowie z perspektywy dysfunkcji somatycznych. Biorąc pod uwagę dłuższy pobyt na oddziale szpitalnym z powodu rzutu choroby, wyższe prawdopodobieństwo jest w przypadku pozostałych chorób psychosomatycznych układu pokarmowego, niż w sytuacji czynnościowych zaburzeń układu pokarmowego. Choroby czynnościowe diagnozowane są najdłużej (Sojka i Jonderko, 2013), więc badani poddawani są wielu procedurom diagnostycznym. Czerwionka-Szaflarska i Romańczuk (2010) zwracają uwagę na to, że przyjmowanie specjalnego probiotyku zmniejsza czas pobytu w szpitalu o 25% osób z biegunką. Poza tym, osoby, które doświadczają choroby przewlekłej, ale nie przyjmują leków mogą poczuć się jakby były zdrowsze. Jak się okazuje niektóre leki niekorzystnie

wpływają na układ pokarmowy, np. niesteroidowe leki przeciwzapalne (Zaremba i in., 2012; Janowska i Prystupa, 2012), czyli potencjalnie mogą mieć wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia. Krzemińska-Dąbrowska i in. (2007) w swojej pracy zwracają uwagę, że osoby chorujące przewlekle częściej narażone są na występowanie zaburzeń: nastroju, emocjonalnych, psychicznych (Maiden i in., 2003; Patten i in., 2005). Jest to spójne z wynikami badań własnych, w których osoby z trudnościami psychicznymi niżej oceniają swoje zdrowie.

W niniejszym projekcie wykazano, że oceny zdrowia nie różnicował: wiek, płeć, wykształcenie, stan rodziny, stan cywilny, długość trwania objawów i diagnozy choroby. Z badań Mikołajczyk i in. (2017) wynika, że kobiety lepiej oceniają swoje zdrowie w porównaniu do mężczyzn. Ponadto wykazano, że czas trwania choroby wpływa na poczucie jakości życia oraz ocenę zdrowia – jeśli choroba trwa dłużej, to ocena zdrowia maleje. Natomiast w przypadku badań Kurowskiej i Szomszor (2011) okazało się, że im dłużej trwa choroba, tym bardziej negatywna jakość życia, której częścią jest ocena zdrowia. Biorąc pod uwagę badania Furmańskiej i in. (2021) wykazano, że ocena znaczenia własnej choroby miała związek z: płcią, wykształceniem, ale nie ze stanem cywilnym. Jak wykazano dane z literatury nie są jednoznaczne, co sugeruje konieczność pogłębionych badań.

Czynnikami warunkującymi ocenę zdrowia w modelu badań własnych są: nasilenie stresu i ocena znaczenia stresora. Wykazano, że im wyższe nasilenie stresu, tym niższe nasilenie oceny zdrowia. Dane te są spójne z doniesieniami z literatury (Chrobak-Bień i in., 2017; Kloska, i in., 2020), ponieważ stres oksydacyjny jest jedną z przyczyn etiopatogenezy nieswoistych chorób zapalnych jelit. Osoby będące w remisji wyżej oceniają swoją jakość życia, w porównaniu z chorującymi będącymi w zaostrzeniu choroby. Natomiast wśród badanych z dolegliwościami układu pokarmowego medycznie niewyjaśnianymi (IBS) wykazano, że mają słabiej rozwinięty schemat ciała, obraz ciała w porównaniu z osobami zdrowymi (Bielecka, 2019). W pewnym stopniu wyjaśniać to może niskie nasilenie oceny zdrowia. Być może badani nie czują psychologicznej jedności ze swoim ciałem. W przypadku chorujących na astmę, Schier (2005; Rzeszutek i Schier, 2008) założyła, że przez doświadczenie bólu i nieprzyjemności ciało może być traktowane jak obce. Możliwe, że u osób doświadczających chorób psychosomatycznych układu pokarmowego może zaistnieć podobne zjawisko, gdyż tak jak np. w przypadku chorób autoimmunologicznych antygeny atakują własne komórki (Basińska, 2009; Mikoś, 2013).

Szczególnie, że w niektórych przypadkach (np. choroby Leśniowskiego-Crohna) pacjenci muszą mieć założoną stomię (Bączyk i in., 2016), która naturalnie nie jest częścią ciała.

Ogińska-Bulik (2009) zwraca uwagę na to, że doświadczenie stresu może wpływać pozytywnie na zdrowie. Przywołuje myśl Edwardsa i Coopera z której wynika, że eustres wiąże się ze zdrowiem w sposób bezpośredni – fizjologiczny i pośredni – angażując osobę do podjęcia rozwiązania sytuacji stresowej i tym samym osłabienie nasilenia dystresu. Bosch i in. (2001) wykazali, że pojawienie się stresu, który związany jest z rozwiązywaniem zadań pamięciowych, powoduje wzrost stężenia immunoglobulin, które są korzystne dla układu odpornościowego. Z kolei brak podjęcia aktywności (bierność), nie wiąże się ze zmianami w układzie immunologicznym. W badaniach polskich wykazano, że ludzie którzy interpretują stresory w kategoriach wyzwania oceniają lepiej swoje zdrowie, w porównaniu z osobami, które sytuacje trudne traktują jako krzywda lub zagrożenie (Pasikowski, 2000). Rezultaty badań własnych, są kompatybilne z powyższymi doniesieniami, ponieważ w grupie chorujących psychosomatycznie wykazano, że traktowanie stresora jako wyzwanie wiąże się pozytywnie z oceną zdrowia.

W kontekście oceny zdrowia w przypadku życia z chorobą przewlekłą istotne znaczenie ma ocena jakości życia. Turska i Skowron (2009) szczególnie zwracają uwagę na obiektywną i subiektywną ocenę stanu zdrowia. Subiektywna ocena odnosi się do wrażeń osoby chorującej, a obiektywna dotyczy roli w jakiej się znalazła, np. rola chorego. Cieślik i Podbielska (2015) odnoszą się do rezultatów Hoivik i współpracowników, którzy w wyniku zrealizowanych badań podłużnych z grupą osób chorujących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego doszli do wniosku, że pacjenci nie mają obniżonego nasilenia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Jednak zaostrzenie choroby w przypadku kobiet, zmniejsza nasilenie jakości życia zależnej od stanu zdrowia, w porównaniu do mężczyzn. Natomiast status zawodowy bardziej wiązał się z jakością życia dotyczącą stanu zdrowia w przypadku mężczyzn niż kobiet. Dane te sugerują potencjalne znaczenie płci w kontekście odczuwania jakości życia. W innych badaniach wykazano, że subiektywna ocena stanu zdrowia wiąże się ze współodpowiedzialnością pacjenta za proces leczniczy w przypadku dolegliwości kardiologicznych – im wyższa ocena stanu zdrowia, tym wyższe zaangażowanie (Kubica i in., 2017). Jeszcze inni badacze donoszą, że wśród osób zmagających się z nadciśnieniem tętniczym wykazano, że badani oceniali zadowolenie ze swego zdrowia na poziomie przeciętnym (Klarkowska i Antczak, 2017), a osoby z chorobami płuc bardziej negatywnie oceniają jakość życia w porównaniu z chorującymi na astmę (Grochans i in., 2012).

Kulik i Kajka (2016) w badaniach kobiet wykazały, że pozytywna subiektywna ocena stanu zdrowia występuje u badanych, które doświadczają zewnętrznego gniewu oraz nasilonego poczucia własnej wartości i poczucia winy. Poza tym badane negatywnie oceniają swój stan zdrowia jeśli towarzyszy im nasilenie gniewu wewnętrznego i poczucia winy.

Ocena zdrowia wiąże się z określonymi stylami radzenia sobie z chorobą. Według Janowskiego (2006) osoby chorujące na łuszczycę traktując swoją dolegliwość jako korzyść miały wyższe nasilenie zorientowania na emocje, ale nie wykazano związku z koncentracją na problemie. W kontekście oceny zdrowia, osoby z chorobami psychosomatycznymi układu pokarmowego korzystają ze stylu skoncentrowanego na problemie, ale im częściej używają strategii unikowych tym mają słabszą ocenę zdrowia. Można to wyjaśnić podobnie jak Janowski (2006), że być może badani doświadczają różnych motywacji do radzenia sobie w chorobie. Innym wyjaśnienie może wiązać się z nadawaniem znaczenia, które jest procesem dynamicznym i zależnym od etapu choroby (Ziarko, 2013). Zgodnie z koncepcją Lazarusa i Folkman (1984) ocena pierwotna, po oszacowaniu możliwości poradzenia sobie ze stresorem uruchamia procesy radzenia sobie z sytuacją trudną. Czy choroba została oceniona jako stresująca zależy od nadania jej znaczenia, czyli oceny poznawczej choroby. W badaniach Janowskiego (2006) wykazano, że jeśli chorobę ocenia się w kategoriach krzywda/strata, to wzrasta nasilenie koncentracji na emocjach. Co więcej osoby traktujące chorobę jako krzywda/strata samodzielnie radzą sobie z jej konsekwencjami, nie szukając pomocy u innych (Janowski, 2006). W badaniach własnych jest nieco inaczej, bowiem nie wykazano istotnych zależności w zakresie koncentracji na problemie oraz poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach z oceną choroby jako krzywda/strata, ale wykazano, że wraz ze wzrostem oceny jako krzywda/strata, wzrasta nasilenie zachowań unikowych. Możliwe, że badani korzystali z myślenia fatalistycznego, odreagowania emocji i wiary religijnej, które wiążą się z biernym radzeniem sobie z emocjami (McCrea, 1984, za: Janowski, 2006). Janowski (2006) zauważa, że osoby chorujące na łuszczycę ujmując chorobę jako wyzwanie, aktywują wiele strategii do radzenia sobie z nią, a także starają się konstruktywnie wpłynąć na sytuację trudną jaką jest choroba poprzez działanie, kontrolę emocji i urzeczywistnianie sytuacji. Podobnie funkcjonują respondenci z badań własnych, ponieważ jak wykazano, traktowanie choroby w kategoriach wyzwania (wyzwanie_aktywność) pozytywnie wiązało się ze skoncentrowaniem na problemie, a negatywnie z używaniem zachowań unikowych.

Aktywacja procesów zaradczych może okazać się stresorem, gdy sposoby radzenia sobie są nieskuteczne (Ratajczak, 2000).

Analiza równań strukturalnych częściowo wykazała, że style radzenia sobie ze stresem są mediatorami między oceną choroby jako stresor a oceną zdrowia. W badaniach własnych wykazano, że: koncentracja na problemie jest mediatorem związku między oceną stresora jako wyzwanie_aktywność i oceną zdrowia; zachowania unikowe są mediatorem związku między oceną znaczenia stresora jako wyzwanie_aktywność i oceną zdrowia oraz zachowania unikowe są mediatorem relacji między oceną stresora jako wyzwanie_pasywność i oceną zdrowia.

Zachowania unikowe i koncentracja na problemie są mediatorem między postrzeganiem objawów choroby jako wyzwaniem a poczuciem bycia osobą zdrową. Nadawanie pozytywnych znaczeń objawom chorobowym nasila poszukiwanie informacji o możliwości poradzenia sobie i zmniejszenia nasilenia dolegliwości, co skutkuje lepszą oceną stanu zdrowia. Nadanie pozytywnego znaczenia objawom zmniejsza nasilenie zachowań unikowych, które można rozumieć jako mniejsze dystansowanie się względem sytuacji chorobowej, co powoduje gorszą ocenę stanu zdrowia. W związku z tym wydaje się być ważne elastyczne stosowanie strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej (Heszen i Sęk, 2007). Czasem potrzebne jest uzyskanie dystansu i zastosowanie uników by radzić sobie z ograniczeniami narzuconymi przez chorobę (Basińska, 2021; Wrona-Polańska, 2016).

Zorientowanie na choroby

Zorientowanie na choroby wiąże się z poczuciem bycia chorym. Polega na doświadczeniu odczuwania symptomów fizycznych jako objawów choroby i poszukiwaniu wsparcia medycznego.

W badaniach własnych respondenci uzyskali niskie nasilenie zorientowania na choroby. Okazuje się, że wynik badanych z chorobami psychosomatycznymi układu pokarmowego jest: wyższy: niż w grupie normalizacyjnej (Cash, 2018), wśród badanych z atopowym zapaleniem skóry (Mikołajczyk i in., 2017). Przyczyną może być to, że podobnie jak w przypadku osób z AZS (Mikołajczyk i in., 2017) badani chorujący psychosomatycznie mogą postrzegać przewlekłość swoich dolegliwości jako uciążliwe i trudne do wyleczenia. Ponadto chorujący nie są pewni, kiedy może nastąpić zaostrzenie dolegliwości, a jeśli tak się wydarzy, są w gotowości do korzystania ze wsparcia medycznego (Skrzypek, 2011).

W niniejszych badaniach wykazano, że zorientowanie na choroby jest wyższe u osób, które chorują na chorobę wrzodową żołądka. Janowska i Prystupa (2012) odnoszą się do tego, że pojawienie się pojedynczego wydarzenia stresowego, nie spowoduje powstania choroby wrzodowej, ale permanentne narażenie na sytuacje przekraczające możliwości człowieka może spowodować rozwój tej dolegliwości. Ponadto cechy osobowość typu D, którą charakteryzuje zaburzone funkcjonowanie społeczne, problemy w ekspresji emocji mogą przyczynić się do rozwoju choroby. Badacze doszli do wniosku, że osoby przejawiające tzw. osobowość stresową częściej chorują na wrzody. Osobowość stresowa charakteryzuje się: pesymizmem, niskim poczuciem własnej wartości, obwinianiem się za wszystko, niższą zdolnością do szukania wsparcia, napięciem, uczuciem wyczerpania. Ponadto osoby przejawiające ten typ osobowości cechują się tym, że tłumią nieprzyjemne emocje, po to aby uniknąć odrzucenia ze strony innych osób. Istotne jest to, że miewają trudności z mówieniem o swoich emocjach. W grupie pacjentów, chorujących na wrzody, u których nie wykazano infekcji *Helicobacter Pylori* zaobserwowano wyższe nasilenie lęku i frustracji, które wpłynęły na negatywne zmiany w organizmie. Poza tym, częstymi zachowaniami wśród osób zmagających się z chorobą wrzodową są: stawianie siebie w pozycji obronnej, samokontrola, chęć dominacji i współzawodnictwa. W przekonaniu osób chorujących może pojawiać się myśl dotycząca tego, że ich aktywność zależna jest od aprobaty społecznej. W związku z tym ludzie doświadczają: lęku przed porażkami, uczucia walki z samym sobą i otoczeniem, ale też mają przekonanie, że nie posiadają możliwości wykazania się swoimi wartościami. Interesującym jest fakt, dotyczący tego że osoby chorujące na wrzody żołądka lepiej radzą sobie ze stresem oraz przejawiają wyższe umiejętności adaptacyjne w porównaniu do pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i chorobą Leśniowskiego-Crohna (Janowska i Prystupa, 2012).

W badaniach osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna wykazano, że im wyższe nasilenie neurotyczności, tym niższa akceptacja choroby (Lickiewicz i in., 2010), a wyższe nasilenie neurotyczności powoduje, że ludzie silniej odczuwają stres traktując go jako bardziej zagrażający (Wlazło i in., 2008). W związku z tym można doświadczyć silniejszych objawów chorobowych (Bielawska-Batorowicz, 2007). W badaniach własnych wykazano, że im krócej trwa diagnoza choroby psychosomatycznej układu pokarmowego, tym wyższe zorientowanie na choroby. Z badań Gałuszki (2013) wynika, że im osoba dłużej choruje, tym doświadcza mniej negatywnych emocji, a przeżywa więcej pozytywnych emocji. Jednak Ziarko (2013) zwrócił uwagę, na to że

w początkowym etapie choroby niedokrwiennej serca przekonania na jej temat pełnią funkcję regulacyjną. Z czasem zmienia się ich rola. Wraz z postawieniem diagnozy sytuacja dla osoby staje się nowa, jeszcze niepoznana. Osoba może posiadać jedynie szczątkowe informacje na temat dolegliwości, dlatego potrzebuje czasu na skonstruowanie stabilnej, kompletnej poznawczej oceny choroby. Etapy kreowania oceny poznawczej i szukania sposobów radzenia sobie wiążą się z funkcjonowaniem człowieka w zakresie emocji i procesów poznawczych. Gdy choroba staje się znana, przekonania na jej temat i sposoby radzenia sobie utrwalają się. Wtedy w mniejszym stopniu mają wpływ na funkcjonowanie chorego.

W badaniach własnych nie wykazano różnic w zorientowaniu na choroby w kontekście zmiennych socjodemograficznych, tj. wiek, płeć, wykształcenie, stosowanie farmakoterapii, stan rodziny, stan cywilny, występowanie chorób/zaburzeń psychicznych, długość trwania objawów.

Na podstawie badań Glińskiej i in. (2015) wnioskuje się, że im osoba starsza tym korzystniej funkcjonuje się jej w życiu codziennym z chorobą przewlekłą, czyli osoba nie koncentruje się na objawach chorobowych. Z kolei Chrobak-Bień i in. (2018) nie wykazali podobnego związku. Podobnie jak w badaniach własnych, nie wykazano różnic między zorientowaniem na choroby i wiekiem. Cieślik i Podbielska (2015) zwróciły uwagę, że kobiety będące w zaostrzeniu wrzodziejącego zapalenie jelita grubego wykazały się niższą oceną jakości życia w porównaniu do mężczyzn. Furmańska i in. (2021) wykazali, że badani z wykształceniem wyższym rzadziej oceniają chorobę przewlekłą jako krzywda w porównaniu z badanymi z wykształceniem średnim i zawodowym. Z analizy Wróblewskiej (2010) wynika, że w ocenie stanu zdrowia stan cywilny i skład gospodarstwa domowego nie jest istotny statystycznie. W momencie poszukiwania diagnozy dolegliwości osoba chorująca nie nabyła jeszcze kompletnej oceny poznawczej choroby (Ziarko, 2013). Chorujący jest na etapie szukania wiedzy: Co mi jest? W Tym okresie towarzyszy poczucie niepokoju, niepewności co do choroby i przyszłości (Świętochowski, 2010; Skrzypek, 2011). Prawdopodobne, że z poczucia wątpliwości wynika brak różnic w długości odczuwania objawów i zorientowania na choroby. O'Sullivan (2017) zwróciła uwagę na to, że objawy zmniejszyły nasilenie w momencie przekazania pacjentowi konkretnej diagnozy. Być może w przypadku osób z dolegliwościami psychosomatycznymi układu pokarmowego, którzy nie mają jeszcze pewnej diagnozy nastąpiłby podobny proces? Tym bardziej, że z badań Chrobak-Bień i in., (2018) wynika, że osoby z nieswoistą chorobą zapalną jelit (CD), gdy są w okresie wznowienia objawów

gorzej funkcjonują w życiu codziennym i mają obniżoną jakość życia. Czachowski i Buczkowski (2015) zwracają uwagę na to, iż pacjenci z zespołami medycznie niewyjaśnionymi, którzy czują, że są chorzy, oczekują dobrej komunikacji z lekarzem, gdyż prawdopodobnie wtedy mają przestrzeń na odreagowanie emocjonalne (Kaźmierczak, 2011; Krzyżowski, 2004; Tylka, 2000).

Nasilenie stresu choroby i ocena znaczenia stresora nie są czynnikami warunkującymi zorientowanie na choroby. Takie rezultaty mogą wynikać z samego postrzegania choroby, to oznacza, że osoby nie przejmują się każdym objawem ciała, a w związku z tym nie chodzą często do lekarza, nie koncentrują się nadmiernie na dolegliwościach sugerujących chorobę (Rzeszutek i Schier, 2008), co może mieć związek z poznawczą oceną choroby (Ziarko, 2013) i wtórnymi zyskami z choroby (Janowski, 2006, Heszen i Sęk, 2008; Furmańska, i in., 2021). Z badań Miniszewskiej (2019) wynika, że osoby z przewlekłą chorobą nerek oceniają swoją dolegliwość w kategoriach korzyści. Najniższe nasilenie postrzegania choroby jako korzyść mają badani z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS). Respondenci z cukrzycą najsłabiej oceniali swoją chorobę jako przeszkoda albo strata, a osoby z chorobą nerek, z cukrzycą i RZS częściej oceniali swoje dolegliwości jako przeszkoda lub strata. Postrzeganie choroby jako wyzwanie najczęściej ujmowane było przez pacjentów z chorobą nerek. Pozostali badani niżej oceniali swoje schorzenie w kategoriach wyzwania. Według autorki osoby z RZS i przewlekłą chorobą nerek najsilniej doświadczają swojego stanu zdrowia jako zakłócenia równowagi życiowej.

Innym wyjaśnieniem braku związków nasilenia stresu i oceny stresorów z zorientowaniem na choroby może być przewartościowanie i zmiana priorytetów. W sytuacji przewlekłego stresu, który jest wynikiem choroby według Folkman i Moskowitz (2007; Heszen i Sęk, 2007) pacjenci mogą stosować następujące przewartościowania: ustalenie ważnych spraw w nowej sytuacji, którą spowodowała choroba; adaptacyjna modyfikacja celów, szukanie pozytywów w sytuacjach stresowych; nadanie zwyczajnym zdarzeniom pozytywnego znaczenia, wzmacnianie pozytywnych emocji przez celowe lub przypadkowe tworzenie zdarzeń związanych z sytuacją stresową. Powyższa postawa może być wynikiem wiedzy, że w przypadku choroby przewlekłej (a takimi są choroba Leśniowskiego-Crohna, zespołu jelita drażliwego, czynnościowych zaburzeń układu pokarmowego i choroby wrzodowej żołądka) nie jest pewne wyzdrowienie. W terapii/ leczeniu dąży się do okresu remisji, a niektóre z dolegliwości mogą powodować niepełnosprawność (Basińska, 2009; Chojnacka-Szawłowska, 2012). Zatem możliwe, że badani poszukują sensu życia, a nie koncentrują się na chorobie

(w zależności od stanu zdrowia) tak jak w przypadku badań Ogórek-Tęczy i in. (2012) albo mogą być przeciążeni swoimi dolegliwościami i ignorują objawy. Jak pisze Woźniewicz (2018) osoby z dolegliwościami somatycznymi koncentrują swoje myśli, emocje i zachowania wokół swego stanu zdrowia. Ponadto na co dzień, a tym bardziej w sytuacji chorobowej emocje ulegają modyfikacjom. Zmienia się ich nasilenie i treści jakie ze sobą niosą. Jednak według Heszen i Sęk (2007) osoby chorujące przewlekle lub z niepełnosprawnościami przeżywają trudne emocje, tj. niepokój, złość, ale w porównaniu z osobami zdrowymi doświadczają więcej emocji przyjemnych.

Z badań grupy osób chorujących onkologicznie wynika, że przekonanie o wpływie na doświadczenie bólu wiąże się z przyjmowaniem konstruktywnego stylu radzenia sobie w chorobie oraz z duchem walki. Natomiast jeżeli niejako przekazuje się kontrolę nad bólem czynnikom zewnętrznym, aktywizuje się wtedy destrukcyjne radzenie sobie i mechanizm bezradności-beznadziejności (Krawczyk, 2015). Zatem wyniki badań własnych można rozpatrywać przez pryzmat elastycznego radzenia sobie ze stresem (Basińska, 2015; Basińska i in., 2017; Kato, 2020). Badani nie traktują swoich dolegliwości w kategoriach negatywnych, ponieważ posiadając wiele strategii zaradczych umiejętnie dopasowują je do zmieniających się okoliczności (Basińska i in., 2017). Ma to znaczenie w przypadku chorób przewlekłych, dla których charakterystyczne są okresy zaostrzenia i remisji objawów (Basińska, 2009; Hebzda i in., 2011; Skrzypek, 20121; Rydzewska i in., 2016; Chrobak-Bień, 2017; Hebzda i in., 2020;). Jeszcze innym wyjaśnieniem może być wspomniane już znaczenie nadawane chorobie. Koncentracja na dolegliwościach somatycznych może wiązać się z pozytywnym bilansem i wtórnymi zyskami z choroby (Heszen
i Sęk, 2007). Dla niektórych osób chorowanie może być uwolnieniem od obowiązków, dla innych – zajęciem (podstawową aktywnością) czy też źródłem dodatkowych przywilejów zarówno psychicznych, społecznych i materialnych.

Analiza równań strukturalnych wykazała, że niektóre style radzenia sobie ze stresem są mediatorami związku między oceną choroby jako stresor a zorientowaniem na choroby. Z badań własnych wynika, że: 1) koncentracja na problemie jest mediatorem związku między oceną stresora jako wyzwanie_aktywność i zorientowaniem na choroby; 2) poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach jest mediatorem relacji między oceną stresora jako wyzwanie_aktywność i zorientowaniem na choroby; 3) koncentracja na problemie jest mediatorem związku między oceną stresora jako wyzwanie_pasywność

i zorientowaniem na choroby. Model pierwszy jest charakterystyczny dla osób starszych. Natomiast model drugi jest typowy dla kobiet.

Wykazano mediującą rolę niektórych stylów radzenia sobie ze stresem. W związku z tym potwierdzono relacyjny model radzenia sobie ze stresem Lazarusa i Folkman. Uwzględniono przy tym zmienne kowariancyjne, tj. wiek i płeć. Okazuje się, że wiek i płeć odgrywają kluczową rolę w aspekcie zorientowania na choroby. Im osoby starsze, tym lepiej radzą sobie ze swoją chorobą traktując ją jako zadanie do rozwiązania (koncentracja na problemie). Wyjaśnieniem jest to, że z biegiem czasu, ale też dynamiki choroby osoby dokonują przewartościowania znaczenia swojej choroby (Heszen i Sęk, 2007; Ziarko, 2013). W badaniach własnych wykazano, że osoby z krótszym czasem diagnozy choroby są bardziej zorientowane na choroby w porównaniu z osobami z dłuższym czasem diagnozy choroby. Osoby z dłuższym czasem funkcjonowania z postawioną diagnozą mają już konkretne wyobrażenie na temat własnej choroby (Ziarko, 2013) w stosunku do osób, które diagnozę mają krócej lub są w trakcie diagnostyki. Kobiety częściej używają strategii poszukiwania wsparcia i koncentracji na emocjach w stosunku do mężczyzn. Tym samym pozwalają sobie na bycie w kontakcie z emocjami i stosowne odreagowanie uczuć. Kobiety mają większe przyzwolenie społeczne na reagowanie emocjonalne w porównaniu do mężczyzn (Jasielska, 2009).

Wyjaśnieniem tego procesu może być psychosomatyczny model indywidualnej reakcji swoistej, która jest zależna od osoby, a nie od rodzaju konfliktu. Czynniki środowiskowe mogą być odbierane jako stresor, w konsekwencji pojawia się reakcja emocjonalna typowa dla danego człowieka. Następnie pojawiają się objawy dolegliwości, ale nie typowe dla jednostki chorobowej, a zależne od reakcji jaka pojawiła się u osoby w związku z zaistniałym stresorem (Płużek, 1978).

Osoby chorujące na nieswoiste choroby zapalne jelit, które skonfrontowały się ze swoją chorobą, skuteczniej adaptują się do życia codziennego. Cześć pacjentów z powodu przewlekłego charakteru swoich dolegliwości nie jest w stanie w pełni realizować zadań rozwojowych (Froch, i in. 2009). Rezultaty dotyczące mechanizmów adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego mogą mieć związek z elastycznym radzeniem sobie (Kato, 2020; Basińska i in., 2017). Możliwe, że badani posiadają wiele sposobów do radzenia sobie w chorobie i w zależności od nasilenia stresora korzystają z tego, który w danym momencie jest skuteczniejszy. Z badań Basińskiej i in. (2017) wynika, że istnieje związek między nadzieją a elastycznym radzeniem sobie ze stresem w grupie osób chorujących onkologicznie, które doświadczają niższego napięcia

emocjonalnego. Natomiast wyższe nasilenie emocjonalnego napięcia powoduje, że trudniej jest korzystać z elastycznych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Nie zawsze przyjęcie jednego stylu radzenia sobie w sytuacji trudniej jest korzystne dla osoby. Koncentrując się cały czas na problemie, używając wciąż sposobów unikowych, czy poszukiwanie wsparcia i koncentrowanie się na emocjach może spowodować pojawienie się permanentnego stresu. Przyczyną jest to, że osoba cały czas skupiona jest albo unika swojej sytuacji w choroby. Czasem warto jest zmienić perspektywę, spojrzeć z dystansu na otaczającą rzeczywistość.

Innym wyjaśnieniem mechanizmów może być to, że badani z dolegliwościami psychosomatycznymi układu pokarmowego, którzy mają krótszy czas trwania diagnozy choroby mają wyższe nasilenie zorientowania na choroby w porównaniu do osób z dłuższym czasem chorowania (Tabela IX, Aneks). Na ten aspekt zwrócili także uwagę inni badacze (Lickiewicz i in., 2010; Miniszewska i in., 2012).

W niniejszym projekcie zastanawiano się jakie są podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego. Na podstawie zrealizowanego procesu badawczego skonstruowano następujące wnioski:

1) biorąc pod uwagę akceptację choroby okazuje się, że postrzeganie swojej choroby w kategoriach zagrożenia, krzywdy, straty nie sprzyja akceptacji choroby; im bardziej sytuacja związana z chorobą motywuje do działania, tym większa jest jej akceptacja;
2) osoby chorujące, im mniej traktują chorobę jako powód do użalania się i poczucia krzywdy, tym bardziej pozytywnie oceniają swoje zdrowie;
3) im bardziej osoby koncentrują się na rozwiązaniu problemu jakim jest choroba, dokonują przewartościowania, planują działania, konfrontują się z trudnościami a także poszukują wsparcia i dążą do obniżenia napięcia emocjonalnego, tym bardziej pozytywnie oceniają swoje zdrowie;
4) ujmowanie choroby jako mobilizująca, aktywizująca znacząco wpływa na poczucie bycia zdrowym poprzez uruchamianie działań mających na celu poradzenie sobie, tj. planowanie, aktywne radzenie sobie;
5) percepcja sytuacji chorobowej jako zjawisko interesujące, szansa na zmianę oddziałuje na poczucie, że ciało jest zdrowe przez to, że rzadziej korzysta się z zaprzeczania czy odwracania uwagi od zdarzeń związanych z zaburzeniem stanu zdrowia;

6) osoby, które choroba nie mobilizuje do działania są mniej wrażliwe na pojawianie się nowych objawów chorobowych i zajmowanie się swoim stanem zdrowia;
7) osoby, które traktują swoją chorobę jako zadanie do rozwiązania i są zaabsorbowane objawami towarzyszącymi chorobie, poszukujący zrozumienia i sposobów odreagowania emocji wykazują większą koncentrację na dolegliwościach, wrażliwość na objawy nawet na te, które są fizjologiczne.
8) im osoby młodsze tym większe poczucie bycia chorym;
9) postrzeganie choroby jako wyzwanie, aktywizacja do szukania rozwiązania oddziałuje na odczucie bycia chorym, potrzebę konsultacji swych objawów z lekarzem przez pozytywne przewartościowanie i rozwój czy też unikanie konkurencyjnych działań, a także poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego czy koncentrację na emocjach i ich wyładowanie. Pierwszy z opisanych mechanizmów jest bardziej charakterystyczny dla osób starszych, a drugi dla kobiet;
10) postrzeganie choroby jako sytuacji obiecującej, optymistycznej, z którą można sobie poradzić bez aktywowania zasobów wpływa na poczucie bycia chorym i wrażliwość na objawy pogarszające stan zdrowia poprzez aktywizowanie działań koncentrujących pacjenta na sytuacji chorobowej. To mechanizm bardziej charakterystyczny dla osób starszych.

Dokonując podsumowania niniejszego projektu należy uwzględnić ograniczenia, które mogły mieć znaczenie w kontekście rezultatów niniejszej pracy. Do analiz badań własnych włączono 144 zestawy kwestionariuszowe. W grupie badanych uczestniczyło 33 mężczyzn. Liczebność ta skłania do podjęcia kolejnych badań w celu wyrównania różnic płciowych w zakresie liczby badanych i zwiększenia grupy badanej mężczyzn. Uczestnicy badania w dużej mierze zostali dobrani za pomocą portali społecznościowych, na których wraz z innymi chorującymi tworzyli grupę wsparcia, która pomagała w radzeniu sobie w chorobie. Pomoc nie ograniczała się wyłącznie do komunikacji. Niektórzy spotykali się, wymieniali informacje, pomysły. Zatem wnioskuje się, że niektórzy mogli opracować konkretne sposoby radzenia sobie uwzględniając wsparcie innych, którzy znajdują się w podobnej sytuacji zdrowotnej. W trakcie realizacji projektu badawczego miało miejsce wiele zmian w świecie, które wpływały na funkcjonowanie psychologiczne społeczeństwa (COVID-19, wojna w Ukrainie).

W marcu 2020 roku, w Polsce rozpoczęła się pandemia koronawirusa – COVID 19. Na świecie pierwsze przypadki zakażeń u ludzi pojawiły się wcześniej. Pandemię określono mianem globalnego stresora (Heitzman, 2020). W związku z tym, że w okresach zwiększonej częstotliwości zachorowań wykluczone było osobiste spotykanie się z innymi ludźmi, wprowadzono zmianę w procedurze badania. Modyfikacja polegała na dołączeniu kwestionariusza KOS (wersja A- sytuacyjna ocena stresora) oraz włączeniu komunikacji z badanymi na odległość. W lutym 2022 roku rozpoczęła się agresja Rosji na Ukrainę. Wojna zawsze niesie ze sobą obawy związane ze strachem o życie swoje i bliskich, o przyszłość. W czasie wojny do wywiadu (DCPR-R-SSI) włączono dodatkowo dwa pytania dotyczące samopoczucia badanych. Wspomniane sytuacje wymagały adaptacji do nowych okoliczności (Wojtczuk, 2020), a w kwestiach naukowych wymagały zmiany procedury badania.

W przyszłości warto przebadać większą grupę osób. Ciekawym byłoby wykorzystanie innego kwestionariusza do weryfikacji stylów radzenia sobie ze stresem. Interesującym byłoby włączenie do badań sieci i rodzajów wsparcia.

Zakończenie

Obserwuje się wzrost zachorowań na psychosomatyczne choroby układu pokarmowego, tj. choroba Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego, dyspepsja czynnościowa, nerwica żołądka, choroba wrzodowa żołądka. Biorąc tę tendencję pod uwagę należy szukać podmiotowych czynników adaptacji do życia z tymi chorobami. Doświadczenie psychosomatycznej choroby przewlekłej niesie ze sobą liczne trudności związane z dynamiką choroby, występowaniem objawów jak i procesem diagnostycznym. Dodatkowym obciążeniem stresowym w przypadku chorujących psychosomatycznie jest niejasność dotycząca przyczyn dolegliwości - ale też dla niektórych - trudność w zaakceptowaniu znaczenia problemów psychologicznych w przebiegu choroby. Ponadto istotne są patomechanizmy powstawania wyżej wymienionych chorób, tj. mechanizm: autoimmunologiczny (CD), zespołów medycznie niewyjaśnianych (IBS), czynnościowych zaburzeń układu pokarmowego (nerwica żołądka, niestrawność czynnościowa), psychosomatyczny (ch. W-Ż). Budującym jest to, że mimo uciążliwych symptomów dolegliwości rokowania w tej grupie chorujących są pozytywne. W związku z powyższym kluczowe jest określenie czynników podmiotowych, które wspomagają pacjentów w adaptacji do choroby.

W niniejszej rozprawie poszukiwano odpowiedzi na pytanie: jakie są podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do życia z psychosomatyczną chorobą przewlekłą układu pokarmowego? W celu uzyskania odpowiedzi na niniejsze pytanie, skonstruowano model teoretyczny, określono cele, pytania i hipotezy badawcze, dokonano operacjonalizacji zmiennych, zrealizowano badania, obliczono wyniki i przedyskutowano je. Projekt badawczy oparto na relacyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman oraz paradygmacie holistycznym.

Przeprowadzono badania naukowe z wykorzystaniem następujących narzędzi: wywiad – Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (DCPR-R-SSI), Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS wersja B), Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10), Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Skala Akceptacji Choroby (AIS), Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała (MBSRQ).

Dokonano psychosomatycznej charakterystyki badanych, która wskazała interesujące rezultaty. W grupie chorujących psychosomatycznie występowały najczęściej allostatyczne przeciążenie i wzór zachowania A. Inne znacząco często diagnozowane

objawy to: lęk o zdrowie, demoralizacja, aleksytymia, drażliwość. Stosunkowo najrzadziej pojawiły się symptomy somatyczne wtórne do zaburzeń psychicznych i tanatofobia.

Wykazano istotne zależności między nasileniem stresu a wymiarami adaptacji: akceptacją choroby, oceną zdrowia; stylami radzenia sobie ze stresem, tj. koncentracją na problemie i zachowaniami unikowymi; oceną stresora jako zagrożenie a stylami radzenia sobie ze stresem; oceną stresora jako wyzwanie_aktywność a: akceptacją choroby, oceną zdrowia, koncentracją na problemie, i zachowaniami unikowymi; oceną stresora jako wyzwanie_pasywność a: akceptacją choroby, oceną zdrowia, koncentracją na problemie; oceną stresora jako krzywda/strata a: akceptacją choroby, oceną zdrowia, zachowaniami unikowymi; koncentracją na problemie a trzema wymiarami adaptacji do życia z psychosomatyczną chorobą układu pokarmowego; poszukiwaniem wsparcia i koncentracją na emocjach a zorientowaniem na choroby; zachowaniami unikowymi a: akceptacją choroby i oceną zdrowia.

Częściowo potwierdzono modele równań strukturalnych. Wykazano mediującą rolę stylów radzenia sobie ze stresem i adaptacją do choroby ujmowaną w kategorii oceny zdrowia. W badaniach własnych okazało się, że koncentracja na problemie i zachowania unikowe są mediatorem związku między oceną stresora jako wyzwanie_aktywność i oceną zdrowia; zachowania unikowe są mediatorem relacji między oceną stresora jako wyzwanie_pasywność i oceną zdrowia.

Wykazano również mediującą rolę stylów radzenia sobie ze stresem i adaptacją do choroby ujmowaną w kategorii zorientowania na choroby. Okazało się, że: koncentracja na problemie jest mediatorem związku między oceną stresora jako wyzwanie_aktywność i zorientowaniem na choroby; poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach jest mediatorem relacji między oceną stresora jako wyzwanie_aktywność i zorientowaniem na choroby; koncentracja na problemie jest mediatorem zależności między oceną stresora jako wyzwanie_pasywność i zorientowaniem na choroby.

Podsumowując przedstawione analizy, wydaje się, że wśród podmiotowych uwarunkowań adaptacji do życia z chorobą psychosomatyczną układu pokarmowego należy podkreślić znaczenie oceny chorowania jako stresora. Doświadczenie symptomów, które w zależności od nasilenia uniemożliwiają funkcjonowanie osobie tak jakby tego oczekiwała, nie jest tylko jej indywidualną sprawą. W społeczeństwie powinno pojawić się poczucie odpowiedzialności żeby środowisko, w którym uczestniczymy było dostosowane w taki sposób, aby osoby chorujące mogły w pełni korzystać z jego możliwości.

Bibliografia:

Adamska, M., Juczyńska, K., Miniszewska, J. (2015). Sposób postrzegania własnej choroby jako czynnik wyznaczający jej akceptację u osób chorych na łuszczycę. *Current Problems of Psychiatry, 16*(1), 26-37.

Adrych, K. (2018). Zespół jelita drażliwego w świetle najnowszych wytycznych. *Forum Medycyny Rodzinnej, 12*(6), 224-233.

Alexander, F. (1962). The development of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine, XXIV*(1), 13-24.

Andruszkiewicz, A., Kubica, A., Nowik, M., Marzec A., Banaszkiewicz, M. (2014). Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. *Problemy Pielęgniarstwa, 22*(2), 239-245.

Ax, S., Greeg, V. H., Jones, D. (2002). Caring for a relative with chronic fatigue syndrome: difficulties, cognition and acceptance over time. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, 122*(1), 35-42.

Babuśka, I. (2003). Uwarunkowania rodzinne modelowania zachowań agresywnych (wpływ agresywności matek na zachowania młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim). *Państwo i Społeczeństwo, III*(2), 161-184.

Baczewska, B., Kropornicka, B., Dobrzyńska, K., Block, B., Krzyżanowska, E., Łuczyk, R., Olszak, C., Nowicka, E., Lorencowicz, R., Muraczyńska, B. (2016). Strategie radzenia sobie z bólem pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną. *Journal of Education, Health and Sport, 6*(11), 281-298. http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.167127

Banakiewicz, A., Bednarczyk, A, Kulik, A. (2021). Wsparcie społeczne i dobrostan w chorobie Hashimoto u kobiet w okresie dorosłości. *Annales Universitatis Mariae Curie -Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia, 34*(2), 177–189. https://doi.org/10.17951/j.2021.34.2.177-189

Basińska, M. A. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe.* Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Basińska, M. A. (2012). Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny – współczesne ujęcie zespołu psychosomatycznego. *Przegląd Lekarski, 69*(6), 1-5.

Basińska, M. A. (2015). Elastyczne radzenie sobie ze stresem a oczekiwania od edukacji terapeutycznej i przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów chorych przewlekle. W: M. A. Basińska (red.), *Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie (Coping flexibility with stress in health and in disease)* (s. 239-258). Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Basińska, M. A. (2021). *Syndrom demoralizacji w zmaganiu się z chorobą: rozumienie, kształtowanie się i pomiar.* Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Basińska, M. A., Andruszkiewicz, A. (2016). Cechy osobowości typu D a funkcjonowanie w chorobie pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi. *Polskie Forum Psychologiczne, 21*(2), 221-237. httpss://doi.org/10.1456/PFP20160205

Basińska, M. A., Kasprzak, A. (2012). Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacja choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegląd Dermatologiczny, 99*, 692-700.

Basińska, M. A., Sołtys, M., Peplińska, S., Kawiecka-Dziembowska, B., Kwiatkowska, J., Borzyszkowska, A. (2017). Zasoby osobiste – prężność i nadzieja – a elastyczność w radzeniu sobie: moderująca rola poczucia stresu. *Psychoonkologia, 21*(3), 100-112. https://doi.org/10.5114/pson.2017.77298

Basińska, M., A., Szocińska, A. (2015). Temperament a występowanie syndromów psychosomatycznych wg The Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-DCPR u pacjentów z chorobami kardiologicznymi, *Psychologia-Etologia-Genetyka, 32,* 29-46.

Basińska, M. A., Woźniewicz, A. (2012). Inteligencja emocjonalna chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przegląd Dermatologiczny, 99,* 202-209.

Basińska, M. A., Woźniewicz, A. (2014). Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny- metoda pomiaru. *Przegląd Lekarski, 71*(6), 328-333.

Basińska, M. A., Woźniewicz, A. (2016). Occurrence of Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Syndromes in Polish Patients with Chronic Illness. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85,* 386-387. https://doi.org/10.1159/000447243

Basińska, M. A., Woźniewicz, A. (2021). Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych - wersja zrewidowana (DCPR-R) Giovanniego Favy z zespołem. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 21*(2), 121-127. https://doi.org/10.15557/PiPK.2021.0013

Bączyk, G., Głowacka, A., Kozłowska, K. A., Niewiadomska, E. (2016). Ocena stopnia samodzielności chorych z przetoką jelitową. *Pielęgniarstwo Polskie, 3*(61), 360-366. http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.32

Bielawska-Batorowicz, E. (2007). Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych. *Przegląd Menopauzalny, 2*, 70-76

Bielecka, U., Schier, K., Hardt, J. (2020). Doświadczenie własnego ciała i retrospektywnie postrzegane postawy rodziców u pacjentów z zespołem jelita drażliwego. *Psychiatria Polska*, *179*, 1-16

Bielecka, U. (2019). *Sposób doświadczania własnego ciała i reprezentacje psychiczne osób znaczących u osób z zespołem jelita drażliwego*. Pobrane 21 maja 2023 z: http://depotuw.ceon.pl/handle/item/3330

Bishop, G (2000). *Psychologia Zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało.* Astrum.

Benedysiuk, E., Tartas, M. (2006). Mechanizmy radzenia sobie ze stresem w depresji. *Roczniki Akademii Medycznej w Gdańsku, 36*, 9-19.

Bogdanowicz**,** M. (1985). *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym.* Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.

Bosch, J. A., De Geus, E. J., Kelder, A., Veerman, E. C., Hoogstraten, J., Amerongen, A. V. N. (2001). Differential effects of active versus passive coping on secretory immunity. *Psychophysiology*, *38*(5), 836-846.

Brown, T. A., Cash, T. F., Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body image assessent: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment,55*, 135-144.

Brudek, P., Steuden, S., Ciuła, G. (2019). Mediacyjna rola stylów radzenia sobie ze stresem w związkach temperamentu i wypalenia zawodowego. Badania pielęgniarek psychiatrycznych. *Psychiatria Polska, 5*, 1151-1168. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/99849

Brylak-Błaszków, A., Szeszko, K. i Dmitrzak-Węglarz, M. (2021). Diagnostyka molekularna w praktyce: metoda Real-Time PCR w rozpoznawaniu przyczyn infekcji układu pokarmowego. Pobrane 13 maja 2023 z: https://biomist.pl/biologia/diagnostyka-molekularna-w-praktyce-metoda-realtime-pcr-w-rozpoznawaniu-przyczyn-infekcji-ukladu pokarmowego/10282

Brzeziński, J. (2004). *Metodologia badań psychologicznych.* PWN.

Brzozowska, A., Postępski, J., Jędrych., M. (2016). Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z wybranymi chorobami z autoimmunizacji. W: D. Żołnierczuk-Kieliszek i M. Janiszewska (red.), *Zdrowie, psychologia, społeczeństwo – przegląd wybranych zagadnień* (s. 215-230). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.

Budna, P., A., Łagoda, K. (2018). Jakość życia osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. W: B. Kowalewska, B. Jankowiak, H. Rolka i E. Krajewska-Kułak (red.), *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych. Tom 2* (s. 284-293).Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Budzicz, Ł. (2017). Interpretacja statystyk w artykułach naukowych – wskazówki dla praktyków. *Psychologiczne Zeszyty Naukowe, 1,* 143-157.

Cash, T. F. (2018). *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire users' manual (fourth revision).* Available from the author at www.body-images.com

Cepuch, G., Gniadek, A., Śręba, S. Jakość życia młodzieży z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 21*(4), 352-356.

Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., Banawan, S. F., Lynch, T. R. (2008). Differences in emotional experience and emotion regulation as a function of age and psychiatric condition. *Aging & Mental Health*, 12(4), 478-487. https://doi.org/10.1080/13607860802224284

Chojnacka-Szawłowska, G. (2012). *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych.* Vizja Press & IT.

Chrobak-Bień, J., Gawor, A., Papalczyk M., Gąsiorowska, A. (2018). Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na stopień akceptacji choroby wśród osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego-Crohna. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 8*(1), 47-53. https://doi.org/10.17219/pzp/76713

Chrobak-Bień, J., Gawor, A., Paplaczyk, M., Małecka-Pana, E., Gąsiorowska, A. (2017). Analiza czynników wpływających na jakość życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Polish Journal of Surgery, 89*(4), 16-22. https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.3904

Cieślik, B, Podbielska, H. (2015). Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna, 21*(2), 102-135.

Clarke, D. M., Kissane, D. W. (2002). Demoralization: Its phenomenology and importance. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(6), 733–742. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x

Creed, F., Barsky, A., Leiknes, K. A. (2011). Epidemiology: prevalance, causes and consequenses. W: Creed, P. Henningsen i P. Fink (red.), *Medically Unexpleined Symptoms, Somatisation and Bodily Distress* (s. 1-42). Cambridge University Press.

Czachowski, S. (2021). Zaburzenia funkcjonalne – nowe propozycje definicji, klasyfikacji, etiologii i terapii. *Psychiatria Polska, 256,* 1-10. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/141960

Czachowski, S. i Buczkowski, K. (2015). Pacjenci z zespołem MUS w podstawowej opiece zdrowotnej. Wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. *Forum Medycyny Rodzinnej, 9*(1), 38-44.

Czerwionka-Szaflarska, M., Romańczuk, B. (2010). Probiotyki w profilaktyce i leczeniu wybranych schorzeń przewodu pokarmowego u dzieci. *Forum Medycyny Rodzinnej, 4*(2), 135-140.

Dembska, O. (2017). Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu objawów niewyjaśnionych medycznie. Skuteczność i metody postępowania. *Psychoterapia*, *1*(180), 49-58.

Denys, K., Orzechowska, A., Gałecki, P. (2015). Kiedy podejrzewać podłoże psychiczne w zaburzeniach układu pokarmowego? *Medycyna po Dyplomie*, *24*(7), 72–80.

Dobrowolska-Zachwieja, A., Kaczmarek, M., Hoppe-Gołębiewska, J., Kalak, R., Słomski, R., Linke, K. (2004). Wpływ wariantu mutacji NOD2/KARD15 na występowanie objawów spoza przewodu pokarmowego u chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna w populacji polskiej. *Nowiny Lekarskie*, *73*(5), 337-348

Dobrzańska-Socha, B. (2013). *Sytuacja utraty zdrowia. Problemy psychologiczne osób z kalectwem nabytym.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dziki, Ł. Szymczak, D., Glińska, J., Dziki, A. (2016). Poziom satysfakcji życiowej u osób ze stomią jelitową a kontrola emocji. *Problemy Pielęgniarstwa, 24*(1), 8-13. https://doi.org/10.5603/PP.2016.0002

de Figueiredo, J. M. (1993). Depression and demoralization: Phenomenological differences and research perspectives. *Comprehensive Psychiatry, 34*, 308–311.

Eder, P., Stawczyk-Eder, K., Łykowska-Szuber, L., Krela-Kaźmierczak, I., Linke, K. (2012). Wzdęcie – ważny i powszechny problem kliniczny w codziennej praktyce lekarskiej. *Przegląd Gastroenterologiczny, 7*(4), 197-202.

Enko, J. (2019). Rozszerzenie motywacyjnego modelu pozytywnych interwencji: reakcje fizjologiczne związane z wyrażaniem wdzięczności i ich wpływ na zdrowie

[nieopublikowana rozprawa doktorska]. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Fava, G., Cosci, F., Sonino, N. (2017). Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics, 86,* 13-30. https://doi.org/10.1159/000448856

Fedorowicz, J. (2015). Etiologia chorób Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelit. *Acta Mygenica, 7,* 11-20.

Ferensztajn, E., Rybakowski, J. (2012). Koncepcja allostazy a neurobiologia choroby afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 7*(2), 65-75

Finogenow, M. (2008). Psychologiczne uwarunkowania zadowolenia z życia w wieku emerytalnym wyniki modelowania równań strukturalnych. *Polskie Forum Psychologiczne, 13*(2), 82-95.

Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2007). Possitive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. W: M. Hewstone, H. A. W., Schut, J. B. F., De Wit, K. van den Bos, M. S. Stroebe (red.), *The scope of social psychology. Theory and Applications* (s. 193-208). Psychology Press.

Froch, B., Zwolińska-Wcisło, M., Bętkowska-Korpała, B., Mach, T. (2009). Dynamika reakcji emocjonalnych u chorych na nieswoiste zapalenia jelit. *Przegląd Gastroenterologiczny, 4*(3), 141-146.

Furmańska, J., Rzepa, T., Pietrzak-Nowacka, M., Koziarska, D. (2018). Psychospołeczne uwarunkowania oceny własnej choroby przez osoby przewlekle chore. *Człowiek i Społeczeństwo, XLV,* 245-261.

Furmańska, J., Rzepa, T., Domańska, Ł., Pietrzak-Nowacka M., Koziarska, D. (2021). Czynniki socjodemograficzne, kliniczne i poczucie własnej skuteczności, a zindywidualizowana ocena znaczenia choroby przewlekłej. *Polskie Forum Psychologiczne, 26*(1), 40-57. https://doi.org/10.34767/PFP.2021.01.03

Gałuszka, A. (2013). Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie. *Chowanna, 1,* 159-177.

Gawor, A., Lelek, D., Ścisło, L., Chrobak-Bień, J. (2022). Wpływ czynników społeczno-demograficznych oraz klinicznych na jakość życia i akceptację choroby pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Polski Przegląd Chirurgiczny, 94*(1), 34-40. https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.2754

Glińska, J., Grzegorczyk, A., Dziki, Ł., Dziki, A. (2015). Proces adaptacji do życia z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. *Problemy Pielęgniarstwa, 23*(1), 7-12.

Glińska, J., Ogrodniczak, M., Dziki, Ł., Dziki, A. (2017). Satysfakcja z życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Problemy Pielęgniarstwa, 25*(4), 233-238.

Glińska, J. A., Marchlewska, M., Dziki, Ł., Kunikowska, B., Dziki, A. (2019). Ocena poziomu przystosowania psychicznego do życia z rakiem tarczycy – część pierwsza. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 1*, 38-43.

Goodheart, C. D., Lansing, M. H. (1997). *Treating people with chronic disease: A psychological guide.* American Psychological Association.

Grochans, E., Bąk, A., Reczyńska, A., Jurczak, A., Szkup-Jabłońska, M., Brzostek, B. (2012). Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Problemy Higieny i Epidemiologii, 93*(3), 542-545.

Gruszczyński, W. (2010). Algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej. *Orzecznictwo Lekarskie, 7*(2), 99-107.

Grzyb, J., Wrzesińska, M., Harasiuk, A., Chojnacki, C., Kocur, J. (2007). Ocena wybranych cech osobowości, stylów radzenia sobie ze stresem oraz nocnego wydzielania melatoniny u chorych z dyspepsją czynnościową. *Psychiatria Polska, XLI*(3), 401-410.

Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., Fava, G. A. (2021). Allostatic load and Its Impact on Health: A Systematic Review, *Psychotherapy and Psychosomatics, 90,* 11-27. https://doi.org/10.1159/000510696

Gurba, E. (2009). Wczesna dorosłość. W: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 202-230). PWN.

Gureje, O., Reed, G. M. (2016). Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry, 15*(3), 291-292. https://doi.org/10.1002/wps.20353

Hammer, J., Eslick, G. D., Howell, S. C., Altiparmak, E., Talley, N. J. (2004). Diagnositic yield of alarm features in irritable bowel syndrome ond functional dyspepsia. *Gut, 53,* 666-672. https://doi.org/10.1136/gut.2003.021857

Hamerlińska, A., Kamyk-Wawryszuk, A. (2021). Akceptacja choroby i satysfakcja z życia dorosłych osób z chorobami rzadkimi. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej, 44*, 42-53.

Hebzda, A., Górecka, M., Dembiński, M., Kukla, M. (2020). Choroba Leśniowskiego-Crohna diagnostyka i możliwości terapeutyczne. *Medycyna po Dyplomie*, *29*(12).

Pobrane 22 października 2021 z: https://podyplomie.pl/medycyna/35568,choroba-lesniowskiego-crohna diagnostyka-imozliwosci-terapeutyczne

Hebzda, A., Szczeblowska, D., Serwin, D., Wojtuń, S., Hebzda, Z., Grys, I. (2011). Choroba Leśniowskiego-Crohna – diagnostyka i leczenie. *Pediatria i Medycyna Rodzinna, 7*(2), 98-103.

Heijmans, M., Rijken, M., Foets, M., de Ridder, D., Schreurs, K., Bensing, J. (2004). The Stress of Being Chronically Ill: From Disease-Specific to Task-Specific Aspects. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(3), 255-271.

Heitzman, J. (2020). Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne. *Psychiatria Polska, 54*(2), 187-198. https://doi.org/10.12740/PP/120373

Henningsen, P., Fink, P., Hausteiner-Wiehle, C., Winfried, R. (2011). Terminology, classification and concepts. W: Creed, P. Henningsen i P. Fink (red.), *Medically Unexpleined Symptoms, Somatisation and Bodily Distress* (s. 43-68). Cambridge University Press.

Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia Zdrowia.* PWN.

Janowski, K. (2006). *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy.* POLIHYMNIA.

Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., Jedynak, T. (2013). Health-Related Behavior, Profile of Health Locus of Control and Acceptance of Illness in Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases. *PLOS ONE 8*(5): e63920. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063920

Janowski, K., Steuden, S., Pietrzak, A., Krasowska, D., Kaczmarek, Ł., Gradus, I. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women. *Archives of Dermatological Research, 304*, 421-432. https://doi.org/10.1007/s00403-012-1235-3

Janowska, M. i Prystupa, A. (2012). Choroba wrzodowa jako jednostka psychosomatyczna. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 18*(4), 330-333.

Jasielska, A. (2009). Analiza wpływu stereotypu płci w obszarze emocji na edukację emocjonalną. *Forum Oświatowe, 1*(40), 71-87.

Juczyński, Z. (2016). Zmaganie się z nieuleczalną chorobą – mobilizacja osobistych potencjałów zdrowia. *Sztuka Leczenia, 1,* 19-29.

Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie* ze *Stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie* ze *Stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Kaczmarska, A., Curyło-Sikora, P. (2016). Problematyka stresu – przegląd koncepcji. *Hygeia Public Health, 51*(4), 317-321.

Kadzikowska-Wrzosek, R. (2012). Typ regulacji działania a skuteczność i wytrwałość: wpływ siły woli oraz kontekstu sytuacyjnego. *Studia Psychologiczne, 50*(3), 31-47. https://doi.org/10.2478/v10167-010-0058-9

Kalembrik, A., Juczyński, Z. (2001). Psychologiczny wymiar „jakości życia" w chorobach nowotworowych. *Acta Universitatis Lodziensis Folia Psychologica, 5,* 71-82.

Kato, T. (2020). Examination of the Coping Flexibility Hypothesis Using the Coping Flexibility Scale-Revised. *Frontiers in Psychology, 11,* 1-13. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561731

Kaźmierczak, A. (2011). Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów. *Homo Communicativus, 1*(6), 133-140.

Kearney-Cooke, A. (2002). Familial influences on body image development. W: T. Cash i T. Pruzinsky (red.), *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 99-107). The Guilford Press.

Kępiński, A. (1972). *Psychopatologia nerwic.* PZWL.

Kim**,** G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., Park, S-M. (2018). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health and Social Care in the Community, 27,* 797-807. https://doi.org/10.1111/hsc.12620

Kissane, D. W. (1998). Models of psychological response to suffering. *Progress in Palliative Care, 6*, 197–204.

Klarkowska, M., Antczak, M. (2017). Ocena jakości życia i zadowolenia ze zdrowia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2*(1), 47-68. http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.003

Kloska, M., Mańkowska-Wierzbicka, D., Człapka-Matyasik, M., Grzymisławski, M. (2020). Stres oksydacyjny w etiopatogenezie nieswoistych chorób zapalnych jelit. *Postępy Biochemii, 66*(2), 143-150. httpss://doi.org/10.18388/pb.2020_324

Klukow, J., Ksykiewicz-Dorota, A. (2010). Przegląd zachodnich metod klasyfikacji pacjentów dla potrzeb planowania obsad pielęgniarskich w szpitalnych oddziałach ratunkowych. *Anestezjologia i Ratownictwo, 4,* 373-381.

Kobierecka, A. (2012). Emocjonalny aspekt obrazu ciała, a ocena relacji z rodzicami u młodych kobiet. *Przegląd Psychologiczny, 55*(4), 383-395.

Koetsenruijter, J., van Eikelenboom, N., van Lieshout, J., Vassilev, I., Lionis, Ch., Todorova, E., Portillo, M. C., Foss, Ch., Gil, M. S., Roukova, P., Angelaki, A., Mujika, A., Knutsen, I. R., Rogersd, A., Wensing, A. (2016). Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study. *Patient Education and Counseling, 99,* 638-643. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.029

Kołodziej, G., Balwierz, R., J., Jasiński, K., Osowski, M. i Bursy, D. (2020). Rola składników aktywnych zawartych w suplementach diety i probiotyków stosowanych w przebiegu zespołu jelita drażliwego. *Farmacja Polska, 76*(11), 611-618.

Kołodziej, G., Klasik-Ciszewska, S. (2018). Profilaktyka i terapia żywieniowa w chorobie wrzodowej żołądka. *Medycyna Rodzinna, 21*(3), 245-251.

Kowalikowska-Sygit, E. (2014). Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka perspektywa psychologiczna. *Hygeia Public Health, 49*(2), 202-208.

Kozaka, J. (2010). Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia, 2*, 60-69.

Kroenke, C. H., Kwan, M. L., Neugut, A. I., Ergas, I. J., Wright, J. D., Caan, B. J., Hershman, D., Kushi, L. H. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment, 139*(2), 515-527. https://doi.org/ doi:10.1007/s10549-013-2477-2.

Krok, D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej.* Uniwersytet Opolski.

Krzemińska-Dąbrowska, I., Sudoł, K., Moskalewicz, B. (2007). Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm. *Reumatologia, 45*(4), 215-218.

Krzentowska, A., Gołkowski, F., Bładys-Waligórska, A. i Hubalewska-Dydejczyk, A. (2011). Polipy przewodu pokarmowego u osób z akromegalią. *Przegląd Lekarski, 68*(1-2), 1266-1269.

Krzewska, I., Dolińska-Zygmunt, G. (2016). The sense of body boundaries subjective determinants and implications for body self-relation in people with psychosomatic illnesses. *Polish Journal of Applied Psychology, 14*(4), 59-92. https://doi.org/10.1515/pjap- 2015-0068

Krzyżanowska, E., Matej, A., Łuczyk, R., Kropornicka, B., Baczewska, B., Olszak, C., Nowicka, E. i Daniluk, J. (2016). Wpływ akceptacji choroby na zachowania zdrowotne pacjentów z marskością wątroby. *Journal of Education, Health and Sport, 6*(11), 225-244. http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.166302

Krzyżowski, J. (2004). *Zespół jelita drażliwego.* Medyk

Kubacka-Jasiecka, D. (2019). Ryzyko psychosomatyczne z perspektywy traumy przywiązania i Ja cielesnego. *Sztuka Leczenia, 2,* 57-73.

Kubica**,** A., Kosobucka, A., Michalski, P., Pietrzykowski, Ł., Jurek, A., Wawrzyniak, M., Kasprzak, M. (2017). Skala adherence w chorobach przewlekłych nowe narzędzie do badania realizacji planu terapeutycznego. *Folia Cardiologica, 12*(1), 19-26. https://doi.org/10.5603/FC.a2016.0105

Kurpas, D., Czech, T., Mroczek, B. (2012). Akceptacja choroby pacjentów z cukrzycą oraz jej wpływ na jakość życia i subiektywną ocenę zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review, 14*(3), 383-388.

Kulik, A. (2013). Kulturowe uwarunkowania zespołów medycznie niewyjaśnianych na przykładzie przewlekłego zmęczenia. *Sztuka Leczenia, 1-2*, 33-40.

Kulik, A., Kajka, N. (2016). Ekspresja emocji a subiektywny stan zdrowia. Regulacyjna rola oceny kontrolnej u kobiet. *Seminare, 37*(1), 67-80. http://doi.org/10.21852/sem.2016.1.06

Kulik, A. i Smotrycka, A. (2016). Zespoły medycznie niewyjaśniane – poszukiwanie wspólnych uwarunkowań na przykładzie PMS i CSF. *Sztuka Leczenia, 1,* 55-64.

Kulik, A. (2014). Komunikacja pacjent-lekarz w zespołach objawów medycznie niewyjaśnianych. W: J. Walkusz i M. Krupa (red.), *Universitati serviens. Księga pamiątkowa ku czci Księdza Profesora Stanisława Wilka SDB* (s. 647-653). Wydawnictwo KUL.

Kurowska, K., Lach, B. (2011). Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia Praktyczna, 12*(3), 113-119.

Kurowska, K, Szomszor, M. (2011). Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 *Diabetologia Praktyczna, 12*(4), 142-150.

Krawczyk, A. (2015). Kontrola bólu u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych przyczynowo i objawowo. *Psychoonkologia, 1,* 12-18.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* Springer Publishing Company, Inc.

Leppert, W., Forycka, M., de Wlden-Gałuszko, K., Majkowicz, M., Buss, T. (2014). Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia, 1,* 17-29.

Leskowska, A., Jaworska, I., Gorczyca, P. (2011). Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Folia Cardiologica Excerpta, 6*(4), 244-248.

Lewandowska, A., Pardowski, L. (2008). Zespól jelita nadwrażliwego – jedno schorzenie czy wiele chorób? Uwagi o ewolucji kryteriów diagnostycznych IBS. *Gastroenterologia Polska, 15*(1), 37-41.

Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A. Ozakinci, G. (2005). Living with chronic illness: A contextualized, sefl-regulation approach. W: S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (red.), *The Sage handbook of health psychology* (s. 197–240). Sage.

Lickiewicz, B., Zwolińska-Wcisło, M., Lickiewicz, J., Mach, T. (2010). Znaczenie cech osobowości w procesie adaptacji do choroby u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit, *Przegląd Gastroenterologiczny, 5*(3), 157-163. https://doi.org/10.5114/pg.2010.14141

Lipowska, M., Bidzan, M., Mazurkiewicz, N. i Lipowski, M. (2015). Jakość Życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet. *Przegląd Psychologiczny, 58*(3), 303-323.

Lovallo, W., R. (2016). Stress and the Endocrine System. W: W., R. Lovallo, (red.), *Stress & Health. Biological and Psychological Interactions. Third Edition* (s. 115-136). Sage.

Łatka, J., Majda, A., Sołtys, A. (2013). Uwarunkowania akceptacji choroby przez chorych poddawanych hemodializie zewnątrzustrojowej. *Problemy Pielęgniarstwa, 21*(3), 318-326.

Łój, G. (2007). Psychosomatyka czy somatopsychika wzajemne relacje psychiki i somatyki w okresie starości. *Psychiatria, 4*(3), 105-118.

Maiden, N. L., Hurst, N. P., Lochhead, A,. Carson, A. J., Sharpe, M. (2003). Quantifying the burden of emotional ill-health amongst patients referred to a specialist rheumatology service. *Rheumatology, 42,* 750-757. https://doi.org/10.1093/rheumatology/keg211

Maj, N., Piątek, T. (2021). Prężność psychiczna jako moderator adaptacji w sytuacji stresu ekstremalnego, analiza na podstawie przypadków chorych z wyłonioną stomią – badanie pilotażowe. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 4,* 193-198.

Marczyńska, P.**,** Kowalkowska, K., Kuczyńska, R., Czerwionka-Szaflarska, M., Krogulska, A. (2016). Ocena ekspresji gniewu, funkcjonowania szkolnego i poziomu lęku u dzieci i młodzieży z czynnościowymi bólami brzucha, *Developmental Period Medicine*, XX(4), 306-314.

Mącik, D. (2019). *W pułapce schematów? Wczesne nieadaptacyjne schematy Jeffreya Younga a funkcjonowanie psychospołeczne osób dorosłych.* Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

McDougall, J. (2014). *Teatry Ciała. Psychoanalityczne podejście do chorób psychosomatycznych.* Oficyna Ingenium.

Mearin, F., Lacy, B. E., Chang, L., Chey, W. D., Lembo A. J., Simren, M., Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology, 150*(6), 1393-1407.

Michalski, K. (2019). Nerwice noogenne jako cierpienie na bezsens życia w logoterapii i analizie egzystencji Viktora E. Frankla. *Studia z Historii Filozofii, 2*(10), 143-171. http://dx.doi.org/10.12775/szhf.2019.020

Mikołajczyk, J., Rzepa, T., Król, J. i Żaba, R. (2017). Ocena obrazu ciała i jakości życia pacjentów z atopowym zapaleniem skóry. *Przegląd Dermatologiczny, 104,* 92-102. https://doi.org/10.5114/dr.2017.67383

Mikoś, H. (2013). *Czynniki prozapalne, proapoptotyczne i antyapoptotyczne w patogenezie autoimmunologicznej choroby tarczycy* [nieopublikowana rozprawa doktorska]. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Miniszewska, J., Adamska, M. (2014). Przekonania na temat zdrowia i choroby a akceptacja ograniczeń wynikających z przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób z łuszczycą. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 14*(3), 202-212. https://doi.org/10.15557/PiPK.2014.0029

Miniszewska J., Paul-Kańska, J., Zalewska, A. (2012). Akceptacja przewlekłej choroby somatycznej (na przykładzie chorych na łuszczycę i astmę). Czy przekonanie o posiadaniu wpływu na własne zdrowie zawsze pomaga? W: N. Ogińska-Bulik i J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 303-316). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Miniszewska, J. (2019). *Bycie z chorobą Przystosowanie do wybranych przewlekłych chorób somatycznych z perspektywy psychologii pozytywnej i koncepcji poznawczych.* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów.* Tłum. R. Andruszko. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Mroczkowska, D., Białkowska, J. (2014). Style radzenia sobie ze stresem jako zmienne determinujące jakość życia młodych dorosłych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 20*(3), 265-269. https://doi.org/10.5604/20834543.1124655

Mulak, A., Smereka, A., Paradowski, L. (2016). Nowości i modyfikacje w Kryteriach Rzymskich IV. *Gastroenterologia Kliniczna, 8*(2), 52-61.

Narodowy Fundusz Zdrowia (2007). *Zarządzenie nr 61/2007/DSOZ*. Pobrane 13 maja 2023 z:https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesanfz/zarzadzenie-nr-612007dsoz,2833.html

Nehring, P., Mrozikiewicz-Rakowska, B., Krasnodębsk, P., Karnafel, W. (2011). Zespół jelita drażliwego – nowe spojrzenie na etiopatogenezę. *Przegląd Gastroenterologiczny, 6*(1), 17-22. https://doi.org/10.5114/pg.2011.20103

Niedziałek, N., Pachla, M., Kordyga, M., Proć, Ł., Soroka, E., Olajossy, M. (2019). Irritable bowel syndrome psychiatric issues. *Current Problems of Psychiatry, 20*(1), 35-48. https://doi.org/10.2478/cpp-2019-0003

Nitsch, K., Jabłoński, M., Samochowiec, J., Kurpisz, J. (2015). Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko problematyczna diagnoza. *Psychiatria, 12*(2), 77-84.

Nowicki, A., Graczyk, P., Lemanowicz, M. (2017). Akceptacja choroby chorych na raka płuc przed i po zakończeniu leczenia chirurgicznego. *Polski Przegląd Chirurgiczny, 89*(4), 11-15. https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.3903

Obarska, I. (2022). *Nierówności w dostępie do leczenia biologicznego w chorobach autoimmunizacyjnych w Europie. Refundacja apteczna szansą na poprawę efektywności leczenia w Polsce*. Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.

Ogińska-Bulik, N. (2009). Czy doświadczenie stresu może służyć zdrowiu? *Polskie Forum Psychologiczne, 14*(1), 33-45.

Ogińska-Bulik, N. (2014). Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatria i Psychoterapia, 10*(3), 3-16.

Ogińska-Bulik, N., Zadworna-Cieślak, M. (2018). Bilans życiowy a potraumatyczny wzrost u osób starszych zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi – mediacyjna rola prężności. *Gerontologia Polska, 26,* 28-35.

Ogłodek, E., Moś, D., Araszkiewicz, A. (2009). Zasady kontaktu terapeutycznego lekarza z pacjentem. *Zdrowie Publiczne, 119*(3), 331-334.

Ogórek-Tęcza, B., Ratoń, A., Kamińska, A., Bodys-Cupak, I. (2012). Poczucie sensu życia u osób chorych przewlekle. *Pielęgniarstwo XXI Wieku, 4*(41), 41-45.

Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży. W zdrowiu i w chorobie.* Wydawnictwo KUL.

Oleś, P. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości.* Scholar.

O'Sullivan, S. (2017). *Wszystko jest w twojej głowie. Opowieści o chorobach psychosomatycznych.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Orzechowska, A., Harasiuk, A., Talarowska, M., Zboralski, K., Chojnacki, J., Florkowski, A. (2010). Ocena wybranych czynników psychologicznych u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego i chorobą refluksową przełyku. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, 19*(2), 115-119.

Orzechowska, A., Talarowska, M., Zboralski, K., Florkowski, A., Gałecki, P. (2013). Subiektywna ocena objawów i efektów leczenia a natężenie stresu i poziomu lęku wśród pacjentów z wybranymi chorobami skóry i układu pokarmowego. *Psychiatria Polska, XLVII*(2), 225-237.

Ostrzyżek**,** A. (2008). Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii, 89*(4), 467-470.

Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Pasztak-Opiłka, A., Gałuszka, A., Górnik-Durose, M. (2013). O człowieku chorym we współczesnym świecie. W: M. Górnik-Durose, (red.), *Kultura współczesna a zdrowie. Aspekty psychologiczne* (s. 105-136). GWP.

Patten, S. B., Beck, C. A., Kassam, A., Williams, J. V., Barbui, C., Metz, L. M. (2005). Long- term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(4), 195-202.

Pawlas-Czyż, S. (2013). Społeczne konsekwencje choroby onkologicznej dla pacjenta i jego rodziny z perspektywy pracowników ośrodków hospicyjnych. W: M. Synowiec-Piłat i A. Łaska-Formejster (red.), *Społeczne konteksty chorób przewlekłych. Wybrane zagadnienia* (179-194). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Pilecka, W., Stachel, M. (2011). Adaptacja dziecka i jego rodziny w sytuacji przewlekłej choroby somatycznej. W: W. Pilecka (red.), *Psychologia Zdrowia Dzieci i Młodzieży. Perspektywa Kliniczna* (s. 176-200). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Pilecka, W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Piotrkowska, R., Jarzynkowski, P., Król M., Terech-Skóra, S. (2020). Wpływ wybranych czynników na poziom akceptacji choroby u pacjentów z chorobą tętnic obwodowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 4,* 164-169.

Płużek, Z. (1978). Podstawy teoretyczne współczesnych kierunków psychosomatycznych. W: J. Łazowski (red.), *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy* (s. 7-30). PZWL.

Piprek, P., Młynarska, A. (2018). Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią, *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 7*(4), 89-92.

Podgórniak, M., Piróg, M., Putowski, M., Padała, O., Zawiślak, J., Sadowska, M., Morshed, K., Smoleń, A. (2016). Rola świadomej zgody pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia. *Journal of Education, Health and Sport, 6*(4),103-114. http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.49865

Pokropek, A. (2018). Wybrane statystyczne metody radzenia sobie z brakami danych. *Polskie Forum Psychologiczne*, *23*(2), 291-310. https://doi.org/10.14656/PFP20180205

Pollak, A., Rudnicka, P., & Chrupała-Pniak, M. (2016). Pojęcie allostazy i znaczenie czynników psychospołecznych dla przeciążenia allostatycznego jako wytyczne dla programów promocji zdrowego starzenia się. *Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne*, *1*(20), 239-249.

Popczak, G., Kowal, A., Prystupa, A., Schabowski, J., Mosiewicz, I. (2010). Od objawów do rozpoznania dyspepsji czynnościowej. *Medycyna Ogólna, 16(*XLV*),* 536-545.

Porcelli, P., Fava, G. A., Rafanelli, Ch., Bellomo, A., Grandi, S., Grassi, L., Pasquini, P., Picardi, A., Quartesan, R., Rigatelli, M., Sonino, N. (2012). Anniversary Reactions in Medical Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *200*(7), 603-606. https://doi.org/ 10.1097/NMD.0b013e31825bfb2e

Porcelli, P., Rafanelli, Ch. (2010). Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting. *Current Psychiatry Reports, 12,* 246-254. https://doi.org/10.1007/s11920-010-0104z

Pospiszyl, I. (2019). *Syndrom Atlasa. O tych, którzy byli silni zbyt długo.* PWN.

Powell, N., Walker, M. M., Talley, N. J. (2017). The mucosal immune system: master regulator of bidirectional gut-brain communications. *Nature Review Gastroenterology & Hepatology, 14*(3), 143-159. https://doi.org/10.1038/nrgastro.2016.191

Radwan, P. i Radwan, K. (2016). Nieswoiste choroby zapalne jelit w wieku podeszłym. *Gastroenterologia Kliniczna, 8*(1), 1-9.

Rampton, D. S., Shanahan, F. (2018). *Nieswoiste choroby zapalne jelit. Kompendium. Wydanie piąte.* DK MEDIA POLAND.

Ratajczak, Z. (2000). Stres radzenie sobie koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak, (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 65-87). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Razmus, W. i Mielniczuk, E. (2018). Błąd wspólnej metody w badaniach kwestionariuszowych. *Polskie Forum Psychologiczne, 23*(2), 277-290. https://doi.org/10.14656/PFP20180204

Reguła, J., Wallner, G., Nowak, S., Proga, K., Marciniak, A., S., Falkiewicz, B. (2018). Stan obecny w rozpoznawaniu i leczeniu złożonych przetok odbytniczych (CPF) w chorobie Leśniowskiego Crohna (chLC) w Polsce na podstawie badania pt. „Schematy postępowania terapeutycznego u pacjentów ze złożonymi przetokami w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna". *Gastroenterologia Kliniczna*, *10*(4), 135-147.

Robbins, J. M., Kirmayer, L. J., Hemami, S. M. (1997). Latent Variable Models of Functional Somatic Distress. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 185*(10), 606-615.

Rokowska-Waluch, A., Cybulski, M., Żurawski, J., Mojs, E., Pawlaczyk, M. (2013). Udział stresu w patogenezie trądziku. *Przegląd Dermatologiczny, 100*, 154-159.

Rowicka, G., Czajka, M. (2011). Znaczenie diety w profilaktyce i leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. *Medycyna Rodzinna, 1,* 15-18.

Ruszkiewicz, M., Kreft, K. (2017). Korelaty akceptacji choroby w grupie osób chorujących onkologicznie. *Psychoonkologia, 21*(2), 37-44. https://doi.org/10.5114/pson.2017.71378

Rzeszutek, M., Schier, K. (2008). Tak bolesne, że aż obce? - związek pomiędzy depresją a obrazem ciała u młodych dorosłych. *Psychoterapia, 4*(147), 5-16.

Ryan, A. P. (2021). Finding optimal normalizing transformations via bestNormalize. *The R Journal*, *13*(1), 310. https://doi.org/10.32614/rj-2021-041

Rybka, M. i Winnicka, R. (2016) Jakość życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 1*(3), 18-26. http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.014

Rydzewska, G. M., Głuszek-Osuch, M., Kawalec, P., Holko, P. (2016). *Raport epidemiologiczno-społeczny. Nieswoiste zapalne choroby jelit – przeciwnik rosnący w siłę.* Pobrane 20 maja 2020 z: http://ippez.pl/wp-content/uploads/2019/03/Nieswoiste-zapalne-choroby-jelit raport.pdf

Sak, J., Jarosz, M., Mosiewicz, J., Sagan, D., Wiechetek, M., Pawlikowski, J., Włoszczak-Szubzda, A., Olszewska, E. (2011). Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 17*(4), 169-173.

Sapolsky, R. M. (2011). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów. Psychofizjologia stresu.* PWN.

Schier, K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń.* Scholar.

Schier. K. (2005). *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową.* GWP.

Schmaling, K. B., Smith, W. R., Buchwald, D. (2000). Significant Other Responses are Associated with Fatigue and Functional Status among Patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychosomatic Medicine, 62,* 444-450.

Sęk, H. (2004). Rola wsparcia społecznego w sytuacji stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: H. Sęk i R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 49-66). PWN.

Shapiro, D. (2007). *Wpływ emocji na zdrowie. Twoje ciało mówi co czuje dusza.* Klub dla Ciebie.

Siwiak-Kobayashi (1997). Nerwice – ICD-10 a praktyka psychiatryczna. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, 6,* 397-402.

Skowrońska, M., Wolańczyk, T. (2005). Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) i zaburzenia przebiegające pod postacią somatyczną. W: T. Wolańczyk i J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci* (s. 174-191). PZWL.

Skorupska-Król, A, Szewczyk, I., Kurleto, P. (2019). Jakość życia i akceptacja choroby wśród pacjentów z przetrwałym migotaniem przedsionków. *Państwo i Społeczeństwo, XIX*(1), 27-41. https://doi.org/10.34697/2451-0858-pis-2019-1-003.

Skrzydło-Radomańska, B. (2020). Choroba wrzodowa. W: B. Skrzydło-Radomańska (red.), *Schematy postępowania w wybranych chorobach gastroenterologicznych* (s. 35-55). Medical Education.

Skrzydło-Radomańska, B., Rosołowski, M. (2020). Zespół jelita nadwrażliwego. W: B. Skrzydło-Radomańska (red.), *Schematy postępowania w wybranych chorobach gastroenterologicznych* (s. 73-88). Medical Education.

Skrzyński, W., Rzepecki, P., Jędrzejczak, E., Lzar-Sito, E. (2018). Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie z trudnościami przewlekle chorych. *Lekarz Wojskowy, 96*(3), 201-205.

Skrzypek, M. (2011). *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*. Wydawnictwo KUL.

Smoleń. E., Hombek, K., Jarema, M., Słysz, M., Kalita, K. (2018). Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 24*(1), 37-43. https://doi.org/10.26444/monz/86142

Sobczyk, K. (2014). Edukacja zdrowotna jako narzędzie promocji zdrowia. W: J. Woźniak-Holecka i R. S. Braczkowski (red.), *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna z elementami pedagogiki* (s. 16-36). Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.

Sojka, E., Jonderko, K. (2013). Od laboratorium do praktyki: stres jako czynnik patogenetyczny chorób przewodu pokarmowego. *Wiadomości Lekarskie, LXVI*(4), cz. II.

Srinath, A., I., Walter, C. Newara, M., C., Szigethy, E., M. (2012). Pain management in patients with inflammatory bowel disease: insight for the clinician. *Thereapeutic Advances in Gastroenterology, 5*(5), 339-357.

Stieglitz, R-D., Freyberger, H. J., Mombour, W. (2015). Klasyfikacja i proces diagnostyczny. W: H. J. Freyberger, W. Schneider, R-D., Stieglitz (red.), *Kompendium Psychiatrii, Psychoterapii, Medycyny Psychosomatycznej* (s. 19-33). PZWL.

Stekhoven, D. J., Bühlmann, P. (2012). Missforest-Non-parametric missing value imputation for mixed-typecdata. *Bioinformatics*, *28*(1), 112–118. https://doi.org/10.1093/bioinformatics/btr597

Szczepanek M., Strzeszyński Ł. (2017). Choroby czynnościowe układu pokarmowego – wytyczne rzymskie IV (2016). *Część II: Choroby czynnościowe żołądka i dwunastnicy*. Pobrane 03 marca 2022 z: https//www.mp.pl.gastrologia/wytyczne.173068,choroby-czynnosciowe-zoladka-i-dwunastnicy

Świat Przychodni (b.d). *Gastrolog*. Pobrane 03 marca 2022 z: https://swiatprzychodni.pl/specjalnosci/gastrolog/

Światowa Organizacja Zdrowia (2009). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Światowa Organizacja Zdrowia (2012). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Rewizja 10. Tom I. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Świętochowski, W. (2010).Choroba przewlekła jako sytuacja kryzysowa w systemie rodzinnym. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie, XI*(1), 179-196.

Talar-Wojnarowska, R. (2019). Amyloidoza przewodu pokarmowego. *Hematologia, 10*(2), 87-94. htttps://doi.org/10.5603/Hem.a2019.0018

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness.* Cambridge University Press.

Terelak, J. F. (2001). *Psychologia Stresu.* Oficyna Wydawnicza Branta.

Turska, W., Skowron, A. (2009). Metodyka oceny jakości życia. *Farmacja Polska, 65*(8), 572-580.

Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka.* Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Vassilev, I., Rogers, A., Kennedy, A., Koetsenruijter, J. (2014). The influence of social networks on selfmanagement support: a metasynthesis. *Bio Med Central Public Health, 14*: 719, 1-12. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-719

Walecka-Kapica, E. (2020). Rola prokinetyków w leczeniu wybranych chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego. *Gastroenterologia Praktyczna*, *12*(1), 44-52.

Weeks, G. R., L'Abate, L. (2000). *Paradoks w psychoterapii.* GWP.

Wiśniowiecka, M., Beń-Skowronek, I. (2022). Lęk związany z chorobą i procedurami medycznymi u dzieci i młodzieży. W: A. Kulik i E. Talik (red.), *Konteksty psychosomatyki i psychologii klinicznej w biegu życia. Pamięci Profesora Leszka Szewczyka* (s. 201-222). Towarzystwo Naukowe KUL.

Wlazło, A., Kleszczyński, J., Dolińska-Zygmunt, G., Leszek, J. (2008). Wybrane zmienne psychologiczne u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów i chorobą Gravesa-Basedowa. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 3*(2), 71-79.

Włodarczyk, D., Wrześniewski, K. (2010). Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS). *Przegląd Psychologiczny, 53*(4), 479-496.

Wojtczuk, A. (2020). Pandemia koronawirusa – zmiana w świecie. Zagrożenia dla zdrowia psychicznego i szanse rozwojowe. *Student Niepełnosprawny. Szkice i rozprawy, 20*(13), 101-113. https://doi.org/10.34739/sn.2020.20.10

Wojtuń, S., Gil, J., Szwed, Ł. I Dyrla, P. (2014). Podstawowe objawy i różnicowanie nieswoistych chorób zapalnych jelit. *Pediatria i Medycyna Rodzinna, 10*(1), 61-66.

World Health Organization (WHO) (2023). *Internatiolal Classification of Diseases 11th Revision the global standard for diagnostic health information.* Pobrane 03 czerwca 2023 z: https://icd.who.int.en

Woźniewicz, A. (2018). Sposoby klasyfikowania zaburzeń psychosomatycznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 18*(3), 283-289. https://doi.org/10.15557/PiPK.2018.0035

Wrona-Polańska, H. (2016). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia chorych po transplantacji szpiku kostnego.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wróblewska, W (2010). Stan zdrowia w Polsce - rola czynników ekonomiczno-społecznych i stylu życia. Ocena na podstawie wskaźnika SRH i PAR. *Zeszyty Naukowe. Instytut Statystyki i Demografii SGH, 2,* 1-26.

Wrzesińska, M., A., Kocur, J. (2008). Ocena poziomu wybranych cech osobowości i stylów radzenia sobie ze stresem u pacjentów z dyspepsją czynnościową i zespołem jelita drażliwego. *Psychiatria Polska, XLII*(5), 709-717.

Wrześniewski, K. (2000). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak, (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 44-64). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Załuski, M., Matjanowska, A. (2015). Tworzenie znaczeń choroby przez pacjentów chorych przewlekle. Wybrane wyniki badań. *Psychoterapia, 4*(175), 43-54.

Zaremba, M., Staniszewska, A., Niewada, M. (2012). Niesteroidowe leki przeciwzapalne - fakty, mity i kontrowersje dotyczące ryzyka sercowo-naczyniowego oraz ryzyka powikłań ze strony przewodu pokarmowego. *Choroby Serca i Naczyń, 9*(3), 119-136.

Ziarko, M. (2013). Czas trwania choroby niedokrwiennej serca jako moderator związku pomiędzy przekonaniami na temat choroby a funkcjonowaniem w niej. *Czasopismo Psychologiczne, 19*(1), 73-80.

Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej.* Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Zielińska-Więczkowska, H., Mirota, P. (2021). Ocena akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i klinicznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 27*(3), 306-311.

Zwolińska-Wcisło, M. (2017). Przychodzi pacjent do lekarza z…Zespołem jelita nadwrażliwego. *Lekarz POZ, 3*(3), 175-177.

Aneks

Załącznik 1. Spis tabel

Tabela 1 *Charakterystyka socjodemograficzna i zdrowotna badanej grupy*……..59

Tabela 2 *Charakterystyka badanych według kryteriów diagnostycznych dla badań psychosomatycznych*……..67

Tabela 3 *Charakterystyka opisowa wyników dla zmiennych*……..68

Tabela 4 *Zależności między zmiennymi*……..72

Tabela 5 *Wyniki analiz statystycznych dotyczących hipotez badawczych*……74

Tabela 6 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 1*……..76

Tabela 7 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 1*……..76

Tabela 8 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 2*……..78

Tabela 9 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 2*……..78

Tabela 10 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 3*……80

Tabela 11 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 3*……..80

Tabela 12 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 4*……82

Tabela 13 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 4*……..82

Tabela 14 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 5*……84

Tabela 15 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 5*……..84

Tabela 16 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 6*……85

Tabela 17 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 6*……..86

Tabela 18 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 7*……87

Tabela 19 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 7*……..88

Tabela 20 *Oszacowania efektów mediacji: Model 7*……90

Tabela 21 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 8*……90

Tabela 22 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 8*……..91

Tabela 23 *Oszacowania efektów mediacji: Model 8*……..93

Tabela 24 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 9*……..94

Tabela 25 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 9*……..94

Tabela 26 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 10*……95

Tabela 27 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 10*……96

Tabela 28 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 11*……97

Tabela 29 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 11*……98

Tabela 30 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 12*……99
Tabela 31 *Wyniki oszacowań strukturalnych Model 12*……100
Tabela 32 *Oszacowania efektów mediacji: Model 12*……103
Tabela 33 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 13*……103
Tabela 34 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 13*……104
Tabela 35 *Oszacowania efektów mediacji: Model 13*……106
Tabela 36 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 14*……107
Tabela 37 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 14*……107
Tabela 38 *Oszacowania współczynników wyjaśnionej wariancji: Model 15*……109
Tabela 39 *Wyniki oszacowań strukturalnych: Model 15*……109
Tabela 40 *Wyniki analiz dotyczących istotnych efektów mediacyjnych*……116
Tabela I *Porównanie zmiennych ze względu na wiek*……162
Tabela II *Porównanie zmiennych ze względu na płeć*……163
Tabela III *Porównanie zmiennych ze względu na wykształcenie*……164
Tabela IV *Porównanie zmiennych ze względu na typ choroby*……165
Tabela V *Porównanie zmiennych ze względu na przyjmowanie leków*……166
Tabela VI *Porównanie zmiennych ze względu na stan rodziny*……166
Tabela VIIa *Porównanie grup ze względu na stan rodziny*……167
Tabela VII *Porównanie zmiennych ze względu na stan cywilny*……167
Tabela VIII *Porównanie zmiennych ze względu na występowanie zaburzeń/chorób psychicznych*……168
Tabela IX *Porównanie zmiennych psychologicznych ze względu na długość trwania zdiagnozowanej choroby*……169
Tabela X *Porównanie zmiennych psychologicznych ze względu na długość trwania objawów*……169
Tabela XI Zestawienie danych dotyczących długości trwania objawów choroby oraz okresu diagnozy choroby……170

Załącznik 2. Spis rysunków

Rysunek 1 *Model teoretyczny badań własnych*……..52
Rysunek 2 *Wyniki oszacowań dla Modelu 6. Rysunek przedstawia model strukturalny testowanych zmiennych*……..89
Rysunek 3 *Wyniki oszacowań dla Modelu 8. Rysunek przedstawia model strukturalny testowanych zmiennych*……..92
Rysunek 4 *Wyniki oszacowań dla Modelu 12. Rysunek przedstawia model strukturalny testowanych zmiennych*……102
Rysunek 5 *Wyniki oszacowań dla Modelu 13. Rysunek przedstawia model strukturalny testowanych zmiennych*……105

Załącznik 3. Tabele I-XI. Analiza zmiennych psychologicznych pod względem danych socjodemograficznych

W niniejszej części znajduje się analiza danych socjodemograficznych i zmiennych psychologicznych pod względem różnic. Biorąc pod uwagę dane z literatury przedmiotu (Gurba, 2009) oraz *medianę* (*Me* = 30) podzielono grupę badaną ze względu na wiek – wczesna dorosłość (*n* = 73) i dorosłość (*n* = 71).

W wyniku przeprowadzonych psychologicznych badań własnych wykazano statystycznie istotne różnice ze względu na wiek i ocenę znaczenia stresora: *t*= 2,23 i *p*= 0,027. Osoby w okresie wczesnej dorosłości częściej oceniają stres choroby, jako wyzwanie_pasywność w porównaniu do badanych w okresie dorosłości (Tabela I).

Tabela I

Porównanie zmiennych ze względu na wiek

Zmienna	Wczesna dorosłość		Dorosłość		Różnice	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*
KOSB_Z	11,36	6,20	11,77	5,31	-0, 44	0,665
KOSB WA	9,12	2,73	8,58	2,96	1,15	0,251
KOSB WP	5,11	2,98	4,04	2,73	2,23	**0,027**
KOSB KS	5,01	2,59	5,31	2,30	-0,73	0,469
PSS10 WO	20,58	7,26	20,93	6,06	-0,32	0,751
AIS_WO	28,26	8,60	27,59	7,92	0,49	0,628
Zorient. na chor.	3,55	0,73	3,43	0,63	1,08	0,283
Ocena zdr.	2,91	0,99	3,04	0,86	-0,85	0,397
COPE konc.pr.	8,54	1,42	8,69	1,13	- 0,67	0,504
COPE unik.	6,03	1,04	5,95	0,91	0,48	0,631
COPE_wsp_em	8,61	2,20	8,39	1,99	0,63	0,531

Adnotacja. KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu; KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Zweryfikowano także znaczenie płci. Okazało się, że wystąpiła statystycznie istotna różnica pod względem płci i stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach. Kobiety częściej korzystają ze wspomnianego stylu radzenia sobie ze stresem w porównaniu do mężczyzn: *U* = 928,50; p <0,001 (Tabela II).

Tabela II

Porównanie zmiennych ze względu na płeć

Zmienna	Kobiety	Mężczyźni	Różnice	
	Średnia ranga	*Średnia ranga*	*U*	*p*
KOSB_Z	74,22	66,73	1641,00	0,364
KOSB_WA	70,40	79,56	1598,50	0,265
KOSB_WP	71,96	72,12	1811,00	0,985
KOSB_KS	75,06	63,89	1547,50	0,173
PSS10_WO	75,18	63,50	1534,50	0,158
AIS_WO	71,63	75,42	1735,00	0,646
Zorient. na chor.	71,10	77,21	1676,00	0,458
Ocena zdr.	72,55	72,33	1826,00	0,979
COPE_konc.pr.	71,18	76,94	1685,00	0,486
COPE_unik.	71,05	77,39	1670,00	0,443
COPE_wsp_em	80,64	45,14	928,50	**<0,001**

Adnotacja: KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu; KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Wykazano statystycznie istotne różnice w poziomie wykształcenia a stylami radzenia sobie ze stresem. Najpierw jednak dokonano połączenia etapów wykształcenia: podstawowe i zasadnicze zawodowe z powodu liczebności grup. Na podstawie dokonanych zmian powstały 3 grupy z wykształceniem: wyższym, średnim i niższym. Okazało się, że osoby z wykształceniem wyższym rzadziej korzystają z zachowań unikowych w porównaniu z pozostałymi badanymi, których wyniki średnich rang są zbliżone do siebie (zachowania unikowe: H = 8, 03; p= 0,018 (Tabela III). Badani z wykształceniem wyższym, częściej używają stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach w porównaniu do osób z wykształceniem średnim i niższym H = 8, 50; p= 0,014 (Tabela III).

Tabela III

Porównanie zmiennych ze względu na wykształcenie

Zmienna	Wyższe	Średnie	Niższe	Różnice	
	Średnia ranga	*Średnia ranga*	*Średnia ranga*	*H*	*p*
KOSB_Z	70.07	81,22	62,65	2,79	0,248
KOSB_WA	78,76	62,88	58,27	5,77	0,056
KOSB_WP	75,84	70,86	48,92	4,91	0,086
KOSB_KS	70,04	78,21	72,12	1,09	0,580
PSS10_WO	68,42	82,60	70,00	3,27	0,195
AIS_WO	74,63	68,47	69,96	0,66	0,719
Zorient. na chor.	70,63	77,59	69,92	0,84	0,659
Ocena zdr.	73,93	74,50	56,35	2,16	0,340
COPE_konc.pr.	77,03	64,25	66,15	2,94	0,230
COPE_unik.	64,98	85,49	85,15	8,03	**0,018**
COPE_wsp_em	78,97	66,60	45,35	8,50	**0,014**

Adnotacja: KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu; KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Sprawdzono czy wystąpią różnice pod względem typu choroby. Okazało się, że wystąpiły statystyczne istotne różnice pod względem zmiennych ocena zdrowia: $H = 29, 77$; $p<0,001$ i zorientowanie na choroby: $H = 10, 28$, $p= 0,16$ (Tabela IV). Osoby doświadczające dolegliwości czynnościowych mają wyższe nasilenie oceny zdrowia w porównaniu do pozostałych grup osób chorujących. Natomiast badani zmagający się z chorobą wrzodową żołądka mają wyższe nasilenie zorientowania na chorobę w porównaniu z pozostałymi osobami.

Tabela IV
Porównanie zmiennych ze względu na typ choroby

Zmienna	IBS	*CD*	FGID	Ch. W-Ż	Różnice	
	Średnia ranga	*Średnia ranga*	*Średnia ranga*	*Średnia ranga*	*H*	*p*
KOSB_Z	72,16	65,12	76,74	80,69	2,21	0,529
KOSB_WA	72,18	72,77	70,03	77,58	0,40	0,941
KOSB_WP	71,24	71,54	75,57	68,50	0,41	0,938
KOSB_KS	70,56	73,22	71,43	78,97	0,60	0,897
PSS10_WO	70,68	73,86	76,47	67,75	0,69	0,876
AIS_WO	80.01	62,11	70,07	75,50	4,29	0,231
Zorient. na chor.	76,17	79,38	53,03	83,92	10,28	**0,16**
Ocena zdr.	82,15	40,99	89,21	76,22	29,77	**<0,001**
COPE_konc.pr.	74,46	71,65	71,10	70,89	0,20	0,997
COPE_unik.	72,11	74,14	73,62	68,22	0,28	0,965
COPE_wsp_em	82,03	64,45	70,71	63,33	5,18	0,159

Adnotacja. KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu; KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach; IBS – zespół jelita drażliwego; CD- choroba Leśniowskiego Crohna; FGID – czynnościowe zaburzenia układu pokarmowego; ch. W-Ż – choroba wrzodowa żołądka
Źródło: Opracowanie własne

Zweryfikowano czy przyjmujący leki różnią się od osób, które nie przyjmują leków lub ich leki mają działanie neutralne. Wykazano, że wystąpiły statystycznie istotne różnice. Badani, którzy nie przyjmują leków mają wyższe nasilenie oceny stresora, jako wyzwanie-pasywność: U= 1696,000; p= 0,004 i niższe nasilenie oceny stresora jako krzywda/strata w porównaniu do osób przyjmujących leki: U= 1810,00, p= 0,012. Ponadto respondenci, którzy przyjmują leki doświadczają wyższego nasilenia stresu U= 1658,500; p= 0,002 mają niższą akceptację choroby U= 1708,000; p= 0,004 i niższe nasilenie oceny zdrowia w porównaniu do osób nie przyjmujących leków albo przyjmujących takie, których działanie jest neutralne U= 1415,00; p= <0,001 (Tabela V).

Tabela V

Porównanie zmiennych ze względu na przyjmowanie leków

Zmienna	Brak leków	Przyjmowanie leków	Różnice	
	Średnia ranga	*Średnia ranga*	*U*	*p*
KOSB_Z	67,49	75,42	2146,00	0,271
KOSB_WA	78,99	68,72	2067,50	0,151
KOSB_WP	85,00	64,34	1696,00	**0,004**
KOSB_KS	61,15	79,11	1810,00	**0,012**
PSS10_WO	58,29	80,77	1658,50	**0,002**
AIS_WO	85,77	64,77	1708.00	**0,004**
Zorient. na chor.	64,23	77,32	1973,00	0,068
Ocena zdr.	91,30	61,55	1415,00	**<0,001**
COPE_konc.pr.	72,52	72,49	2410,50	0,997
COPE_unik.	69,12	74,47	2232,50	0,458
COPE_wsp_em	71,51	73,08	2359,00	0,828

Adnotacja. KOS – Kwestionariusz Oceny Stresu: KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Żadna ze zmiennych dotyczący stanu rodziny (posiadanie potomstwa lub brak potomstwa) nie różnicowała badanych (Tabela VI).

Tabela VI

Porównanie zmiennych ze względu na stan rodziny

Zmienna	Posiada dzieci	Nie posiada dzieci	Różnice	
	Średnia ranga	*Średnia ranga*	*U*	*p*
KOSB_Z	72,53	69,99	2294,50	0,718
KOSB_WA	74,33	68,81	2193,50	0,429
KOSB_WP	62,55	75,80	1907,00	0,057
KOSB_KS	76,14	67,61	2092,00	0,220
PSS10_WO	67,03	73,62	2157,50	0,348
AIS_WO	67,35	73,41	2175,50	0,388
Zorient na chor .	66,44	74,01	2124,50	0,280
Ocena zdr	72,91	69,74	2273,00	0,651
COPE_konc.pr.	74,21	68,88	2200,00	0,448
COPE_unik.	65,49	74,63	2071,50	0,194
COPE_wsp_em	70,80	71,13	2369,00	0,963

Adnotacja. KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu: KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Jednak, gdy podzielono grupę na wczesną dorosłość i dorosłość okazało się, że wystąpiły statystycznie istotne różnice ($\chi 2$= 50,28; p < 0,001) (Tabela VIIa). Wykazano, że badani różnią się między sobą ze względu na stan rodziny; stan cywilny, a zmienne psychologiczne. W tej sytuacji podzielono badanych na pozostających w związku i nie posiadających partnera/partnerki. Osoby stanu wolnego mają wyższe nasilenie stresu U= 1625,00; p= 0,42 oraz częściej korzystają z zachowań unikowych U= 1318,50; p< 0,001 w porównaniu z osobami pozostającymi w związkach (Tabela VII).

Tabela VIIa

Porównanie grup ze względu na stan rodziny

	Posiada dzieci	*Nie posiada dzieci*	*Różnice*	
Zmienne	*N*	*N*	$\chi 2$	*p*
wczesna dorosłość	8	64	**50,82**	<0,001
dorosłość	48	21		

Źródło: Opracowanie własne

Tabela VII

Porównanie zmiennych ze względu na stan cywilny

Zmienna	Osoby stanu wolnego	Osoby w związku	Różnice	
	Średnia ranga	*Średnia ranga*	*U*	*p*
KOSB_Z	78,76	70,09	18,29,50	0,263
KOSB_WA	67,33	74,49	1873,00	0,353
KOSB_WP	69,14	73,11	1945,50	0,604
KOSB_KS	80,30	69,50	1768,00	0,160
PSS10_WO	83,86	68,13	1625,50	**0,042**
AIS_WO	77,31	70,65	1887,50	0,390
Zorient na chor.	78,36	70,25	1845,50	0,293
Ocena zdr	64,79	75,47	1771,50	0,168
COPE_konc.pr.	71,08	73,05	2023,00	0,799
COPE_unik.	91,54	65,18	1318,50	**<0,001**
COPE_wsp_em	63,70	75,88	1728,00	0,116

Adnotacja. KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu: KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Wykazano statystycznie istotne różnice między zmiennymi psychologicznymi a doświadczeniem zaburzenia/ choroby psychicznej. Osoby z trudnościami psychicznymi wyżej oceniają stresor jako zagrożenie U= 937,50; p <0,001, krzywda/strata (U= 915,00;

p <0,001, mają wyższe nasilenie stresu *U*= 929,00 *p* <0,001 w porównaniu z osobami nie mającymi problemów ze zdrowiem psychicznym (Tabela VIII). Natomiast osoby nie zgłaszające trudności ze zdrowiem psychicznym mają wyższe nasilenie oceny stresora jako wyzwanie-aktywność *U*= 992,50; *p*= 0,002, jako wyzwanie-pasywność *U*= 900,00; <0,001, mają wyższe nasilenie akceptacji choroby *U*= 743,50, *p* <0,001, oceny zdrowia *U*= 763,000; *p*<0,001 i częściej korzystają ze stylu skoncentrowanego na problemie (*U*= 1104,50; *p*= 0,010 (Tabela VIII) w porównaniu z osobami z problemami ze zdrowiem psychicznym.

Tabela VIII

Porównanie zmiennych ze względu na występowanie zaburzeń/chorób psychicznych

Zaburzenia/choroby	tak	nie	Różnice	
Psychiczne	*Średnia ranga*	*Średnia ranga*	*U*	*p*
KOSB_Z	96,02	66,15	937,50	**<0,001**
KOSB_WA	49,95	77,37	992,50	**0,002**
KOSB_WP	46,64	77,61	900,00	**<0,001**
KOSB_KS	96,32	65,96	915,00	**<0,001**
PSS10_WO	96,32	66,08	929,00	**<0,001**
AIS_WO	41,75	79,53	743,50	**<0,001**
Zorient na chor.	84,18	69,03	1269,00	0,081
Ocena zdr.	41,75	79,37	763,00	**<0,001**
COPE_konc.pr.	53,95	76,40	1104,50	**0,010**
COPE_unik.	83,75	69,14	1281,00	0,094
COPE_wsp_em	80,18	70,01	1381,00	0,244

Adnotacja. KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu: KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Dokonano także analizy zmiennych psychologicznych pod względem długości diagnozy choroby. Grupę podzielono ze względu na *medianę* w następujący sposób: krótki czas diagnozy choroby do 60 miesięcy (*n*= 74) i długi czas diagnozy choroby powyżej 60 miesięcy (*n*= 70). Z analizy wynika, że tylko jedna zmienna psychologiczna różnicuje grupę ze względu na długość trwania diagnozy choroby. Wyższe wyniki w zmiennej zorientowanie na choroby uzyskują osoby, które mają krótszy czas długości diagnozy *t* = 2,003, *p* = 0,047 (Tabela IX).

Tabela IX

Porównanie zmiennych psychologicznych ze względu na długość trwania zdiagnozowanej choroby

Zmienna	*Krótki czas diagnozy choroby*		*Długi czas diagnozy choroby*		Różnice	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*
KOSB_Z	11,73	5,528	11,39	6,03	0,36	0,722
KOSB_WA	9,15	2,743	8,54	2,94	1,28	0,203
KOSB_WP	4,61	2,563	4,57	3,24	0,09	0,930
KOSB_KS	5,08	2,150	5,24	2,73	-0,40	0,693
PSS10_WO	19,81	6,448	21,74	6,81	-1,75	0,083
AIS_WO	28,92	8,085	26,89	8,34	1,49	0,140
Zorient. na chor.	3,60	0,637	3,38	0,71	2,00	**0,047**
Ocena zdr.	3,07	0,928	2,87	0,92	1,32	0,189
COPE_konc.pr.	8,72	1,341	8,50	1,22	1,03	0,305
COPE_unik.	5,85	0,962	6,14	0,97	-1,81	0,073
COPE_wsp_em	8,42	2,034	8,58	2,17	-0,44	0,658

Adnotacja. KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu: KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Wyniki badanych scharakteryzowano też ze względu na czas odczuwania objawów: krótki czas odczuwania objawów do 72 miesięcy (n= 78) i długi czas odczuwania objawów powyżej 72 miesięcy (n= 66). Nie wykazano statystycznie istotnych różnic pod względem długości trwania objawów dolegliwości, a zmiennymi psychologicznymi (Tabela X).

Tabela X

Porównanie zmiennych psychologicznych ze względu na długość trwania objawów

Zmienna	*Krótki czas trwania objawów*		*Długi czas trwania objawów*		Różnice	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*
KOSB_Z	11,68	5,839	11,42	5,71	0,26	0,792
KOSB_WA	8,86	2,795	8,85	2,93	0,02	0,983
KOSB_WP	4,69	2,821	4,46	3,01	0,47	0,637
KOSB_KS	5,09	2,424	5,24	2,48	0,47	0,639
PSS10_WO	20,27	6,892	21,32	6,42	-0,94	0,349
AIS_WO	28,33	8,695	27.45	7,72	0,64	0,526
Zorient. na chor.	3,51	0,723	3,48	0,64	0,23	0,818
Ocena zdr.	3,06	0,929	2,87	0,92	1,22	0,223
COPE_konc.pr.	8,52	1,307	8.73	1,26	-1,01	0,315
COPE_unik.	6,02	0,948	5,95	1,01	0,42	0,678
COPE_wsp_em	8,53	2,196	8,47	1,98	0,17	0,868

Adnotacja. KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu: KOSB_Z –zagrożenie; KOSB_WA- wyzwanie-aktywność; KOSB_WP – wyzwanie-pasywność; KOSB_KS – krzywda/strata; PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny; AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny; Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby; Ocena zdr. - Ocena zdrowia; COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie; COPE_unik. - styl zachowania unikowe; COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach;
Źródło: Opracowanie własne

Dokonano także analizy czasu uzyskania diagnozy choroby psychosomatycznej układu pokarmowego. Diagnozę choroby badani średnio mają od 62 miesięcy. Minimalny czas posiadania diagnozy to 4 miesiące, a maksymalny 276 miesięcy. Sprawdzono również jak długo chorujący zmagają się z symptomami choroby. Najkrótszy czas doświadczania objawów to 3 miesiące, a najdłuższy 336 miesięcy. Natomiast średnio respondenci doświadczają objawów do 87 miesięcy

Tabela XI

Zestawienie danych dotyczących długości trwania objawów choroby oraz okresu diagnozy choroby

Zmienne	*M*	*SD*	*Me*	*Min.*	*Max.*
Długość trwania objawów	87,59	73,39	72	3	336
Diagnoza choroby	62,46	53,77	60	4	276

Adnotacja. Zestawienie występowania objawów oraz diagnozy choroby określone w miesiącach
Źródło: Opracowanie własne

Załącznik 4. Wykaz skrótów

Wykaz skrótów:

ACh – akceptacja choroby
AIS_WO – Skala Akceptacji Choroby_wynik ogólny
CD – Choroba Leśniowskiego-Crohna
ch. W-Ż – Choroba wrzodowa żołądka
COPE – Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem
COPE_konc.pr. - styl skoncentrowany na problemie
COPE_unik. - styl zachowania unikowe
COPE_wsp_em – styl poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach
DCPR-R-SSI – Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych
DSM V – Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychicznych
FGID – Czynnościowe zaburzenia układu pokarmowego
H. Pyroli – Helicobacter Pyroli
IBS – Zespół jelita drażliwego
ICD 10 - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Zaburzeń (rewizja 10)
ICD 11 - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Zaburzeń (rewizja 11)
KOSB – Kwestionariusz Oceny Stresu
KOS wersja B – Kwestionariusz Oceny Stresu (wersja B)
KOSB_KS – Ocena stresora jako krzywda/strata
KOSB_WA – Ocena stresora jako wyzwanie_aktywność
KOSB_WP – Ocena stresora jako wyzwanie_pasywność
KOSB_Z – ocena stresora jako zagrożenie
KP – koncentracja na problemie
MBSRQ – Wielowymiarowy Inwentarz do Badania Obrazu Ciała
MUS – Zespoły medycznie niewyjaśniane
NZJ – nieswoista choroba zapalna jelit
Ocena zdr. - Ocena zdrowia
OZ – Ocena zdrowia
Płeć M – Płeć mężczyźni
POZ – Podstawowa opieka zdrowotna
PSS10 – Skala Odczuwanego Stresu
PSS10_WO – Ocena nasilenia stresu_wynik ogólny

PWKE – Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach

RTG - Rentgenogram

Ukł. pok. – układ pokarmowy

Zorient. na chor. - zorientowanie na choroby

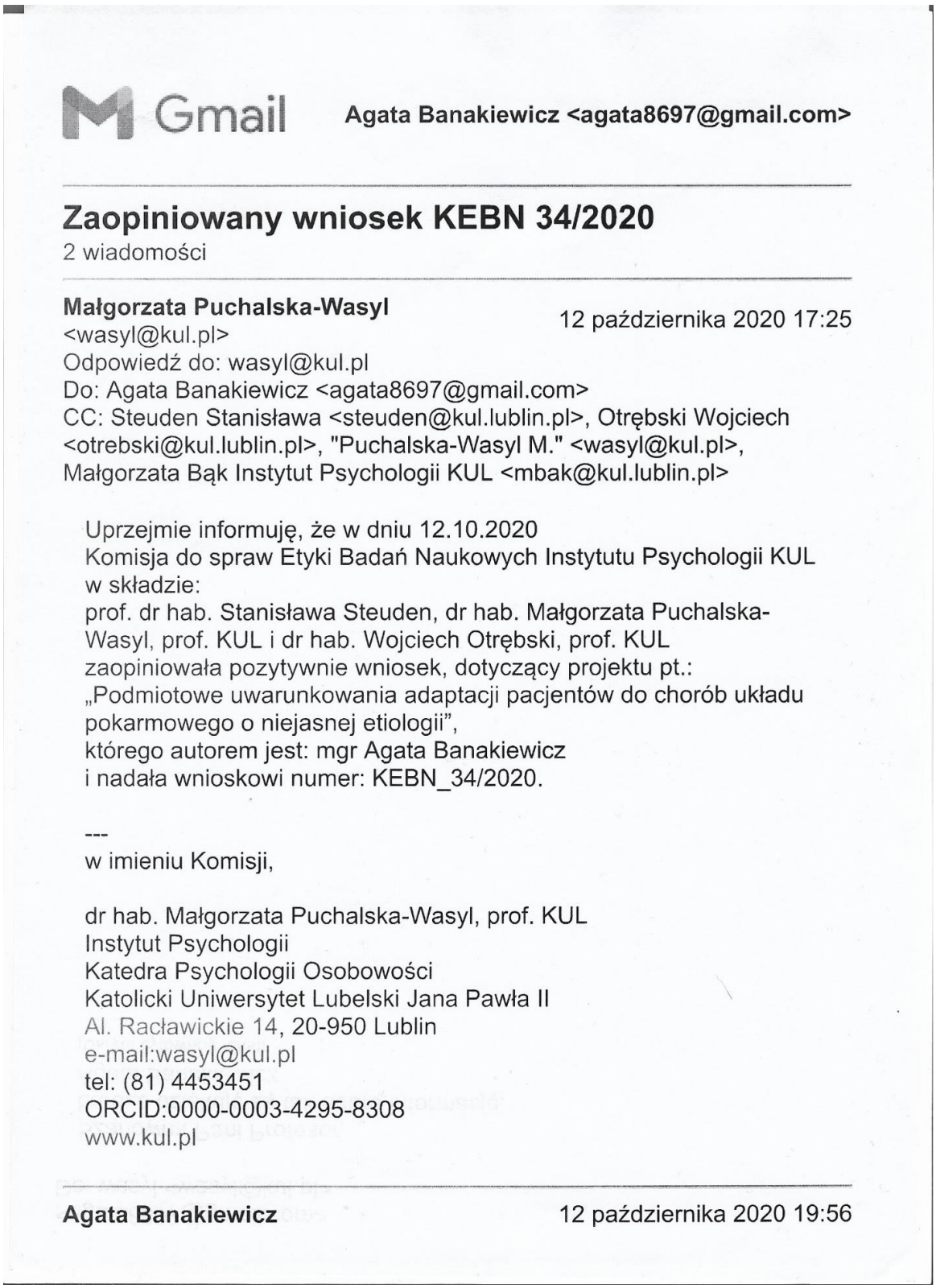
ZnCh – zorientowanie na choroby

ZM. W-NA – Zmienna wyjaśniana

ZM. W-CA – Zmienna wyjaśniająca

ZU – zachowania unikowe

Załącznik 5. Zaopiniowany wniosek Komisji Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii KUL



Gmail Agata Banakiewicz <agata8697@gmail.com>

Zaopiniowany wniosek KEBN 34/2020

2 wiadomości

Małgorzata Puchalska-Wasyl <wasyl@kul.pl> 12 października 2020 17:25
Odpowiedź do: wasyl@kul.pl
Do: Agata Banakiewicz <agata8697@gmail.com>
CC: Steuden Stanisława <steuden@kul.lublin.pl>, Otrębski Wojciech <otrebski@kul.lublin.pl>, "Puchalska-Wasyl M." <wasyl@kul.pl>, Małgorzata Bąk Instytut Psychologii KUL <mbak@kul.lublin.pl>

Uprzejmie informuję, że w dniu 12.10.2020
Komisja do spraw Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii KUL
w składzie:
prof. dr hab. Stanisława Steuden, dr hab. Małgorzata Puchalska-Wasyl, prof. KUL i dr hab. Wojciech Otrębski, prof. KUL
zaopiniowała pozytywnie wniosek, dotyczący projektu pt.:
„Podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do chorób układu pokarmowego o niejasnej etiologii",
którego autorem jest: mgr Agata Banakiewicz
i nadała wnioskowi numer: KEBN_34/2020.

---
w imieniu Komisji,

dr hab. Małgorzata Puchalska-Wasyl, prof. KUL
Instytut Psychologii
Katedra Psychologii Osobowości
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Al. Racławickie 14, 20-950 Lublin
e-mail:wasyl@kul.pl
tel: (81) 4453451
ORCID:0000-0003-4295-8308
www.kul.pl

Agata Banakiewicz 12 października 2020 19:56

Załącznik 6. Klauzula informacyjna RODO

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art.13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/649 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) informujemy:

1. Administratorem danych jest Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II z siedzibą w Lublinie przy Al. Racławickich 14 (nr tel: 81 445 41 01, adres e-mail kul@kul.pl).
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: nr tel – 81 445 32 30, adres e-mail – iod@kul.pl.
3. Dane będą przetwarzane wyłącznie do celów badań naukowych i prac rozwojowych w ramach projektu: Podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do choroby układu pokarmowego o nieokreślonej etiologii .
4. Podstawą prawną przetwarzania danych jest dobrowolna zgoda osoby, której dane dotyczą. W sytuacji, gdy administrator przetwarza szczególnych kategorii dane osobowe, o których mowa w art. 9 ust. 1 ww. rozporządzenia – przetwarzanie znajduję podstawę w art. 9 ust. 2 lit. J) ww. rozporządzenia (tj. przetwarzanie jest niezbędne do celów naukowych).
5. Pani/Pana dane będą przetwarzane do momentu osiągnięcia celu badań naukowych, a po tym czasie zostaną niezwłocznie poddane anonimizacji.
6. Dane będą ujawnione osobom działającym z upoważnienia administratora i przetwarzającym dane wyłącznie na jego polecenie.
7. Podanie danych jest dobrowolne, niemniej konieczne do osiągnięcia celu badań naukowych.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do usunięcia danych osobowych, dostępu do danych, sprostowania danych, ograniczenia przetwarzania, prawo cofnięcia zgody, a także prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Niemniej zgodnie z art. 469 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668) do przetwarzania danych osobowych do celów naukowych i prac rozwojowych wyłącza się zastosowanie:
   - prawa dostępu przysługującego osobie, której dane dotyczą;
   - prawa do sprostowania danych;
   - prawa do ograniczenia przetwarzania;
   - prawa sprzeciwu;

   jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo, że prawa te umożliwiają lub poważnie utrudniają realizację celów badań naukowych i prac rozwojowych, i jeżeli wyłączenia te są konieczne do realizacji tych celów.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów badań naukowych i prac rozwojowych w ramach projektu Podmiotowe uwarunkowania adaptacji pacjentów do choroby układu pokarmowego o nieokreślonej etiologii. Przyjmuję do wiadomości, iż zgoda jest dobrowolna i mam prawo do jej wycofania w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....

(podpis)