



Wybrane pozytywne aspekty zmagania się z przewlekłą chorobą u osób chorych na stwardnienie rozsiane

Some positive aspects of coping with chronic illness in patients with multiple sclerosis

MARLENA KOSSAKOWSKA¹, LUIZA ZEMŁA-SIERADZKA²

1. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy, Sopot
2. Dom Dziecka „Na Wzgórzu”, Sopot

STRESZCZENIE

Cel. Celem badania jest pomiar wybranych aspektów wzrostu osobistego u osób chorych przewlekle na stwardnienie rozsiane (SM) sprawnych ruchowo (średnia wg EDSS: 4,88) w porównaniu z osobami zdrowymi.

Metoda. W badaniu wzięło udział 60 osób. Dwie grupy respondentów – 30 osób chorych na stwardnienie rozsiane i 30 osób zdrowych – wypełniały kwestionariusze mierzące różne przejawy wzrostu osobistego: gotowość do uzyskania wzrostu osobistego, satysfakcję z życia, sens życia, poziom duchowości (w aspektach: religijności, harmonii, wrażliwości etycznej) oraz intensywność przeżywania emocji pozytywnych.

Wyniki. Z badań wynika, że osoby chore na SM mają pewne korzyści psychologiczne w związku z doświadczaniem swojej choroby, przede wszystkim deklarują większe poczucie sensu życia oraz religijność, wykazują także tendencję do bardziej intensywnego przeżywania emocji pozytywnych w porównaniu z osobami zdrowymi. Z badań wynika także, że stwardnienie rozsiane nie zmienia gotowości do uzyskania wzrostu osobistego, odczuwanej satysfakcji z życia, poziomu wrażliwości etycznej i harmonii.

Wnioski. Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej – stwardnienie rozsiane daje szansę na dobre życie z chorobą. Terapia chorych na SM ukierunkowana na uzyskiwanie wzrostu osobistego ma duże szanse powodzenia dzięki pozytywnym aspektom radzenia sobie z chorobą.

SUMMARY

Objective. The aim of the paper was to compare patients with chronic multiple sclerosis (MS) and retained motor functions (mean EDSS score = 4.88) with healthy controls for selected aspects of personal growth.

Method. Participants in the study were 30 MS patients and 30 healthy controls who responded to self-report questionnaires measuring various aspects of personal growth: readiness for self-growth attainment, life satisfaction, the meaning of life, spirituality level (including religiousness, harmony and ethical sensitivity aspects), and positive affectivity level.

Results. The study suggests that MS patients have some psychological benefits from experiencing their illness, namely, as compared to healthy controls they perceive life as more meaningful, declare higher religiousness, and tend to experience positive emotions more intensely. Moreover, the findings show that MS does not affect either these patients' readiness to strive for personal growth, or their reported life satisfaction, ethical sensitivity and harmoniousness levels.

Conclusions. Coping with the stress of chronic illness gives MS patients a chance for a good quality of life with their condition. Therapy of MS patients focused on striving for personal growth stands a good chance of success due to positive aspects of coping with illness.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane / wzrost osobisty / psychologia pozytywna / duchowość

Key words: multiple sclerosis / personal growth / positive psychology / spirituality

Psychologia pozytywna jest stosunkowo nowym nurtem w badaniach i praktyce psychologicznej. Głównym przedmiotem jej zainteresowania jest dobrostan człowieka. Nauka ta próbuje wyjaśnić na czym polega dobre życie i co do niego prowadzi. W tym nurcie zwraca się uwagę przede wszystkim na to, że ludzie mają w sobie dostateczną siłę, aby wychodzić z różnych opresji życiowych, że są twórczy i potrafią cieszyć się życiem. Nie oznacza to jednak,

że takie osoby nie są narażone na stres czy cierpienie, ale psychologia pozytywna, choć uwzględnia to, co ludziom utrudnia dobre życie, przede wszystkim pomaga zrozumieć, czym jest ludzka siła psychiczna [1]. Nawet osoby, których problemy przerastają ich możliwości mogą odnajdować korzyści psychologiczne, czy społeczne i czerpać radość z życia w sytuacji nieszczęścia życiowego. Artykuł niniejszy dotyczy zatem zjawiska wzrostu osobistego w obliczu choroby

przewlekłej na przykładzie stwardnienia rozsianego (SM). Tematyka wzrostu osobistego i pozytywnego podejścia do życia w chorobie nie była w psychologii zbyt często podejmowana. Obecnie tendencje te ulegają zmianie i badacze coraz częściej skupiają się na pozytywnych aspektach życia w sytuacji cierpienia psychicznego i somatycznego¹.

Wzrost osobisty definiowany jest jako rozwój psychologiczny i społeczny osoby w celu realizacji własnych celów osobistych w kierunku progresywnym, podejmowany celowo bądź uzyskiwany w wyniku szeroko rozumianych zmian rozwojowych, także w wyniku doświadczania wydarzeń trudnych. Rezultatem wzrostu osobistego jest przede wszystkim zdrowie psychiczne i dobrostan [2], o czym wspominał już w swojej koncepcji dezintegracji pozytywnej polski badacz i myśliciel Kazimierz Dąbrowski [3]. Pojęcie wzrostu osobistego u osób chorych przewlekle nie jest tożsame ze wzrostem potraumatycznym [4], który dotyczy zmian psychologicznych i społecznych uzyskanych w wyniku traumy osobistej (wypadek, kataklizm, akt przemocy). Choroba przewlekła jest przede wszystkim stresorem o charakterze długotrwałym, ze swoją specyficzną i zmienną dynamiką wymagającą ciągłej gotowości chorego do zmagania się z nią i przystosowywania się do niej na poziomie emocjonalnym, poznawczym, społecznym (por. relacyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman) [5].

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*, SM) jako choroba ośrodkowego układu nerwowego jest przykładem poważnego stresora o bardzo zróżnicowanej charakterystyce, który sprawia, że radzenie sobie z nim stanowi szczególne wyzwanie dla chorego. Przede wszystkim SM jest nadal chorobą nieuleczalną i nieprzewidywalną, przebiega ze zróżnicowanym obrazem klinicznym, co sprawia, że ciężkość i jakość objawów zmienia się w zależności od przypadku klinicznego [6, 7]. Stwardnienie rozsiane jest chorobą społeczną, bowiem w Polsce choruje na nią ponad 40 tysięcy osób [7]. Jest też chorobą ludzi młodych a ilość przeżytych lat wynosi 35–40 lat. Zatem SM jest chorobą na całe życie. Wysoka jakość życia chorego ze stwardnieniem rozsianym staje się tym bardziej znaczącym celem chorego i specjalistów służba zdrowia.

Dotychczasowe badania psychologiczne nad stwardnieniem rozsianym głównie skupiały się na cierpieniu, zmaganiu się i aspektach utrudniających radzenie sobie ze stresem tej choroby. Psychologia pozytywna kładzie nacisk na zasoby chorego i na korzyści płynące z radzenia sobie z chorobą (*benefit-finding*, *benefit-reminding*) [8]. Z badań Pakenhama [9] wynika na przykład, że korzyści związane z chorobą dotyczą głównie wzrostu osobistego oraz poprawy relacji rodzinnych,

zmiany te są zdecydowanie skorelowane z satysfakcją z życia oraz z afektem pozytywnym. Niezwykle ważnym czynnikiem neutralizującym skutki stresu wynikającego z chorowania na SM okazał się właśnie wzrost relacji rodzinnych [9]. W kolejnych badaniach [10] potwierdzono, że istotnymi czynnikami redukującymi symptomy depresji a ułatwiającymi odnajdywanie korzyści w SM jest przewaga emocji pozytywnych nad negatywnymi doświadczana w trakcie życia, przy czym zwrócono również uwagę na ogromną rolę optymizmu jako czynnika redukującego *distress* związany z chorobą. Okazuje się także, że zdolność do odnajdywania korzyści w SM jest niezwykle adaptacyjnym procesem, niezależnym od przebiegu procesu radzenia sobie z wyzwaniami chorobowymi [11]. Ostatnio również mówi się o zdolności do odnajdywania korzyści z relacji z osobą chorą na stwardnienie rozsiane, która może mieć miejsce u osób opiekujących się tą grupą chorych (np. wśród partnerów, czy wśród personelu służby zdrowia) [12, 13].

Przedstawiane badanie własne chorych na stwardnienie rozsiane dotyczy wzrostu osobistego, który jest mierzony w wybranych aspektach: uzyskana satysfakcja z życia, sens życia, duchowość i zdolność do odczuwania emocji pozytywnych a także gotowość do uzyskiwania wzrostu osobistego.

Satysfakcję z życia definiuje się jako emocjonalną i poznawczą ocenę własnego życia [14]. Niekiedy utożsamiana jest z zadowoleniem z życia, odczuwaniem szczęścia, dobrostanem, pozytywnym samopoczuciem lub jakością życia. Wiele mówi się o satysfakcji z życia, jednak jak na razie nie ustalono, od czego zależy, mimo, iż znamy wiele jej korelatów. Trudno powiedzieć, dla czego jedni ludzie są szczęśliwi a inni nie. Wiadomo natomiast, że na zadowolenie z życia wpływa doświadczanie pozytywnych i negatywnych wydarzeń. Satysfakcja z życia może się zwiększyć lub zmniejszyć na skutek doświadczania pozytywnych czy negatywnych wydarzeń. Fakt ten ma zazwyczaj rezultat doraźny. Jednak takie wydarzenia jak na przykład sytuacje traumatyczne mogą mieć długotrwały wpływ na poczucie satysfakcji z życia [15]. Również choroba może być czynnikiem obniżającym satysfakcję z życia. W ocenie satysfakcji z życia ważne jest nie tylko koncentrowanie się na objawach choroby czy leczeniu, ale także postawie chorego wobec siebie i własnej choroby oraz sposobu radzenia sobie z nią. Ponadto satysfakcja z życia w chorobie, zależy od jej objawów, ich intensywności, czasu trwania, przebiegu a także rokowań. W dużej mierze zależy również od znaczenia jakie osoba chora nada poszczególnym wydarzeniom życiowym [16].

Kolejnym zagadnieniem składającym się na wzrost osobisty jest sens życia. W literaturze spotkać

¹ Przykładem może być I Światowy Kongres Psychologii Pozytywnej w Filadelfii (PA, USA), który miał miejsce w 2009 roku, a w Polsce VIII Konferencja Naukowa „Zdrowie w cyklu życia człowieka”, która odbyła się w Łodzi w 2011 roku.

można różne poglądy na temat sensu życia. Chęć zrozumienia zdarzeń i poszukiwanie ich znaczenia to dwa różne zadania poznawcze. Pierwsze dotyczy zachowania stabilności wizji siebie i świata, natomiast drugie – wytworzenia czegoś nowego [1]. Poczucie sensu, które wiąże się z uzyskaniem jednego z nich nie jest związane ze znalezieniem drugiego. W ramach każdego z nich pojawiają się odmienne uzasadnienia sensu, które wzajemnie nie występują. Różnie wygląda też dochodzenie do nich w czasie. Zrozumienie zdarzenia występuje głównie w pierwszym okresie po jego wystąpieniu. Ma ono pozytywne skutki dla jakości życia tylko wtedy, gdy dojdzie do niego stosunkowo wcześniej. Nadanie zdarzeniu wartości jest korzystne niezależnie od tego, kiedy się pojawi. Może nastąpić w każdym momencie, nawet ze znacznym odroczeniem [1]. Baumeister i Vohs [17] zwracają uwagę na kilka istotnych powodów wynikających z wewnętrznych ludzkich potrzeb, dla których ludzie potrzebują nadawać znaczenie wydarzeniom, które ich spotykają. Przede wszystkim ukierunkowują w ten sposób swoje działania w określonym celu, korzystając z określonej hierarchii wartości. Ponadto dzięki poczuciu sensowności uzyskuje się poczucie mocy i sprawstwa, poczucie własnej skuteczności, dzięki którym wzrasta samoocena. Posiadanie sensu w życiu jest tym stabilniejsze im więcej źródeł tego sensu posiadamy: rodzina, praca, znajomi, przyjaciele, religia. Utrata jednego ze źródeł nie jest taka dotkliwa, jeżeli można zastąpić ją innym, który nadaje sens życiu.

Innym przejawem wzrostu osobistego może być duchowość. Z psychologicznego punktu widzenia, pojęcie to jest właściwością psychiczną, która jest bardzo trudna lub wręcz niemożliwa do określenia [18]. Biorąc pod uwagę różne definicje przedstawione w literaturze można powiedzieć, że duchowość jest mechanizmem psychicznym, gdzie łączą się dwa dążenia – do nieskończoności i do doskonałości [1]. Powinno się ją rozważać jako atrybut człowieka. Trudno jest bezpośrednio zmierzyć duchowość, należy ją więc traktować w kategoriach konstruktów teoretycznych. Jest to cecha każdego człowieka, a jej istotą jest transcendencja, czyli wykraczanie poza aktualne doświadczenie. „Wykraczanie” rozumiane jest jako wzrost, rozwój [18]. Duchowość obejmuje uczucia, przekonania i praktyki. Dotyczy tego jak ludzie pojmują, doświadczenia i uwzględniają transcendencję w działaniu [1]. Może się rozwijać w ciągu całego życia, nawet w późnym wieku. Charakterystyczne warunki, takie jak ciężka, przewlekła choroba lub wydarzenia kryzysowe sprzyjają wzrostowi duchowości. Może rozwijać się na różnych poziomach. Jedni szukają Boga i uczestniczą regularnie w praktykach religijnych. Towarzyszą im przy tym przeżycia duchowe. Inni zaś ograniczają się do formalnego uczestnictwa w życiu religijnym,

a jeszcze inni swoje przeżycia duchowe traktują łącznie z religią. Zazwyczaj duchowość ma pozytywny wpływ na zdrowie. W sytuacjach stresowych sprzyja efektywnemu radzeniu sobie. W formie religijności dostarcza określonych strategii radzenia sobie np. modlitwa czy oparcie w Bogu. Korzystnie wpływa też na jakość życia. Sprzyja emocjom służącym zdrowiu (np. nadzieja) i zapobiega szkodliwym dla zdrowia (np. złość). Promuje zachowania pozytywnie wpływające na zdrowie np. dobra dieta oraz zapobiega szkodliwym dla zdrowia czynnościom np. palenie papierosów [18].

Zdolność do odczuwania emocji pozytywnych to niezwykle ważna z psychologicznego punktu widzenia składowa wzrostu osobistego, jeśli się przyjmie założenie, że nastąpiła adaptacja emocjonalna do wydarzenia stresującego, w tym przypadku do choroby. Emocje negatywne i pozytywne nie leżą na jednej linii i nie stanowią przeciwnych biegunów, a zatem redukcja uczuć negatywnych nie musi wiązać się z przypływem pozytywnych [16]. Jednak wykazano, że istnieje zjawisko współwystępowania emocji pozytywnych i negatywnych, dzięki czemu system odpowiedzialny za wzbudzanie emocji pozytywnych może się zaktywizować dzięki istniejącemu systemowi emocji negatywnych [19], co może wskazywać na fakt, że bez emocji negatywnych niemożliwe jest wzbudzenie emocji pozytywnych. Emocje pozytywne prowadzą do rozwoju osobistego zarówno w teraźniejszości, jak i w przyszłości. Dzięki nim jednostka jest w stanie podejmować i kontynuować wiele działań. Skuteczne radzenie sobie ze stresującymi sytuacjami jest związane ze wzbudzaniem emocji pozytywnych, co może prowadzić do budowania zasobów jednostki, a to z kolei może być czynnikiem, który prowadzi do osobistego wzrostu [16].

CEL BADAŃ

Celem niniejszego badania jest weryfikacja, czy chorzy na SM uzyskują wzrost osobisty przejawiający się w następujących aspektach: gotowość do uzyskania wzrostu osobistego, osiągnięta satysfakcja z życia, odczuwany sens życia (w aspektach: uzyskany sens życia i poszukiwanie sensu życia), wzrost duchowości (przejawiający się w aspektach takich jak: religijność, wrażliwość etyczna oraz harmonia wewnętrzna) oraz zdolność do intensywnego przeżywania emocji pozytywnych w porównaniu z osobami, które nie zmagają się ze stresem choroby przewlekłej (osoby zdrowe).

Pierwsze pytanie badawcze brzmi zatem następująco: Czy chorzy na stwardnienie rozsiane (SM) uzyskują gotowość do uzyskania wzrostu osobistego dzięki doświadczanej chorobie? Opierając się

na założeniach psychologii pozytywnej skonstruowano założenie, które mówi o tym, że choroba przewlekła jaką jest stwardnienie rozsiane (SM) przyczynia się do uzyskania wzrostu osobistego tak, że: (1) chorzy na stwardnienie SM przejawiają wyższą gotowość do uzyskania wzrostu osobistego w porównaniu z osobami zdrowymi, (2) osiągają lepszą satysfakcję z życia w porównaniu z osobami zdrowymi, (3) odczuwają większy sens życia w porównaniu z osobami zdrowymi, (4) przejawiają większy wzrost duchowości w aspektach takich jak: religijność, wrażliwość etyczna oraz harmonia oraz (5) intensywniej przeżywają emocje pozytywne w porównaniu z osobami zdrowymi.

Drugim pytaniem badawczym jest pytanie o uwarunkowania kliniczno-społeczne wzrostu osobistego w stwardnieniu rozsianym. W tym przypadku zapytano się, czy wzrost osobisty w SM jest związany z czynnikami: demograficznymi (płeć, wiek, wykształcenie), społecznymi (posiadanie rodzinnym aktywność zawodowa) czy klinicznymi (postać stwardnienia rozsianego, czas chorowania, sprawność fizyczna).

OSOBY BADANE

Badanie odbywało się w zgodzie ze standardami etycznymi wyznaczonymi przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne [20]. Rozpatrzone została zgodność planowanego badania z zasadami etyki zawodowej. Respondenci wzięli udział w badaniu dobrowolnie z możliwością wycofania się w każdej chwili. Badani zostali powiadomieni o tym, że ich dane zebrane w trakcie badania są anonimowe, w badaniu uczestniczyli po świadomie wyrażonej zgodzie. Nikt nie został narażony na nieprzyjemne doświadczenia. Badanie zostało przeprowadzone w sposób indywidualny w prywatnych mieszkaniach osób chorych na stwardnienie rozsiane oraz w mieszkaniach osób zdrowych. Chorzy byli pozyskiwani z polecenia innych chorych po uprzednim wyrażeniu przez nich zgody na wzięcie udziału w niniejszym badaniu. Większość z nich była zrzeszona w oddziale gdańskim Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. Respondentami były osoby prywatne, pełnoletnie, zarówno kobiety jak i mężczyźni. W przypadku osób chorych na SM badanie trwało około 40 min, natomiast u osób zdrowych nie zajęło więcej niż 10 minut. Przebadano łącznie 60 osób. W próbie pierwszej, liczącej 30 osób, brały udział osoby chorujące na stwardnienie rozsiane (SM). Grupa liczyła 19 kobiet i 11 mężczyzn. W drugiej próbie, również liczącej 30 osób, brały udział osoby zdrowe. W tej grupie także brało udział 19 kobiet i 11 mężczyzn (tabl. 1). Badani odpowiedzieli na wszystkie pytania.

Tabela 1. Charakterystyka grup badanych.

Table 1. Characteristics of the study sample.

	Chorzy na SM			Zdrowi
	liczebność	średnia	SD	liczebność
Płeć:				
– kobiety	19			19
– mężczyźni	11			11
Wiek (w latach):		50	11	
Wykształcenie:				
– średnie	15			15
– wyższe	15			15
Postać choroby:				
– rzutowo-remisyjna	4			
– wtórnie postępująca	9			
– pierwotnie postępująca	10			
– postępująco-rzutowa	7			
Stan rodzinny				
– samotny	13			4
– z własną rodziną	17			26
Praca:				
– pracujący	7			20
– niepracujący	23			10
Czas choroby (w latach)		17,8	10,5	
Skala EDSS Kurtzkego		4,9	1,99	

METODY

Badani wypełniali 5 kwestionariuszy ułożonych w takiej samej kolejności dla wszystkich uczestników badania.

Do badania gotowości do wzrostu osobistego użyto kwestionariusza: „Gotowość do uzyskania wzrostu personalnego” (*Personal Growth Initiative Scale*, PGIS) [21, 22] w tłumaczeniu i polskiej adaptacji Kossakowskiej. Kwestionariusz mierzy aktywne i intencjonalne zaangażowanie osoby w zmianę i rozwój siebie jako osoby. Im wyższy wynik uzyskiwali badani w kwestionariuszu, tym ich gotowość do uzyskania wzrostu osobistego była wyższa. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla polskiej wersji PGIS wynosi 0,87 (n=384).

W celu pomiaru poziomu osiągniętej satysfakcji z życia wykorzystano „Skalę satysfakcji z życia” (*Satisfaction with Life Scale*, SWLS) [23] w polskiej adaptacji Juczyńskiego [24]. Kwestionariusz zawiera 5 stwierdzeń dotyczących satysfakcji z życia. Im wyższy wynik w tym kwestionariuszu, tym wyższą osiągniętą satysfakcją z życia deklaruje osoba badana.

Do badania sensu życia użyto „Skali sensu życia” (*Meaning of Life Questionnaire*, MLQ) [25], która zawiera 10 stwierdzeń. Badani odpowiadali na pytania dotyczące tego, co sprawia, że ich życie jest ważne i znaczące. Skala składa się z dwóch podskal – uzyskany sens życia (bada jaki jest poziom odczuwanego sensu życia na chwilę obecną) i poszukiwanie sensu życia (bada jaki poziom sensu życia badani chcieliby

osiągnąć). Im wyższy wynik uzyskiwali badani tym większe poczucie sensu życia deklarowali. Wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha dla polskiej wersji wynosi dla całej skali 0,79.

Do badania kontroli wzrostu duchowości wykorzystano „Kwestionariusz samoopisu” [26]. Kwestionariusz składa się z 20 stwierdzeń dotyczących różnych aspektów poczucia duchowości. Budują one trzy podskale – religijności (poziom wykorzystywania praktyk religijnych w życiu codziennym), wrażliwości etycznej (poziom postawy etycznej) oraz harmonii (odczuwana harmonia – poczucie przynależności do świata, wewnętrznego spokoju, radości, poczucia, że w świecie jest wiele miłości i postrzegania świata jako przyjaznego). Im wyższy wynik był uzyskiwany w kwestionariuszu, tym większy wzrost duchowości był odczuwany u badanych.

Do badania kontroli intensywności przeżywanych emocji pozytywnych wykorzystano eksperymentalną wersję „Skali emocji pozytywnych” skonstruowaną przez Kossakowską. Rzetelność całej podskali wynosi α -Cronbacha=0,83. Skala zawiera 15 emocji i składa się z dwóch podskal – radości (intensywności odczuwanych emocji związanych z radością) i miłości (intensywności odczuwanych emocji związanych z miłością). Zadaniem respondentów było określenie intensywności, z jaką przeżywali oni dane emocje na skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza, że dana emocja przeżywana jest w niewielkim stopniu, a 6, że dana emocja przeżywana jest w silnym stopniu. Im wyższy wynik, tym większa była intensywność odczuwania emocji pozytywnych w życiu.

Ponadto wykorzystano „Kwestionariusz chorego na SM” [27] w celu zebrania danych społeczno-klinicznych, takich jak czynniki demograficzne: płeć, wiek, wykształcenie, społeczne: posiadanie rodziny, aktywność zawodowa oraz kliniczne: postać stwardnienia rozsianego, czas chorowania, sprawność fizyczna oznaczana za pomocą skali EDSS (*Expanded Disability Status Scale*) Kurtzkego [28].

Osoby chore wypełniały kwestionariusze samodzielnie zakreślając kolejne odpowiedzi a kiedy prosili, aby czytać im pytania, odpowiadali na nie ustnie. Osoby zdrowe wypełniały kwestionariusze samodzielnie. Kwestionariusze wypełniano w ustalonej kolejności, takiej samej dla wszystkich badanych. „Kwestionariusz chorego na SM” wypełniali tylko chorzy na SM. Wszystkie badania przeprowadzone były w ciszy i spokoju.

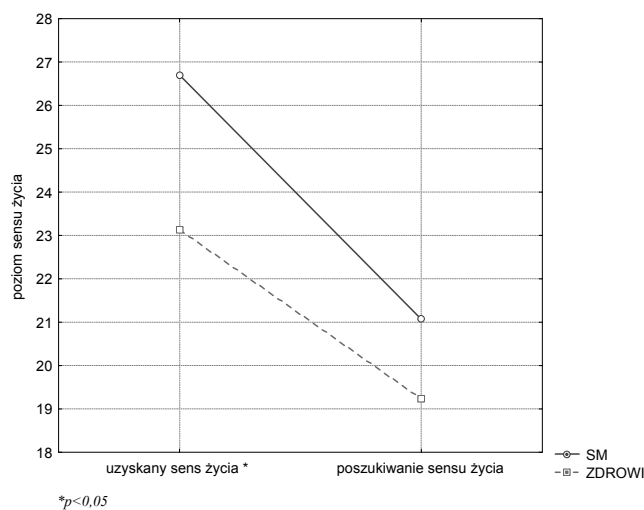
WYNIKI

Wzrost osobisty

Analiza statystyczna wyników testem parametrycznym t-Studenta, porównującym średnie wyniki

między grupami w gotowości do uzyskania wzrostu osobistego oraz w satysfakcji życiowej wykazała, że osoby chorujące na stwardnienie rozsiane (SM) i osoby zdrowe nie różnią się istotnie od siebie pod względem gotowości do uzyskania wzrostu osobistego oraz w deklarowanej satysfakcji życiowej.

W celu weryfikacji hipotezy o różnicach w zakresie sensu życia u chorych na SM w porównaniu ze zdrowymi wykorzystano analizę wariancji MANOVA. Analiza wariancji MANOVA w układzie: grupa (chorzy na SM vs zdrowi) x 2 składowe sensu życia (uzyskany sens życia i poszukiwanie sensu życia), ujawniła efekt główny czynnika Badani ($F(1, 58)=6,7681$, $p<0,05$) oraz brak interakcji pomiędzy mierzonymi zmiennymi. Wynik ten oznacza, że osoby chore na stwardnienie rozsiane istotnie różnią się od osób zdrowych pod względem poczucia sensu życia. Osoby chore na SM mają wyższe poczucie sensu życia niż osoby zdrowe. Analiza *post hoc* wspomnianej interakcji testem LSD Fishera wykazała, że istnieją różnice statystyczne pomiędzy grupami (chorzy na SM i zdrowi) w uzyskanym sensie życia ($p<0,01$) i pomiędzy uzyskanym sensem życia a poszukiwaniem sensu życia w grupie chorych na SM ($p<0,05$). Oznacza to, że chorzy na SM deklarują zdecydowany wyższy uzyskany sens życia w porównaniu ze zdrowymi (ryc. 1).



Rycina 1. Poziom sensu życia w grupie osób chorych na SM i u osób zdrowych ze względu na uzyskany sens życia i poszukiwanie sensu życia.

Figure 1. Meaningfulness of life in MS patients and healthy controls by the levels of attained meaning of life and striving for meaning in life.

Analiza wariancji MANOVA w układzie grupa: (chorzy vs zdrowi) x 3 składowe duchowości (Religijność, Wrażliwość etyczna, Harmonia) wykazała efekt interakcji: grupa badanych x składowe duchowości ($F(2,116)=9,4552$, $p<0,001$). Analiza *post hoc* różnic między średnimi wykazała, że: chorzy na SM są zdecydowanie bardziej religijni niż zdrowi ($p<0,001$). Nie stwierdzono natomiast różnic pomię-

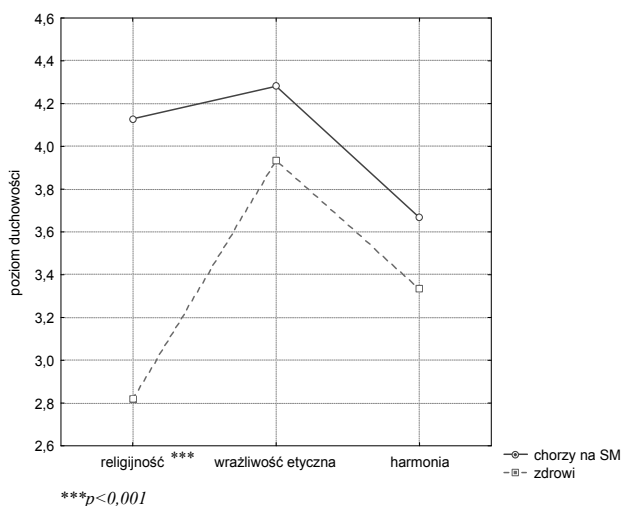
dzy chorymi na SM a zdrowymi w zakresie poziomu wrażliwości etycznej i harmonii. Zatem można stwierdzić, że SM powoduje, że wzrastają praktyki religijne u chorych na stwardnienie rozsiane (ryc. 2).

Analiza wariacji MANOVA w układzie: grupa (chorzy na SM vs zdrowi) x 2 składowe emocje pozytywne (Radość i Miłość) wykazała nieznaczne (na poziomie tendencji statystycznej) różnice pomiędzy chorymi na SM a zdrowymi w intensywności przeżywanych emocji pozytywnych ($F(1,58)=3,4246$, $p<0,10$). Chorzy na SM deklarują, że odczuwają bardziej intensywnie emocje pozytywne w porównaniu ze zdrowymi (ryc. 3). Oznacza to, że istnieje statystyczna tendencja do tego, że osoby chore na stwardnienie rozsiane (SM) mają relatywnie większą zdol-

ność do odczuwania emocji pozytywnych niż osoby zdrowe. Analiza *post hoc* testem LSD Fishera wykazała brak różnic pomiędzy grupami (chorzy na SM i zdrowi) na poziomie przeżywania radości i miłości. Widzimy tylko nieznaczną tendencję opisaną wcześniej (ryc.3).

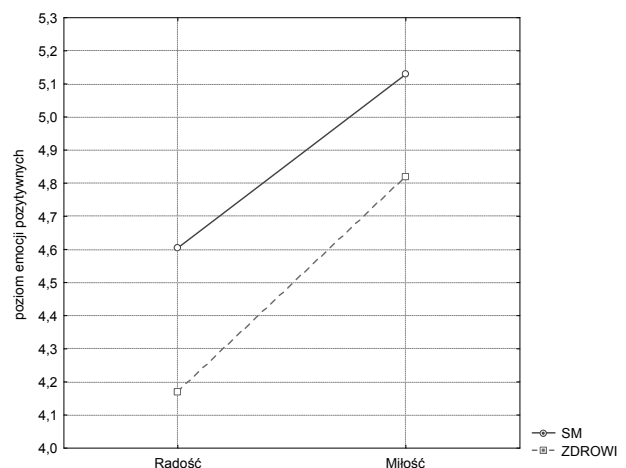
Spoleczno-kliniczne uwarunkowania wzrostu osobistego

W celu uzyskania ewentualnych związków pomiędzy czynnikami społeczno-klinicznymi a wzrostem osobistym mierzonym w powyższych aspektach obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona na grupie osób chorych na stwardnienie rozsiane. Wyniki obliczeń przedstawia tabl. 2.



Rycina 2. Poziom duchowości mierzony w trzech podskalach: religijność, wrażliwość etyczna i harmonia w grupie osób chorych na SM i w grupie osób zdrowych.

Figure 2. Spirituality scores on three subscales of religiousness, ethical sensitivity, and harmony in two groups – of MS patients and healthy controls.



Rycina 3. Poziom intensywności emocji: radość i miłość w grupach osób chorych na SM i osób zdrowych.

Figure 3. Positive affectivity (including joy and love levels) in MS patients and healthy controls.

Tabela 2. Korelacja czynników kliniczno-społecznych ze wskaźnikami wzrostu osobowego wśród chorych na SM.

Table 2. Correlations of clinical and social factors with personal growth indicators among MS patients.

	MLQ		PGIS		Skala samoopisu			SWLS	Kwestionariusz emocji Pozytywnych	
	sens życia	poszukiwanie sensu	gotowość wzrostu osobowego	duchowość	religijność	etyka	harmonia	satysfakcja z życia	radość	miłość
Płeć	0,17	0,14	0,27	0,16	0,20	0,13	0,17	0,20	0,10	0,09
Wiek	-0,07	0,09	0,05	0,30	0,34	0,15	0,04	-0,05	0,09	0,05
Wykształcenie	0,05	0,12	0,29	-0,29	-0,34	-0,28	-0,15	0,22	-0,05	-0,10
Postać choroby	-0,26	0,09	-0,03	-0,30	-0,31	-0,07	-0,14	-0,04	-0,06	0,01
Sytuacja rodzinna	0,44*	0,02	0,20	0,30	0,29	0,36	0,34	0,31	0,24	0,17
Praca	0,08	-0,19	0,11	0,16	0,12	0,10	0,23	-0,05	0,29	0,35
Czas chorowania	0,06	0,07	0,20	0,38*	0,33	0,30	0,13	-0,16	0,09	0,02
Skala Kurtzkego	-0,12	-0,09	0,01	0,14	0,13	0,14	0,14	0,03	0,16	0,21

* $p<0,05$.

MLQ: skala sensu życia; PGIS: Skala gotowości wzrostu personalnego; SWLS: skala satysfakcji z życia

Z powyższych wyników ujawniają się bardzo ograniczone związki pomiędzy czynnikami demograficznymi, społecznymi i klinicznymi a wybranymi aspektami wzrostu osobistego. Czynniki demograficzne (płeć, wiek, wykształcenie), aktywność zawodowa, postać choroby, niepełnosprawność ruchowa nie są związane z gotowością do osiągania wzrostu osobistego, sensem życia, satysfakcją życiową, duchowością, emocjami pozytywnymi. Uzyskano tylko dwa istotne statystycznie związki pomiędzy statusem rodzinnym a uzyskanym sensem życia ($r=0,44$) oraz duchowością a czasem chorowania ($r=0,38$). Oznacza to, że chorzy na SM, którzy posiadają pełną rodzinę cieszą się wysokim sensem życia w porównaniu z tymi chorymi, którzy jej nie posiadają. Ponadto, ci chorzy, którzy chorują dłużej deklarują większy wzrost duchowości w porównaniu z tymi, którzy chorują krócej.

W celach kontrolnych, aby porównać, czy istnieją związki pomiędzy zmiennymi demograficznymi i społecznymi oraz zmiennymi wzrostu osobistego, obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona wśród osób zdrowych. U osób zdrowych uzyskano tylko jedną korelację pomiędzy wykształceniem a poszukiwaniem sensu życia ($r=0,38$). Takiej korelacji nie uzyskano w grupie osób chorych na SM.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki przeprowadzonego badania przede wszystkim sugerują brak większego kryzysu osobistego w zakresie mierzonych wskaźników wzrostu osobistego. Porównując grupę osób chorych na stwardnienie rozsiane z grupą osób zdrowych okazuje się, że chorzy deklarują podobną gotowość do wzrostu osobistego, co daje im równe szanse odnośnie możliwości przeprowadzenia poważnej zmiany życiowej w porównaniu z osobami, które nie doświadczają stresu choroby przewlekłej. Dzięki temu wynikowi możemy mieć większą pewność, że w SM istnieje podstawowa gotowość do uzyskania zmiany, dzięki której chory może wprowadzać zmiany rozwojowe w swoim życiu, zatem jest między innymi również przekonany o posiadaniu kontroli nad swoim życiem, posiada nawet konkretny plan działania prowadzący do realizacji celów życiowych ułatwiających wzrost osobisty. Pomoc terapeutyczna udzielana chorym na SM ma zatem sens i może ułatwić i ukierunkować proces wzrostowy. Psychologowie pozytywni chcieliby zapewne oczekiwać od chorych na chorobę przewlekłą większej gotowości do przeprowadzenia zmian w swoim życiu, zwłaszcza, gdyby miały one być zmianami na lepsze. Choroba przewlekła jest przecież sytuacją „bez wyjścia”, która wymaga dodatkowych wysiłków psychicznych: poznawczych i emocjonalnych, aby się do niej zaadaptować. Zatem wysoka gotowość do uzy-

skiwania wzrostu osobistego jest bardzo korzystna i jest związana z pozytywnym afektem rozumianym jako niski poziom deklarowanych symptomów depresji [29], satysfakcją życiową, subiektywnie odczuwanym szczęściem, samoakceptacją [30] oraz niższym lękiem społecznym [31]. Fakt braku różnic w tym zakresie pomiędzy chorymi i zdrowymi traktujemy również jako pozytywny rezultat zmagania się z chorobą. Należy zwrócić w tym miejscu uwagę na grupę chorych, która uczestniczyła w tym badaniu: przede wszystkim średnia czasu chorowania wskazuje na to, że nasi chorzy od wielu już lat doświadczali swojej choroby, zatem mogli być na dalszym etapie przystosowania do niej, w porównaniu z osobami, które są na początku trwania choroby, zatem w kategoriach przystosowania mogą być na, co najmniej, wstępnym etapie afirmacji swojej sytuacji [32]. Ponadto wszyscy chorzy byli badani w warunkach domowych, a nie w szpitalu, co wskazuje na badanie w fazie remisji choroby bądź w sytuacji pewnej stabilizacji objawów chorobowych. Zatem w porównaniu z chorymi w trakcie rzutu choroby, sytuacja tych badanych jest korzystniejsza z psychologicznego punktu widzenia. Średni stopień niepełnosprawności badanych chorych (wg skali EDSS 4,88) również wskazuje na dość znaczną samodzielność w poruszaniu się, co niewątpliwie ułatwia wzrost osobisty.

Prezentowane badanie nie odpowiedziało na pytanie o ewentualne uwarunkowania gotowości do uzyskiwania wzrostu osobistego, wynika bowiem z niego, że czynniki demograficzne takie jak płeć, wiek, wykształcenie, sytuacja rodzinna czy aktywność zawodowa nie są związane z gotowością do wzrostu osobistego. Podobnie wskaźniki kliniczne takie jak: postać choroby, czy umiarkowany stopień niewydolności ruchowej mierzony skalą Kurtzke'go nie są związane z gotowością do przeprowadzenia zmiany w swoim życiu. Istnieje zatem konieczność dalszych poszukiwań czynników warunkujących gotowość do uzyskiwania wzrostu osobistego wśród chorych na stwardnienie rozsiane.

Satysfakcja z życia u chorych na SM jest podobna jak u zdrowych. Psychologia kliniczna oczekiwałaby pogorszenia zadowolenia z życia w obliczu choroby przewlekłej, zatem wynik wskazujący na brak obniżenia tej satysfakcji może świadczyć o dobrym przystosowaniu do choroby wśród naszych badanych. Poszukiwania uwarunkowań społeczno-klinicznych satysfakcji z życia w grupie chorych na SM nie ujawniły istotnych związków z czynnikami demograficznymi i społecznymi. Satysfakcja z życia wśród chorych na SM nie jest zależna od płci, wieku, wykształcenia ani od zatrudnienia i statusu rodzinnego. W badaniu Pakenhama [9] ważnymi predyktorami satysfakcji życiowej w SM okazał się status małżeński. Fakt pozostawania w związku podnosił satysfakcję z życia.

W naszym badaniu uwzględnialiśmy rodzaj statusu rodzinnego: pozostawanie w małżeństwie oraz różne formy stanu wolnego (wdowieństwo, rozwód, panna/kawaler), stąd wynik nasz okazał się niejednoznaczny. W ogólnej populacji ludzkiej satysfakcja z życia jest związana z płcią i wykształceniem, jednak związek ten jest słaby i badacze sugerują mierzyć satysfakcję z życia w wielu różnych aspektach, aby móc zróżnicować czynniki, od których uzależniony jest konkretny wymiar satysfakcji życiowej [33]. Z naszych badań wynika przykładowo, że satysfakcja z życia w SM nie jest skorelowana z postacią choroby, czasem jej trwania oraz ze stopniem umiarkowanej niewydolności Kurtzkego. Podobne rezultaty uzyskał Pakenham i dodatkowo udowodnił, że powyższe aspekty kliniczne choroby są istotnie związane z subiektywną oceną zdrowia, dyskomfortem psychologicznym wynikającym z chorowania oraz z negatywnym afektem², nie mają natomiast związku z pozytywnym afektem², przystosowaniem psychospołecznym do choroby oraz ze wspomnianą satysfakcją życiową w SM [9].

Z prezentowanych badań wynika także, że stwardnienie rozsiane nadaje sens życiu chorego. Chorzy deklarują częściej niż zdrowi, że sens życia już uzyskali, chociaż nadal dbają o to, aby poszukiwać nowych wyjaśnień, nowych argumentów podtrzymujących znaleziony już sens życia. To bardzo korzystny wynik silnie przemawiający za koncepcją odnajdywania korzyści [8] w chorobie. Nadanie znaczenia przywraca poczucie kontroli nad rzeczywistością, zwłaszcza trudną [34] i stanowi bardzo ważny czynnik dający szczęście w życiu [17]. Sens życia w SM jest związany z sytuacją rodzinną, chorzy, którzy posiadają pełną rodzinę charakteryzują się wyższym uzyskanym sensem życia niż chorzy samotni czy z rodziny rozbitej. Niejednokrotnie podczas badań spotykaliśmy się z opiniami chorych, że dzieci nadają sens życiu a dobrze wspierający (aczkolwiek nie wyręczający) partner ułatwia życie choremu i stanowi źródło dobrych doświadczeń. Z innych badań Pakenhama wynika, że uzyskany sens życia w SM jest związany z przeformułowaniami celów życiowych i akceptacją choroby, a więc ze zdolnością do potraktowania choroby jako wyzwania, które kreuje nowe, zmienione cele i ukierunkowuje chorego na konkretne działania [35]. Traktowanie stwardnienia rozsianego jako wyzwania ułatwia radzenie sobie z chorobą i sprawia, że jakość życia chorego jest wyższa a chory uzyskuje lepsze przystosowanie w SM [28]. W świetle takich badań uzyskiwanie, czy nadawanie nowego sensu życia w SM staje się wiodącym celem terapeutycznym mogącym zdecydowanie podnieść jakość życia chorego.

Chorzy na SM w porównaniu ze zdrowymi nie różnią się specjalnie poziomem duchowości w aspektach wrażliwości etycznej i harmonii wewnętrznej. Jednak zdecydowanie są bardziej religijni niż zdrowi. Religijność, a zwłaszcza zwracanie się ku religii stanowi swoistą strategię zaradczą w stwardnieniu rozsianym, co potwierdziły już wcześniejsze badania [36]. Strategia ta była wówczas związana z płcią (częściej stosowana była przez chore kobiety) oraz z wiekiem zachorowania (chorzy, którzy zachorowali stosunkowo wcześniej chętniej zwracali się ku praktykom religijnym niż ci, którzy zachorowali w późniejszym wieku). Religijność stanowiła zatem poważny zasób osobisty. Należy jednak pamiętać, że religijność dotyczy głównie przejawów behawioralnych duchowości i stanowi pewien zbiór swoistych rytuałów, które powodują na przykład wyciszenie i regulują czynności fizjologiczne jak w sytuacji odmawiania modlitwy czy mantry [37]. Pojęciem nadrzędnym w stosunku do religijności jest duchowość i w zakresie deklarowanej duchowości nie dostrzeżliśmy różnic pomiędzy chorymi na SM i zdrowymi. Jednak wykryto istotny związek pomiędzy duchowością a czasem chorowania. Chorzy z dłuższym stażem chorowania są bardziej uduchowieni. Zatem wynik ten sugeruje, że wzrost duchowości w chorobie jest możliwy, ale należałoby poszukać jej korelatów z innymi czynnikami w SM, zwłaszcza na późniejszym etapie chorowania.

Niniejsze badanie wykazało także pozytywną tendencję u badanych chorych na SM do intensywniejszego odczuwania emocji pozytywnych, zarówno radości i jak i miłości. To bardzo korzystna tendencja, którą należałoby zweryfikować na większej grupie badanych. W prezentowanych badaniach nie wykazano związków emocji pozytywnych z czynnikami społeczno-klinicznymi. Poszukiwanie i znalezienie takich czynników, które byłyby skorelowane z intensywnością przeżywanych emocji pozytywnych mogłoby być próbą odpowiedzi na mechanizmy czy uwarunkowania tej istotnej z punktu widzenia satysfakcji z życia, zdolności. Badania ostatniej dekady z zakresu psychologii pozytywnej koncentrujące się na emocjach pozytywnych wykazały, że zdolność do ich wzbudzania i kulturowania stanowi bardzo skuteczny sposób radzenia sobie z trudnościami życiowym, daje poczucie szczęścia w życiu, wręcz buduje dobre życie (por. badania Fredrickson) [38]. Konieczne jest dalsze prowadzenie badań nad tą pozytywnością, zwłaszcza w grupach klinicznych. Niniejsze badanie stanowi część obszerniejszego projektu badawczego, który weryfikując rolę emocji pozytywnych w chorobach przewlekłych. Okazuje się na przykład, że chorzy w porównaniu ze zdrowymi są w stanie intensywniej przeżywać

² We wspomnianym badaniu afekt negatywny i pozytywny rozumiany jest jako deklarowane przez badanego odczuwane emocje negatywne i pozytywne przeżywane w określonym czasie.

emocje pozytywne, zwłaszcza emocje związane z miłością [39], jednak konieczne jest dalsze poszukiwanie uwarunkowań tej zdolności.

PIŚMIENNICTWO

- Trzebińska E. Psychologia pozytywna. Od czego zależy dobre życie. Warszawa: Wydawnictwa akademickie i profesjonalne; 2003.
- Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. *Psychol Inq*. 1998; 9: 1–28.
- Dąbrowski K. Trud istnienia. Warszawa: WP; 1986.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Linley AP, Joseph S. red. Psychologia pozytywna w praktyce. Warszawa: PWN; 2007. s.230–248.
- Lazarus RS, Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
- Selmaj K. Stwardnienie rozsiane. Poznań: Termedia; 2006.
- Woyciechowska J. Co to jest SM? Sobie moc. Stwardnienie rozsiane i jego leczenie inaczej, czyli Rehabilitacja Wielowymiarowa w SM. Przewodnik dla pacjenta. Warszawa: MI Polska; 2002.
- Tennen A, Affleck G. Benefit-finding, benefit-reminding. W: Snyder CR, Lopez SJ. red. Handbook of positive psychology. Oxford: Oxford University Press; 2005. s.584–597.
- Pakenham KI. Benefit-finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychol*. 2005; 24 (2): 123–132.
- Hart SL, Vella L, Mohr DC. Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health Psychol*. 2008; 27 (2), 230–238.
- Van Der Wende J. Coping, benefit-finding, and neuropsychological factors in multiple sclerosis. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2000; 61 (4-B): 2226.
- Pakenham KI, Cox S. Development of the benefit-finding in multiple sclerosis (MS) caregiving scale: A longitudinal study of relations between benefit-finding and adjustment. *Brit J Health Psych*. 2008; 13: 583–602.
- Pakenham KI, Cox S. The dimensional structure of benefit-finding in multiple sclerosis and relations with positive and negative adjustment: A longitudinal study. *Psychol Health*. 2009; 24 (4): 373–393.
- Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective Well-Being. The Science of Happiness and Life Satisfaction. W: Snyder CR, Lopez SJ. red. Handbook of positive psychology. Oxford: Oxford University Press; 2005. s.63–73.
- Lucas RE. Adaptation and the Set-Point Model of subjective well-being: Does happiness change after major life events? *Curr Dir Psychol Sci*. 2007; (16)2: 75–79.
- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość. Stres a zdrowie. Warszawa: Diffin; 2008.
- Baumeister RF, Vohs KD. The pursuit of meaningfulness in life. W: Snyder CR, Lopez SJ. red. Handbook of positive psychology. Oxford: Oxford University Press; 2005. s.608–618.
- Heszen-Niejodek I. Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. red. Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2003. s. 33–47.
- Larsen JT, Hemenover SH, Norris CJ, Cacioppo JT. Turning adversity to advantage: On the virtues of the coactivation of positive and negative emotions. W: Anspinwall LG, Staudinger UM. red. A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology. Washington DC: APA; 2002. s.211–226.
- Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 1991.
- Robitschek C. Personal growth initiative: The construct and its measure. *Meas Eval Couns Dev*. 1998; (30): 183–198.
- Robitschek C. Further validation of the Personal Growth Initiative Scale. *Meas Eval Couns Dev*. 1999; (31): 197–210.
- Diener E, Emmons, RA, Larson RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985; 49: 71–75.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
- Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *J Couns Psychol*. 2006; 53 (1): 80–93.
- Heszen-Niejodek I, Gruszczyńska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przełęcz Psychologiczny*. 2004; 47 (1): 15–31.
- Kossakowska M. Psychospołeczne uwarunkowania radzenia sobie z chorobą przewlekłą na przykładzie stwardnienia rozsianego i przewlekłego zapalenia trzustki. Niepublikowana praca doktorska. Bydgoszcz: ABKW; 2003.
- Cendrowski W. Stwardnienie rozsiane. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Sanmedia; 1994.
- Robitschek C, Kashubeck S. A structural model of parental alcoholism, family functioning, and psychological health: The mediating effects of hardiness and personal growth orientation. *J Couns Psychol*. 1999; 46: 159–172.
- Robitschek C, Keyes CLM. Personal growth initiative and multidimensional well-being. 112th Annual Convention of the American Psychological Association. Honolulu; 2004.
- Hardin EE, Weigold IK, Robitsek CH, Nixon AE. Self-discrepancy and distress: the role of personal growth initiative. *J Couns Psychol*. 2007; 54 (1): 86–92.
- Matson RR, Brooks NA. Adjusting to multiple sclerosis: An exploratory study. *Soc Sci Med*. 1977; 11: 245–250.
- Diener E, Suh E, Lucas R, Smith H. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull*. 1999; 125: 276–302.
- Rothbaum F, Weisz JR, Snyder SS. Changing the world and changing self: A two-process model of perceived control. *J Pers Soc Psychol*. 1982; 42: 5–37.
- Pakenham KI. Making sense of multiple sclerosis. *Rehabil Psychol*. 2007; 52 (4):380–389.
- Kossakowska M. Strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą w stwardnieniu rozsianym. *Post Psychiatr Neurol*. 2008; 17 (1): 15–21.
- Bernardi L, Sleight P, Bandinelli G, Cencetti S, Fattorini L, Wdowczyk-Szulc J, Jagi A. Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study. *Brit Med J*. 2001; 323: 1446–1449.
- Fredrickson B. Positivity. New York: Crown Publishers; 2009.
- Kossakowska M. Positive emotions and illness perception among patients with cancer in the face of adversity (and hope). Poster. The First World Congress on Positive Psychology. Philadelphia (PA), USA; 2009.

Wpłynęło: 13.07.2011. Zrecenzowano: 25.09.2011. Przyjęto: 04.11.2011.

Adres: dr Marlena Kossakowska, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej Wydział Zamiejscowy w Sopocie, ul. Polna 16/20, 81–745 Sopot, e-mail: mkossakowska@swps.edu.pl