



Złożenie pracy online:  
2021-06-18 08:05:00  
Kod pracy:  
9959/38635/CloudA

Edyta Laurman-Jarząbek

(nr albumu: 24051 )

Praca magisterska

## **Poczucie sensu życia i style radzenia sobie ze stresem u osób zakażonych HIV**

### **The sense of the meaning of life and styles of coping with stress in people infected with HIV**

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Krzysztof Broclawik

Dziękuję panu Doktorowi Krzysztofowi Broclawikowi za wsparcie i inspirację do psychologicznych,  
naukowych rozważań oraz cierpliwość, życzliwość i cenne uwagi.

|



## Streszczenie

Poczucie sensu życia i stosowane style radzenia sobie mogą być zmiennymi odgrywającymi kluczową rolę w pozytywnej adaptacji do przewlekłej choroby jaką jest zakażenie HIV. Analizie w niniejszej pracy poddano style radzenia sobie ze stresem, jakie stosują osoby zakażone HIV, oraz związki pomiędzy poczuciem sensu życia, a stosowanymi stylami radzenia sobie. Problem główny w niniejszej pracy został sformułowany w postaci pytania: Jaki jest związek pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie ze stresem u osób zakażonych HIV? Badana przeprowadzono wśród 60 osób zakażonych HIV. Analizując wyniki badań należy podkreślić, iż życie z wirusem HIV obniża to poczucie. Nie istnieje zależność pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie ze stresem u osób zakażonych HIV. Zakażeni w wysokim stopniu stosują styl skoncentrowany na emocjach i unikaniu, istnieją różnice w stylach radzenia sobie ze stresem w grupie zakażonych kobiet i mężczyzn. Styl skoncentrowany na unikaniu w większym stopniu wykorzystują mężczyźni, natomiast styl skoncentrowany na zadaniu dominuje u zakażonych kobiet. Psychoedukacja pacjenta zakażonego HIV powinna koncentrować się nad poczuciem własnej wartości, odpowiedzialności za siebie i innych oraz zwiększenia poczucia własnej sprawczości odnośnie ustalania i realizowania celów życiowych. Wszystko to może przyczynić się do zwiększenia poczucia sensu życia oraz stosowania adaptacyjnych stylów radzenia sobie ze stresem u osób z nowo wykrytym zakażeniem HIV.

## Słowa kluczowe

Ludzki wirus upośledzenia odporności , Poczucie sensu życia, Style radzenia sobie ze stresem



## Abstract

The sense of meaning in life and the applied coping styles may be variables that play a key role in positive adaptation to a chronic disease such as HIV infection. This study analyzes the styles of coping with stress used by HIV-infected people and the relationship between the sense of meaning in life and the coping styles used. The main problem in this study was formulated in the form of the question: What is the relationship between the sense of meaning in life and the styles of coping with stress in people infected with HIV? The study was conducted among 60 HIV-infected people. When analyzing the research results, it should be emphasized that living with HIV reduces this feeling. There is no correlation between the sense of meaning in life and the styles of coping with stress in people infected with HIV. Infected people use a highly emotional and avoidant style, and there are differences in coping styles between infected men and women. Avoidance style is more used by males, while task-focused style dominates in infected women. Psychoeducation of an HIV-infected patient should focus on self-esteem, responsibility for oneself and others, and increasing the sense of self-agency in setting and achieving life goals. All of this can contribute to a greater sense of meaning in life and the use of adaptive stress coping styles in people with newly diagnosed HIV infection.

## Keywords

Human Immunodeficiency Virus, The sense of the meaning of life, Styles of coping with stress



# **Poczucie sensu życia i style radzenia sobie ze stresem u osób zakażonych HIV**

Wstęp

## **Rozdział 1. Problematyka HIV/AIDS w kontekście epidemiologicznym i psychologicznym**

- 1.1 Epidemiologia zachorowalności
- 1.2 Diagnoza zakażenia HIV/AIDS jako krytyczne zdarzenie życiowe

## **Rozdział 2. Rozumienie poczucia sensu życia**

- 2.1 Poczucie sensu życia – w wybranych koncepcjach psychologicznych
- 2.2 Sens życia a choroba

## **Rozdział 3. Koncepcje stresu psychologicznego i radzenia sobie ze stresem**

- 3.1 Stres – kwestie terminologiczne
- 3.2 Teoria stresu i radzenia sobie ze stresem Richarda Lazarusa i Susan Folkman
- 3.3 Choroba jako źródło stresu
- 3.4 Sposoby radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą somatyczną

## **Rozdział 4. Metodologiczne założenia badań**

- 4.1 Cel i przedmiot badań
- 4.2 Problemy badawcze i hipotezy
- 4.3 Operacjonalizacja badanych zmiennych
- 4.4 Metody badawcze
  - 4.4.1 Charakterystyka badanej grupy
  - 4.2.2 Opis narzędzi badawczych
  - 4.2.3 Procedura badawcza

## **5. Wyniki**

- 5.1 Statyka opisowa badanych zmiennych

## **6. Dyskusja**

Podsumowanie

Zakończenie



## Bibliografia

Spis tabel, rysunków, wykresów

## Wstęp

Problematyka chorób somatycznych i ich związków z psychologią coraz częściej odnajduje swoje należne miejsce w literaturze naukowej. Coraz więcej autorów analizując naukowo i klinicznie ten związek odwołuje się do analiz psychologicznych. Pojawiają się też propozycje holistycznego oddziaływania leczniczego, które zmierzają do wieloaspektowej perspektywy patrzenia na problemy osób chorych somatycznie oraz wskazują na możliwość rozwoju takich osób pomimo choroby i utraty zdrowia (Słowik, 1997).

Sens życia i jego poczucie należy obecnie do podstawowych zagadnień współczesnej psychologii, szczególnie nurtu humanistyczno-egzystencjalnego. Uwzględniając specyfikę problemów związanych z poważną chorobą somatyczną, wydaje się, że należy zwrócić szczególną uwagę na jego problematykę u osób chorych (Wysocka-Pleczyk, Słowik, 2012).

Analizując liczne badania można wnioskować, że poczucie sensu życia może odgrywać istotną rolę w podtrzymywaniu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego, a wyniki badań nad różnymi grupami osób przewlekle chorych wskazują na ważną rolę, jaką może odgrywać poczucie sensu życia w zmaganiu się z chorobą. Lyon i Younger (2001) wysunęli hipotezę, że poczucie sensu życia jest lepszym predyktorem symptomów depresyjnych u osób zakażonych wirusem HIV, niż sam dyskomfort choroby. Zauważyli oni, że w prognozowaniu współwystępowania depresji ważniejsze jest poczucie sensu życia niż wskaźniki badań laboratoryjnych rozwoju choroby. Postulują oni rozważanie poczucia sensu życia jako potencjalnego bufora objawów depresyjnych u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem HIV.

Z psychologicznego punktu widzenia poczucie sensu życia jest jedną z podstawowych, specyficznie ludzkich właściwości i jednym z najważniejszych czynników motywacyjnych., Drugim ważnym elementem podtrzymywania zdrowia oraz adaptacji do sytuacji jego utraty są style radzenia sobie ze stresem, a szczególnie z sytuacją przewlekłej choroby somatycznej. Przede wszystkim należy zauważyć, że przez długi okres czasu styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych był niemal utożsamiany ze stałą cechą i niejednokrotnie był traktowany jako cecha osobowości (Słowik, 2008). Obecnie pojęcie to odnoszone jest jedynie do pewnych dyspozycji jednostki, które mogą determinować jej zachowanie w konkretnych sytuacjach stresowych.



Dlatego też Heszen - Niejodek proponuje, aby ujmować „styl radzenia sobie, jako będący w dyspozycji jednostki i charakterystyczny dla niej zbiór strategii, czy sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną konfrontacją stresową” (Heszen- Niejodek, 1996, s.19).

Zdaniem wielu psychologów poczucie sensu życia i stosowane style radzenia sobie mogą być zmiennymi odgrywającymi kluczową rolę w pozytywnej adaptacji do przewlekłej choroby, rehabilitacji, uzyskiwaniu kontroli nad bólem, a także w przedłużaniu życia pacjentów. Wyniki wielu badań naukowych wskazują, że osoby mające wysokie poczucie sensu i cele w życiu do których dążą cieszą się lepszym zdrowiem fizycznym i psychicznym i mimo choroby pozostają w dobrej kondycji psychospołecznej.

Wirus HIV i choroba AIDS od ponad trzydziestu lat budzi lęk i rodzi postawy odrzucenia w stosunku do osób zakażonych i chorych. Bezpieczniej jest myśleć, że to „nas nie dotyczy” , że „wirus HIV atakuje tylko tych, którzy sobie na to zasłużyli”. Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego<sup>1</sup> wynika, od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2019 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych, w tym eliminacji podwójnie zarejestrowanych przypadków, dane do 2019 roku ze względu na stan pandemiczny w Polsce) stwierdzono zakażenie HIV u 25.544 obywateli Polski i u osób innego obywatelstwa przebywających na terenie Polski. Ponad 21 tysięcy zdiagnozowanych osób w Polsce jest bezobjawowo zakażona HIV, co oznacza, że noszą w sobie wirusa, który w każdej chwili może spowodować spadek odporności i rozwinięcie się chorób wskaźnikowych na AIDS.

Od wielu lat trwają intensywne badania nad nowymi metodami leczenia HIV/AIDS, nie obserwuje się jednak badań w zakresie poprawy zdrowia psychicznego pacjentów z HIV. Biorąc pod uwagę, że zakażenie HIV jest chorobą przewlekłą, trwającą wiele lat niezwykle ważna jest jak najlepsza kondycja psychofizyczna osób żyjących z HIV, a poznanie ich poczucia sensu życia oraz stylów radzenia sobie z chorobą pomogą Autorce<sup>2</sup> we wzbogaceniu form i metod pracy psychoedukacyjnej w procesie „oswajania HIV” na różnych etapach, radzenia sobie z trudnościami w funkcjonowaniu we wszystkich aspektach życia (seksualnego, rodzinnego, zawodowego), leczenia i przygotowania do trudów z nim związanych.

<sup>1</sup> [http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv\\_aids/index.htm](http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm), pobrano dnia 18.08.2020r.,

<sup>2</sup> Autorka pracy od 2007 roku jest koordynatorem i doradcą w Punkcie Konsultacyjno-Diagnostycznym w Kielcach, w którym wykonuje się testy w kierunku HIV z profesjonalnym poradnictwem przed i po teście.



**Cel pracy.** Analizie w niniejszej pracy poddano style radzenia sobie ze stresem, jakie stosują osoby zakażone HIV, oraz związki pomiędzy poczuciem sensu życia, a stosowanymi stylami radzenia sobie. Teoretyczną podstawę badań własnych stanowią rozważania dotyczące problematyki zakażeń HIV w kontekście epidemiologii oraz jako krytycznego zdarzenia życiowego. Istotą badań własnych jak i teoretycznych rozważań uczyniono poczucie sensu życia osób zakażonych HIV oraz ich strategie w radzeniu sobie ze stresem, poddając analizie koncepcje stresu psychologicznego w związku z chorobą somatyczną.

## **Rozdział 1. Problematyka HIV/AIDS w kontekście epidemiologicznym i psychologicznym**

Świat od kilkunastu lat zmagają się z pandemią groźnej choroby AIDS, wywołanej wirusem HIV. Nikogo nie trzeba dziś przekonywać o powadze i zagrożeniu AIDS w świecie. Człowiek końca XX wieku został zaatakowany przez wirusa który w krótkim czasie rozpowszechnił się we wszystkich krajach świata. Wirus ten zbiera ciągle obfite żniwo nowych zakażeń i kolejnych ofiar śmiertelnych. Okazuje się, że mimo doniosłych osiągnięć współczesnej medycyny, ludzkość jest bezradna wobec niezbyt aktywnego, ale wciąż śmiertelnego wirusa. Żadna inna choroba nie wzbudziła tylu kontrowersji i lęków we współczesnym świecie, co zespół nabytego braku odporności, zwany AIDS. Jeszcze większą troską naukowców stało się szybkie rozpowszechnianie się wirusa atakującego ludzki system odporności (HIV-human immunodeficiency virus), odpowiedzialnego za tę chorobę (Bishop 2000).

### **1.1 Epidemiologia zachorowalności**

Czynnikiem wywołującym AIDS jest wirus nazwany HIV (Human Immunodeficiency Virus, czyli ludzki wirus upośledzenia odporności). Za odkrywców wirusa uznano Francuza Luca Montagniera i Amerykanina Roberta Gallo, którym w latach 1983-1984 udało się – niezależnie – wyizolować czynnik odpowiedzialny za uszkodzenie układu odporności człowieka. Otworzyło to nową erę w badaniach nad tą chorobą. Ze względu na swoje właściwości (atakowanie komórek układu immunologicznego i powodowanie ich śmierci, długi okres wylęgania) HIV-1 i HIV-2 zostały zaliczone do lentiwirusów - wirusów wywołujących powolnie przebiegające zakażenia (Gładysz, 2001) Rezerwuarem wirusa HIV może być tylko człowiek, który – po zakażeniu się wirusem do końca życia jest źródłem





zakażenia dla innych ludzi. Do zakażenia dochodzi w wyniku kontaktu człowieka z każdym płynem ustrojowym między innymi takim jak: krew, sperma czy wydzielina pochwowa - w których znajdują się zainfekowane wirusem komórki lub jest obecne zakażone wirusami osocze. Szczególnie niebezpieczny jest kontakt z krwią, bowiem w niej jest największe stężenie czynnika zakaźnego.

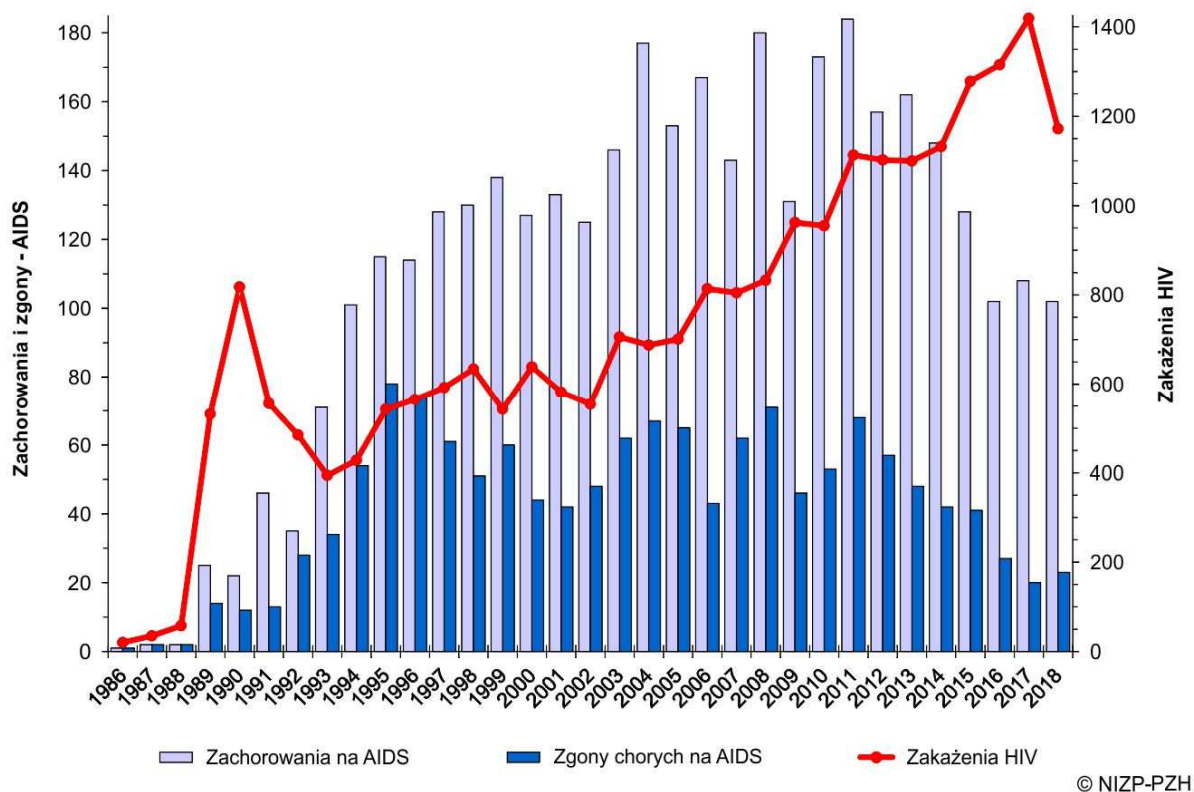
Pierwszy przypadek zakażenia HIV został wykryty w Polsce w roku 1985, w tym samym roku rozpoczęto badania serologiczne w kierunku zakażenia HIV. Początkowo dotyczyły osób z grup ryzyka, osób prostytuujących się, biorących narkotyki drogą dożylną i mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. W tym samym roku rozpoczął się też nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami HIV i chorobą AIDS przez Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny. Początkowo rejestr obejmował dane personalne osób zakażonych, ale od roku 1995 jest on anonimowy. Na rok przed zanotowaniem pierwszego w Polsce przypadku AIDS Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Pełnomocnika Ministra oraz 10-osobowy Zespół do spraw AIDS, który dał początek obecnej agencji Ministerstwa Zdrowia – Krajowemu Centrum ds. AIDS. W 1985 roku rozpoznano pierwsze dwanaście przypadków zakażeń HIV (Szata, 1989).

W Polsce pierwsze zachorowanie na AIDS zarejestrowano rok później czyli w 1986 roku. Największa, jak dotychczas, liczba zachorowań na AIDS- 264 odnotowano w 2011 roku. Pierwsze zachorowania wystąpiły w byłych województwach: katowickim, przemyskim i wrocławskim. Od rozpoczęcia rejestracji w 1985 roku do 31 grudnia 2019 r. (ze względu na stan epidemiczny w naszym kraju od 2020 roku nie jest aktualizowana statystyka dotycząca zakażeń HIV) rozpoznano w Polsce i zgłoszono do Zakładu Epidemiologii PZH 3 768 zachorowań na AIDS, a 1.429 chorych zmarło po zachorowaniu na AIDS. Malejąca od 1995 roku liczba zgonów chorych na AIDS ma związek z coraz efektywniejszym leczeniem antyretrowirusowym, ale dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że poza zgłaszanymi do PZH zgonami chorych na AIDS z określonymi chorobami wskaźnikowymi, występują zgony zakażonych HIV lub z bliżej nieokreślonym zespołem nabytego upośledzenia odporności, (AIDS - Related Complex - ARC -B24 według X rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych). Poczynając od 1996 roku w krajach rozwiniętych zmniejszają się liczby nowych zachorowań – przede wszystkim w związku z wdrożeniem skojarzonego leczenia antyretrowirusowego. W Polsce taki efekt też już jest widoczny, w leczeniu antyretrowirusowymi jest ponad 3 tysięcy pacjentów. Dostępność leczenia ARV jest kluczowym elementem walki z pandemią HIV/AIDS. Mimo względnej bezradności w walce z AIDS, możliwe jest znaczne przedłużenie życia osób chorych na AIDS



i poprawa jego jakości przy zastosowaniu skojarzonego leczenia antyretrowirusowego ARV. Leczenie to określane jest jako tzw. wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART). Wprowadzenie leczenia w 1996 roku spowodowało spadek śmiertelności z powodu AIDS. Uważa się obecnie, że prawidłowo prowadzona terapia antyretrowirusowa przedłuża życie osoby zakażonej do wieku naturalnej śmierci, umożliwia bardzo wielu osobom kontynuowanie pracy zawodowej i pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Leczenie ARV obejmuje wszystkie osoby, które ze wskazań życiowych powinny je otrzymywać. Terapia antyretrowirusowa ma również istotne znaczenie profilaktyczne, ponieważ u osób objętych terapią ARV dochodzi do redukcji ilości wirusa we krwi, czego efektem jest zmniejszenie zakaźności tych osób.

Pełną statystykę zakażeń HIV i zachorowań i zgonów na AIDS w latach 1986 – 2018 ilustruje rys. 1.



Rys. 1. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgoni chorych na AIDS w latach 1986-2018

W Polsce – po okresie gwałtownego wzrostu liczby zakażeń HIV do maksymalnej 809 w 1990 roku – w latach 1991- 2008 liczba nowo wykrytych zakażeń systematycznie rosła i



mieściła się w granicach od 384 (w 1993 roku) do 809 (w 2008 roku). Biorąc pod uwagę drogę zakażenia widoczny był wzrost zakażeń szerzących się drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych. Szczególnie wyraźnie też powiększała się grupa osób serologicznie dodatnich bez informacji o drodze zakażenia. Zjawisko to nie nasila się od kilku lat, bowiem można anonimowo wykonać test, co zwiększa możliwość uczciwego szacowania ryzyka w kontaktach seksualnych. Wydaje się, że ma tu znaczenie anonimowość pacjenta do ujawniania prawdopodobnej drogi zakażenia przy zgłaszaniu się na badanie. Takie niedostatki jak profesjonalne poradnictwo przed i po teście, niestety prezentują prywatne laboratoria i POZ. Wciąż jednak pozostaje duża grupa osób bez informacji o drodze zakażenia, pomimo pewnej korekty danych o zakażeniach uzyskanych z informacji o zachorowaniach na AIDS.

Od 2008 roku systematycznie obserwuje się wyraźny wzrost liczby nowo wykrytych zakażeń do ponad 1600 w roku 2019 roku. Liczby dotyczące ilości wykonywanych testów w kierunku HIV nie zaskakują, bowiem związane jest to w rozbudowującą się w całej Polsce siecią PKD (30)- Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych i możliwością wykonania w nich testu – anonimowo i bezpłatnie z profesjonalnym poradnictwem przed i po teście. Z punktu widzenia epidemiologicznego są szczególnie ważną, prowadzoną przez Krajowe Centrum ds. AIDS i finansowaną z budżetu Ministra Zdrowia formą profilaktyki i wsparcia. W PKD można dobrowolnie, anonimowo i bezpłatnie wykonać test w kierunku HIV. Wykonanie testu jest nierozdzielnie połączone ze specjalistycznym, profesjonalnym poradnictwem. Rosnąca z roku na rok liczba wykonywanych testów w kierunku HIV świadczy o tym, że coraz więcej osób chce poznać swój status serologiczny. Zwiększenie dostępności do testów na HIV w Polsce pozostaje jednak nadal dużym wyzwaniem. W Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych oraz we wszystkich laboratoriach, wykonywane są tak zwane testy przesiewowe. Wyniki ujemne takich testów, jeśli od momentu w którym mogło dojść do zakażenia do wykonania testu minęły 3 miesiące, świadczy o braku zakażenia. Dodatni wynik takiego „testu przesiewowego” nie świadczy jeszcze o zakażeniu. Taki test należy potwierdzić kolejnym testem – testem Western Blot. Test potwierdzenia poszukuje także przeciwciał, ale skierowanych przeciwko poszczególnym składnikom wirusa HIV. Dopiero dodatni wynik testu Western Blot świadczy o zakażeniu HIV.

W Polsce żyje ponad 25 tysięcy zakażonych HIV, (szacuje się, że ta liczba jest trzykrotnie większa), z których ponad 30 % to kobiety. Epidemia HIV/AIDS dotyka w znacznym stopniu osoby młode oraz kobiety. Tak jak w większości krajów, również w Polsce HIV jest problemem głównie ludzi młodych, 58% osób, które uległy zakażeniu HIV, nie ukończyło 29 roku życia,



w tym blisko 8% w momencie zakażenia nie ukończyło 20 roku życia. Najliczniejszą grupę (ok. 80%) wśród osób zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20-49 lat). Na 10 tysięcy osób w wieku produkcyjnym przypada w Polsce 3,95 osób żyjących z HIV/AIDS. Dla kobiet, wskaźnik ten wynosi 2,03 na 10 tysięcy kobiet w wieku produkcyjnym, a dla mężczyzn 5,78 na 10 tysięcy mężczyzn w wieku produkcyjnym (Harmonogram Realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV, 2008). Za populację najbardziej narażoną obecnie należy uznać osoby młode, aktywne seksualnie, szczególnie kobiety (narażone na zakażenie ze względów biologicznych i społeczno-kulturowych). Od dawna już nie używa się pojęcia „grupy ryzyka”, okazało się ono wysoce nietrafne. O możliwości zakażenia decydują ryzykowne zachowania przede wszystkim seksualne, a nie przynależność do określonej grupy.

Tabela 1 ilustruje dane epidemiologiczne dotyczące nowych zakażeń HIV, liczbę chorych na AIDS oraz zgonów z powodu AIDS w latach 2009 - 2019.

Tabela 1. Epidemiologia HIV/AIDS w Polsce w latach 2009-2019

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba zakażeń HIV	689	1207	1302	1019	1258	1085	1273	1270	1526	1275	1615
Liczba chorych na AIDS	124	127	264	144	214	138	129	113	120	108	94
Liczba zgonów z powodu AIDS	48	39	82	49	61	42	40	29	24	29	18

Źródło: opracowanie własne na oparciu o :

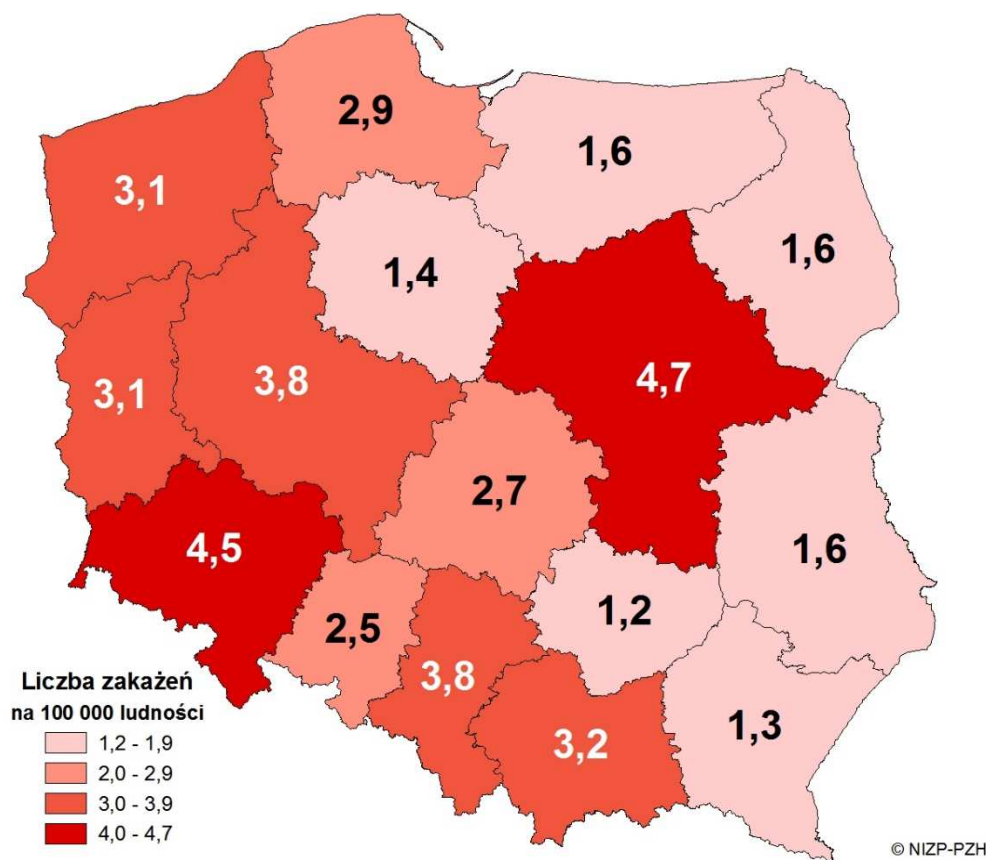
[http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv\\_aids/index.htm](http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm), data pobrania 04.12. 2020r.,

Szacuje się, że w Polsce tylko około 30% osób zakażonych HIV jest świadome swojego statusu serologicznego. Oznacza to, że 2/3 osób nie wie o swoim zakażeniu i że osoby te nie są ujawnione w statystykach. W pierwszych latach epidemii w Polsce główną drogę rozprzestrzeniania się zakażeń HIV stanowiło stosowanie dożylnych środków odurzających oraz kontakty homoseksualne pomiędzy mężczyznami. Od roku 2001 obserwuje się odwrócenie pewnych trendów epidemii. Zakażeniu ulega coraz więcej osób o orientacji heteroseksualnej, niewiele jest informacji o użytkownikach narkotyków drogą dożylną. Osoby zakażają się poprzez ryzykowne kontakty seksualne, które podejmowane są w związku z doświadczaniem z środkami psychoaktywnymi. Z informacji zebranych w Punktach Konsultacyjno- Diagnostycznych wynika, że wciąż niepokojąco wzrasta liczba zakażeń w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami.



Większość wyników dodatnich (ponad 70%) uzyskuje się badając osoby zgłaszające się na test z powodu złego stanu zdrowia lub ryzykownych zachowań, z tego około 30% zakażeń HIV wykrywa się w punktach anonimowego i bezpłatnego testowania połączonego z poradnictwem przed i po teście. Największą, jak dotychczas, liczbę zakażeń (1526 osób) odnotowano w roku 2017 i 1615 w 2019 roku. W latach 1985–1995 zachorowania na AIDS i zakażenia HIV rejestrowano głównie w dużych aglomeracjach miejskich. W początku lat dziewięćdziesiątych wskaźnik nowo wykrytych zakażeń (na 100 000 mieszkańców) był najwyższy w województwach południowo-zachodniej Polski, podobnie jak w początkach nowego tysiąclecia. Największa średnia, roczna liczba nowo wykrywanych zakażeń w latach 2001-2005 (na 100 000 ludności) była dla województwa dolnośląskiego. W latach 2014-2018 największa średnia, roczna liczba nowo wykrywanych była nadal dla województwa dolnośląskiego ale i również dla województwa mazowieckiego. Średnia liczba nowo wykrytych zakażeń w latach 2014-2018 według województw prezentuje rysunek 2.

Rysunek 2. Średnia roczna liczba nowo wykrywanych zakażeń HIV w latach 2014-2018, według województw



Źródło: [http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv\\_aids/index.htm](http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm), data pobrania, 04.12.2020.

Strategia Programu Narodów Zjednoczonych ds. Zwalczenia HIV/AIDS (UNAIDS) zakładała trzy zadania, że do 2020 roku :

1. 90 procent osób zakażonych wirusem HIV będzie świadoma swojego stanu zdrowia,
2. 90 proc. pacjentów otrzyma terapię antyretrowirusową (ARV)
3. 90 procent pacjentów uzyskana zostanie skuteczność leczenia.

Ostatnią debatą na ten temat w Polsce było spotkanie prasowe z okazji Światowego Dnia AIDS w 2019 roku. Realizacja strategii UNAIDS niestety nie jest możliwa ze względu na to, że Polacy wciąż rzadko się testują. Z badań Z. Izdebskiego (Izdebski 2011) wynika, że tylko 10 proc. Polaków kiedykolwiek wykonało badanie w kierunku HIV, podczas gdy w krajach zachodnich przetestowano już większość populacji. Wyjątkowo wzrasta liczba tzw. late presenters, czyli osób z późnym rozpoznaniem choroby. Niepokojącym jest fakt, że Polacy nie odnoszą ryzyka zakażenia do swojej osoby, mimo, że regularnie zmieniają partnerów seksualnych, nie stosują zabezpieczeń oraz coraz częściej korzystają z chemsexu. Prawie 80 procent Polaków uważa, że problem HIV ich nie dotyczy (Raport, 2015). Ogólna wiedza Polaków na temat testów na HIV czy innych zakażeń przenoszonych drogą płciową jest stosunkowo niska. Raport pokazał, że cechuje nas dystans do problemu, brakuje Polakom wiedzy, gdzie taki test można wykonać, jaki jest jego koszt oraz jaki czas musi minąć od ryzykownego zachowania, by wynik testu był wiarygodny.

## **1.2 Diagnoza zakażenia HIV/AIDS jako krytyczne zdarzenie życiowe**

Problem rozprzestrzeniania się epidemii HIV/AIDS, z jakim od przeszło 30 lat boryka się świat, związany jest w decydującym stopniu z trudnościami w diagnozowaniu zakażenia. HIV rozprzestrzenia się wśród ludzi nie dlatego, że jest tak zjadliwym zarazkiem, ale dlatego, że przez wiele lat od zakażenia brak jest objawów klinicznych, lub jeśli się pojawią to są krótkotrwałe i mało charakterystyczne, mylone z pospolitymi dolegliwościami takimi jak przeziębienie, zatrucie czy grypa (Konieczny, Lipnicki, Piasek, Rogowska – Szatkowska, 2006) Zakażenie HV może nie dawać żadnych objawów przez wiele lat, a wykonywane podstawowe badania laboratoryjne nie pokazują niepokojących zmian. Jedynym sposobem wykrycia zakażenia jest wykonanie testu w kierunku HIV. I właśnie ta decyzja może mieć cenę życia. Wirus HIV nie jest dziś tak samo groźny, jak w przeszłości. Istnieją skuteczne leki



antyretrowirusowe, które nie eradykują<sup>3</sup> wirusa z organizmu, ale uniemożliwiają mu dalszy rozwój. W ten sposób zakażenie nie musi nigdy rozwinąć się w pełnoobjawowe AIDS, osoba seropozytywna znająca swój status serologiczny i lecząca się, ma szansę na normalne funkcjonowanie społeczne. Najlepszy czas na wykonanie testu to trzy miesiące od ryzykownego zachowania (seks bez zabezpieczenia z partnerem o nieznanym statusie serologicznym, używaniu wspólnych igieł i strzykawek lub innego sprzętu, kontakt z krwią nieznaną osoby, itp.), wtedy bowiem dopiero można jednoznacznie wykluczyć chorobę.

Od kilku lat w Polsce można wykonać test w kierunku HIV anonimowo i bezpłatnie. Rekomendacje dotyczące anonimowego testowania połączonego z poradnictwem około testowym można znaleźć w opracowaniach i dokumentach międzynarodowych: Rekomendacji 14 Komitetu Ministrów Rady Europy, Deklaracji Zobowiązań w sprawie HIV/AIDS (UNAIDS) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Deklaracji Dublińskiej, Deklaracji Wileńskiej, a także roboczych wytycznych Komisji Europejskiej. Istnieje skoordynowane i zintegrowane podejście do zwalczania HIV/AIDS w obrębie Unii Europejskiej i jej sąsiedztwie. Wszystkie dokumenty wyraźnie określają, że testowanie powinno być dobrowolne, poufne i obejmować poradnictwo przed i po wykonaniu testu (Ptaszek, 2006). Istotą rozmowy przed testem jest uzyskanie świadomej zgody pacjenta na przeprowadzenie badania. Sieć anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku zakażenia wirusem HIV tworzona jest w Polsce od kilku lat i obejmuje coraz więcej województw. Pod koniec 2020 roku działało 31 punktów na terenie całej Polski<sup>4</sup>, gdzie bezpłatnie i anonimowo można było wykonać test w kierunku HIV i uzyskać poradę. Prawo do zastrzeżenia danych osobowych gwarantuje Ustawa o Chorobach Zakaźnych i Zakażeniach z 6 września 2001 roku. Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonanie bezpłatnie i anonimowo testu na obecność przeciwciał przeciwko HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzone jest poradnictwo przed i po teście oraz doradztwo w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i udzielanie innych porad, wynikających z wyjątkowej sytuacji pacjenta. Efektem kontaktu osoby korzystającej z poradnictwa jest możliwość zdobycia wielu ważnych informacji. Dotyczą one statusu serologicznego pacjenta, a także adresów instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Natomiast informacje uzyskiwane z punktów anonimowego testowania pozwalają zdobyć niezbędne dane

<sup>3</sup> Eradykacja choroby – całkowite zwalczenie choroby zakaźnej na całym świecie i z niewystępowaniem wywołującego ją patogenu w organizmach ludzkich, zwierzęcych i innych elementach środowiska.

<sup>4</sup> w takich miastach, jak: Białystok, Gdańsk, Gdynia, Gorzów Wlkp. Chorzów, Olsztyn, Poznań, Koszalin, Szczecin, Wrocław, Bydgoszcz, Lublin, Zielona Góra, Kraków, Kielce, Warszawa, Opole, Rzeszów, Łódź, Zgorzelec, Zielona Góra,



statystyczne i epidemiologiczne, dotyczące między innymi dróg zakażenia oraz trendów zmian w zakresie ryzykownych zachowań. Zwykle jednak ludzie rzadko i często bardzo późno wykonują badanie. Taka sytuacja wynika w dużym stopniu z odbioru społecznego ludzi zakażonych. Ta nieuleczalna choroba wciąż budzi lęk i rodzi postawy odrzucenia. W takiej atmosferze decyzji o wykonaniu badań towarzyszą emocje, które często dominują nad rozsądkiem.

Poradnictwo podejmowane w kontekście wykonania testu w kierunku HIV powinno być poufny dialogiem pomiędzy doradcą i osobą chcącą wykonać test (pacjentem). Podstawowym zadaniem poradnictwa jest udzielenie emocjonalnego wsparcia i pomocy w zmniejszeniu stresu i napięcia u pacjenta, wynikającego z sytuacji testowania i obawy przed zakażeniem oraz pomoc w podjęciu przez niego świadomej decyzji o wykonaniu testu. Ważnym celem jest także promowanie bezpiecznych zachowań. Na poradnictwo powinny składać się dwie rozmowy (porady należy udzielać dwukrotnie): poradę przed testem oraz poradę po wykonaniu testu. Porada poprzedzająca wykonanie testu (poradnictwo przed testem) to dialog, którego głównym celem jest przedyskutowanie osobistego ryzyka (szacowanie) zakażenia HIV pacjenta oraz wszystkich możliwych konsekwencji poznania własnego statusu serologicznego, tak, aby mógł on podjąć świadomą decyzję o wykonaniu testu. Porada po przeprowadzeniu testu (poradnictwo po teście) to dialog, którego głównym celem jest omówienie wyniku, udzielenie niezbędnych informacji dostosowanych do sytuacji pacjenta a przede wszystkim – udzielenie emocjonalnego wsparcia i jeśli jest to potrzebne - umożliwienie otrzymywania dalszej pomocy. Doradcy pracujący w Punktach anonimowego testowania HIV to osoby towarzyszące pacjentowi w podjęciu decyzji o wykonaniu testu oraz w pierwszych momentach po otrzymaniu wyniku, niezależnie od tego, jaki jest jego rezultat. Rolą doradcy jest wsparcie pacjenta w określeniu osobistego ryzyka zakażenia HIV. Jeśli wynik pacjenta będzie ujemny- przedyskutowanie sposobów zapobiegania zakażeniu w przyszłości. Jeśli zaś będzie dodatni - pomoc w zaakceptowaniu tego faktu, wskazanie sposobów zapobiegania przeniesienia zakażenia na inne osoby, unikanie nadkażeń (superinfekcji) oraz stworzeniu planów na przyszłość, dostosowanych do konkretnej, indywidualnej sytuacji pacjenta i jego możliwości (Gašiorowski, Knysz, Łapiński, 2010)

W procesie doradzania powinno się wychodzić naprzeciw potrzebom pacjenta i stworzyć mu możliwości, dzięki którym będzie on w stanie wziąć odpowiedzialność za podejmowane przez siebie decyzje, bezpośrednio wpływające na jego życie oraz życie bliskich mu osób. Doradcy pełnią także bardzo ważną rolę w działaniach wspierających i





profilaktycznych, mogą pomóc w podejmowaniu korzystnych decyzji dotyczących życia i zdrowia pacjenta, wiele uwagi poświęcając w rozmowie przed testem także na edukację - przedyskutowanie z pacjentem możliwych sposobów wykluczenia lub zminimalizowania ryzyka zakażenia HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową i poprzez krew - w przyszłości.

Aspekty psychologiczne zakażenia HIV są bardzo złożone. Wiele osób zakażonych wyraża opinię, że jest to bardzo psychologiczne zakażenie. Poza aspektami medycznymi, dotyczącymi zdrowia fizycznego i możliwości leczenia, HIV wkracza w psychikę i intymne sfery życia pacjentów, często naruszając tematy tabu związane z seksem, a często stylem życia związanym z używaniem narkotyków. Właściwie od samego początku – od momentu podejmowania decyzji o poznaniu swojego statusu serologicznego mamy do czynienia z psychologicznym badaniem. Psychologiczną próbką krwi zawierającą: przeszłość pacjenta, powody wykonania testu, sytuacje ryzykowne, które spowodowały te decyzję; terażniejszość: decyzja wiedzieć czy nie, że jest się zakażonym, obawa przed dodatnim wynikiem testu oraz przyszłość: jaki będzie rezultat testu i jeśli okaże się pozytywny, to jak będzie wyglądało moje życie? Choć w chwili obecnej infekcja HIV jest zakażeniem przewlekłym i istnieją możliwości leczenia, to jednak u większości osób zakażonych diagnoza ta wprowadza różnicę dotyczącą życia osobistego i społecznego. Trzeba wiele wysiłku, koncentracji oraz pomocy zarówno osób bliskich jak i zawodowo zajmujących się pomocą osobom żyjącym z HIV/AIDS, aby zaakceptować diagnozę i nauczyć się żyć z wirusem. Mnogość lęku, bólu i samotności towarzyszy osobie, która dowiaduje się o swoim zakażeniu. Dlatego też tak bardzo ważne jest rozważenie wszystkich za i przeciw poddaniu się testowi przez pacjenta, aby mógł on wziąć pod uwagę wszystkie konsekwencje badania, szczególnie wtedy, gdyby wynik testu okazał się dodatni.

Z punktu widzenia medycyny test w kierunku HIV jest taką samą próbką krwi jaką pobiera się w przypadku wielu innych badań, ale różnica, według wielu osób, które uległy zakażeniu, albo tylko poddały się testowi dotyczy zazwyczaj obawy przed stygmatyzacją, odrzuceniem, wykluczeniem z rodziny i społeczności, stratami w życiu osobistym. Wiele osób pomyślało „właśnie skończyło się moje życie”, choć istnieje możliwość długiego życia z HIV. I nie chodzi tu o dosłowne zakończenie życia w tej chwili, tylko zmiany, jakie mogą nastąpić i obawa przed nimi.

Z perspektywy psychologicznej ważne momenty dla pacjenta to:

1. Sytuacja przed testem (myśl o wykonaniu testu, proces podejmowania decyzji i pierwsza decyzja o wykonaniu testu, obawa o wynik testu).



2. Testowanie (wizyta w placówce wykonującej test, rozmowa z doradcą, decyzja o wykonaniu testu, pobranie krwi, oczekiwanie na wynik lub decyzja o nie wykonywaniu testu lub odroczenie decyzji na inny czas).

3. Otrzymanie wyniku.

- Wynik ujemny: najczęściej towarzyszy tej sytuacji radość i wielka ulga.
- Wynik dodatni: najczęściej początkowo towarzyszy tej sytuacji szok i przerażenie, obawa o przyszłość, lęk, poczucie straty i poczucie winy, często zdarza się zaprzeczanie: to nie jest mój wynik, to na pewno pomyłka, bunt, (dlaczego ja?). Potem zaś może przyjść moment targowania się. Zadawanie pytania, co mogę zrobić, aby odwrócić tę sytuację?

4. Następne fazy w przypadku otrzymania wyniku dodatniego:

- Uczenie się życia z HIV („oswajanie wirusa w sobie”). Zrozumienie wyniku i zrozumienie nowej, nieodwracalnej sytuacji. Próba przystosowania się do nowej sytuacji, szukanie pomocy. Nowe spojrzenie na życie i jego wartość.
- Bezobjawowy okres zakażenia.
- Objawowy okres zakażenia, początek kłopotów zdrowotnych będących następstwem zakażenia.
- Początek choroby. Choroba, diagnoza AIDS.
- Rozstawanie się z życiem. Przygotowanie do śmierci (Konieczny, Lipnicki, Piasek, Rogowska – Szatkowska, 2006, s. 61-62 ).

Fazy te nie muszą przebiegać w jednakowy sposób u wszystkich osób, ściśle według podanych powyżej punktów. Poszczególne momenty mogą się na siebie nakładać, niektóre mogą powracać, często są przerywane okresami depresji, szczególnie wtedy, kiedy następują niekorzystne zmiany zdrowotne lub osobiste. Także czas poszczególnych etapów nie może zostać dokładnie określony. Zawsze jest to indywidualna sprawa, a powyższy schemat obrazuje tylko statystyczne prawdopodobieństwo (Konieczny, Lipnicki, Piasek, Rogowska – Szatkowska, 2006, s.62).

Z doświadczeń Autorki pracy, która do 2007 roku pracuje w pierwszym kontakcie z osobami u których wykrywa się i potwierdza zakażenie wirusem HIV wynika, że informacja o pozytywnym wyniku testu jest krytycznym wydarzeniem w biografii pacjenta. To szczególny rodzaj kryzysu życiowego, który różni się od innych tym, że stawia osobę w obliczu sytuacji wymagającej od niej reorganizacji dotychczasowego życia w wielu jego sferach. Przeorganizowania i przeformułowania wymagają cele i plany życiowe i zawodowe. Zakażenie wirusem HIV wywołuje często silne zaburzenia natury emocjonalnej i poznawczej, co utrudnia adaptację do nowej sytuacji zdrowotnej. Sam fakt stania się osobą żyjącą z HIV wymaga od



osoby zakażonej ogromnego wysiłku emocjonalnego, zaangażowania i konieczności ustosunkowania się do nowej rzeczywistości życia z wirusem.

W literaturze psychologicznej krytyczne wydarzenie życia definiuje się jako: (critical life events) istotne emocjonalnie wydarzenia, które mają wyjątkowe znaczenie dla życia człowieka. Specyficzne znaczenie krytycznych zdarzeń życiowych polega na tym, że w radykalny sposób zakłócają one funkcjonowanie osoby w otoczeniu i wymagają od niej wewnętrznego psychicznego przystosowania się (Sęk, 2001). Dlatego wydarzenia te są niekiedy określane jako zmiana życiowa wymagająca ponownej adaptacji (readjustment life events). Krytycznymi zdarzeniami życiowymi mogą być zarówno zdarzenia jednoznacznie negatywne, w tym traumatyczne, jak i jednoznacznie pozytywne lub też ambiwalentne (Sęk, 2001).

Zakres definicyjny zjawiska niewątpliwie zawiera w sobie negatywne, traumatyczne wydarzenie jaki jest odebranie wyniku dodatniego w kierunku HIV, a bycie osobą seropozytywną implikuje wiele trudności natury emocjonalnej dla samej osoby i najbliższego jej otoczenia. To „oswajanie wirusa w sobie” potrzebuje ram czasowych na pogodzenia się z sytuacją. Seropozytywni są obciążeni obowiązkowymi badaniami, czasami farmakoterapią, dolegliwościami natury fizycznej, zaburzeniami nastroju, a w związku z tym ograniczeniami rodzinnymi, społecznymi i zawodowymi. Sęk (2001) przedstawiła rozbudowany model krytycznego zdarzenia życiowego, będący rozwinięciem rozwojowej teorii Filipp (Muszyński 1995). Model ten uwzględnia czynniki poprzedzające krytyczne zdarzenie życiowe, cechy osoby i kontekstu sytuacyjnego, cechy zdarzenia oraz procesy i efekty radzenia sobie z tym zdarzeniem, które można odnieść do procesu diagnozowania osoby zakażonej HIV. Sęk (2001) wymienia rezultaty negatywne, które są również udziałem osób seropozytywnych takie jak: zahamowanie rozwoju zawodowego, pogorszenie zdrowia. Zmiany mogą dotyczyć też relacji człowieka z otoczeniem -poprawa lub pogorszenie relacji i więzi interpersonalnych w zależności od korzystania z różnych form wsparcia społecznego. Zmiana kontekstu życia - pozycji społecznej ze względu na duży problem dyskryminacji i stygmatyzacji osób zakażonych HIV.

Efekty przeżycia krytycznego zdarzenia życiowego jakim jest diagnoza zakażenia HIV zależą od procesu adaptacji, w tym czynników sytuacyjnych i indywidualnych, oraz stosowanych strategii radzenia sobie. Możemy mówić o zmianie w poziomie funkcjonowania osoby, jej zdrowia psychicznego, a także sposobów postrzegania rzeczywistości oraz budowania relacji interpersonalnych.



**Pytanie o sens życia jest najbardziej nagłym  
ze wszystkich ludzkich pytań  
Albert Camus**

## **Rozdział 2. Rozumienie poczucia sensu życia**

Pojęcie sensu życia znalazło swoje miejsce w psychologii dzięki wpływom egzystencjalnej myśli filozoficznej. Zagadnienie to ma wymiar interdyscyplinarny, należy do teologii, filozofii i psychologii, jednak ta ostatnia nauka ocenia to pojęcie jako trudne do zdefiniowania (Heszen, 2005). Pytanie o sens życia zawiera poszukiwanie istoty i celowości ludzkiej egzystencji i pojawia się szczególnie w sytuacjach związanych z zagrożeniem życia czy godności ludzkiej, takich jak choroba, niepełnosprawność, pozbawienie wolności, przeżywanie cierpienia fizycznego lub psychicznego, utrata najbliższych osób bądź szeroko rozumiane krytyczne zdarzenia w biografii człowieka (Kozera-Mikuła, 2020).

### **2.1 Poczucie sensu życia – w wybranych koncepcjach psychologicznych**

Od wieków ludzie zadają sobie pytanie: jaki sens ma ludzkie życie, co jest jego wartością? Do czego powinno się dążyć w życiu? Wreszcie co powinniśmy robić, żeby nadać sens naszej egzystencji? Dylematy takiej natury dotyczą nas wszystkich bez względu na wiek, płeć, wykształcenie, światopogląd czy pochodzenie. Zadajemy się to pytanie nie uzyskując jednoznacznej odpowiedzi, a zróżnicowanie ich wynika z indywidualności każdego z nas.



Pojęcie sensu życia komplikuje się jeszcze bardziej, bowiem każdy z nas inaczej postrzega rzeczywistość i potencjalne wartości, które stanowią cenny walor codziennej egzystencji.

Psychologiczne ujęcie poczucia sensu życia odwołuje się do indywidualnych potrzeb, predyspozycji dziedzicznych, osobowych wartości, które są podstawą wyborów i preferencji. Psychologowie uznają indywidualizm w problematyce uznawania czegoś co stanowi sens życia każdego człowieka. Kazimierz Popielski pojęcie „sens” wiąże z „życiem” („meaning of life”), z osobowym i podmiotowym byciem, z doświadczaniem i przeżywaniem egzystencji. To pojęcie, które wskazuje na głęboko osobiste, przy tym zindywidualizowane doświadczenie a także, na potrzeby człowieka i ludzkości (Popielski, 1994).

Julian Aleksandrowicz definiuje pojęcie sensu życia jako: „zarówno wartości życia, a więc te wszystkie aspekty przedmiotów i działań, które wchodzą w sferę zainteresowań człowieka, jak i cel życia, czyli wartość permanentnie obecną w działaniu, której realizacja towarzyszy człowiekowi we wszystkich poczynaniach jako kryterium samooceny. Jak wiadomo, cel, który stanowi o sensie życia osobnika, zamyka życiową hierarchię jego dążeń. Załamanie się tego celu decyduje o załamaniu sensu życia, ukazanie go — to ukazanie sensu życia” (Aleksandrowicz 1982, s. 74—75). Kreaacje teoretycznej wizji pojęcia sensu życia wprowadzili do swoich prac: I.D. Yaloma i V.E. Frankl. Zdaniem I.D. Yaloma poczucie sensu życia to sposób przeżywania własnej egzystencji, wiąże się ono z wybraniem i realizowaniem określonych postaw życiowych, które wynikają z potrzeb, wartości i dążeń jednostki. Poczucie sensu życia, prowadzi do satysfakcji, realizacji siebie i wiąże się z poczuciem szczęścia. (Yalom, 2008).

Viktor Emil Frankl (1977, 1978a) sformułował fundamentalną tezę, że główną i najbardziej podstawową potrzebą człowieka jest potrzeba sensu życia. W swojej teorii wyróżnia w egzystencji człowieka nie tylko sferę fizyczną i psychiczną lecz także duchową czyli noetyczną, a istotą ludzkiej egzystencji Frankl nazywa samotranscendencją, (Popielski, 1994, s. 9). Sfera noetyczna jest nadrzędna w stosunku do dwóch pozostałych. Twierdzenie, że człowiek przez całe życie „staje się” osobą, nadaje egzystencji ludzkiej kierunek ku nieosiągalnej istocie. Organizm, sfera fizyczna i psychiczna człowieka są mu dane, w sferze noetycznej rozwija się on zaś w swoich możliwościach ku wartościom. (Kozera-Mikuła 2020, s. 13).

Dla Frankla sens życia to umiejętność realizowania zadań szczególnych, które wynikają z indywidualnych atrybutów jednostki (Michalski, 2011). Frankl prezentuje



człowieka, który „dąży do tego, by wychodzić poza siebie samego. (...) Być człowiekiem to znaczy być skierowanym na coś lub na kogoś, być oddanym dziełu, któremu się poświęcamy, człowiekowi, którego kochamy, lub Bogu, któremu służymy” (Frankl, 1984, s. 147–148). Teoria V.E. Frankla podkreśla ważność osobistego spełnienia wewnętrznego, realizowania celów i czerpania satysfakcji z ich realizacji, więc sens życia dla Frankla to stan podmiotowej satysfakcji, związany z działaniem celowym i ukierunkowanym na wartości. Człowiek nie jest twórcą sensu, ale odkrywa go w rzeczywistości, która jest mu dana (Frankl, 1984). Człowiek może wyrażać swój sens istnienia między innymi poprzez zaangażowanie się w jakąś istotną dla siebie sprawę lub poprzez inne wartości np. miłość i oddanie drugiej osobie, pracę, przeżywania cierpienia (Frankl, 2009, Michalski, 2011, za Barłóg, Stradomska 2018). Miłość stanowi fundament ludzkiego funkcjonowania. Takiego zdania jest K. Popielski, który wyróżnia triadę egzystencjalną: otwartości, wolności oraz miłości. To właśnie miłość pozwala spełniać podmiotowo-osobową egzystencję, natomiast ma ona szansę zaistnienia dzięki wolnym i otwartym dążeniom oraz pragnieniom jednostki. Według różnych źródeł miłość wyraża pragnienia i wartości (Popielski, 2008, za Barłóg, Stradomska 2018).

Praca pozwala człowiekowi żyć i funkcjonować i przez to czuć satysfakcję. Jednak w teorii Frankla, jest rozumiana jako samorealizacja i chęć osiągania celów psychologicznych i duchowych, a nie tylko nastawionych na uzyskiwanie dóbr, zgodnie chociażby z hierarchią wartości Masłowa (Maslow, 2006, za Barłóg, Stradomska 2018).

Cierpienie to trudne doświadczenie w życiu człowieka, ale może nadać sens naszemu życiu, może go wewnętrznie wzbogacić, a samo cierpienie pozwala dostrzec i zrozumieć prawdziwy sens życia, oderwanego od przyziemnych spraw (Barłóg, Stradomska 2018). Cierpienie może mieć charakter twórczy, prowadzić do refleksji nad wartościami i budować ludzką motywację do działania (Popielski, 2008, za Barłóg, Stradomska 2018). Egzystencjaliści uważają, że cierpienie może być motywem zmiany całego życia, bo może prowadzić do przewartościowania (Frankl, 1984, 2009; Yalom, 2008).

Irena Heszen-Niejodek określa poczucie sensu życia ogólnie mianem duchowości (Heszen, 2005). Duchowość na gruncie psychologii ma konstrukt teoretyczny i nie jest wartością bezpośrednio mierzalną. Heszen - Niejodek posługując się terminologią zaczerpniętą z teologii, określa ją jako transcendencję będącą swoistym „ruchem w górę”, którego kierunek wyznaczony jest przez wartości osoby, ale nie mają wymiaru materialnego. Transcendencja osoby to samorealizacja, samodoskonalenie, rozwój osobisty, a w wymiarze szerszym jest to kierowanie się ku Wyższej Istocie czy wybranym wartościom (Heszen, 2005). W psychologii



sens życia porównuje się do innych, obecnych już w tej nauce pojęć takich jak: wymiar noetyczny osobowości (Popielski, 1993), samoaktualizacji (Maslow, 1990), poczucia koherencji (Antonovsky, 2005) czy transgresji (Kozielecki, 1987).

Kazimierz Obuchowski stwierdza, że pytania dotyczące sensu życia nie mają charakteru powszedniego, lecz pojawiają się w krytycznych momentach jednostkowej biografii takie jak: doświadczenie śmierci czy choroba (Obuchowski, 2000). Autor pisze, że „sens życia powinien być nie tylko nadrzędną ideą, obsesją spełnienia się w roli, ale przede wszystkim koncepcją życia powstałą jako wynik przemyślenia tego, czym jest dla nas życie, czym jest świat i człowiek w nim, i tego, co jest w naszym życiu naprawdę ważne” (Obuchowski, 2000, s. 248). Poczucie „sensu życia” można więc potraktować jako specyficzną potrzebę, jako zbiór dyspozycji i motywacji, których fundamentem są podmiotowe wartości, przekonania, sądy oraz wyobrażenia.

Z punktu widzenia zakresu definicyjnego pojęcia zdrowia człowieka ma wymiar duchowy. Traktowany jest w literaturze jako czwarty – obok fizycznego, psychicznego i społecznego – (Heszen, 2005). Często okolicznością sprzyjającą rozwojowi duchowości jest poważna choroba, niepełnosprawność czy inne wydarzenia kryzysowe. Szczególnym zainteresowaniem zagadnienie sensu życia cieszy się więc wśród badaczy szeroko pojętej psychologii zdrowia.

W literaturze przedmiotu odnajdujemy wiele, różnych definicji, poczucia sensu życia, bez względu jednak na to, jaką definicję sensu życia przyjmę, kluczową kwestią jest to, że każdy człowiek ma możliwość odkrywania i poznawania sensu swojego życia, choć dla każdego może on oznaczać coś zupełnie innego. Odkrywanie sensu życia, to refleksja nad jego możliwymi źródłami, obszarami, w których jednostka może go poszukiwać i w oparciu o które może definiować swój indywidualny sens życia. (Czyżowska, 2016). Wspomniany już Viktor Frankl wskazuje trzy główne płaszczyzny, w których człowiek może odkrywać sens życia: tworzenie (rozumiane zarówno jako obszar sztuki, jak i nauki), przeżywanie (doświadczenie bliskości i miłości) i przejawianie określonej postawy wobec życia (w szczególności w stosunku do tego, co nieuniknione, np. cierpienia) (Frankl, 2013, Kossakowska, Kwiatek, Stefaniak, 2013).

## 2. 2 Sens życia a choroba



Badania w różnych grupach osób chorych wskazują na istotną rolę, jaką może odgrywać poczucie sensu życia w adaptacji do zmagania się z chorobą. W literaturze przedmiotu można odnaleźć liczne badania sensu życia w różnych korelacjach u osób: z niepełnosprawnością wzrokową (Szabała, 2015), z zaburzeniami lękowymi (Kroplewski, Serocka, Szcześniak, 2019), mukowiscydozą (Cepuch, Dębska, Pawlik, Mazurek, 2012). Wyniki polskich badań wskazują, że istnieje związek między poczuciem sensu a jakością życia pacjentów onkologicznych. Badania przeprowadzone na grupie 50 pacjentów z chorobą nowotworową wykazały, że czas trwania choroby negatywnie korelował z poczuciem sensu życia. Im dłużej pacjent doświadcza choroby, tym trudniejsze jest dla niego odnajdywanie poczucia sensu (Wnuk, Marcinkowski, Hędzulek. i wsp 2010). Osoby, które trafiają do opieki paliatywnej, mają za sobą wiele lat zmagania z chorobą, co oznacza, że już w momencie rozpoczęcia sprawowania nad nimi opieki można mieć do czynienia z pacjentami, u których poczucie sensu życia jest w znacznym stopniu obniżone lub wręcz zupełnie nieobecne (Czyżowska, 2016). W chorobach nowotworowych (które często współwystępują z zakażeniem HIV) poczucie sensu życia wydaje się odgrywać niebywałą rolę w poprawie stanu zdrowia i powinno być uwzględniane w projektowanych oddziaływaniach terapeutycznych. Wiele osób, które doświadczyły choroby nowotworowej, przypisuje tej chorobie osiągnięcie nowego spojrzenia na życie i większe docenienie wartości życia (Fromm i in.1996,Salmon,ManziiValori,1996).Okazuje się, że traumatyczność doświadczanych zdarzeń może stanowić potencjał do osobistego wzrostu i transformacji(McMillen,SmithiFisher,1997).

Życie ludzkie ma bezwzględnie najwyższą wartość. Niestety życie ludzkie jest też nieprzewidywalne, a choroba może pojawić się nieoczekiwanie. Tak jest z zakażeniem HIV. To wirus, który może zaatakować w każdym momencie naszej ludzkiej egzystencji, chorują wszyscy, od dziecka po osoby w wieku senioralnym. Oczywiście, to czy narażamy się na to zakażenie jest sprawą nadrzędną, bowiem od naszej wiedzy o sposobach zakażenia się i naszego zachowania zależy czy staniemy się osobą żyjącą z HIV. Jednak też liczne doświadczenia Autorki wskazują, że czasami jedno zachowanie ryzykowne może skutkować zakażeniem i konsekwencją bycia osobą przewlekle chorą. Jeśli już dojdzie do takiej sytuacji trzeba zapewnić pacjentowi optymalne wsparcie w poradzeniu sobie z diagnozą oraz innymi trudnymi sytuacjami, które będą jego udziałem. Mimo, że zakażenie HIV już nie implikuje choroby AIDS i szybkiej śmierci to jednak ze względu na jej stygmatyczny i przewlekły charakter powoduje szerokie spectrum problemów emocjonalnych i społecznych. Negatywne reakcje psychiczne(lęk, depresja, czy agresja, będących reakcją na zagrożenie) osoby zakażonej





oraz społeczny odbiór choroby powoduje trudności w adaptacji do nowej sytuacji. Sposób zachowania się osób zakażonych wobec własnego życia, zmienia się z momentem uzyskania dodatniego wyniku testu w kierunku HIV. Tysiące pytań –ile będę żył?, czy będę mógł(a) mieć dzieci?, komu mogę o tym powiedzieć?, gdzie znajdę pracę? , tysiące wątpliwości, które pojawiają się powodują, że rodzi się też to, najważniejsze- o sens dalszego życia, któremu często towarzyszy poczucie beznadziei.

W każdej ludzkiej naturze jako przejaw ludzkich potrzeb pojawiają się te egzystencjalne pytania o sens życia. W sytuacji osób żyjących z HIV zagadnienie sensu życia najczęściej wiąże się z kategorią ludzkich potrzeb. Potrzeba sensu życia towarzyszy każdemu dorosłemu człowiekowi, bez którego zaspokojenia nie może on funkcjonować normalnie” (Obuchowski, 1983, s. 231–312). Znalezienie sensu życia stanowi warunek normalnego funkcjonowania. W sytuacji choroby przewlekłej jakim jest zakażenie HIV człowiek, przeżywając wiele traumatycznych wydarzeń, może doświadczać kryzysów wartości, kryzysów sensu życia, beznadziei, którym może towarzyszyć nieadekwatny obraz siebie i rzeczywistości. W literaturze przedmiotu „sens” najczęściej pojawia się z pojęciem „życie” i jest interpretowane jako „poczucie”, „potrzeba” czy „doznanie”. Ma to konsekwencje w przewidywaniu negatywnych skutków własnych działań, realizacji własnych planów i celów oraz może prowadzić do negatywnych zachowań, stanów lękowych, życiowego pesymizmu (Meissner-Łozińska, 2011, s. 76–78). Gdy jednak osoba mimo zakażenia HIV posiada własną koncepcję siebie, otaczającego ją świata oraz tego, co nadaje jej sens, wówczas ma szansę nie tylko na obronę własnych wartości, lecz także na aktywną realizację siebie. Taki człowiek jest kimś – jest sobą i nie jest samotny (Obuchowski, 2000, s. 281). Erich Fromm w książce „Niech się stanie człowiek” pisze:(...) aby powołać do życia emocjonalne i intelektualne potencjalności człowieka, aby otworzyć drogę narodzeniu jego JA, potrzebna jest aktywność produktywna. Jednym z tragicznych aspektów sytuacji człowieka jest to, że rozwój jego Ja nigdy się nie kończy, nawet w najlepszych warunkach tylko część ludzkich możliwości zostaje zrealizowana. (Fromm, 1994, s. 80).



## Rozdział 3. Koncepcje stresu psychologicznego i radzenia sobie ze stresem

Wiedza psychologiczna w swoich licznych osiągnięciach pokazuje rozbudowaną tradycję problematyki stresu i radzenia sobie z nim, która wyrosła z nauk biologicznych i medycznych. Sformułowanie definicji pojęcia stresu w ramach ujęcia biomedycznego pozwoliło w późniejszym czasie na nadanie temu terminowi wymiaru psychologicznego. O silnej integracji problematyki stresu i radzenia sobie ze stresem z obszarem wiedzy psychologicznej świadczy fakt, że jeszcze do niedawna psychologowie posługiwali się terminem „stres psychologiczny”. Obecnie dopuszcza się stosowanie określenia „psychologia stresu” (Łosiak, 2009).

### 3.1 Stres – kwestie terminologiczne

Termin „stres” odnosi się do różnego rodzaju napięć i kojarzy się ze zjawiskiem negatywnym, nieprzyjemnym, którego nie chcielibyśmy doświadczać. Został przeniesiony na grunt nauk społecznych w celu opisanego stanu zmęczenia i wyczerpania psychicznego, fizycznego oraz emocjonalnego, któremu ulega człowiek doświadczony trudną sytuacją.

Mimo intensywnego rozwoju badań nad zjawiskiem stresu, nie stworzono jednej, powszechnie akceptowanej definicji (Heszen - Niejodek, 1999). Na przestrzeni ostatnich 60-ciu lat powstało wiele teorii i koncepcji stresu, wśród przedstawicieli wielu dziedzin nauki: biologii, psychologii, socjologii, medycyny i epidemiologii, brak jest porozumienia w kontekście wypracowania jednolitej teorii stresu (Le Blanc, de Jonge i Schaufeli, 2007). Jak pisze Irena Heszen - Niejodek (1999) analizując literaturę przedmiotu – wyróżnić można trzy nurty w definiowaniu stresu psychologicznego. Pierwszy z nich zakłada, że stres jest bodźcem, sytuacją lub wydarzeniem zewnętrznym o określonych właściwościach i w tym rozumieniu stres traktowany jest jako sytuacja trudna.

Pojęcie „stresu” zapoczątkował Cannon, natomiast ideę tę rozwinął fizjolog Hans Selye, który określił stres stanem „...który przejawia się swoistym zespołem, składającym się ze wszystkich nieswoistych zmian wywołanych w układzie biologicznym. Składnikami jego są widoczne zmiany wywołane niezależnie od przyczyny. Zmiany te są sumą wszystkich rozmaitych procesów przystosowawczych, zachodzących w jakimkolwiek czasie w ustroju”



(Selye, 1960, s.70). Selye uważany jest za prekursora badań nad zjawiskiem stresu w medycynie i jako jeden z pierwszych naukowców zaczął używać tego terminu (Heszen - Niejodek, 1999; Łosiak, 2008). Pojęcie stresu psychologicznego definiuje się jako reakcja wewnętrzna (przede wszystkim emocjonalna) jednostki doświadczana na skutek czynników zewnętrznych – stresorów. Takie ujmowanie stresu wywodzi się z nauk medycznych, a wśród przedstawicieli wyróżniamy wspomnianego na początku pioniera badań nad zagadnieniem stresu – Hansa Selye’go. Według niego stres jest nieswoistą reakcją organizmu na wszystkie stawiane mu wymagania. Selye twierdził, iż wszystkie czynniki zewnętrzne oddziałujące na człowieka oprócz swoistego, czyli specyficznego działania, wywołują również niespecyficzne „żądanie aktywności jako takiej”, co jest istotą stresu (Selye, 1977). Wprowadził on pojęcie General Adaptation Syndrome (Ogólny Zespół Adaptacyjny), które stanowi jeden z głównych elementów jego teorii stresu – dystresu (Heszen – Niejodek, 1999, Bańka, 2002, Ogińska – Bulik i Juczyński, 2008, Terelak, 2008). Ogólny Zespół Adaptacyjny (GAS), stanowiący pierwszą linię obrony organizmu przed szkodliwymi bodźcami zewnętrznymi, przebiega w trzech stadiach: reakcji alarmowej, odporności i wyczerpania (Reykowski, 1966, Siek, 1989, Ogińska – Bulik i Juczyński, 2008): Reakcja alarmowa, obejmuje fazę szoku i przeciwdziałaniu mu. W drugim stadium odporności organizm stara się przystosować do stresora oraz koncentruje się na zwalczeniu go kosztem funkcji fizjologicznych i psychologicznych. Ostatnie trzecie stadium wyczerpania – występuje w sytuacjach, w których stresor nie odstępuje i ciągle się powtarza. Funkcje obronne organizmu są już wyczerpane i stają się podatne na różne choroby i zaburzenia.

Selye różnicuje stres destrukcyjny od konstruktywnego. Zwraca uwagę na to, że nie każdy stres jest dla nas szkodliwy, twierdzi również, że stres może spełniać pozytywną funkcję, która motywuje człowieka do dalszego efektywniejszego działania. Stres pozytywny został określony przez Selye’a mianem eustresu, natomiast nadmierny stres, który powoduje straty – dystresem. Warto zauważyć, że eustres, który początkowo działa korzystnie i pobudzająco na organizm, może z czasem stać się dystresem. Jest to prawdopodobne, gdy poziom stresu wciąż wzrasta, przekraczając możliwości adaptacji i tolerancji stresu danej jednostki (Ogińska – Bulik i Juczyński, 2008). Warto zauważyć, iż Selye w swojej definicji stresu zwrócił uwagę, na procesy hormonalne zachodzące w sytuacji stresu, odróżnił stres pozytywny (mobilizujący) od negatywnego (destruktywnego) i rozumienie stresu jako procesu adaptacyjnego (Ogińska – Bulik i Juczyński, 2008).



Oprócz Selye,go pozytywny aspekt konsekwencji stresu w życiu człowieka podkreśla amerykański psychiatra Gerard Caplan i jego koncepcja kryzysów życiowych. Naukowiec ten pod pojęciem kryzysu rozumiał stan emocjonalnego stresu, który zmusza organizm do przeciwstawienia się stresorom przez zmobilizowanie własnych mechanizmów obronnych. W swojej koncepcji Caplan podkreśla jej aspekt rozwojowy, zakłada on, że osobowość człowieka nie rozwija w sposób stopniowy, ale skokowy, od kryzysu do kryzysu. W trakcie rozwoju człowiek staje wobec kryzysów psychospołecznych, które musi rozwiązać sam, w oparciu o własne możliwości, które są determinowane dojrzałością biologiczną, psychologiczną i społeczną. Gerard Caplan wyodrębnił te kryzysy odwołując się do teorii rozwojowych cykli życiowych Eriksona, i są to.: autonomiczność v. wstyd i niepewność (wczesne dzieciństwo), kryzys tożsamości v. rozproszenie (młodość), integracja v. utrata nadziei (starość) (1964, za: Terelak, 2008). Zatem Gerard Caplan w swojej koncepcji kryzysów życiowych akcentuje dwuaspektowość reakcji człowieka na stres. Sytuacja kryzysowa, na którą składa się wiele trudności życiowych jednocześnie, może prowadzić do dezorganizacji funkcjonowania człowieka, ale także do jego większej dojrzałości psychicznej.

Inną z koncepcji medycznych stresu, którą warto przedstawić, jest zaproponowana przez Aarona Antonovsky'ego salutogenetyczna teoria stresu. Zakłada ona, że „organizm ludzki ze swej natury znajduje się w dynamicznym stanie heterostatycznego braku równowagi. Bez względu na to, czy stresory są pochodzenia wewnętrznego, czy zewnętrznego [...], nieustannie spotykamy się z bodźcami, na które nie mamy gotowej, adekwatnej odpowiedzi adaptacyjnej, na które musimy jakoś zareagować [...]” (Antonovsky, 1987, s. 191; za: Sęk i Ścigała, 2000). Według Antonovskiego stresory sprzyjają uruchamianiu zachowań adaptacyjnych, w których wykorzystywane i wzbogacane są zasoby odpornościowe człowieka. Jednocześnie Antonovsky zaznacza, że stres pojawia się dopiero wtedy, gdy reakcje adaptacyjne człowieka nie są skuteczne (Sęk, 2002). Podstawowym pojęciem w teorii salutogenetycznej jest poczucie koherencji, czyli określony sposób postrzegania świata jako zrozumiałego i sensownego. Ten mechanizm psychologiczny wskazuje nam, czy dane bodźce odbieramy jako stresory. Jednocześnie Antonovsky podkreśla, że ogólne zasoby odpornościowe w interakcji ze stresorami nie dopuszczają do powstania stresu (Terelak, 2008).

Kolejna koncepcja, która jest warta uwagi jest autorstwa – Irvinga L. Janisa. Jako jeden z pierwszych badaczy użył pojęcia stres psychologiczny i kładzie on szczególny akcent na emocjonalność opisywanego zjawiska. Zgodnie z teorią napięcia emocjonalnego Janisa, stres psychologiczny jest „taką zmianą w otoczeniu, która typowo, tzn. u przeciętnej osoby



wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego, które przeszkadza w normalnym sposobie reagowania” (Janis, 1958, s. 7). Przytoczona definicja stresu wyznacza dwa aspekty: sytuację stresową (bodźce zaburzające zachowanie) i reakcję stresową (wszystkie zmiany w zachowaniu, uczuciach, postawach, wywołane przez bodźce stresowe). W reakcji na stres psychologiczny Janis wyróżnia trzy fazy: zagrożenia, działania niebezpieczeństwa i skutków stresu. W pierwszej z nich człowiek rejestruje oznaki zagrażającego bodźca, co wywołuje u niego lęk, strach. W fazie działania niebezpieczeństwa jednostka spostrzega niebezpieczeństwo, a jego uniknięcie w pewnym zakresie zależy od jej działań obronnych lub aktywności innych osób, natomiast w ostatniej fazie człowiek zauważa negatywne konsekwencje stresu psychologicznego (Terelak, 2008).

Z punktu widzenia niniejszej pracy warto też przywołać także koncepcję zmian życiowych T. Holmesa i R. Rahe’a (1967) wyszczególniającą kilkadziesiąt zmian życiowych, wymagających wysiłku przystosowawczego jednostki, np. śmierć bliskiej osoby, rozwód, zmiana pracy i właśnie choroba.

Stres wywołuje zmiany w pracy organizmu na trzech płaszczyznach. Zalicza się do nich:

1. Wskaźniki behawioralne, np. impulsywność w działaniu, zwiększona pobudliwość, zaburzenia snu, nadmierne palenie, obniżona wydajność, nadużywanie alkoholu, brak satysfakcji z pracy, itd.
2. Wskaźniki fizjologiczne, np. ucisk w gardle, przyspieszony puls, kołatanie serca, wzmożona potliwość, rozszerzenie źrenic, napięcie mięśni rąk i nóg, itp.
3. Wskaźniki psychologiczne, np. apatia, ataki złości, rozdrażnienie, wrogość, podejrzliwość, zachwianie poczucia własnej wartości, itp.

### **3.2 Teoria stresu i radzenia sobie ze stresem Richarda Lazarusa i Susan Folkman**

Stres należy interpretować z punktu widzenia wzajemnych interakcji człowieka z otoczeniem, szczególnie wtedy, gdy ta relacja jest obciążająca i wyczerpująca zasoby człowieka. Wtedy też człowiek przeżywa przykre emocje i zaczyna dążyć do zmiany tej sytuacji poprzez aktywność, która w psychologii nazywa się „radzenie sobie ze stresem”.



Niewątpliwie autorytetem naukowym w dziedzinie badań nad stresem jest amerykański psycholog Richard Lazarus, który wspólnie z Suzan Folkman pracował nad stresem psychologicznym, emocjami i procesem radzenia sobie. Swoje rozważania nad stresem Lazarus i Folkman rozpoczęli od nadania znaczenia wzajemnym relacjom i oddziaływaniom zachodzącym pomiędzy jednostką a jej otoczeniem. To swego rodzaju transakcja, całość, w której człowiek oraz konkretna sytuacja czy też otoczenie wzajemnie na siebie oddziałują. Według naukowców proces transakcji zawsze podlega ocenie poznawczej (cognitive appraisal). Najpierw odbywa się ocena pierwotna (primary appraisal), podczas której człowiek dokonuje analizy relacji z otoczeniem i wzajemnych oddziaływań w kontekście wpływu wywieranego na jego dobrostan. Zgodnie z założeniami R. Lazarusa i S. Folkman stresem jest zatem „określona relacja (relationship) pomiędzy osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi” (Lazarus, Folkman, 1984). Ocena pierwotna nierozdzielnie związana jest z emocjami. Ale są one w stosunku do niej wtórne i pojawiają się jako jej efekt. Proces emocjonalny jest ściśle wpisany w transakcję stresową. Emocje mogą być różnego rodzaju: żal, smutek, strach, obawa, nadzieja, zapał, radość, ulga, zazdrość, poczucie winy i inne (Terelak, 2017), a ocena poznawcza transakcji z otoczeniem podejmowana przez jednostkę dotyczy przede wszystkim tych elementów relacji, które są istotne, z punktu widzenia dobrostanu psychicznego człowieka (Heszen – Niejodek, 1999). Lazarus w swojej teorii podkreślał, iż ocena poznawcza ma charakter ciągłego procesu, co zdecydowanie wyraził w sformułowaniu: „Istotą stresu, radzenia sobie i adaptacji jest zmiana” (Lazarus, 1985, s. 150; za: Łosiak, 2008). Badacz wyróżnił pierwotną i wtórną ocenę poznawczą. Pierwotna ocena poznawcza polega na zdefiniowaniu, czy zaistniała sytuacja jest odbierana jako stresor. Człowiek może ocenić je też jako sprzyjająco-pozytywne lub bez znaczenia (Terelak, 2008). Transakcje z otoczeniem zaklasyfikowane jako stresujące mogą przybierać 3 różne formy: krzywdy/straty, zagrożenia lub wyzwania (Kluczyńska, 2003). Krzywda/strata odnosi się do zaistniałej już szkody w postaci utraty rzeczy/osób cenionych dla człowieka, na przykład śmierci bliskiej osoby i jej przejawem są emocje: smutek, żal, złość. Kategoria zagrożenia wiąże się z podobnie ważnymi stratami dla jednostki, które są dopiero przez nią przewidywane, czemu towarzyszy zamartwianie się, lęk. Natomiast wyzwanie również opiera się na oczekiwaniu pewnych wydarzeń, jednak jednostka bierze pod uwagę zarówno potencjalne szkody, jak i korzyści. Dlatego też wyzwanie wzbudza emocje negatywne, jak i pozytywne (Ogińska - Bulik i Juczyński, 2008). Gdy w wyniku oceny pierwotnej transakcja z otoczeniem zostanie oceniona jako stresor, następuje ocena wtórna, w której jednostka analizuje własne możliwości podjęcia



działań zaradczych, usuwających przyczyny stresu, bądź łagodzących jego skutki. Lazarus podkreśla, że oba procesy poznawczej oceny transakcji są ze sobą powiązane na zasadzie sprzężenia zwrotnego (Heszen - Niejodek, 1999). Oznacza to, że pierwotna ocena poznawcza może ulec zmianie pod wpływem zmian w transakcji jednostka-otoczenie lub z powodu osobistej refleksji skutkującej zmianą wcześniejszej oceny (Heszen - Niejodek, 1999, Terelak, 2008).

Analizując koncepcję stresu psychologicznego Richarda Lazarusa warto też wspomnieć o wyróżnionych przez niego w późniejszych badaniach trzech poziomach stresu: społecznym, psychologicznym i fizjologicznym. Poziom społeczny stresu odnosi się do relacji jednostki z innymi ludźmi, psychologiczny obejmuje jednostkową ocenę sytuacji, jej emocje i zachowanie, zaś fizjologiczny – dotyczy jej mobilizacji do działania oraz potencjalnych chorób psychosomatycznych. Należy podkreślić wzajemne zależności między tymi poziomami, jednak Lazarus wskazuje na ich częściową niezależność od siebie. Przeżywanie stresu fizjologicznego nie musi skutkować odczuwaniem stresu społecznego, ale może wpływać na wystąpienie stresu psychologicznego.

Choroba przewlekła jaką jest zakażenie HIV jest stresorem o charakterze długotrwałym, wymagającym od osoby żyjącej z HIV ciągłej gotowości do zmagania się z nią na polu emocjonalnym, fizycznym i społecznym. (por. Lazarus, Folkman, 1984)

### **3.3 Choroba jako źródło stresu**

Rozumienie zdrowia i choroby zakłada traktowanie ciała i psychiki jako jedności, a holistycznie przyjmuje się, że pojawienie się choroby i powrotu do zdrowia to proces na który składają się czynniki biologiczne, emocjonalne i społeczne. Liczne badania empiryczne z zakresu psychologii zdrowia i medycyny behawioralnej dowiodły, że związek między stresem a chorobą ma charakter obustronnej zależności. Z jednej strony stres jest współprzyczyną choroby, a z drugiej sama choroba również generuje sytuacje stresowe, co wywołuje stany emocjonalne nakładające się na obraz kliniczny danego schorzenia, stając się wtórnym czynnikiem ryzyka (Leksowska, Jaworska, Gorczyca, 2011, s. 244)

Choroba jest nieodłącznym elementem jakiegoś cyklu życia człowieka. Jest to krytyczne wydarzenie w życiu, które w sposób istotny wpływa na plany, marzenia, sposób funkcjonowania rodzinnego, społecznego i zawodowego. Choroba zmienia postrzeganie



rzeczywistości i zmusza człowieka do walki z nią oraz adaptacji do warunków leczenia oraz rekonwalescencji. Choroba to cały zespół stresorów, który: stwarza poczucie zagrożenia, lęku o życie, leczenie powoduje dyskomfort, zakłóca zaspakajanie oprócz fizjologicznych potrzeb, także tych emocjonalnych jak poczucie bezpieczeństwa i autonomii. Choroba ogranicza pełnienie ról społecznych, zawodowych, a to niesie za sobą konsekwencje ekonomiczne – dezorganizację życia rodzinnego i obniżenie „stopy życiowej”, Osoba chorująca staje się również beneficjentem ochrony zdrowia, co w przypadku hospitalizacji skutkuje deprivacją kontaktów emocjonalnych z rodziną, podporządkowanie się zrutynizowanym zabiegom medycznym. Wszystko to jest stresem w życiu człowieka, który staje w obliczu walki z chorobą ale i radzeniem sobie ze stresem z nią związanym. To w jaki sposób poradzi sobie jednostka z chorobą zależy od poznawczego i emocjonalnego stosunku osoby do choroby.

Poznawczy stosunek do choroby określa wiedza, przekonania na temat jednostki chorobowej oraz subiektywna ocena znaczenia choroby dla jednostki. „Doświadczenie choroby wymaga stworzenia w umyśle jej reprezentacji. Konstrukty ten zawiera zwykle takie elementy treściowe, jak objawy choroby i jej identyfikację, domniemane przyczyny, możliwy przebieg i spodziewane skutki, poglądy na temat leczenia, przekonania dotyczące możliwości kontrolowania lub wyleczenia choroby. Dane służące zbudowaniu obrazu własnej choroby pochodzą z różnych źródeł, w dużej mierze pozamedycznych, dlatego też nie wszystkie te informacje są rzetelne i merytorycznie zasadne. Indywidualna koncepcja choroby może być adekwatnym i realistycznym odwzorowaniem wiedzy obiektywnej i łatwo wówczas nakłonić pacjenta do współpracy. Gdy subiektywny obraz jest zniekształcony i znacznie odbiega od rzeczywistego stanu chorego, mogą pojawić się postawy niesprzyjające leczeniu, na przykład postawa zaprzeczania. Zawarte w schemacie oczekiwania istotnie wpływają na dalsze losy pacjentów, zarówno w krótkim, jak i długim okresie.” (Leksowska, Jaworska, Gorczyca, 2011, s.246)

Zmiany w postrzeganiu własnego ciała to druga poznawcza reakcja na chorobę (Salmon, 2003). Występowanie objawów u chorego powoduje koncentrację na organizmie, uruchamia samoobserwację, ale i lęk przed pogorszeniem stanu lub nawrotem choroby.

Subiektywne znaczenie choroby której doświadcza osoba, zgodnie z wyżej przedstawioną koncepcją stresu można rozpatrywać w kategoriach zagrożenia, straty/krzywdy lub wyzwania. Choroba staje się zagrożeniem, która powoduje straty, ale i wyzwania jakim jest np. leczenie. Sytuacja choroby, czy też stresu z nią związanego stanowi stratę wielu wartości i





zagrożenie planów na przyszłość, ale może przynieść korzyści. Może być motywacją do podejmowania wielu różnych wyzwań, które będą rozwijały chorego.

Biorąc pod uwagę emocje i zachowania wobec choroby należy podkreślić, że wyzwała ona złość, ale i postawę walczącą, co może sprzyjać walce z chorobą i zapobiegać bezradności.

W sytuacji, gdy traktujemy chorobę jako karę (czasami tak jest w sytuacji osób zakażonych HIV- „, kara za to co robiłem(-am)..”)to wyzwała wstyd i poczucie winy, które często są wtórnym źródłem lęku dla chorego. Choroba też może być wartością- ale może mieć „dwojakie” znaczenie — obronne i rozwojowe. Przyjmuje postać ucieczki, gdy człowiek dzięki niej uzyskuje gratyfikację, co zwykle sprawia, że pacjent nie dąży do wyzdrowienia. Może też mieć charakter rozwojowy, gdy człowiek dzięki chorobie zyskuje nową perspektywę i uznaje sens cierpień”( Leksowska, Jaworska, Gorczyca, 2011, s 246).

### **3.4 Sposoby radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą somatyczną**

Choroba wywołuje u każdego człowieka stres, wtedy też pojawiają się zachowania, które mają na celu poradzenie się z trudnymi emocjami. Aktywność służąca sprostaniu wymaganiom sytuacji trudnej lub złagodzeniu jej konsekwencji służy samoregulacja emocji oraz zadaniowe radzenie sobie z chorobą.

Samoregulacja emocji powodowana przez choroby somatyczne związana jest z działaniem mechanizmów obronnych, te z kolei są stosowane w celu zmniejszenia trudnego do zniesienia obciążenia emocjonalnego. Wyrażają się one w subiektywnym zniekształceniu poznawczym obrazu sytuacji, aby doraźnie zredukować lęk, inne negatywne emocje oraz podtrzymać samoocenę. Chodzi o to, aby nie dopuścić do świadomości zagrażających bodźców, a to poprawia komfort psychiczny chorego i umożliwia podjęcie bardziej skutecznych zachowań zdrowotnych (Leksowska, Jaworska, Gorczyca, 2011, s.247).

W literaturze przedmiotu opisuje się mechanizm zaprzeczania chorobie ( Heszen, Sęk, 2007; Guzowska, 2004) i polega na zapobieganiu uświadomieniu sobie stanu rzeczy i nie dopuszczaniu tym samym do powstania lęku. Jest to mechanizm typu represyjnego. Osoby stosujące ten styl radzenia sobie ze stresem nie potrafią adekwatnie oceniać własnych emocji, bodźców płynących z własnego ciała. Selektywnie dostrzegają sygnały zagrażające i interpretują informację w sposób nierealistycznie pozytywny. Osoby stosujące ten mechanizm są niepodatne na racjonalne argumenty i oczywiste, widoczne fakty. Osoba chora nie przyjmuje do wiadomości diagnozy lub ewentualnych konsekwencji choroby mimo, że jest



poinformowana o tym i ma intelektualne możliwości ich zrozumienia. To powoduje, że nie robi nic, żeby odzyskać zdrowie.

Radzenie sobie z trudnymi emocjami związanymi z chorobą służy również: poszukiwanie czegoś pozytywnego w tym zdarzeniu, porównywaniu go z inną sytuacją, gorszą od obecnej, poszukiwanie pocieszenia i zrozumienia od innych w postaci wsparcia społecznego, otwartą ekspresję emocji, odwracanie uwagi, poprawianie sobie samopoczucia poprzez relaksację, stosowanie używek (Leksowska, Jaworska, Gorczyca, 2011, s.247).

W literaturze przedmiotu wskazuje się na dwie podstawowe dyspozycje radzenia sobie z chorobą, dlatego Heszen-Niejodek proponuje, aby ujmować „styl radzenia sobie, jako będący w dyspozycji jednostki i charakterystyczny dla niej zbiór strategii, czy sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną konfrontacją stresową” (Heszen-Niejodek, 2000, s.19). Te dyspozycje jednostki to: unikanie polegające na odwracaniu uwagi od choroby oraz koncentracja na niej. Pierwsza z nich to opisana wyżej reakcja zaprzeczania chorobie z jej negatywnymi skutkami dla leczenia: bagatelizowania swojego stanu zdrowia, brak motywacji do przestrzegania zaleceń lekarskich. Druga dyspozycja to skupianie uwagi na symptomach chorobowych i aktywne poszukiwaniu informacji związanych ze stanem zdrowia. Ważne jest korzystanie z informacji szczególnie w dbałości o stosowanie się do zaleceń lekarskich. Jednak zbyt duża czujność informacyjna powoduje również zbyt wnikliwe zwracanie uwagi na takie aspekty choroby, które są mało istotne dla przebiegu leczenia i mogą one pogorszyć stan emocjonalny pacjenta. Nieadaptacyjne do sytuacji jest również ciągłe analizowanie choroby i jej przebiegu.

Style radzenia sobie ze stresem przyjęte w niniejszej pracy są zgodne z klasyfikacją autorstwa Endlera i Parkera (Endler, Parker, 1992). Teoria ich wywodzi się z interakcyjnego modelu Lazarusa rozumienia sytuacji stresowej (Lazarus, 1986). Świadome zachowanie człowieka w konkretnej sytuacji to konsekwencja wzajemnego współdziałania między daną sytuacją a stylem radzenia sobie preferowanym przez osobę. Lazarus (Lazarus, 1993) wskazuje dwa sposoby radzenia sobie — pierwszy to ukierunkowanie na zadanie, a drugi to radzenie sobie skupione na obniżeniu napięcia emocjonalnego. Parker i Endler (Parker, Endler, 1992) uznali te propozycje za niewystarczające i dołączyli trzecią formę zachowania się w sytuacji stresowej, jaką jest unikanie. W konsekwencji wyróżnili: 3 style radzenia sobie – poprzez koncentrację na problemie, koncentrację na własnych emocjach oraz ucieczkę od problemu. Liczne badania w literaturze przedmiotu wskazują, że sposób zachowania się w sytuacji



stresowej i stosowany w niej styl radzenia sobie może być mniej lub bardziej adaptacyjny – zwłaszcza w odniesieniu do sytuacji choroby przewlekłej. Strategie ukierunkowane na rozwiązanie problemu uznawane są za bardziej adaptacyjne, podczas gdy radzenie sobie poprzez koncentrację na emocjach uznawane jest za mniej adaptacyjne.

Wśród form radzenia sobie ze stresem, w niniejszej pracy, przyjęto klasyfikację wyróżniającą styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na unikaniu.

## **Rozdział 4. Metodologiczne założenia badań**

### **4.1 Cel i przedmiot badań**

Celem prowadzonych badań była analiza stylów radzenia sobie ze stresem osób zakażonych HIV oraz zbadanie związków pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie ze stresem u osób seropozytywnych.

### **4.2 Problemy i hipotezy badawcze**

Problem główny w niniejszej pracy został sformułowany w postaci pytania:

Jaki jest związek pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie ze stresem u osób zakażonych HIV?

W celu uszczegółowienia problemu głównego zadano następujące pytania szczegółowe:

P1. Jakie jest natężenie poczucia sensu życia u osób HIV dodatnich?

P2. Jakie style radzenia sobie w sytuacjach stresowych mają osoby zakażone ?

P3. Jakie są różnice w stylach radzenia sobie w grupie kobiet i mężczyzn?

P4. Jaki jest poczucie sensu życia w grupie kobiet i mężczyzn?

Hipotezy badawcze:

Hipoteza główna:

Istnieje związek pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie ze stresem u osób zakażonych HIV

H1. Zakłada się, że osoby zakażone wirusem HIV cechuje niskie poczucie sensu życia.

H2. Przyjmuje się, że osoby zakażone HIV prezentują unikowy i skoncentrowany na emocjach styl radzenia sobie ze stresem.



H3. Przyjmuje się że istnieją różnice w stylach radzenia sobie ze stresem w grupie zakażonych kobiet i mężczyzn. Kobiety częściej stosują styl zorientowany na unikaniu polegający na ucieczce od koncentracji myśli na zakażeniu poprzez odwracanie uwagi i poszukiwaniu alternatywnych, przyjemnych doznań.

H4. Zakłada, że poczucie sensu życia w badanych grupach jest różne. Przyjmuje się że kobiety posiadają wyższe poczucie sensu życia niż mężczyźni.

### 4.3 Operacjonalizacja badanych zmiennych

W celu przeprowadzenia prawidłowego procesu badawczego konieczne jest zoperacjonalizowanie badanych zmiennych. Zmienne wyjaśniające i wyjaśniane oraz ich wskaźniki zostały ujęte w tabeli 2.

**Tabela 2. Zmienne i ich wskaźniki**

Zmienne	Wskaźniki
<i>Zmienne wyjaśniające</i>	
Natężenie stopnia Poczucia sensu życie	Wymiary: Cele życia Sens życia Afirmacja życia, Akceptacja siebie, Ocena własnego życia Poczucie wolności, Stosunek do śmierci i samobójstwa Test Poczucia Sensu Życia (PL T)
Płeć	Kobieta, Mężczyzna dane uzyskane z kwestionariusza wywiadu
Miejsce zamieszkania:	Wieś Miasto do 50 tys. mieszkańców Miasto do 100 tys. mieszkańców Miasto do 200 tys. mieszkańców



	Miasto powyżej 200 tys. mieszkańców dane uzyskane z kwestionariusza wywiadu
Wykształcenie	Podstawowe Zawodowe Średnie Wyższe licencjackie Wyższe dane uzyskane z kwestionariusza wywiadu
Wiek	20-60 dane uzyskane z kwestionariusza wywiadu
Stan cywilny:	Panna/kawaler Zamężna/zonaty Rozwiedziona/rozwiedziony Wdowa/wdowiec dane uzyskane z kwestionariusza wywiadu
<b>Zmienne wyjaśniane</b>	
Radzenie sobie ze stresem osób zakażonych	Style według Inwentarza Stylów Radzenia Sobie ze Stresem- Inwentarz Stylów Radzenia Sobie ze Stresem (Coping Inventory For Stressful Situations – CISS) 1.styl zorientowany na zadanie, służący przezwyciężaniu stresu w sposób aktywny, nieustępliwym rozwiązywaniu problemu i konsekwentnemu pokonywaniu przeszkód; 2. styl zorientowany na emocje, który służy regulowaniu napięcia i emocji; może uspokajać i łagodzić napięcie emocjonalne, może jednak również przybierać postać nieracjonalnych zachowań służących obronie Ja; 3. styl zorientowany na unikanie polega na ucieczce od problemu poprzez odwracanie uwagi, formowanie reakcji przeciwstawnych, czy szukaniu towarzystwa.

Zródło: opracowanie własne



#### 4.4 Metody badawcze

Do pomiaru zmiennych zastosowano metody kwestionariuszowe: Test Poczucia Sensu Życia (PL T) i Inwentarz Stylów Radzenia Sobie. Test Poczucia Sensu Życia (Purpose in Life Test – PIL) skonstruowany przez J. Crumbaugh'a i L. Maholicka oraz Inwentarz Stylów Radzenia Sobie ze Stresem (Coping Inventory For Stressful Situations – CISS) metodą skonstruowaną przez Endlera i Parkera (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2005) w polskiej wersji adaptacyjnej. PIL powstał na gruncie logoteorii i logoterapii V.E. Frankla i zgodnie z założeniami jego autorów, służy do oceny natężenia stopnia poczucia sensu życia (Crumbaugh i Maholick, 1964). Pojęcie poczucia sensu życia odwołuje się do ujęcia statycznego, określającego subiektywny stan psychiczny konkretnej osoby związany z odczuwaniem podmiotowej satysfakcji z życia (Życińska, Januszek, 2011). Skala sensu życia w części A jest 20-pozycyjnym kwestionariuszem, pozwalającym zmierzyć za pomocą 7-punktowych skal likertowskich natężenie różnych symptomów poczucia sensu życia (Kaleta – Witusiak, Walasek – Jarosz, 2008). Suma punktów surowych uzyskanych w części A przez badanych jest wskaźnikiem natężenia poczucia sensu życia. Jako wynik graniczny ustalono 111,5 punktów (Popielski, 1987).

CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu. Ten ostatni styl może przyjmować dwie formy: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze i PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich. (Jaworowska, Wrześniewski, Strelau, Szczepaniak, 2005).

Zastosowano również wywiad, w których zebrano dane społeczno-demograficzne w oparciu o wcześniej opracowany autorski kwestionariusz wywiadu (Aneks, załącznik 1).

##### 4.4.1 Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono na grupie 65 osób, analizie poddano 60 wypełnionych kwestionariuszy, 5 arkuszy zostało odrzuconych ze względu na braki w wypełnionych polach



oraz na informacje, które wprowadziłyby ryzyko powstania artefaktów. Wszystkie badane osoby miały potwierdzony dodatni wynik testu w kierunku zakażenia HIV, wszystkie osoby badane miały ponad 2-letni staż życia z wirusem. Kryteria wyłączenia z grupy to: uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zdiagnozowane zaburzenia psychiczne i zmiany organiczne mózgu. Badana grupa to osoby zgłaszające się do grup wsparcia prowadzonych przez Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z Nami” oraz Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy” w ramach realizowanych projektów dla osób seropozytywnych ([http://www.swwaids.org/show\\_page.php?id=155](http://www.swwaids.org/show_page.php?id=155), <https://www.pozytywniwteczy.pl/projekty-stowarzyszenia-pozytywni-w-teczy-2020>).

Zdecydowaną większość badanych stanowiły kobiety, których było 80%, natomiast pozostali to mężczyźni - 20 %, co ilustruje Tabela 3.

**Tabela 3. Płeć**

Płeć	Liczba	Procent
Kobieta	40	80,00
Mężczyzna	20	20,00

Zródło: opracowanie własne

Średnia wieku osób badanych (Tabela 4) wynosiła 29,1 przy odchyleniu standardowym 11,21.

**Tabela 4. Wiek**

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl.	Górny Kwartyl.	Odch.std
Wiek:	60	29,10000	23,50	19,00	58,0000	21,00	35,5000	11,22754

Zródło: opracowanie własne

Najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy wsi (35%), następnie osoby z miast powyżej 200 tys. mieszkańców (30%), najniższy odsetek respondentów mieszkała w miastach poniżej 200 tysięcy (11,67%). Dokładne rozkład liczbowy i procentowy prezentuje Tabela 5.



**Tabela 5. Miejsce zamieszkania**

	Liczba	Procent
Miasto powyżej 200 tys. mieszkańców	18	30,00
Miasto do 200 tys. mieszkańców	7	11,67
Wieś	21	35,00
Miasto do 100 tys. mieszkańców	5	8,33
Miasto do 50 tys. mieszkańców	9	15,00

Źródło: opracowanie własne

Badana grupa pozostawała w miarę równym rozkładzie procentowym pod względem wykształcenia: 25% miało wykształcenie wyższe licencjackie, 25% wykształcenie wyższe magisterskie. 50 % badanych deklarowało średnie poziom wykształcenia.

**Tabela 6. Wykształcenie**

	Liczba	Procent
Wyższe magisterskie	15	25,00
Średnie	30	50,00
Wyższe licencjackie	15	25,00

Źródło: opracowanie własne

Zdecydowana większość badanych (90%) pozostawała w stanie wolnym. Jedynie 5% ankietowanych było w związku małżeńskim oraz tyle samo było osób rozwiedzionych (Tabela 7).

**Tabela 7. Stan cywilny**

	Liczba	Procent
Rozwiedziona/rozwiedziony	3	5,00
Panna/kawaler	54	90,00
Zamężna/żonaty	3	5,00

Źródło: opracowanie własne

95% badanych nie posiadała potomstwa, jedynie trzy osoby miało dzieci w liczbie – dwie osoby jedno, a jedna osoba – dwoje (Tabela 8).

**Tabela 8. Posiadanie dzieci.**





	Liczba	Procent
Tak	3	5,00
Nie	57	95,00

Źródło: opracowanie własne

Z punktu widzenia stereotypu osoby zakażonej HIV –często mówi się jedynie o osobach homoseksualnych (zakażonych i zakażających się), zapytano respondentów o orientację seksualną. Z licznych badań oraz doświadczenia w pracy z osobami seropozytywnymi wynika, że coraz więcej osób heteroseksualnych odbiera wynik dodatni. Jak prezentuje Tabela 9 największą ilość osób deklarowało właśnie tę orientację- 63,3%.

**Tabela 9. Orientacja seksualna**

Orientacja seksualna	Liczba	Procent
Heteroseksualna	38	63,33
Biseksualna	10	16,67
Homoseksualna	12	20,00

Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę częste wizyty lekarskie w referencyjnych ośrodkach leczenia niedoborów odporności i związane w tym wyjazdy, jak również spotkania grup wsparcia, które również odbywają się w dużych miastach (Warszawa, Wrocław, Kraków), celowe było zadanie pytania dotyczące oceny stanu materialnego ankietowanych. 40% badanych jeszcze się uczy, ponad 26% pracuje, 18,33% uczy się i pracuje, a 10% jest na rencie w związku z chorobą. 76,67% badanych dobrze ocenia swoją sytuację materialną, bardzo dobrze -16,67%. Jedynie 6,67 % ankietowanych źle ocenia stan swoich finansów co ilustruje Tabela 10.

**Tabela 10. Ocena stanu materialnego**

	Liczba	Procent
Dobrze	46	76,67
Źle	4	6,67
Bardzo dobrze	10	16,67

Źródło: opracowanie własne

#### 4.2.2 Opis narzędzi badawczych



Test Poczucia Sensu Życia (PL T), Inwentarz Stylów Radzenia Sobie. Test Poczucia Sensu Życia (Purpose in Life Test – PIL) został skonstruowany przez J. Crumbaugh'a i L. Maholicka (Popielski 1987) Poczucia Sensu Życia (PL T) i jest metodą często stosowaną do mierzenia tej zmiennej. Metoda ta nawiązuje do koncepcji nerwicy noogennej Victora Frankla i pozwala na ocenę stopnia uświadomienia sobie sensu własnego życia. W procesie badawczym odwołano się do polskiej adaptacji tego testu autorstwa K. Popielskiego (Popielski,1987) wykorzystując jedynie pierwszą jego część (część A), przeznaczoną do pomiaru ilościowego, w której autor adaptacji wyodrębnił następujące wymiary: Afirmacja życia, Akceptacja siebie, Świadomość celów, Poczucie wolności, Stosunek do przyszłości oraz Stosunek do śmierci. Suma punktów surowych uzyskanych w części A przez badanych jest wskaźnikiem natężenia poczucia sensu życia. Jako wynik graniczny ustalono 111,5 punktów (Popielski,1987).

Drugie zastosowane narzędzie to Inwentarz Stylów Radzenia Sobie ze Stresem (Coping Inventory For Stressful Situations – CISS). To metoda skonstruowana przez Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Piotra Szczepaniaka, Jan Strelaua, Kazimierz Wrześniewskiego (Jaworowska, Wrześniewski, Strelau, Szczepaniak, 2005) Autorzy wyróżniają trzy główne style radzenia sobie w sytuacjach stresowych: 1.styl zorientowany na zadanie, służący przetrwaniu stresu w sposób aktywny, nieustępliwym rozwiązywaniu problemu i konsekwentnemu pokonywaniu przeszkód; 2. styl zorientowany na emocje, który służy regulowaniu napięcia i emocji; może uspokajać i łagodzić napięcie emocjonalne, może jednak również przybierać postać nieracjonalnych zachowań służących obronie Ja; 3. styl zorientowany na unikanie polega na ucieczce od problemu poprzez odwracanie uwagi, formowanie reakcji przeciwstawnych, czy szukaniu towarzystwa.

#### 4.2.3 Procedura

Badanie zostało przeprowadzone jednoetapowo. Respondentów poproszono o wypełnienie arkuszy testowych. Badanie przeprowadziła Autorka pracy, w miejscu spotkań grup wsparcia, z zachowaniem reżimu sanitarnego. Badania prowadzono w okresie od stycznia 2020- do grudnia 2020. Udział w badaniach był dobrowolny, połączony z zachowaniem anonimowości – ustawa o ochronie danych osobowych. Badanie poprzedzone było uzyskaniem zgody na udział w nim, każda z osób biorących udział w badaniu, była informowana o jego celowości oraz możliwości wycofania się na każdym etapie badani



## 5. Wyniki

Analiza została przeprowadzona z wykorzystaniem pakietu STATISTICA v.13. W pakiecie w pierwszej kolejności wykonano zestaw statystyk opisowych obrazujących odpowiedzi udzielone przez badanych. W dalszej kolejności w związku z tym, że nie potwierdzono normalności rozkładów prawdopodobieństwa analizowanych zmiennych skorzystano z zestawu statystyk nieparametrycznych w postaci testów korelacji R Spearmana oraz testów U Manna-Whitneya dla zmiennych niezależnych. Poziom istotności przyjęto na poziomie  $p > 0,05$ .

### 5.1 Statystyka opisowa badanych zmiennych

Pierwszą badaną zmienną jest poczucie sensu życia przy życiu skali PIL- Części A, która ujmuje wyniki na siedmiu skalach: cele życia, sens życia, afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena własnego życia, poczucie wolności, stosunek do śmierci i samobójstwa.

**Tabela 11. Natężenie poziomu sensu życia w badanych grupach kobiet i mężczyzn**

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartył.	Górny Kwartył.	Odch.std
Ogółem	60	99,28333	97,50	64,00	136,0000	81,00	119,5000	21,88188
Kobiety	40	99,60000	97,50	64,00000	136,0000	82,00	117,5000	21,19361
Mężczyźni	20	98,65000	98,50	64,00000	134,0000	75,00	120,5000	23,75373

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 12. Wskaźnik natężenia poczucia sensu życia w badanych grupach**

Wynik graniczny	Liczba	Procent
Poniżej 111,5	39	65,00
Powyżej 111,5	21	35,00

Źródło: opracowanie własne

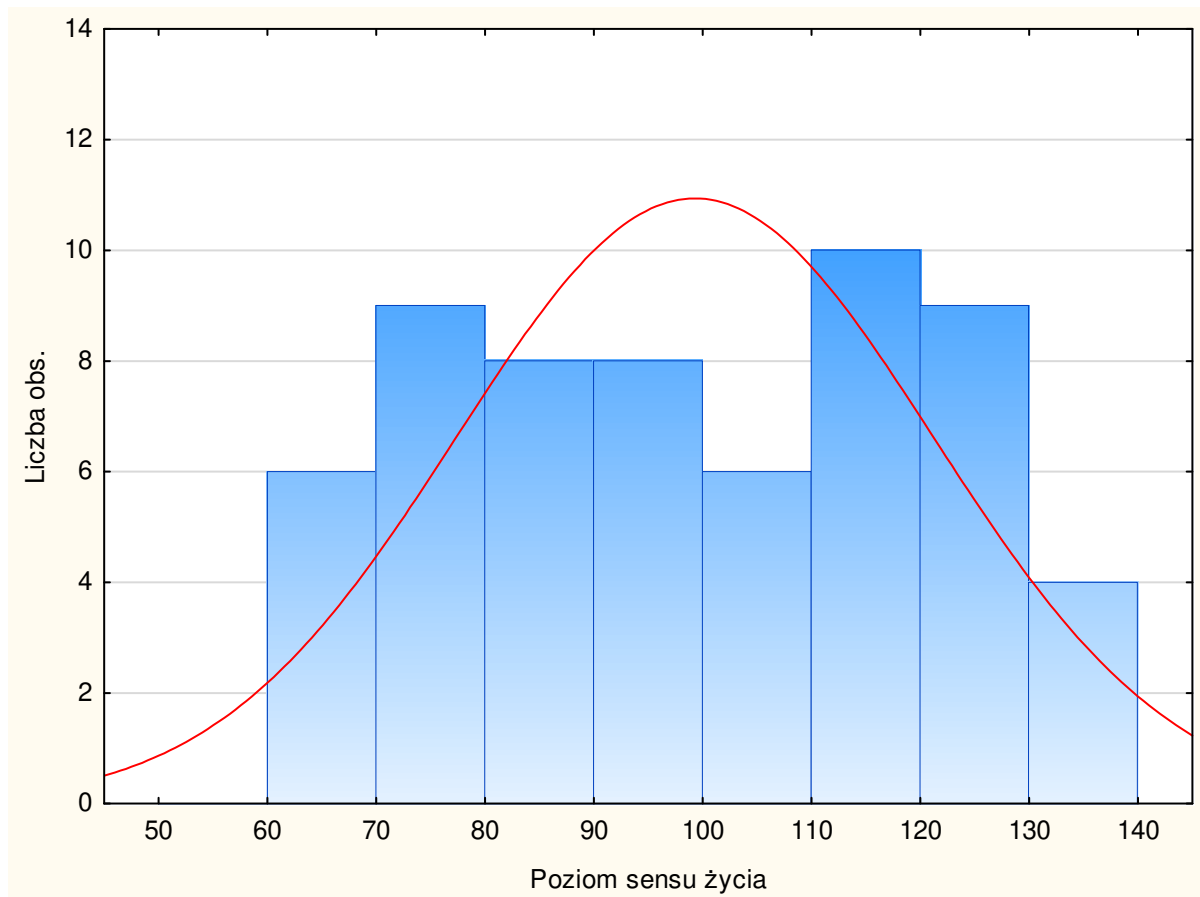
Wynik graniczny- poniżej 111,5 punktów uzyskało 65 % badanych co oznacza, że osoby badane mają niskie poczucie sensu życia. Równy lub wyższy wynik od 111,5 otrzymało 35% - czyli 21 osób ma wysokie poczucie sensu życia. Z tabeli 11 wynika, że średnie natężenie poczucia sensu życia w badanych grupach wynosiło 99,2.

**Tabela 13. Istotność różnic dotycząca poczucia sensu życia w badanych grupach**

Sum.rang Grupa 1	Sum.rang Grupa 2	U	Z	p	Z popraw.	p	N ważn. Grupa 1	N ważn. Grupa 2	2*1str. dokł. p
1231,500	598,5000	388,5000	0,172494	0,863049	0,172570	0,862989	40	20	0,858126

Źródło: opracowanie własne

Jak pokazuje analiza statystyczna (Tabela 13) nie wykryto istotnych statystycznie różnic w poziomie sensu życia pomiędzy grupami kobiet i mężczyzn. Stwierdza się, że zakażone kobiety i mężczyźni nie wykazują różnic w siedmiu wymiarach skali PIL: cele życia, sens życia, afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena własnego życia, poczucie wolności, stosunek do śmierci i samobójstwa. Oznacza to, że mają zbliżony sposób odczuwania swojej przyszłości i obecnego życia. Zatem zakażenie HIV nie ma istotnego wpływu na podejście do życia.



Wykres 1. Histogram rozkładu wyników poziomu poczucia sensu życia w grupie zakażonych kobiet i mężczyzn.

Źródło: opracowanie własne

Analizując jakościowo poszczególne skale PIL w części A, stwierdza się, że osoby zakażone HV, mimo choroby w większości są entuzjastycznie nastawieni do życia, część z badanych uznaje się za odpowiedzialnych. Jednak ok 35% badanych czuje się rozbita i nieodpowiedzialna. Osoby zakażone mają wyznaczone cele w życiu do którego dążą, znajdują wytłumaczenie dla swojego życia, widzą szansę na odnajdywanie celu. Wielu z badanych chciałoby przeżyć jeszcze raz swoje życie, uważają, że każdy dzień przynosi dla nich coś nowego, co daje im radość i zadowolenie. Mimo, że uznają, że kierują swoim życiem, to jeśli chodzi o wybory uznali, że człowiek jest zdeterminowany przez dziedziczność i środowisko. Badane osoby z potwierdzonym wynikiem testu na HIV średnio są przygotowane na śmierć i przyznają, że myśleli o samobójstwie.

Z rozmów z pacjentami wynika że każda osoba indywidualnie postrzega swoją chorobę i stan zakażenia. Są osoby, które bardziej odczuwają lęk i przeżywają otrzymanie dodatniego wyniku testu w kierunku HIV. Niektóre spodziewały się takiego wyniku i starają się traktować to jak zadanie do wykonania –ułożyć tak swoje życie, żeby zakażenie HIV nie determinowało ich funkcjonowania społecznego. Z uwagi na fakt, że do badania wyselekcjonowano grupę osób z co najmniej dwuletnim okresem zakażenia, osoby te miały czas na zaakceptowanie swojego statusu serologicznego i zaadoptowanie do nowych warunków życia.

Drugą analizowaną zmienną w pracy były style radzenia sobie ze stresem osób zakażonych HIV.

**Tabela 14. Różnice w badanych grupach odnośnie stylu skoncentrowanemu na zadaniu**

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl.	Górny Kwartyl.	Odch.std
Ogółem	60	54,85000	55,00	32,00	76,0000	48,00	61,0000	10,57952
Kobiety	40	55,47500	55,00	32,00	75,0000	47,00	64,0000	11,53142
Mężczyźni	20	53,60000	54,00	36,00	76,0000	50,00	56,5000	8,49396

Źródło: opracowanie własne

W świetle otrzymanej analizy w badanych grupach omawiany styl skoncentrowany na zadaniu dominuje u zakażonych kobiet. Oznacza to, że kobiety postrzegają swoje zakażenie jako część swojego życia, które narzuciło konieczność dostosowania się do nowych zadaniowych okoliczności.



**Tabela 15. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na zadaniu**

Steny	Liczba	Procent
1	4	6,67
2	4	6,67
3	6	10,00
4	8	13,33
5	20	33,33
6	3	5,00
7	6	10,00
9	5	8,33
10	4	6,67

Zródło: opracowanie własne

Odwołując się do poszczególnych rozkładów stenowych najczęściej badanych osób uzyskało wynik na poziomie 5 stenu, czyli w średnim stopniu podejmuje zadania, wysiłki zmierzające do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenie lub zmianę sytuacji.

**Tabela 16. Różnice w badanych grupach odnośnie stylu skoncentrowanego na emocjach**

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartył.	Górny Kwartył.	Odch.std
Ogółem	60	55,25000	56,50	34,00	72,0000	52,50	61,0000	8,91889
Kobiety	40	55,67500	58,00	35,00	72,0000	52,00	63,0000	9,44726
Mężczyźni	20	54,40000	55,50	34,00	64,0000	53,00	60,0000	7,91667

Zródło: opracowanie własne

**Tabela 17. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na emocjach**

Steny	Liczba	Procent
3	1	1,67
4	5	8,33
5	2	3,33
6	5	8,33
7	14	23,33
8	19	31,67
9	13	21,67
10	1	1,67



Źródło: opracowanie własne

W oparciu o dane z Tabeli 16 stwierdzono, że między zakażonymi kobietami i mężczyznami brak jest różnic w sposobie radzenia sobie ze stresem w stylu opartym na emocjach. Obie grupy stosują je w podobnym stopniu. Odwołując się do poszczególnych rozkładów stenowych (Tabela 17) badani w wysokim i bardzo wysokim stopniu stosują styl skoncentrowany na emocjach, koncentrują się na swoich emocjach, myślą życzeniowo, fantazjują w sytuacjach stresowych. Charakteryzuje ich koncentracja na sobie i swoich przeżyciach emocjonalnych -złości, napięciu, czy poczuciu winy.

**Tabela 18. Różnice w badanych grupach odnośnie stylu skoncentrowanego na unikaniu**

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl.	Górny Kwartyl.	Odch.std
Ogółem	60	55,06667	55,00	32,00	73,0000	51,00	60,0000	8,39263
Kobiety	40	53,52500	53,00	32,00	69,0000	48,50	59,0000	8,89537
Mężczyźni	20	58,15000	56,50	49,00	73,0000	54,00	60,0000	6,42589

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 19. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu**

Steny	Liczba	Procent
2	2	3,33
3	1	1,67
4	2	3,33
5	5	8,33
6	11	18,33
7	10	16,67
8	10	16,67
9	13	21,67
10	6	10,00

Źródło: opracowanie własne

Analizując tabele 18 stwierdza się, że występują różnice w badanych grupach zakażonych kobiet i mężczyzn. Odwołując się do poszczególnych rozkładów stenowych badani w wysokim i bardzo wysokim stopniu stosują styl skoncentrowany na unikaniu. Oznacza to, że mężczyźni w większym stopniu wykorzystują styl skoncentrowany na unikaniu, co z kolei oznacza, że w wysokim stopniu wystrzegają się myślenia i doświadczania sytuacji stresowej.



Styl skoncentrowany na unikaniu może przyjmować dwie formy: ACZ - angażowanie się w czynności zastępcze i PKT - poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Tabela 20 prezentuje różnice w badanych grupach dotyczące stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali - ACZ-angażowanie się w czynności zastępcze. Tabela 21 pokazuje rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali ACZ-angażowanie się w czynności zastępcze dla ogółu badanych.

**Tabela 20. Różnice w badanych grupach dotyczące stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali - ACZ-angażowanie się w czynności zastępcze**

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartył.	Górny Kwartył.	Odch.std
Ogółem	60	24,11667	24,00	12,00	35,0000	21,00	26,0000	4,75534
Kobiety	40	23,72500	24,00	12,00	33,0000	21,00	26,0000	4,77701
Mężczyźni	20	24,90000	24,50	18,00	35,0000	21,50	26,0000	4,73398

Źródło: opracowanie własne

Analizując tabele 20 stwierdza się, że nie występują różnice w badanych grupach zakazanych kobiet i mężczyzn w stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali - ACZ-angażowanie się w czynności zastępcze. Obie grupy stosują go w podobnym stopniu.

**Tabela 21. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali ACZ-angażowanie się w czynności zastępcze**

Steny	Liczba	Procent
2	1	1,67
3	2	3,33
4	1	1,67
5	9	15,00
6	16	26,67
7	13	21,67
8	8	13,33
9	8	13,33
10	2	3,33

Źródło: opracowanie własne

Odwołując się do poszczególnych rozkładów stenowych stwierdza się, że osoby zakazane w stopniu średnim angażują się w czynności zastępcze w sytuacji stresowej. Średnio



angażują się w: oglądanie telewizji, robienie zakupów, objadanie się czy intensywne myślenie o rzeczach sprawiających im przyjemność.

**Tabela 22. Różnice w badanych grupach dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali -PKT- poszukiwanie kontaktów towarzyskich**

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl.	Górny Kwartyl.	Odch.std
Ogółem	60	20,45000	21,00	11,00	25,0000	19,00	23,0000	3,54355
Kobiety	40	19,85000	21,00	11,00	25,0000	17,50	23,0000	4,07966
Mężczyźni	20	21,65000	22,00	19,00	25,0000	20,50	23,0000	1,59852

Źródło: opracowanie własne

Nie występują różnice w badanych grupach zakazonych mężczyzn i kobiet dotyczące stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali – poszukiwanie kontaktów towarzyskich co prezentuje tabela 22.

**Tabela 23. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali -PKT- poszukiwanie kontaktów towarzyskich**

Steny	Liczba	Procent
2	3	5,00
3	3	5,00
5	10	16,67
6	2	3,33
7	13	21,67
8	14	23,33
9	9	15,00
10	6	10,00

Źródło: opracowanie własne

Odwołując się do poszczególnych rozkładów stenowych (Tabela 23) badani w średnim i wysokim stopniu stosują styl skoncentrowany na unikaniu w podskali poszukiwanie kontaktów towarzyskich, oznacza, że poszukują kontaktów i relacji towarzyskich, żeby poradzić sobie ze stresem.

**Tabela 24. Różnice w wartościach skal pomiędzy grupami kobiet i mężczyzn**



	Sum.ran g Grupa 1	Sum.ran g Grupa 2	U	Z	p	Z popraw .	p	N ważn. Grupa 1	N ważn. Grupa 2	2*1str. dokł. p
SSZ	1288,00 0	542,000 0	332,000 0	1,05848	0,28983 5	1,08185	0,27931 9	40	20	0,29254 2
SSE	1278,00 0	552,000 0	342,000 0	0,90167	0,36723 2	0,92782	0,35350 1	40	20	0,37034 8
SSU	1056,50 0	773,500 0	236,500 0	- 2,55604	0,01058 7	- 2,59124	0,00956 4	40	20	0,00951 6
AC Z	1155,00 0	675,000 0	335,000 0	- 1,01144	0,31180 6	- 1,03072	0,30267 1	40	20	0,31465 8
PK T	1141,50 0	688,500 0	321,500 0	- 1,22314	0,22127 9	- 1,24312	0,21382 3	40	20	0,22038 2

Źródło: opracowanie własne

Badania wykazały istotną statystycznie różnicę w wynikach pomiędzy zakażonymi kobietami i mężczyznami dla stylu skoncentrowanego na unikaniu. Wyniki analiz podstawowych wykazały, że mężczyźni charakteryzowali się średnio wyższym stylem skoncentrowanym na unikaniu od kobiet. Oznacza to, że w wyższym stopniu mężczyźni wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji stresowej, mogą angażować się w czynności zastępcze, aby poradzić sobie z sytuacjami stresowymi.

**Tabela 25. Zależność pomiędzy poziomem poczucia sensu życia i stylami radzenia sobie ze stresem**

	N Ważnych	R Spearman	t(N-2)	p
Sens życia & SSZ - Steny	60	-0,065375	-0,498948	0,619703
Sens życia & SSE - Steny	60	0,180219	1,395357	0,168228
Sens życia & SSU - Steny	60	-0,026715	-0,203530	0,839433
Sens życia & ACZ - Steny	60	-0,042591	-0,324657	0,746609
Sens życia & PKT - Steny	60	0,014493	0,110389	0,912482

Źródło: opracowanie własne

Analizując tabele 25 stwierdza się, że nie wykazano istotnej zależności statystycznej pomiędzy sensem życia osób zakażonych a poszczególnymi stylami radzenia sobie przez nich ze stresem. Oznacza to, że natężenie poczucia sensu życia nie determinuje stylów radzenia sobie ze stresem w związku z zakażeniem HIV.



## 6. Dyskusja

Analizując wyniki badań dotyczących poczucia sensu życia wśród osób zakażonych HIV należy podkreślić, iż życie z wirusem HIV obniża to poczucie. Nie została potwierdzona hipoteza główna dotycząca zależności pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie ze stresem u osób zakażonych HIV.

Potwierdzona została hipoteza założona w procesie badawczym, że osoby zakażone HIV mają niskie poczucie sensu życia, nie potwierdzono jednak występowania różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami. Kobiety nie posiadają wyższego poczucie sensu życia niż mężczyźni.

Dwuletnia adaptacja do życia z HIV zmusza do konfrontacji z wartościami życia jak i z realnością odpowiedzialności, dążenia do celów oraz zajęcia stanowiska wobec własnej śmierci. (zob. Wysocka- Pleczyk, Słowik 2012; Słowik 1995). Nawiązując do analizy poszczególnych skal w części A Testu Poczucia Sensu Życia stwierdza się, że mimo niskiego poczucia sensu życia-zakażeni HIV są entuzjastycznie nastawieni do rzeczywistości, część z badanych uznaje się za odpowiedzialnych, są jednak osoby, które czują się rozbite, a nawet nieodpowiedzialne. Osoby zakażone mają wyznaczone cele w życiu do którego dążą, znajdują wytłumaczenie dla swojego życia, widzą szansę na odnajdywanie celu. Wielu z badanych chciałoby przeżyć jeszcze raz swoje życie, uważają, że każdy dzień przynosi dla nich coś nowego, co daje im radość i zadowolenie, celebryją codzienność. Mimo, że uważają że kierują swoim życiem, to jeśli chodzi o wybory uznali, że człowiek jest zdeterminowany przez dziedziczność i środowisko, co może oznaczać, że sam fakt zakażenia mogą tłumaczyć funkcjonowaniem w nieodpowiednich środowiskach i dziedziczną skłonnością do podejmowania zachowań ryzykownych. Badane osoby z potwierdzonym wynikiem testu na HIV średnio są przygotowani na śmierć i przyznali, że myśleli o samobójstwie.

Kolejnym analizowanym, ważnym zagadnieniem były style radzenia sobie ze stresem osób zakażonych HIV. Potwierdzono hipotezę, iż zakażeni w wysokim stopniu stosują styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu : w podskali -poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Style te są nieadaptacyjne, bowiem sprawia, że osoby skupiają się na wycofywaniu, a zakażenie HIV stanowi dla nich problem, który wewnętrznie przeżywają w postaci lęku i beznadziejności (Ogińska-Bulik 2002, ss. 21–25). Osoby zakażone częściej koncertują się na: złości, lęku, napięciach oraz towarzyszącym im poczuciu winy z powodu



zakażenia HIV. Częściej też niż inni poszukują kontaktów towarzyskich, chętnie korzystają z grup wsparcia, spotkań edukacyjnych czy szkoleń, często dojeżdżając na nie z odległych miejsc zamieszkania. W badaniach M. Kossakowskiej i P. Zielaznego (2013) prowadzonych wśród osób zakażonych HIV i chorych na AIDS - grupa osób chorych na AIDS poszukiwała chętniej emocjonalnego wsparcia u innych osób w porównaniu z grupą osób zakażonych wirusem HIV.

Potwierdziła się hipoteza, że istnieją różnice w stylach radzenia sobie ze stresem w grupie zakażonych kobiet i mężczyzn. Nie potwierdziło się, że kobiety częściej stosują styl zorientowany na unikaniu polegający na ucieczce od koncentracji myśli na zakażeniu poprzez odwracanie uwagi i poszukiwaniu alternatywnych, przyjemnych doznań. Analiza badań pokazała, że styl skoncentrowany na unikaniu w większym stopniu wykorzystują mężczyźni, co oznacza, że, to oni w wysokim stopniu wystrzegają się myślenia i doświadczania sytuacji stresowej jakim jest zakażenie i choroba. Wykazano statystycznie istotną różnicę pomiędzy zakażonymi kobietami i mężczyznami dla stylu skoncentrowanego na unikaniu.

Styl skoncentrowany na zadaniu dominuje u zakażonych kobiet. Oznacza to, że kobiety postrzegają swoje zakażenie jako część swojego życia, które narzuciło konieczność dostosowania się do nowych zadaniowych okoliczności jak i poszukiwania rozwiązań adoptujących do sytuacji bycia osobą HIV dodatnią.

Badania M. Kossakowskiej i P. Zielaznego (2013) prowadzone wśród osób zakażonych HIV i chorych na AIDS również potwierdziły koncentracje osób chorych na zadaniu jako strategię radzenia sobie. Taki zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem również wybierały również osoby z chorobą wieńcową oraz nadciśnieniem tętniczym czy cukrzycą typu 2. (zob. Opuchlik, Wrześcińska, Kocur, 2009; Kurowska, Lach, 2011 )

Dużym ograniczeniem w pisaniu pracy była znikoma ilość literatury oraz badań z omawianego zakresu, co uniemożliwiło obszerniejsze odniesienie w dyskusji do badań prowadzonych przez innych autorów.

## **Podsumowanie**

Zakażenie HIV to obecnie choroba przewlekła, jednak wciąż budząca wiele kontrowersji ze względu na sposób zakażenia się nią (kontakty seksualne). Osoby żyjące z nią wciąż doświadczają dyskryminacji i stygmatyzacji w różnych obszarach swojego funkcjonowania. To choroba, która wyzwała wiele społecznych, negatywnych emocji. Osoby nią doświadczone rzadko decydują się na „coming out” ze względu na wciąż negatywny obraz osoby zakażonej HIV. A osoba zakażona jest dla innych osób zupełnie bezpieczna, z wyjątkiem



partnerów seksualnych. Ta kwestia jest uregulowana prawnie, a osoba odbierająca dodatni wynik testu na HIV jest poinformowana o konieczności informowania swoich partnerów seksualnych o swoim dodatnim statusie serologicznym. Czas po odebraniu wyniku dodatniego to osvajanie się z chorobą, poszukiwanie wiedzy na temat wirusa i choroby. Pojawia się poszukiwanie informacji na temat możliwości poradzenia sobie z emocjami oraz poszukiwanie osób w podobnej sytuacji. To trudny czas, który wymaga wsparcia i opieki psychologicznej. Autorka pracy od 20 lat pracuje w obszarze wsparcia i pomocy osobom z HIV i chorym na AIDS. Od wielu lat wydaje ona wyniki dodatnie i obserwuje sposób adaptacji do nowej rzeczywistości jaką jest bycie osobą HIV dodatnią. Niezwykle cenne dla tej pracy są wyniki zaprezentowanych badań, pozwolą bowiem zoptymalizować sposób opieki nad osobami z nowo wykrytym zakażeniem oraz ułożyć pracę terapeutyczną z uwzględnieniem możliwych nieadaptacyjnych stylów radzenia sobie ze stresem. Również psychoedukacja pacjenta powinna koncentrować się nad poczuciem własnej wartości, odpowiedzialności za siebie i innych oraz zwiększenia poczucia własnej sprawczości odnośnie ustalania i realizowania celów życiowych. Wszystko to może przyczynić się do zwiększenia poczucia sensu życia oraz stosowania adaptacyjnych stylów radzenia sobie ze stresem u osób z nowo wykrytym zakażeniem HIV, a tych z miesiąca na miesiąc w Polsce przybywa.

### **Zakończenie**

Wyniki badań jak i analiza dostępnej, nielicznej literatury przekonuje o zasadności i ważności podjętego tematu. Zaprezentowane wyniki badań dotyczące poczucie sensu życia i sposobów radzenia sobie ze stresem w chorobie przewlekłej jaką jest zakażenie HIV wskazują na istotę tych zagadnień w procesie adaptacji do choroby, życia z HIV oraz funkcjonowania społecznego osób zakażonych. Opieka psychologiczna nad osobami z nowo wykrytym zakażeniem HIV może wspomagać farmakoterapię, wpływać na adherencję pacjentów, wspierać w trudnych sytuacjach życiowych oraz dawać poczucie bezpieczeństwa. Dla poznania obrazu potrzeb osób chorych warto rozszerzyć powyższe badania o zagadnienia lęku i depresji w populacji zakażonych HIV.



## **Bibliografia**

Adler, A. (1986) *Sens życia*, Warszawa: PWN.

Aleksandrowicz J.(1982). *Nie ma nieuleczalnie chorych*. Łódź: Wydawnictwo Łódzkie.

Antonovsky A. (2005), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. tłum. H. Grzegołowska- Klarkowska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Bishop G. D.(2000) *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

Barłóg, K. (2020). *Podmiotowość i tożsamość a poczucie sensu i jakości życia młodzieży z niepełnosprawnością*. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia*.

Boyle PA, Buchman AS, Bennett DA.(2010) Purpose in life is associated with a reduced risk of incident disability among community-dwelling older persons. *Am J Geriatric Psychiatr*, 18(12): 1093-1102.

Camus A. (1998). *Odnaleźć sens w braku sensu*. Wrocław: Studio X. s. 18.

Cepuch G., Dębska G., Pawlik L.,Mazurek H.(2012) Ocena poczucia sensu życia pacjentów z mukowiscydozą z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby i metod leczenia. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*.66: 714-721

Crumbaugh JC, Maholick LT. An experimental study in existentialism (1964) The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *J Clin Psychol* 1964, 20: 200–207.

Czyżowska N.(2016) Problematyka sensu życia u jego kresu. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*; 10, 2, 54–58

Dolińska-Zygmunt G.(2001) Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby. W: G. Dolińska-Zygmunt (red). *Podstawy psychologii zdrowia.*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.s. 243–259.



- Domanowska G., Greszta E., Ćwiklińska- Zaborowicz A.(2018) Odkrywanie wartości życia w chorobie nowotworowej. *Kwartalnik Naukowy* 1(33).
- Frankl V.E. (2013) *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca
- Frankl, V.E. (2009), *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Fromm E.(1993). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: Czytelnik,.
- Fromm, E. (1994). *Niech się stanie człowiek. Z psychologii etyki*. Warszawa–Wrocław: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Guzowska M.(2004 Represyjny styl radzenia sobie ze stresem a postawa wobec choroby u osób po zawale serca. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red). *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania.*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne s. 129–148.
- Halota, W, Pawłowska M. *Zakażenia oportunistyczne*. W: W. Halota, J. Juszczyk (red) *HIV/AIDS – podręcznik dla lekarzy i studentów*. Poznań: Wyd. Termedia; 2006. s. 53-68.
- Heszen I. (2005), *Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka*. W: D. Kubacka -Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. (s.21–37). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Heszen I.(2005) *Kliniczna psychologia zdrowia*. W: H. Sęk (red.) *Psychologia kliniczna*. T. 2., Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe s.222–243.
- Heszen I., Sęk H. (2007) *Zdrowie i choroba w paradygmacie stresu psychologicznego*. W: I. Heszen H.Sęk. (red). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe s.141–159.
- Heszen-Niejodek I. (1996) *Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje stresu*. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red).*Człowiek w sytuacji stresu*.(s.19) Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Heszen-Niejodek I.(2000) *Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje*. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.). *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s.12-43
- Kamińska-Otok E. E.(2020) *Jakość życia pacjentów zakażonych ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)*. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2020, Tom 26, Nr 2, 169–174.
- Kershaw T, Northouse L, Kritpracha C, Schafenacker A, Mood D.(2004) *Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers*. *Psychology Health* 19, s.139-155.



Klamut, R. (2004). Źródło motywacji podmiotowej – potrzeba sensu życia. Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej. Ekonomia i Nauki Humanistyczne, nr 219, z. 14, s. 49-60.

Kluczyńska, S. (2003). O stresie i sposobach radzenia sobie z nim. Niebieska Linia nr 5

Konieczny G., Lipnicki A., Piasek A, Rogowska – Szatkowska D.(2006). Wskazówki dla osób pracujących z Punktach Anonimowego Testowania. Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS s. 35.

Kossakowska M., Kwiatek P., Stefaniak T.(2013) Sens w życiu. Polska wersja kwestionariusza MQL. Psychologia Jakości Życia. 12: 111–131.

Kossakowska M.M. , Zielazny P. (2013) Obraz choroby i korzyści psychospołeczne u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS Postępy Psychiatrii i Neurologii; 22(3): 177–185

„Kontra” Dodatek do biuletynu informacyjnego Krajowego Centrum ds. AIDS, nr 6/10/2001,s.5

Kozera-Mikuła P.(2020) Sens życia – analiza pojęcia w świetle nauk humanistycznych. Psychologia Rozwojowa. Tom 25, nr 2, s. 10, 9–28

Kroplewski Z., Serocka A., Szcześniak M.(2019) Wsparcie społeczne a poczucie sensu życia u osób z zaburzeniami lękowymi – doniesienie wstępne, Psychiatria Polska. 53(2): 313–324

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

Lazarus L.S., Folkman S.(1994) Stress, appraisal and coping. New York Springer.

Lazarus RS.(1986) Paradygmat stresu i radzenia sobie. Nowiny Psychologiczne nr 3: s.2–39.

Lazarus RS.(1993) Coping theory and research: Past present and future. Psychosom. Med. nr 55: s.234–247

Leksowska A., Jaworska I., Gorczyca P. (2011), „Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. Folia Cardiologica Excerpta tom 6, nr 4, 244–248.

Lyon DE, Younger JB.(2001) Purpose in life and depressive symptoms in persons living with HIV disease. J Nursing Scholarship 33(2): 129-33

Łosiak W., (2007), Psychologia emocji, Warszawa: Wydawnictwo Akademickiej Profesjonalne.

Makselon J.(1988) Lęk wobec śmierci. Wybrane teorie i badania psychologiczne. Kraków: Polskie Towarzystwo Teologiczne.





Maslow A. (1990) *Motywacja i osobowość*, tłum. P. Sawicka. Warszawa: Instytut Wydawniczy „Pax”

Maslow A. (2006), *Motywacja i osobowość*, Warszawa: PWN.

Meissner-Łozińska, J. (2011). *Poczucie sensu i bezsensu życia u wychowanków domów dziecka*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytet Rzeszowski.

Michalski, J.T. (2011), *Sens życia a pedagogika. Impulsy myśli Viktora E. Frankla*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Michalski, J.T. (2011), *Sens życia a pedagogika. Impulsy myśli Viktora E. Frankla*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Muszyński H. (1995) *Biograficzne teorie rozwoju osobowości i ich znaczenie dla teorii opieki*. W: Z. Dąbrowski, F. Kowalewski. *Pedagogika opiekuńcza jako dyscyplina naukowa i przedmiot studiów – samookreślenie, stan, zastosowanie*. Olsztyn: Zakład Poligrafii WSP s. 63.

Obuchowski K. (1983), *Psychologia dążeń ludzkich*. Warszawa: PWN

Obuchowski K. (1983), *Psychologia dążeń ludzkich*. Warszawa: PWN.

Obuchowski K.(2000). *Galaktyka potrzeb – psychologia dążeń ludzkich*. Poznań :Zysk

Obuchowski, K. (1983). *Psychologia dążeń ludzkich*. Warszawa: PWN

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.(2010) *Osobowość – stres a zdrowie*. Warszawa: Difin. s. 45-49

Opuchlik K., Wrzesińska M., Kocur J.(2009) *Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym*. *Psychiatria Polska*. Tom XLIII, numer 2 s. 235–245.

Ostrowski T. (2008) *Libertalno-waloryczny model sensu życia w kontekście zdrowia i choroby wieńcowej*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.

*Paedagogia-Psychologia*, 33(1), 197–208. DOI: <http://dx.doi.org/10.17951/j.2020.33.1.197-208>.

*Polska strategia zapobiegania HIV/AIDS w latach 1985-2005*.prac zbior.pod red G. Ptaszek Warszawa 2006, s. 103.

POPIELSKI K. (1994) *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.



Popielski K.(1987) Testy egzystencjalne: Metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy nooogennej. W: K. Popielski (red )Człowiek – pytanie otwarte. Lublin: KUL: s.237-261.

Popielski K.(1987) Testy egzystencjalne: Metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicynooogennej W: K. Popielski .Człowiek–pytanie otwarte..(red). Lublin: KUL s.237-261

Popielski, K. (1987), Logoteoria i logoterapia w kontekście psychologii współczesnej. W: Człowiek – pytanie otwarte, K. Popielski (red.), s. 27-65, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Popielski, K. (2008), Psychologia egzystencji. Wartości w życiu. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego

Rokowska-Waluch A, Piasecki B, Cybulski M, Mojs E, Pawlaczyk M.(2010) Wstępna ocena wybranych parametrów psychologicznych u chorych na trądzik pospolity. Dermatologia Kliniczna 12(3), s.159-162.

Salmon P.(2003) Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Selye H. (1960), Stres życia (Stress of life ). Warszawa: PZWL.

Selye H. (1977), Stres okiełznany (Stress without Distress). Warszawa: PIW.

Selye H.(1960) Stres Życia. przekład J. W. Guzka i . Rembiesa, Warszawa: PZWL.s. 70.

Sęk, H. (2001). Stres krytycznych wydarzeń życiowych. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.). Zdrowie - Stres - Zasoby (s. 13-22). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora

Sęk, H. (2002). Potoczna wiedza o stresie a naukowe koncepcje stresu i radzenia sobie. W: I. Heszen – Niejodek (red.), Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Sęk, H., Ścigała, I. (2000). Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: I. Heszen – Niejodek, Z. Ratajczak (red.), Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Słowik P. (2008) Związki między poczuciem koherencji a stylami i strategiami radzenia sobie u pacjentów chorych z miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych. W: L. Szewczyk, A. Kulik (red), Problemy psychosomatyki okresu dorastania i dorosłości. (s.119-138).Lublin: Prokurat.,

Słowik P.(1995)Chory somatycznie wobec własnej choroby – propozycje pomocy psychologicznej. W: D. Kubacka-Jasiecka (red). Wybrane problemy zmagania się ze stresem. Kraków: Prace Psychologiczne UJ, s.105-122.



Słowik P., (1997).Choroba somatyczna jako kryzys a możliwość rozwoju. W: Kubacka- Jasiocka D., Lipowska-Teutsch A., (red), Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej, 99-109. Kraków.

Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P.(2005)Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Szabała B.(2015) Poczucie sensu życia w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych młodych dorosłych z niepełnosprawnością wzrokową. Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” CNS nr 4(30) 55–72.

Szata W.(1989) Rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV w 1987 r. – sytuacja w Polsce na tle sytuacji na świecie. Przegląd. Epidemiologiczny.XLIII:11523

Szczegółowe sprawozdanie z realizacji w 2007 roku Harmonogramu Realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007-2011,Wyd. KC ds. AIDS, Warszawa 2008, s. 21.

Terelak, J. F. (2006). Stres zawodowy: Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Terelak, J. F. (2017). Stres życia. Perspektywa psychologiczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW.

Wnuk M., Marcinkowski J.T., Hędzalek M.(2010) Religijno-duchowe korelaty siły nadziei oraz poczucia sensu życia pacjentów onkologicznych. Psychoonkologia 1: s.14–20.

Wrona-Polańska H.(2003). Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Kraków: AP.

Wysocka-Pleczyk M, Słowik P.,(2012) Poczucie sensu życia i style radzenia sobie u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, Problemy Higieny i Epidemiologii, 93(4): 771-77.

Yalom I.D. (2008), Psychoterapia egzystencjalna. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.

Zakażenia HIV/AIDS. Poradnik dla lekarzy praktyków. pr.zbior. pod red. A. Gładysza Wrocław 2007, s.21.

Życińska J.,Januszek M.(2011) Test Sensu Życia (Purpose in Life Test, PIL) J.C. Crumbaugh i L.T. Maholicka: analiza psychometryczna. Czasopismo Psychologiczne, Tom 17, Nr 1, s. 133–142.



## Źródła Internetowe

Barłóg M., Stradomska M.(2018) W trosce o życie: filozofia, psychologia i pedagogika ochrony i poczucia sensu życia Ujęcie integralne na przykładzie działalności Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, 1(33) Kwartalnik Naukowy.  
[https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/58823/barlog\\_stradomska\\_w\\_trosce\\_o\\_zycie\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/58823/barlog_stradomska_w_trosce_o_zycie_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y) - pobrano dnia 06.04.2021r.

Krajowe Centrum ds. AIDS, Raport 2: diagnoza dotycząca potrzeb edukacyjnych w zakresie HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) - 2015 r.  
[https://aids.gov.pl/badania\\_spoleczne/806/](https://aids.gov.pl/badania_spoleczne/806/) data pobrania 28.03.2021



## Spis tabel

Tabela 1. Epidemiologia HIV/AIDS w Polsce w latach 2009-2019

Tabela 2. Zmienne i ich wskaźniki

Tabela 3. Płeć

Tabela 4. Wiek

Tabela 5. Miejsce zamieszkania

Tabela 6. Wykształcenie

Tabela 7. Stan cywilny

Tabela 8. Posiadanie dzieci.

Tabela 9. Orientacja seksualna

Tabela 10. Ocena stanu materialnego

Tabela 11. Natężenie poziomu sensu życia w badanych grupach kobiet i mężczyzn

Tabela 12. Wskaźnik natężenia poczucia sensu życia w badanych grupach

Tabela 13. Istotność różnic dotycząca poczucia sensu życia w badanych grupach

Tabela 14. Różnice w badanych grupach odnośnie stylu skoncentrowanemu na zadaniu

Tabela 15. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na zadaniu

Tabela 16. Różnice w badanych grupach odnośnie stylu skoncentrowanego na emocjach

Tabela 17. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na emocjach

Tabela 18. Różnice w badanych grupach odnośnie stylu skoncentrowanego na unikaniu

Tabela 19. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu

Tabela 20. Różnice w badanych grupach dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali - ACZ-angażowanie się w czynności zastępcze

Tabela 21. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali ACZ-angażowanie się w czynności zastępcze



Tabela 22. Różnice w badanych grupach dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali -PKT- poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Tabela 23. Rozkład wyników stenowych dotyczącego stylu skoncentrowanego na unikaniu w podskali -PKT- poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Tabela 24. Różnice w wartościach skal pomiędzy grupami kobiet i mężczyzn

Tabela 25. Zależność pomiędzy poziomem poczucia sensu życia i stylami radzenia sobie ze stresem

### **Spis rysunków**

Rys. 1. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony chorych na AIDS w latach 1986-2018

Rys 2. Średnia roczna liczba nowo wykrywanych zakażeń HIV w latach 2014-2018, według województw

### **Spis wykresów**

Wykres 1. Histogram rozkładu wyników poziomu poczucia sensu życia w grupie zakażonych kobiet i mężczyzn.

