

Małgorzata Anna Basińska
Instytut Psychologii UKW w Bydgoszczy

Elastyczne radzenie sobie ze stresem a oczekiwania od edukacji terapeutycznej i przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów chorych przewlekle

Wprowadzenie

W ramach modelu biopsychospołecznego podkreśla się znaczenie aktywności pacjenta w procesie leczenia, a także jego potrzeb i oczekiwań, które przekładają się na przebieg powrotu do zdrowia. Od niedawna zwraca się uwagę na oczekiwania, jakie pacjent ma w stosunku do lekarza, pielęgniarki czy psychologa, a także w stosunku do obszaru, jakim jest informacja i edukacja towarzysząca procesowi leczenia. Aby leczenie było skuteczne, niezbędne są pacjentowi również pewne umiejętności, do których zaliczyć można: rozpoznawanie objawów chorobowych i właściwe reagowanie na nie, a także prawidłowe przyjmowanie leków i wykonywanie innych czynności koniecznych w procesie leczenia choroby. Rola aktywności chorych jest szczególnie ważna, gdy schorzenie ma charakter przewlekły. Jednak niektórym pacjentom przychodzi ona z dużym trudem. Postawiono sprawdzić, jakie są powiązania między oczekiwaniami terapeutycznymi chorego i jego sposobem zażywania leków a elastycznym radzeniem sobie w grupie osób cierpiących w powodu chorób przewlekłych.

Oczekiwania pacjenta od edukacji

Edukacja pacjenta jest ważnym elementem nowoczesnej opieki zdrowotnej. Bardzo często w literaturze przedmiotu spotykamy zamienne stosowanie pojęć: edukacja zdrowotna, edukacja pacjenta czy obecnie edukacja terapeutyczna. Wydaje się zasadne na początku tego opracowania usystematyzować i doprecyzować powyższe pojęcia. Edukacja zdrowotna jest definiowana jako proces, w którym ludzie uczą się dbać o własne zdrowie oraz o zdrowie innych osób w społeczności, w której żyją. Proces ten składa się z kilku etapów, od uświadomienia sobie pro-

blemów ze zdrowiem do podjęcia decyzji i działań w celu zmiany zachowań zdrowotnych. W definicji tej podkreśla się związki między zdrowiem człowieka a jego środowiskiem fizycznym i społecznym (Williams, 1998).

Edukacja terapeutyczna jest opisywana przez Światową Organizację Zdrowia następująco: „edukacja terapeutyczna powinna umożliwić pacjentom nabycie i utrzymanie zdolności, które pozwolą im kierować własnym życiem w sytuacji choroby. Jest to proces ciągły i zintegrowany z opieką medyczną. Edukacja terapeutyczna skoncentrowana jest na pacjencie i zawiera: rozwijanie świadomości, autoedukację, psychospołeczne wsparcie, uwzględniające stan chorobowy zalecenia stosowania leków lub innych zabiegów terapeutycznych, działania opiekuńcze, warunki w placówkach oraz innych miejscach, w których przebiega leczenie, a także informowanie dotyczące organizacji ochrony zdrowia, oraz zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą. Edukacja terapeutyczna zakłada pomoc pacjentom i ich rodzinom w zrozumieniu choroby i terapii, rozwinięcie współpracy z pracownikami ochrony zdrowia, która umożliwi zdrowsze życie oraz utrzymanie lub podwyższenie jakości życia” (WHO Copenhagen, 1998, s. 17). W tym ujęciu edukacja jest procesem złożonym i wielowymiarowym.

Edukacja pacjenta to zaplanowana działalność, stworzona dla poprawy zachowań zdrowotnych pacjentów i ich stanu zdrowia (Lorgin, 2001). Edukację pacjenta można podzielić na dwie duże kategorie: kliniczną edukację pacjenta (lub nauczanie kliniczne i uczenie się) oraz edukację zdrowotną. Kliniczna edukacja pacjenta to zaplanowany, systematyczny, sekwencyjny i logiczny proces nauczania i uczenia się pacjentów oraz klientów we wszystkich sytuacjach klinicznych (związanych z chorobą). Jest to proces ciągłego nauczania i uczenia się z udziałem pracowników ochrony zdrowia oraz pacjenta lub klienta (i/lub rodziny). Edukacja zdrowotna jest również procesem nauczania i uczenia się podobnie jak edukacja kliniczna, jednak koncentruje się głównie na utrzymaniu zdrowia i profilaktyce. Edukacja zdrowotna jest skierowana do jednostek, grup i społeczności (Dreeben-Irimia, 2009; Basińska i Andruszkiewicz, 2016).

W roku 1999 na spotkaniu w Paryżu, które miało na celu prezentację i wypracowanie procedur dotyczących edukacji pacjentów, przedstawiciele środowisk medycznych uzgodnili wspólną roboczą definicję i przyjęli, że edukacja pacjenta to wszystkie działania edukacyjne skierowane do pacjentów, w tym edukacja terapeutyczna, edukacja zdrowotna i kliniczna (Deccache i Aujoulat, 2001; Visser i wsp., 2001).

By nie mnożyć pojęć i biorąc pod uwagę powyższe definicje, wydaje się zasadne i najbardziej precyzyjne używanie w odniesieniu do edukacji osób chorych przewlekłe pojęcie edukacja terapeutyczna. Po pierwsze dlatego, że takie ujęcie odzwierciedla całe spektrum zagadnień, które należy uwzględnić w procesie edukacji, po drugie zwraca uwagę na specyfikę nauczania skierowanego do ludzi chorych. Tak definiowana edukacja terapeutyczna wychodzi poza proste infor-

mowanie i wyjaśnianie, a także zakłada aktywne angażowanie pacjenta i jego środowiska w proces leczenia. Tak rozumiana edukacja terapeutyczna jest przejawem profilaktyki trzeciorzędowej (Basińska i Andruszkiewicz, 2016).

W literaturze medycznej podkreśla się znaczenie podejścia zorientowanego na pacjenta, a wśród charakterystycznych cech tego podejścia można wymienić: potrzebę uwzględnienia jego preferencji, wartości i potrzeb między innymi w obszarze informacji i edukacji. Zaleca się, aby personel medyczny brał pod uwagę oczekiwania pacjentów i zachęcał ich do przejścia odpowiedzialności za swoje zdrowie (Tongue i wsp., 2005; West i wsp., 2005).

Badania dotyczące oczekiwań pacjentów są prowadzone głównie w kontekście oceny i jakości otrzymywanych usług medycznych. Warto by również spojrzeć na nie jako na potrzeby, życzenia lub pragnienia przed wizytą u lekarza (Williams i wsp., 1995), gdyż znajomość oczekiwań pacjentów pozwala na podejmowanie bardziej trafnych i skutecznych działań (Rao i wsp., 2000; McKinley i Roberts, 2001). Wiadomo przecież, że do efektywnego zarządzania chorobą niezbędne są pacjentowi umiejętności: rozpoznawania objawów chorobowych i właściwego reagowania w razie ich wystąpienia, prawidłowego przyjmowania leków, postępowania w stanach naglących, doboru sposobu żywienia i aktywności fizycznej, skutecznych relacji z pracownikami służby zdrowia, wykorzystania zasobów społeczności lokalnej, adaptacji do pracy czy radzenia sobie z problemami psychologicznymi związanymi z chorobą (McKinley i Roberts, 2001; Holman, 2004). W badaniach wykazano, że wielu chorych nie stosuje się do zaleceń niezbędnych w procesie leczenia, jeśli nie uwzględniają one jego potrzeb, oczekiwań i dotychczasowych doświadczeń (Levin-Zamair i Peterburg, 2001).

We współczesnym rozumieniu za leczenie chorób o przewlekłym przebiegu w głównej mierze odpowiada pacjent, jako osoba mająca poczucie wpływu na przebieg własnej choroby. Członkowie zespołu terapeutycznego natomiast powinni pełnić raczej rolę doradcy wskazującego sposób postępowania aniżeli mentora. Takie aktywne uczestnictwo pacjenta w terapii przekłada się na bardziej pozytywne wyniki leczenia (Sawicki i wsp., 1995; Briggs i wsp., 2004; Rachmani i wsp., 2005; Gambling i Long, 2010; Høglund i wsp., 2010; Lager i wsp., 2010).

Przestrzeganie i stosowanie się do zaleceń lekarskich jest ważnym aspektem przystosowania się do choroby, gdyż prowadzi do uzyskania poprawy ogólnego funkcjonowania (*well-being*). Może ono w istotny sposób zwiększyć skuteczność leczenia niektórych chorób (Bishop, 2005). Na przykład wyedukowany chory na cukrzycę, prowadzący odpowiedni tryb życia i dostosowujący samodzielnie terapię insuliną do zapotrzebowania, ma dużą szansę uniknięcia powikłań. Wiele wyników badań wskazuje na wysoki odsetek osób, które w sposób niezgodny z zaleceniami przestrzegają zażywania leków (por. Lee i wsp., 2013). Pacjenci słabo przestrzegają systematycznego brania leków, szczególnie osoby starsze (Vik i wsp., 2005), dlatego powinni być ściślej monitorowani w celu

optymalizacji ich zachowania związanego z zażywaniem leków. W związku z tym w prezentowanej pracy podjęto to zagadnienie i postanowiono sprawdzić, w jakim stopniu zachowanie o cechach zaradczych może być powiązane z przystosowaniem do choroby wyrażonym w oczekiwaniach terapeutycznych i zażywaniu leków zgodnie z zaleceniami lekarza.

Elastyczne radzenie sobie ze stresem

Problematyka radzenia sobie ze stresem stanowi jedno z ważniejszych zagadnień, którym zajmują się psycholodzy zdrowia. Jakość podejmowanych przez człowieka wysiłków zaradczych i związanych z nimi rezultatów w dłuższej perspektywie czasowej daje skumulowane efekty dla funkcjonowania człowieka, także w obszarze zdrowia. Na radzenie sobie można popatrzeć z wielu perspektyw (Łosiak, 2011). Jedną z nich jest elastyczność procesów zaradczych. Koncepcja elastycznego radzenia sobie ze stresem wprowadza duże zmiany w rozumienie zjawiska radzenia sobie. Proponuje odejście od analizowania radzenia sobie z punktu widzenia stylów i strategii, w zamian za położenie nacisku na jego przebieg i skuteczność. Przenosi ona akcent z rodzaju stosowanych technik radzenia sobie na sposób ich stosowania. Co więcej, koncepcja ta wskazuje na zdolności człowieka do efektywnej modyfikacji stosowanych strategii radzenia sobie w zależności od wymagań, jakie niesie ze sobą stresująca sytuacja (Kato, 2012).

Elastyczne radzenie sobie jest definiowane jako zaprzestanie kontynuowania stosowania nieefektywnych strategii zaradczych oraz wytworzenie i wdrożenie alternatywnych strategii. Definicja ta obejmuje dwa procesy: ewaluację radzenia sobie i adaptacyjne radzenia sobie ze stresem. Osoba, która napotka stresujące zdarzenie, podejmuje próby poradzenia sobie z nim, jednak zastosowana strategia radzenia sobie nie zawsze przynosi pozytywne efekty. Jeżeli osoba nadal korzysta z nieskutecznej strategii, jest mało prawdopodobne, by sytuacja uległa poprawie, może się wręcz pogorszyć. Strategia ewaluacja radzenia sobie pojawia się, gdy człowiek zaczyna porzucać stosowaną dotychczas strategię radzenia sobie, gdyż jej efekty są niesatysfakcjonujące. Ocena radzenia sobie obejmuje różne strategie, takie jak zrozumienia własnego środowiska, monitorowanie i ocena wyników radzenia sobie, czy porzucenie nieskutecznej strategii zaradczej. Jednak zdaniem Kato osoba musi nie tylko porzucić nieskuteczną strategię, ale również rozważyć zastosowanie alternatywnej strategii radzenia sobie. Proces ten jest określany jako adaptacyjne radzenie sobie i obejmuje takie strategie, jak tworzenie dostępnych alternatyw i ich realizację. Osoba musi mieć w repertuarze wiele dostępnych strategii radzenia sobie, by wykreować alternatywną. Jeśli adaptacyjne radzenia sobie wywołuje niekorzystne skutki, proces oceny radzenia sobie i adaptacja są powtarzane, aż do uzyskania korzystnego rezultatu (Kato, 2012, s. 263). Dotychczasowe wyniki badań pozwalają wnioskować o zależności elastycznego radzenia sobie

ze stresem od dostępności sytuacyjnej stosowanych sposobów radzenia sobie ze stresem (Kato, 2012). Niektórzy badacze wskazują jednak na trzy elementy elastyczności, powiązane z innymi skłonnościami i zdolnościami jednostki. Są to wrażliwość na kontekst sytuacji, dostępność zróżnicowanego repertuaru strategii regulacyjnych i reagowanie na informacje zwrotne. Tak więc wszystkie one powinny być brane pod uwagę podczas badania elastyczności (Bonanno i Burton, 2013). Warto podjąć tego typu wysiłek zaradczy, gdyż najbardziej skuteczne jest radzenie sobie charakteryzujące się elastycznością (Heszen-Niejodek, 2000), zaś następstwem każdego usztywnienia się w obrębie procesów radzenia sobie jest zwykle nieprzystosowanie w różnych obszarach życia. Dlatego emocjonalna elastyczność i elastyczne radzenie sobie są według niektórych badaczy traktowane są jako elementy zdrowego psychicznego funkcjonowania (Rozansky i Kubzansky, 2005). Im bardziej elastyczna jest osoba w radzeniu sobie, tym bardziej adaptacyjne są rezultaty jej aktywności (Kato, 2014). Osoby, które radziły sobie najlepiej w sposób elastyczny, okazały się najmniej depresyjne (Kato, 2001). Także ci, którzy cechowali się szerszym repertuarem strategii radzenia sobie i którym było łatwiej być elastycznymi w radzeniu sobie, okazali się mniej depresyjni (Lam i McBride-Chang, 2007) oraz charakteryzowali się dobrym zdrowiem psychicznym (Megumi i Eiichi, 2011). Większa elastyczność była powiązana z lepszym dobrostanem psychicznym i większymi osiągnięciami, a negatywnie korelowała z reakcjami stresowymi i poczuciem wyobcowania (Lester, Smart i Baum, 1994). Wyniki badań wskazują także, że konstrukc elastycznego radzenia sobie składa się z postrzegania możliwości regulacji i dopasowania strategii do sytuacji, co jest negatywnie powiązane z wypaleniem (Gan, Shang i Zhang, 2007).

Na podstawie dotychczasowych wyników badań możemy wnioskować o jakości funkcjonowania pacjentów ze względu na umiejętność elastycznego radzenia sobie ze stresem. Chorzy na raka układu pokarmowego cechujący się aktywnością i elastycznością w zachowaniu w większym stopniu uświadamiali sobie swoje możliwości w zakresie kontrolowania różnych aspektów sytuacji leczenia oraz byli w zdecydowanie lepszym dobrostanie niż osoby pasywne i nieelastyczne (Cheng i wsp., 2012).

Wyniki badań pokazały, że uczestnicy, którzy radzili sobie w bardziej elastyczny sposób, uświadamiali sobie wymiary możliwe do kontrolowania i swój wpływ na różnicowanie sytuacji stresujących. Stosowali również zintegrowaną strategię radzenia sobie: ulokowanie większej kontroli w sytuacjach postrzeganych jako sterowalne, a mniejszej w sytuacjach postrzeganych jako niekontrolowalne. Uczestnicy, którzy radzili sobie mniej elastycznie, nie zauważali żadnych wymiarów możliwych do kontrolowania przez siebie, lecz ujawniali tendencję do bycia bardziej kontrolującymi, niezależnie od cech sytuacji. Wyniki te sugerują, że osoby o różnym zakresie elastyczności w radzeniu sobie różnią się także w procesach poznawczych. Osoby, które radzą sobie w bardziej elastyczny sposób,

ujawniają większy stopień zróżnicowania i integracji, niż ci, którzy radzą sobie mniej elastycznie (Cheng i Cheung, 2005).

Elastyczne radzenie sobie z problemami seksualnymi po leczeniu choroby nowotworowej prowadziło do poprawy nastroju i satysfakcji z relacji seksualnych (Reese i wsp., 2010). Psychologiczna elastyczność odgrywa znaczącą rolę w radzeniu sobie z bólem chronicznym (Vowles i wsp., 2013) i bólem głowy (Kato, 2014). Elastyczne radzenie sobie ze stresem chroniło przed dystresem kobiety z rakiem piersi (Roussi i wsp., 2007).

Ciekawe wydają się doniesienia z badań nad nauczaniem elastycznego radzenia sobie ze stresem pacjentów w bardzo zróżnicowanym wieku i doświadczających różnego typu chorób przewlekłych. Ich lekarze zaobserwowali zmniejszenie psychologicznych i fizycznych problemów (Schwartz i Rogers, 1994).

Celem prezentowanych badań było sprawdzenie, czy elastyczne radzenie sobie ze stresem wzmacnia adaptacyjne funkcjonowanie w chorobie osób chorych przewlekle wyrażone w oczekiwaniach od edukacji terapeutycznej i w przestrzeganiu zaleceń lekarskich dotyczących brania leków. Założono pozytywny związek analizowanych zmiennych i oczekiwano, że osoby radzące sobie elastycznie będą miały większe oczekiwania od edukacji i bardziej sumienne będą przestrzegały zaleceń lekarskich. Sprawdzone także zróżnicowanie w nasileniu analizowanych zmiennych ze względu na płeć i wiek.

Drugim celem prezentowanych analiz było sprawdzenie wartości psychometrycznej zastosowanych skal: do elastycznego radzenia sobie ze stresem i oczekiwań od edukacji terapeutycznej w grupie osób chorych przewlekle. Założono, że skale są rzetelne.

Metody badawcze

W celu weryfikacji postawionych hipotez zastosowano trzy metody badawcze: Skalę Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej OE-15 Anny Andruszkiewicz i Małgorzaty A. Basińskiej (w druku), Skalę Elastycznego Radzenia sobie ze Stresem – SERSS Tsukasy Kato (2012) w adaptacji polskiej Basińskiej i współpracowników (Basińska, 2015; Sołtys, 2015) oraz metryczkę.

Skala Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej – OE15 Andruszkiewicz i Basińskiej (w druku). W oparciu o doświadczenie kliniczne i Listę Oczekiwań Pacjenta – PRF Petera Salmona i Julii Quine stworzono własne narzędzie dla chorych przebywających w szpitalu i środowisku domowym do zbadania ich oczekiwań wobec działań edukacyjnych realizowanych przez pracowników systemu ochrony zdrowia. Pytania dotyczące oczekiwań w zakresie edukacji zostały podzielone na trzy kategorie: pierwsza dotyczyła oczekiwań w zakresie informacji wynikających ze specyfiki schorzenia i jego leczenia, druga wyjaśnienia powiązań

choroby z różnymi sferami życia, a trzecia informacji nt. profilaktyki związanej z chorobą. Skala składa się z 15 twierdzeń. Udzielanym odpowiedziom przydzielono kody: nie=0, raczej nie=1, raczej tak=2 i tak=3. Rzetelność dla całej 15-itemowej skali wyrażona współczynnikiem α Cronbacha wyniosła 0,900. Wszystkie itemy były podobne do siebie w zakresie spójności (α gdy usunięte od 0,888 do 0,904). Rzetelność połówkowa skali wyniosła dla itemów nieparzystych 0,900, a dla itemów parzystych 0,921, co wskazuje na wysoką rzetelność skali. Dotychczas wykonane badania w grupie pacjentek chorych onkologicznie ($\alpha=0,801$), osób z nadciśnieniem tętniczym ($\alpha=0,919$) i innymi chorobami układu krążenia ($\alpha=0,816$) wskazują na dobre parametry rzetelności (niepublikowane dane). W celu sprawdzenia struktury skali zastosowano analizę czynnikową w wersji Varimax surowa, która potwierdziła zasadność wyodrębnienia trzech czynników. Ponadto na grupie 358 chorych (choroby układu krążenia, układu pokarmowego i gruźlica) wykonano badanie Listą Oczekiwań Pacjenta PRF i Skalą Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej OE-15. Uzyskane wyniki potwierdzają trafność tworzonej skali. Związki między wymiarami oczekiwań od edukacji i oczekiwań od lekarza w zakresie oczekiwań wyjaśnienia choroby oraz informacji na temat badań i leczenia są dodatnie (Andruszkiewicz, Basińska, w druku).

W prezentowanych badaniach własnych rzetelność skali jest nieco wyższa i wynosi α Cronbacha dla całości 0,918, a dla podskal: I – 0,875; II – 0,771; III – 0,846.

Skala Elastycznego Radzenia Sobie ze Stresem (*The Coping Flexibility Scale*) Tsukasy Kato (2012) składa się z 10 stwierdzeń, wobec których badany ma się ustosunkować, zaznaczając jedną z czterech możliwych odpowiedzi: zawsze dotyczy, często dotyczy, czasami dotyczy, nigdy nie dotyczy. Skala w wersji oryginalnej mierzy dwa aspekty zdolności do elastycznego radzenia sobie: *Ewaluację Radzenia Sobie* – twierdzenia 2, 6, 7, 8, 9 i *Adaptacyjne Radzenie Sobie* – twierdzenia 1, 3, 4, 5 i 10.

Współczynniki rzetelności dla wersji oryginalnej α Cronbacha dla podskal były wysokie – od 0,86 do 0,91 w zależności od grupy badanych. Stabilność bezwzględną ustalono, porównując wyniki dwóch pomiarów, dokonanych w odstępie 6-weeks i wyniosła 0,73 (Kato, 2012).

Pytanie nr 2 we wszystkich analizach dotyczących trafności i rzetelności wypadło bardzo źle, dlatego postanowiono je usunąć i dalsze analizy wykonywać bez niego. Przeprowadzone analizy pozwalają stwierdzić, że jeden z wymiarów Skali Elastycznego Radzenia Sobie ze Stresem – Adaptacyjne radzenie sobie (ARS) cechuje się satysfakcjonującą rzetelnością, α Cronbacha wynosi 0,860. Niestety rzetelność dla drugiej podskali jest tak niska, że wyłączono ją z analiz w tej grupie badanej (α Cronbacha = 0,232). Nie udało się odtworzyć struktury czynnikowej wersji oryginalnej w polskiej adaptacji (Sołtys, 2015). Ze względu na to, że Kato (2012) wyraźnie rozróżnił ewaluację radzenia sobie od adaptacyj-

nego radzenia sobie, postanowiono pozostawić dwuczynnikową strukturę skali, pomimo ewidentnie słabszej statystycznie skali ewaluacji radzenia sobie (ERS). Do podskali ARS weszło 6 *itemów*, a do podskali ERS trzy. Jednak w analizach uwzględniono tylko podskalę adaptacyjnego radzenia sobie.

Metryczka posłużyła do zebrania danych demograficznych i dotyczących stanu zdrowia oraz przestrzegania zaleceń terapeutycznych, które zbadano za pomocą dwóch pytań, do których badany miał się ustosunkować, odpowiadając twierdząco lub przecząco. Pytania dotyczyły ważnego aspektu leczenia – samodzielnego dawkowania leków. Pierwsze z pytań brzmiało: *Czy kiedykolwiek zmniejszyłeś dawkę lub zaprzesteś stosowania leków bez konsultacji ze swoim lekarzem, ponieważ przyjmując lek czułeś się gorzej?* Drugie: *Czy kiedy czujesz się dobrze i nie Ci nie dolega, zdarza się, że zaprzestajesz przyjmowania swoich leków?*

Badane osoby

Łącznie w badaniu wzięło udział 85 osób chorych przewlekle, w tym 62 (73%) kobiety i 23 (27%) mężczyźni. Średnia wieku dla całej grupy wynosiła 44,60 lat ($SD=18,66$), osoba najmłodsza miała 19 lat, a najstarsza 88. Mężczyźni ($M=50,78$; $SD=20,38$) i kobiety ($M=42,31$; $SD=17,60$) pomimo zróżnicowania byli w podobnym wieku (t -Student=1.889; $p=0,062$). Najwięcej badanych było w związku formalnym ($n=44$; 52%) i w związku nieformalnym ($n=18$; 21%), a pozostali byli stanu wolnego – panna lub kawaler ($n=15$; 18%) lub po utracie współmałżonka ($n=8$; 9%). Średnia ilość lat edukacji wynosiła 14,96 ($SD=4,03$), najkrócej osoba uczyła się 8 lat, a najdłużej 28. Najwięcej osób miało wykształcenie średnie ($n=43$; 51%) i wyższe ($n=25$; 29%), a pozostali mieli wykształcenie zawodowe ($n=14$; 16%) i podstawowe ($n=3$; 4%). Badane osoby mieszkaly z różnych miejscowości: na wsi ($n=23$; 27%), w miastach do 100 tys. ($n=24$; 29%), w dużych miastach do 400 tys. ($n=29$; 34%) i nieliczni w bardzo dużych miastach ($n=9$; 10%).

Badane osoby chorowały na różne schorzenia, których przebieg jest przewlekły, jednak najczęściej na nadciśnienie tętnicze i inne choroby układu krążenia oraz różne choroby autoimmunologiczne, w tym cukrzycę i inne choroby układu endokrynologicznego (tabela 1). Niektórzy z nich cierpieli na więcej niż jedną chorobę ($n=32$; 38%), a pozostali doświadczyli jednej choroby ($n=53$; 62%).

Tabela 1. Liczebność badanych ze względu na rodzaj choroby
Table 1. The number of subjects according to type of disease

Rodzaj choroby / Type of disease	n	%
Nadciśnienie tętnicze i inne choroby układu krążenia / Hypertension and another cardiovascular diseases	24	28,24

Astma / <i>asthma</i>	4	4,71
Choroby kręgosłupa / <i>spine diseases</i>	4	4,71
Cukrzyca / <i>diabetes</i>	12	14,12
Choroby tarczycy / <i>thyroidism diseases</i>	13	15,29
Choroby autoimmunologiczne / <i>autoimmune diseases</i>	14	16,47
Choroby układu pokarmowego / <i>systema digestorium diseases</i>	4	4,71
Migrenowe bóle głowy i epilepsja / <i>migraines and epilepsy</i>	6	7,06
Różne (np. depresja, uszkodzenie nerwu wzrokowego) / <i>various</i>	4	4,71

Procedura badawcza

Badanie zostało przeprowadzone z zachowaniem zasady anonimowości i dobrowolności. Osoby badane były rekrutowane według zasady kuli śnieżnej i wyraziły zgodę na uczestnictwo w badaniu. Dobór osób do grupy badanej był celowy ze względu na kryterium choroby. Wszyscy badani mieli potwierdzoną przez lekarza specjalistę chorobę o charakterze przewlekłym.

Statystyczne metody analiz

Wszystkie analizy statystyczne przeprowadzone zostały za pomocą pakietu *Statistica* wersja 10. W celu charakterystyki grupy badanej zaprezentowano statystyki opisowe zmiennych: średnią (M), odchylenie standardowe (SD), minimum ($Min.$) i maksimum ($Max.$). Aby określić istotność różnic między średnimi, wykorzystano test parametryczny t -Studenta lub test nieparametryczny U Mana-Whitneya oraz analizę wariancji Kruskalla-Willisa. Analizy związków pomiędzy zmiennymi wykonano za pomocą testu korelacyjnego ρ Spearmana. W celu sprawdzenia rzetelności skal zastosowano analizę rzetelności pozycji wyrażoną we wskaźniku α Cronbacha.

Wyniki badań

Otrzymane wyniki średnie są zaprezentowane w tabeli 2. Rozrzut wyników jest bardzo duży.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych w badanej grupie chorych przewlekle ($N=85$)Table 2. Descriptive statistics for the analyzed variables among the study group chronically ill ($N=85$)

Oczekiwania od edukacji terapeutycznej <i>Education expectations</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
I informacji o chorobie i jej leczeniu <i>I information on the disease and its treatment</i>	12,58	3,00	1,00	15,00
II wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia <i>II explanation of the influence of the disease on various aspects of life</i>	7,21	2,24	0,00	9,00
III informacji nt. profilaktyki związanej z chorobą <i>III information on disease-related prevention</i>	18,58	3,41	6,00	21,00
Suma oczekiwań od edukacji <i>Education expectations in total</i>	38,36	7,57	8,00	45,00
Adaptacyjne radzenie sobie ze stresem <i>Adaptative Coping</i>	9,39	3,87	0,00	18,00

Sprawdzono liczebność badanych w zależności od rodzaju odpowiedzi na zadane pytania: (1) *Czy kiedykolwiek zmniejszyłeś dawkę lub zaprzestałeś stosowania leków bez konsultacji ze swoim lekarzem, ponieważ przyjmując lek czułeś się gorzej?* i (2) *Czy kiedy czujesz się dobrze i nic Ci nie dolega, zdarza się, że zaprzestajesz przyjmowania swoich leków?* Odnośnie do pierwszego pytania tylko nieznacznie większy odsetek osób stwierdził, że nie zaprzestawał stosowania leków bez konsultacji z lekarzem, natomiast około 2/3 badanych zaprzeczyło, że przestaje brać leki, gdy czuje się lepiej (tabela 3).

Tabela 3. Liczebność badanych ze względu na samodzielne zmiany dawkowania leków
Table 3. The numer of respondents due to self-dosing of drugs changes

Czy kiedykolwiek zmniejszyłeś dawkę lub zaprzestałeś stosowania leków bez konsultacji ze swoim lekarzem, ponieważ przyjmując lek czułeś się gorzej? <i>Have you ever cut back or stopped taking your medication without telling your doctor because you felt worse when you took it?</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nie / <i>No</i>	44	54,32
Tak / <i>Yes</i>	37	45,68
Braki / <i>shortages</i>	4	4,94

Czy kiedy czujesz się dobrze i nic Ci nie dolega, zdarza się, że zaprzestajesz przyjmowania swoich leków? <i>When you feel good and nothing wrong with you, do you sometimes stop taking your medicine?</i>	n	%
Nie / No	56	69,14
Tak / Yes	25	30,86
Braki / shortages	4	4,94

Adaptacyjne radzenie sobie ze stresem a przestrzeganie zaleceń lekarskich w zakresie zażywania leków

W początkowym etapie sprawdzono, czy występują różnice w zakresie przestrzegania zaleceń lekarskich i jednego z wymiarów elastycznego radzenia sobie ze stresem ze względu na płeć. Mężczyźni cechowali się nieznacznie większą adaptacyjnością w zakresie radzenia sobie, ale nie była to różnica istotna statystycznie ($M_K=9,39$; $SD=4,05$; $M_M=9,39$; $SD=3,43$; $t=-0,004$; $p=0,996$). Podobnie w zakresie odpowiedzi na dwa pytania dotyczące zażywania leków nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ze względu na płeć. Dla pytania nr 1: *Czy kiedykolwiek zmniejszyłeś dawkę lub zaprzestałeś stosowania leków bez konsultacji ze swoim lekarzem, ponieważ przyjmując lek czułeś się gorzej?* $\chi^2=0,091$; $df=1$; $p=0,763$, a dla pytania nr 2: *Czy kiedy czujesz się dobrze i nic Ci nie dolega, zdarza się, że zaprzestajesz przyjmowania swoich leków?* $\chi^2=1,855$; $df=1$; $p=0,173$. W związku z tym dalsze analizy były robione dla całej grupy łącznie.

Tabela 4. Istotność różnic między średnimi dla adaptacyjnego radzenia sobie ze względu na samodzielne modyfikowanie zażywania leków

Table 4. The significance of differences between means for adaptive coping due to the self-modifying take medication

Pytanie 1 Czy kiedykolwiek zmniejszyłeś dawkę... <i>Have you ever cut back or stopped...</i>	Nie / no n=44		Tak / yes n=37		t	p
	M	SD	M	SD		
adaptacyjne radzenie sobie <i>adaptive coping</i>	9,30	3,99	9,57	3,86	-0,310	0,757
Pytanie 2 Czy kiedy czujesz się dobrze... <i>When you feel good...</i>	Nie / no n=56		Tak / yes n=25		t	p
	M	SD	M	SD		
Adaptacyjne radzenie sobie <i>adaptive coping</i>	9,04	3,47	9,44	4,44	-0,443	0,659

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zakresie jednego z wymiarów elastycznego radzenia sobie – adaptacyjnego radzenia sobie – ze względu na fakt przestrzegania zaleceń lekarskich w zakresie zażywania leków. Osoby odpowiadające przecząco miały tylko nieznacznie niższe adaptacyjne radzenie sobie niż osoby, które samodzielnie zmieniały swoje leczenie (tabela 4).

Adaptacyjne radzenie sobie ze stresem a oczekiwania od edukacji

Badani chorzy nie różnili się ani w zakresie oczekiwań od edukacji, ani w zakresie adaptacyjnego radzenia sobie (ARS) ze względu na płeć (tabela 5), dlatego dalsze analizy można było wykonać łącznie dla całej grupy. Nie stwierdzono związku istotnego statystycznie między adaptacyjnym radzeniem sobie a oczekiwaniami od edukacji (tabela 6).

Tabela 5. Istotność różnic między średnimi w zakresie oczekiwań od edukacji między badanymi mężczyznami i kobietami ($df=83$)

Table 5. The significance of differences between means as regards education expectations between male and female research subjects ($df=83$)

Oczekiwania od edukacji terapeutycznej <i>Education expectations</i>	Kobiety <i>Women</i> $n=62$		Mężczyźni <i>Men</i> $n=23$		<i>t/z</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
I informacji o chorobie i jej leczeniu <i>I information on the disease and its treatment</i>	12,87	2,88	11,78	3,25	1,496 ^t	0,138
II wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia <i>II explanation of the influence of the disease on various aspects of life</i>	7,50	1,91	6,43	2,86	1,444 ^z	0,149
III informacji nt. profilaktyki związanej z chorobą <i>III information on disease-related prevention</i>	18,94	3,07	17,61	4,10	1,133 ^z	0,257
Oczekiwania od edukacji terapeutycznej <i>Education expectations</i>	39,31	6,60	35,83	9,42	1,578 ^z	0,115
Adaptacyjne radzenie sobie <i>Adaptive coping</i>	9,39	4,05	9,39	3,43	-0,004	0,996

Tabela 6. Korelacja porządku rang Spearmana między adaptacyjnym radzeniem sobie a oczekiwaniami od edukacji ($N=85$)Table 6. Spearman's correlation between adaptive coping and expectations of education ($N=85$)

Pary zmiennych / pairs of variables	R Spearman	p
ARS & I. Informacji o chorobie i jej leczeniu <i>Adaptive coping & I information on the disease and its treatment</i>	0,167	0,127
ARS & II. Wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia <i>Adaptive coping & II explanation of the influence of the disease on various aspects of life</i>	0,073	0,508
ARS & III. Informacji nt. profilaktyki związanej z chorobą <i>Adaptive coping & III information on disease-related prevention</i>	0,112	0,306
ARS & Suma oczekiwań od edukacji <i>Adaptive coping & education expectations</i>	0,156	0,155

W kolejnym etapie analiz podzielono osoby badane na trzy podgrupy ze względu na nasilenie adaptacyjnego radzenia sobie ze stresem według kryterium statystycznego (średnia $\pm 1/2 SD$) (tabela 7). Wykonana analiza wariancji Kruskala-Willisa potwierdziła wcześniejsze wyniki, że poziom elastycznego radzenia w wymiarze adaptacyjnego radzenia sobie nie różnicuje oczekiwań od edukacji terapeutycznej w badanej grupie chorych (tabela 8).

Tabela 7. Liczność badanych ze względu na poziom adaptacyjnego radzenia sobie ze stresem

Table 7. The number of the respondents due to level of adaptive coping with stress

Poziomy elastycznego radzenia sobie / Levels of coping flexibility	n	%
Niski / low	33	38,82
Średni / medium	28	32,94
Wysoki / high	24	28,24

Tabela 8. Istotność różnic w zakresie oczekiwań od edukacji w zależności od poziomu elastycznego radzenia sobie ze stresem

Table 8. The significance of differences in expectations from education, depending on the level of coping flexibility

Oczekiwania od edukacji terapeutycznej / Education expectations	H	p
I informacji o chorobie i jej leczeniu <i>I information on the disease and its treatment</i>	1,397	0,497

II wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia <i>II explanation of the influence of the disease on various aspects of life</i>	0,923	0,630
III informacji nt. profilaktyki związanej z chorobą <i>III information on disease-related prevention</i>	0,906	0,636
Oczekiwania od edukacji terapeutycznej / <i>Education expectations</i>	1,150	0,563

Dyskusja wyników

W ramach modelu biopsychospołecznego podejmowane są wysiłki włączenia pacjentów w szeroko rozumiany proces leczenia, podkreśla się ich znaczenie w terapii i opiece, ale również w edukacji (np. Kubica, 2012). By edukacja była skuteczna, powinna odpowiadać na oczekiwania osób chorych (np. Basińska, 2005; Astin, Closs, McLenachan i wsp., 2009; Abramczyk, 2010). Wykonane dotychczas badania dotyczące oczekiwań od edukacji terapeutycznej ujawniły zainteresowanie informacjami na temat przebiegu choroby i leczenia oraz profilaktyki związanej z chorobą, zarówno wśród osób chorych przewlekle, jak i zdrowych. Natomiast w zakresie oczekiwań od edukacji dotyczących wpływu choroby na różne sfery życia, np. seksualną czy zawodową, większe zainteresowanie prezentowali mężczyźni i osoby zdrowe. Związek oczekiwań od edukacji z przekonaniami na temat lokalizacji kontroli zdrowia okazał się istotny przede wszystkim w grupie osób zdrowych, a w grupie chorych tylko wtedy, gdy cechowało ich silne przekonanie o wewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia (Basińska i Andruszkiewicz, w druku). Posiadanie przez jednostkę przekonań o tym, że może samodzielnie podejmować decyzje, wpływać na negatywne i szkodliwe zdarzenia, określać swoje własne wewnętrzne stany i zachowania, nazwane zostało świadomością kontroli lub uświadamianą kontrolą (Wallston i wsp., 1987). Wydaje się warte zastanowienia, czy to właśnie świadomość kontroli nie jest podstawą dla posiadania przez chorego oczekiwań co do wyjaśnienia wpływu doświadczanej choroby na różne sfery życia. Tylko taka osoba, która jest świadoma posiadanej kontroli, chce wiedzieć więcej, bo według jej myślenia te informacje pomogą jej we wpływaniu na swoje życie i być może na uniknięcie tego, co szkodliwe.

Nawiązując do tych zależności, podjęto się zadania sprawdzenia relacji między oczekiwaniami od edukacji terapeutycznej a elastycznym radzeniem sobie w grupie chorych przewlekle. Podstawową właściwością elastycznego radzenia sobie jest umiejętność zaprzestania działań, które okazują się nieefektywne oraz wytworzenie i wdrożenie działań alternatywnych z nadzieją, że okażą się bardziej skuteczne (Kato, 2012). Oczekiwano, że szczególnie na etapie wytworzenia nowych sposobów chory potrzebuje informacji, dlatego spodziewano się pozytywnych relacji między tymi dwoma konstruktami. Jednak w badanej grupie nie stwierdzono żadnych istotnych związków między elastycznym radzeniem sobie

w wymiarze adaptacyjnego radzenia sobie a oczekiwaniami od edukacji. Jest to wynik niespodziewany

Podobnie nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w adaptacyjnym radzeniu sobie ze względu na fakt samodzielnego modyfikowania dawkowania leków. Niezależnie, czy wprowadzali zmiany w zażywaniu leków, czy nie było ono na podobnym poziomie.

Sytuacja choroby przewlekłej jest sytuacją trudną, czyli taką, w której doszło do zachwiania równowagi między zadaniami, czynnościami, warunkami oraz możliwościami jednostki (Strelau, 1978). Zadania, jakie stają przed jednostką z powodu zachorowania na ciężką przewlekłą chorobę, na ogół przekraczają jej możliwości. W konsekwencji mogą uruchomić się różnego rodzaju zachowania obronne (Formański, 2003). Osoba przewlekłe chora często charakteryzuje się także niższą odpornością psychiczną, w wyniku długotrwałego pozostawania w sytuacji trudnej. Niektórzy badacze wskazują na wrażliwość na kontekst sytuacyjny jako ważny w rozwoju i uruchomieniu elastycznego radzenia sobie (Bonanno i Burton, 2013). Być może w sytuacji choroby ujawnia się raczej usztywnienie emocjonalne, które znacznie może ograniczać tę wrażliwość.

Jak pokazują wyniki badania Cecili Cheng (Cheng i Cheung, 2005), bardzo ważnym aspektem elastycznego radzenia sobie jest zdolność do różnicowania tych wymiarów rzeczywistości czy sytuacji, które są możliwe od tych, które nie są możliwe do kontrolowania. Zdolność do zróżnicowania swojego myślenia i zachowania jest bardzo ważna dla radzenia sobie w bardziej elastyczny sposób, a choroba przewlekła raczej sprzyja usztywnieniu w postępowaniu. Zagadnienie jest nowe na gruncie polskim i wymaga dalszych pogłębionych badań.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań dotyczących związku elastycznego radzenia sobie ze stresem z funkcjonowaniem w chorobie wyrażonym w oczekiwaniach od edukacji terapeutycznej i przestrzeganiu zaleceń lekarskich pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Zastosowana skala elastycznego radzenia sobie ze stresem okazała się rzetelna tylko w wymiarze adaptacyjnego radzenia sobie, zaś skala oczekiwań od edukacji OE-15 cechuje się dobrą rzetelnością.
2. Niezależnie od płci badani chorzy cechowali się podobnie nasilonym adaptacyjnym radzeniem, oczekiwaniami od edukacji i przestrzeganiem zaleceń co do zażywania leków.
3. Badani chorzy cechowali się podobnie nasilonym adaptacyjnym radzeniem sobie niezależnie od tego, czy przestrzegali zaleceń lekarskich w zakresie zażywania leków, czy nie.
4. Poziom adaptacyjnego radzenia sobie nie różnicował oczekiwań od edukacji terapeutycznej w badanej grupie chorych.

Ograniczenia prezentowanych badań

Uzyskane wyniki należy traktować ostrożnie, gdyż grupa badana nie była zbyt liczna, a poza tym liczebności w podgrupach wyodrębnionych w celu przeprowadzenia analiz były małe. Grupa nie była również homogeniczna ze względu na płeć i rodzaj choroby. Ponadto wydaje się ważne, by badając osoby chore, kontrolować czas trwania choroby, jej przebieg oraz ograniczenia wynikające z jej specyfiki, gdyż mogą one w znacznym stopniu modyfikować uzyskiwane wyniki. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że im choroba trwa dłużej i jest cięższa, tym trudniejsza jest sytuacja życiowa jednostki (Nowakowska, 1978). Nie tylko choroba, ale i etap leczenia przyczyniają się do wystąpienia zróżnicowanych oczekiwań (Laskowska i Tulińska 2006; Zienuk, 2009; Kapała i wsp., 2008). Co więcej, należy pamiętać, że duże znaczenie ma także stopień ograniczeń, jaki wynika z określonej choroby i ciężkości jej przebiegu (Heszen i Sęk, 2007).

Literatura

- Abramczyk, A. (2010). Oczekiwania chorych na cukrzycę w zakresie edukacji w świetle badań ogólnopolskich. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18(3), 249-259.
- Andruszkiewicz, A. i Basińska, M.A. (w druku). Skala oczekiwań od edukacji terapeutycznej osób chorych. [The scale of expectations from the therapeutic education of patients]. *Problemy Pielęgniarstwa* (in press) [in Polish]
- Astin, F., Closs, S.J., McLenachan, J. i wsp. (2009). Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality? *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 72-83.
- Basińska, M.A. (2005). Przygotowanie pacjenta do zabiegu – aspekty psychologiczne. [Preparation patients for the surgery – psychological aspects]. *Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej*, (10)1, 40-43. [in Polish]
- Basińska, M.A. (2015). Polska wersja Skali Elastycznego radzenia sobie – podsumowanie wyników badań. [Polish version of Coping Flexibility Scale – the summary of research results]. W: M.A. Basińska (red.), *Coping flexibility with stress in health and in disease. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie* (s. 259-278). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Basińska, M.A. i Andruszkiewicz, A. (2016). Health locus of control and education expectations in chronically ill patients. *Health Psychology Report*, 2 (in press)
- Bishop, G.D. (2005). *Psychologia zdrowia*. [Health Psychology]. Wrocław: Wydawnictwo Astrum. [in Polish]
- Bonanno, G.A. i Burton, Ch.L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
- Briggs, L.A., Kirchoff, K.T., Hammes, B.J., Song, M.K. i Colvin, E.R. (2004). Patient-centered advance care planning in special patient populations: a pilot study. *Journal of Professional Nursing*, 20, 47-58.

- Cheng, C. i Cheung, M.W.L. (2005). Cognitive Processes Underlying Coping Flexibility: Differentiation and Integration. *Journal of Personality*, 73(4), 859-886.
- Cheng, C., Chan, N.Y., Chio, J.H., Chan, P., Chan, A.O. i Hui, W.M. (2012). Being active or flexible? Role of control coping on quality of life among patients with gastrointestinal cancer. *Psychooncology*, 21(2), 211-218.
- Deccache, A. i Aujoulat, A. (2001). An European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Education and Counseling*, 44, 7-14.
- Dreeben-Irimia, O. (2009). *Patient education in rehabilitation*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Formański, J. (2003). *Psychologia. [Psychology]*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. [in Polish]
- Gambling, T. i Long, A.F. (2010). The realisation of patient-centred care during a 3-year proactive telephone counselling self-care intervention for diabetes. *Patient Education and Counselling*, 80, 219-226.
- Gan, Y., Shang, J. & Zhang, Y. (2007). Coping flexibility and locus of control as predictors of burnout among Chinese college students. *Social Behavior and Personality*, 35(8), 1087-1098.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [Theory of psychological stress and coping with it]. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki, [Psychology. Academic handbook]*, (t. 3, s. 465-492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. [in Polish]
- Hoglund, A.T., Winblad, U., Arnetz, B. i Arnetz, J.E. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 482-490.
- Holman, H. (2004). Chronic disease – The need for a new clinical education. *JAMA*, 292(9), 1057-1059.
- Kapała, W., Chudziński, S. i Hyrcza, S. (2008). Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego. [Expectations of patients' stay in surgical wards regarding nursing staff]. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 1, 12-18. [in Polish]
- Kato, T. (2001). The relationship between flexibility of coping to stress and depression. *Japanese Journal of Psychology*, 72(1), 57-63.
- Kato, T. (2012). Development of the coping flexibility scale: evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 262-273.
- Kato, T. (2014). Effects of flexibility in coping with chronic headaches on depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18 September.
- Kubica, A.B. (2012). *Edukacja zdrowotna na tle wybranych czynników a skuteczność terapii antyagregacyjnej. [Health education on the background of selected factors and the effectiveness of antiplatelet therapy]*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK. [in Polish]
- Lagger, G., Pataky, Z. i Golay, A. (2010). Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 283-286.
- Laskowska, E. i Tulińska, M. (2006). Jakość relacji lekarz pacjent i jej wpływ na proces zdrowienia. *Neuroskop*, 8, 163-166. [in Polish]

- Lee, G.K.Y., Wang, H.H.X., Liu, K.Q.L., Cheung, Y., Morisky, D.E. i Wong, M.C.S. (2013). Determinants of Medication Adherence to Antihypertensive Medications among a Chinese Population Using Morisky Medication Adherence Scale. *Chinese Antihypertensive Medication Adherence*, 8(4), www.plosone.org e62775
- Lester, N., Smart, L. i Baum, A. (1994). Measuring coping flexibility. *Psychology and Health*, 9(6), 409-424.
- Levin-Zamair, D. i Peterburg, Y. (2001). Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promotion International*, 1, 87-94.
- Lorgin, K. (2001). *Patient education. A practical approach*. Oaks: Sage Publications, Thousand.
- Łosiak, W. (2011). Klasyfikacja form radzenia sobie ze stresem oparta na kryterium celu i metody działania. Próba weryfikacji empirycznej. [Classification of coping with stress actions based on action's aim and method criterion. Trial of empirical verification]. *Polskie Forum Psychologiczne*, 16(1), 44-53. [in Polish]
- McKinley, R.K. i Roberts, C. (2001). Patients satisfaction with out of hours primary medical care. *Quality in Health Care*, 10, 23-28.
- Megumi, S. i Eiichi, K. (2011). Coping flexibility and stress responses during a teacher training practicum. *Japanese Journal of Health Psychology*, 24(1), 34-44.
- Rachmani, R., Slavachevski, I., Berla, M. i wsp. (2005). Treatment of high-risk patients with diabetes: motivation and teaching intervention: a randomized, prospective 8-year follow-up study. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16 Suppl. 1, S22-26.
- Rao, J.K., Weinberger, M. i Kroenke, K. (2000). Visit-specific expectations and patient-centered outcomes. *Archives Family Medicine*, 9, 1148-1155.
- Reese, J.B., Keefe, F.J., Somers, T.J. i Abernethy, A.P. (2010). Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping. *Support Care Cancer*, 18(7), 785-800.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C. i Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 97-109.
- Rozansky, A. i Kubzansky, L.D. (2005). Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67, 47-53.
- Sawicki, P.T., Mühlhauser, I., Didjurgeit, U., et al. (1995). Intensified antihypertensive therapy is associated with improved survival in type 1 diabetic patients with nephropathy. *Journal of Hypertension*, 13, 933-938.
- Schwartz, C.E. i Rogers, M. (1994). Designing a psychosocial intervention to teach coping flexibility. *Rehabilitation Psychology*, 39(1), 57-72.
- Sołtys, M. (2015). Cultural adaptation and psychometric properties of the Coping Flexibility Scale: current results of polish studies. W: M.A. Basińska (red.), *Coping flexibility with stress in health and in disease. Elastyczne radzenie sobie ze stresem w zdrowiu i w chorobie* (s. 38-54). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Strelau, J. (1978). *Rola temperamentu w rozwoju psychicznym. [The role of temperament in mental development]*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne. [in Polish]
- Tongue, J.R., Epps, H.R. i Forese, L.L. (2005). Communication skills for patient-centered care. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 87-93, 652-658.

- Vik, S.A., Maxwell, C.J., Hogan, D.B., Patten, S.B., Johnson, J.A. i Romonko-Slack, L. (2005). Assessing medication adherence among older persons in community settings. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 12(1), 152-164.
- Visser, S., Deccache, A. i Bensing, J. (2001). Patient education in Europe: united differences. *Patient Education and Counseling*, 44(1), 1-5.
- Vowles, K.E., McCracken, L.M., Sowden, G. i Ashworth, J. (2013). Psychological Flexibility in Coping With Chronic Pain: Further Examination of the Brief Pain Coping Inventory-2. *The Clinical Journal Of Pain*, 30(4), 324-330.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, S. i Dobbins, C. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research and Reviews*, 6, 5-25.
- West, E., Barron, D.N. i Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient-centered care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 435-443.
- WHO Regional Office for Europa (1998). *Therapeutic patient education*. Continuing programmers for health care providers in the field of prevention of chronicle diseases. Rapport of a WHO working group, Copenhagen.
- Williams, S., et al. (1995). Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Family Practice*, 12, 193-201.
- Williams, S.A. (1998). Quality and care, patient's perceptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 12, 18-25.
- Zieniuk, A.M. (2009). Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego. [Oncological patient expectations of doctors and nursing staff]. *Psychoonkologia*, 1-2, 17-27. [in Polish]

Małgorzata Anna Basińska

Coping flexibility with stress and expectations from education and adherence to medical recommendations for patients with chronic disease

Abstract

Introduction. A patient's education, which should help patients acquire and maintain the skills that will enable them to manage their lives when they become ill, is an important element of modern healthcare. Many patients do not comply with the recommendations necessary in the course of therapy if they do not take into account their needs, expectations, and previous experience. In contemporary approach, the patient is mainly responsible for the treatment of chronic diseases as they are the person having a sense of influence on the course of their disease. Such active participation of the patient in their therapy translates into its more positive results.

The problem of coping with stress is one of the major issues that health psychologists are investigating. The quality of coping efforts made by an individual and their results in

the long term gives accumulated effects on their functioning, also with regard to their health. Coping can be analysed from many perspectives. One of them is the coping flexibility, which indicates an individual's ability to effectively modify the coping strategies they apply, depending on the requirements of the stressful situation.

The goal of the presented study was to verify whether coping flexibility strengthens adaptive functioning in the course of a disease of chronically ill people expressed in their expectations towards therapeutic education and observance of the doctor's recommendations concerning taking medicines. A positive relation had been assumed between the analysed variables and it was expected that people with coping flexibility would have higher expectations towards education and would abide by the doctor's recommendations more diligently.

Research methods. Three research methods were applied to verify the formulated hypotheses: The Scale of Expectations towards Therapeutic Education OE-15 of Anna Andruszkiewicz and Małgorzata A. Basińska, the Coping Flexibility Scale of Tsukasa Kato and particulars.

The study was conducted on a group of 85 chronically ill people, of which 62 (73%) were female and 23 (27%) were male. Average age for the entire group was 44.60 years ($SD=18.66$). The respondents suffered from various chronic conditions, mostly hypertension and other circulatory diseases as well as various auto-immunological diseases, including diabetes and endocrine diseases.

Results. No statistically significant differences with regard to adaptive coping were found in relation to the observance of doctors' recommendations concerning taking medicines. No statistically significant relation between adaptive coping and expectations towards education was found. At the next stage of analysis respondents were divided into three subgroups with regard to their level of adaptive coping, in accordance with the static criterion (mean $\pm 1/2$ SD). The conducted variance analysis of Kruskal-Willis confirmed earlier results and suggested that the level of adaptive coping does not differentiate expectations towards therapeutic education in the sample group of the chronically ill.

Conclusion. The obtained results should be performed once again on a larger and homogenous group with regard to the type of disease.

Key words: coping flexibility, expectations towards therapeutic education, chronically ill