

Warszawa, dnia 04.09.2025

Sara Natalia Peplinska
(nazwisko i imię)

Polska Akademia Nauk, Instytut Psychologii
(Uczelnia/jednostka naukowa)

ul. Orzechowa 41, Chojnice 89-600
(Adres do korespondencji)

Tel. 739 – 224 – 490, sara.peplinska@sd.psych.pan.pl
(Telefon i adres mailowy)

Kamilla Bargiel-Matusiewicz
(Imię i nazwisko Promotora)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że praca doktorska pt. „Prężność jako zasób podmiotowy oraz rola optymizmu poznawczego i zachowań przesądnych w kontekście doświadczanego poziomu stresu i częstotliwości występowania PTSD u osób żyjących z wirusem HIV” złożona w Instytucie Psychologii PAN w Warszawie została napisana przeze mnie samodzielnie i nie była wcześniej podstawą żadnej urzędowej procedury związanej z nadaniem stopnia naukowego w innej jednostce. Oświadczam również, że praca ta nie narusza praw autorskich w rozumieniu Ustawy z dnia 04.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2006 Nr 90 poz. 631 z późn. zm.) oraz dóbr osobistych chronionych prawem. Oświadczam również, że badania prezentowane w pracy uzyskały akceptację stosownych Komisji Etycznych ds. Badań, Oświadczam, że drukowana wersja pracy jest identyczna z załączoną wersją elektroniczną.


.....
(podpis)

POLSKA AKADEMIA NAUK
INSTYTUT PSYCHOLOGII

ROZPRAWA DOKTORSKA

Sara Natalia Peplinska

Nr albumu A00097

**Prężność jako zasób podmiotowy oraz rola optymizmu poznawczego i zachowań
przesądnych w kontekście doświadczanego poziomu stresu i częstotliwości występowania
PTSD u osób żyjących z wirusem HIV**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. Kamilli Bargiel-Matusiewicz, prof. UW

WARSZAWA, 2025

Streszczenie pracy dyplomowej

Prężność jako zasób podmiotowy oraz rola optymizmu poznawczego i zachowań przesądnych w kontekście doświadczanego poziomu stresu i częstotliwości występowania PTSD u osób żyjących z wirusem HIV

Imię i nazwisko autora pracy: Sara Natalia Peplinska

Nr albumu: A00097

Imię i nazwisko promotora pracy: dr hab. Kamilli Bargiel-Matusiewicz, prof. UW

Słowa kluczowe: radzenie sobie ze stresem, prężność, zachowania przesądne, optymizm poznawczy, osoby żyjące z wirusem HIV

Streszczenie

Praca skupiona jest na aspekcie znaczenia zasobu podmiotowego jakim jest prężność oraz roli optymizmu poznawczego i zachowań przesądnych w kontekście dobrostanu osób żyjących z wirusem HIV. Oczekiwano istnienia związku między prężnością, optymizmem poznawczym i zachowaniami przesądnymi, a poziomem odczuwanego stresu i częstotliwością występowania PTSD w grupie osób żyjących z wirusem HIV. Praca składa się z czterech części. Pierwsza część poświęcona jest zagadnieniom medycznym i psychologicznym dotyczącym życia z wirusem HIV. W tej części zaprezentowane zostały również dane epidemiologiczne. Druga część skupiona jest wokół pojęcia stresu, koncepcji radzenia sobie ze stresem oraz specyficznym rodzajom bodźców stresogennych, na które narażone są osoby seropoztywne. Trzecia część rozprawy obejmuje zagadnienia wybranych zasobów podmiotowych oraz strategii zaradczych. Część czwarta poświęcona jest opisowi

metodologii badań własnych. W tej części prezentowane są również uzyskane wyniki. Badanie obejmuje porównanie czterech grup osób badanych, w tym osób żyjących z wirusem HIV.

Cel badań

Głównym celem pracy była weryfikacja hipotez dotyczących związków między zasobem podmiotowym jakim jest prężność oraz optymizmem poznawczym i zachowaniami przesądnymi, a poziomem odczuwanego stresu oraz częstotliwością występowania PTSD u osób zakażonych wirusem HIV.

Kolejnym celem pracy było rozpoznanie, czy osoby żyjące z wirusem HIV różnią się stosowanymi strategiami zaradczymi, zasobami osobistymi, poziomem stresu i częstotliwością występowania PTSD w zależności od tego, czy zmagają się z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Metoda

Aby zrealizować przyjęte cele badawcze przeprowadzone zostały badania kwestionariuszowe prowadzone podczas spotkań indywidualnych badaczki z respondentami którzy żyją z wirusem HIV. Użyto sześciu kwestionariuszy: Skala Pomiaru Prężności (SPP-25), PTSD *Checklist for DSM-5* (PCL-5) adaptacja polska, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS), Skala Optymizmu Poznawczego, Kwestionariusz Zachowań Przesądnych (MBQ) oraz *HIV/AIDS Stress Scale* wersja polska.

Następną częścią projektu badawczego było zbadanie grupy respondentów z statusem serologicznym HIV(-) jak i HIV (+) osób. Badanie przeprowadzone zostało w 2024 roku przy pomocy kwestionariuszy online. Na tym etapie badania zastosowano: Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25), PTSD *Checklist for DSM-5* (PCL-5) adaptacja polska, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS), Skalę Optymizmu Poznawczego oraz Kwestionariusz Zachowań Przesądnych (MBQ).

Wyniki

Otrzymane wyniki wskazują, że prężność jako zasób osobowy może być skutecznym czynnikiem sprzyjającym redukcji poziomu stresu przez osoby żyjące z wirusem HIV. Wykazano, że stosowanie strategii zaradczej jaką są zachowania przesądne wiąże się z wyższym poziomem ogólnego stresu i nasilenia objawów PTSD. Badanie ujawniło również

związki między wysokim poziomem indywidualnego optymizmu poznawczego, a częstszym stosowaniem zachowań przesądnych i wyższym poziomem stresu u osób żyjących z HIV. Natomiast poziom społecznego optymizmu poznawczego okazał się niezwiązany z poziomem stresu.

Niniejsze badanie ujawniło również pewne różnice w funkcjonowaniu osób żyjących z HIV z diagnozą uzależnienia i bez niej. Osoby żyjące z wirusem HIV z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych prezentowały wyższą częstotliwość występowania objawów PTSD niż osoby żyjące z wirusem HIV wolne od nałogu. Zauważalne były również inne różnice pomiędzy tymi dwiema grupami. Osoby seropoztywne bez diagnozy uzależnienia prezentowały wyższe nasilenie zasobu osobowego jakim jest wytrwałość i determinacja do działania (stanowiące czynniki składowe prężności) niż osoby z seropozytywną mające diagnozę uzależnienia.

W badaniach częstotliwość występowania zachowań przesądnych okazała się być zarówno silnym mediatorem w relacji między zmiennymi: społecznym i indywidualnym optymizmem poznawczym, a nasileniem objawów stresu ogólnego i nasileniem objawów PTSD, jak i predyktorem nasilania objawów stresu związanego z życiem z HIV oraz PTSD.

W niniejszej pracy zidentyfikowano, zasób jakim jest prężność, która wspiera redukcję nasilenia stresu i objawów PTSD. Wiedza ta może okazać się przydatna podczas projektowania oddziaływań psychologicznych mających na celu wspieranie i poprawę jakości życia osób seropozytywnych. Uwzględnienie podejmowania działań na rzecz rozwijania i wzmacniania tego zasobu u osób żyjących z wirusem HIV może przekładać się na redukcję dyskomfortu psychicznego i ułatwiać adaptację do aktualnej sytuacji. Zwłaszcza w przypadku grupy osób żyjących z HIV i zmagających się z uzależnieniem ten zasób może odgrywać kluczową rolę, zwłaszcza w aspekcie budowania wytrwałości i determinacji w działaniu, a także wzmacniania umiejętności tolerowania niepowodzeń.

W opracowaniu podkreślono również, że stosowane zachowania przesądne, które związane jest z wyższym nasileniem stresu pełnić mogą różne funkcje (mediacyjne i predykcyjne). Koniecznym jest dalsze weryfikowanie jaką rolę pełni ta strategia w obszarze radzenia sobie ze stresem przez osoby seropoztywne.

Kluczowe jest przyjęcie, istotności roli indywidualnego optymizmu poznawczego w aspekcie przeżywanego przez osoby seropoztywne stresu. Brak zaufania do nauki

w istotny sposób przekłada się na funkcjonowanie jednostki. Przekonania prezentowane przez osoby seropoztywne mogą pełnić istotną rolę w podejmowaniu ważnych decyzji życiowych takich jak rozpoczęcie lub kontynuacja leczenia, poszukiwanie rzetelnych informacji na temat życia z wirusem HIV, czy zgłaszanie się do specjalistów w przypadku pogorszenia stanu zdrowia. Istotnym jest, aby uwzględniać indywidualny optymizm poznawczy w rozumieniu zjawisk związanych ze stresem przeżywanym przez osoby seropoztywne.

Key words: coping with stress, resiliency, cognitive optimism, magical behavior, people living with HIV

Abstract

Research focuses on the aspect of the importance the subjective resource of resiliency and the role of cognitive optimisms and magical behavior in the context of the well-being of people living with HIV. It was expected that there would be a connection between resiliency, cognitive optimism and magical behavior, the level of perceived stress and frequency of PTSD in the group of people living with HIV (PLWH). The work consists of four parts. The first part is devoted to medical and psychological issues related to HIV virus. Epidemiological data are also represented in this part. The second part is focused on the concept of stress, the concept of coping with stress and specific types of stress triggers to which PLWH are exposed. The third part of the dissertation covers the issues of selected subjective resources and remedial strategies. The fourth part is devoted to the description of the own research methodology. This part also discusses the obtained results. The study includes a comparison of five groups of test subjects, including people living with HIV.

Objective of Research

The main aim of the work was to verify hypotheses regarding the relationship between the subjective resource such as resilience and cognitive optimism and superstitious behavior, and the level of stress and frequency of PTSD in people infected with HIV.

Another goal of the work was to diagnose whether people living with HIV differed in their coping strategies, personal resources, stress levels, and frequency of PTSD, depending on whether they had struggled with an addiction diagnosis from psychoactive substances.

Method

To achieve the adopted research goals, questionnaire surveys were conducted during individual meetings of the researcher with respondents, amongst whom were people with a positive HIV diagnosis. We used six questionnaires: stress measurement scale (SPP-25), PTSD *Checklist for DSM-5* (PCL-5) Polish adaptation, stress questionnaire(KPS), cognitive

optimism scale, superstitious behavior questionnaire (MBQ) and *The HIV / AIDS Stress Scale* Polish version.

The next part of the research project was to study a group of respondents with HIV(-) and HIV (+) serological status (-). The study was conducted in 2024 using online questionnaires. At this stage of the study used: stress measurement scale (SPP-25), PTSD *Checklist for DSM-5* (PCL-5) Polish adaptation, stress questionnaire(KPS), cognitive optimism scale and superstitious behavior questionnaire (MBQ).

Results

The findings suggest that resilience as a personal resource can be an effective factor in reducing stress levels for people living with HIV. It has been shown that the use of a remedial strategy such as superstitious behavior is associated with higher levels of overall stress. The study also revealed associations between high levels of individual cognitive optimism, and more frequent use of superstitious behaviors and higher levels of stress and people living with HIV. However, the level of social cognitive optimism was not related to the level of stress.

This study also revealed some differences in the functioning of people living with HIV with and without a diagnosis of addiction. People living with HIV with a diagnosis of psychoactive substance dependence presented higher levels of emotional tension and a higher frequency of intrusion than people living with HIV free from addiction. There were also other differences between the two groups. Seropositive subjects without a diagnosis of addiction showed a higher intensity of personal resources such as perseverance and determination to act (which are components of resilience) than seropositive subjects with a diagnosis of addiction.

There were also differences in the frequency of PTSD between the group of people living with HIV and those with HIV(-). However, these results were inconclusive and require further research.

In studies, the frequency of superstitious behavior has been shown to be both a strong mediator in the relationship between variables: social and individual cognitive optimism, and the severity of symptoms of general stress and the severity of symptoms of PTSD, as well as a predictor of the severity of symptoms of stress associated with living with HIV and PTSD.

In this paper, I identified a resource called resilience that supports reducing the severity of stress and symptoms of PTSD. This knowledge can be useful when designing psychological interventions to support and improve the quality of life of seropositive individuals. Including efforts to develop and strengthen this resource in people living with HIV can reduce psychological discomfort and facilitate adaptation to the current situation. Especially for a group of people living with HIV and struggling with addiction, this resource can play a key role, especially in terms of building perseverance and determination in action, as well as strengthening the ability to tolerate failure.

The study also emphasizes that superstitious behavior, which is associated with a higher intensity of stress, can perform various functions (mediation and predictive). It is necessary to further verify the role of this strategy in the area of dealing with stress by seropositive people.

It is crucial to accept the importance of the role of individual cognitive optimism in the aspect of seropositive stress. Lack of confidence in science significantly affects the functioning of the individual. HIV positive people's beliefs can play an important role in making important life decisions, such as starting or continuing treatment, seeking reliable information about living with HIV, or seeing a specialist if your health deteriorates. It is important to take into account individual cognitive optimism in understanding the phenomena associated with stress experienced by seropositive people.

I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA.....	15
<i>Wprowadzenie.....</i>	15
1. HIV w kontekście medycznym, psychologicznym i społecznym	16
<i>Aspekt medyczny HIV/AIDS</i>	16
<i>Epidemiologia</i>	17
<i>Terminologia</i>	18
<i>Życie z HIV – aspekt społeczny i psychologiczny</i>	20
2. Stres, radzenie sobie i konsekwencje życia z HIV	23
<i>Pojęcie stresu</i>	23
<i>Fenomenologiczno-poznawcza koncepcja Lazarusa i Folkman.....</i>	26
<i>Radzenie sobie ze stresem – proces, strategie, style</i>	29
<i>Myślenie magiczne</i>	31
<i>Zachowania przesądne</i>	34
<i>Stres związany z HIV/AIDS</i>	38
<i>Zaburzenie adaptacyjne</i>	40
<i>Zaburzenia stresowe pourazowe.....</i>	42
<i>Dodatkowe czynniki stresogenne w HIV – stygmatyzacja, piętno zinternalizowane i antycypowane</i>	49
3. Wybrane zasoby osobowe: prężność oraz optymizm poznawczy	54
<i>Prężność</i>	54
<i>Optymizm poznawczy.....</i>	57
<i>Społeczny optymizm poznawczy</i>	61
<i>Indywidualny optymizm poznawczy.....</i>	61
II. CZĘŚĆ BADAWCZA.....	63
4. Problematyka badań własnych	63
<i>Model badawczy.....</i>	69
<i>Opis badania</i>	74
<i>Grupa badana</i>	74
<i>Sposób prowadzenia badania</i>	75
<i>Miejsce prowadzenia badań</i>	76
<i>Zastosowane narzędzia.....</i>	76
<i>Skala Stresu HIV/AIDS – HIV/AIDS Stress Scale, SS-HIV (Pakenham, Rinaldis, 2002).....</i>	78
<i>Skala Optymizmu Poznawczego (Bargiel-Matusiewicz, Makuła, Szymanka, Wieczorek, Ziętalewicz, Psiuła, 2021).....</i>	82
<i>Kwestionariusz Zachowań Przesądnych – MBQ (Bargiel-Matusiewicz, Makuła, Szymanek, Wieczorek, 2021).....</i>	84
<i>Kwestionariusz Poczucia Stresu (Plopa, Markowski, 2010)</i>	86
<i>PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, Schurr, 2013)....</i>	87
<i>W adaptacji Polskiej (Ogińska-Bulik, Juczyński, Lis-Turlejska, Merecz-Kot, 2023).....</i>	87
<i>Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).....</i>	90
<i>Wyniki badania.....</i>	93
<i>Osoby badane.....</i>	93

Konfirmacyjna analiza czynnikowa	98
Korelacje pomiędzy skalami MBQ	102
Rzetelność pomiaru	102
Porównania międzygrupowe	104
Poziom prężności psychicznej a optymizm poznawczy	120
Optymizm poznawczy a myślenie magiczne	120
Optymizm poznawczy a nasilenie stresu	121
Nasilenie stresu a nasilenie objawów PTSD	122
Model zależności pomiędzy zmiennymi	122
Predyktory nasilenia stresu związanego z życiem z HIV	127
Predyktory spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD	128
Dyskusja	129
<i>Omówienie modelu powiązań między zmiennymi</i>	<i>131</i>
<i>Nasilenie stresu w porównywanych grupach</i>	<i>135</i>
<i>Optymizm poznawczy z perspektywy porównań grupowych</i>	<i>139</i>
<i>Działania przesądne i myślenie magiczne z perspektywy porównań grupowych</i>	<i>141</i>
<i>Częstotliwość i nasilenie objawów PTSD z perspektywy porównań grupowych</i>	<i>143</i>
<i>Prężność psychiczna z perspektywy porównań grupowych</i>	<i>150</i>
<i>Predyktory nasilenia stresu związanego z HIV</i>	<i>154</i>
<i>Predyktory spełniania kryteriów diagnostycznych zespołu stresu potraumatycznego</i>	<i>156</i>
Podsumowanie	158
Wykaz tabel	169
Załączniki	171
Bibliografia	190

Wstęp

Niniejsza praca ma na celu ukazanie problematyki związanej z prężnością, optymizmem poznawczym w wariancie społecznym i indywidualnym, radzeniem sobie poprzez stosowanie działań przesądnych oraz ogólnym poziomem stresu z uwzględnieniem częstotliwości występowania PTSD wśród osób seropozytywnych. Zainteresowanie autorki tematyką HIV związane jest z jej doświadczeniem zawodowym. Od 2017 roku badaczka pracuje z osobami seropozytywnymi jako psycholog. Jest również profilaktykiem w tematyce HIV/AIDS. Doświadczenie pracy w indywidualnym kontakcie z pacjentami HIV(+) oraz praca na rzecz edukacji w tym zakresie przyczyniły się do rozważań na temat istotności poruszania tego tematu. Mimo obserwowanych zmian w obszarze medycznym i społecznym nadal istnieje możliwość udoskonalenia wielu aspektów związanych z jakością życia osób seropozytywnych. Istotne jest także szerzenie wiedzy w społeczeństwie, aby zwiększyć świadomość ważnych kwestii związanych z niniejszą problematyką. Dzięki dalszym badaniom możliwe jest lepsze zrozumienie potrzeb i emocji osób seropozytywnych. Wprowadzenie odpowiedniego standardu wspierania osób HIV(+) i dostarczania wiedzy na ten temat może przyczynić się do zmniejszenia procesów stygmatyzacji i autostygmatyzacji. Może również przełożyć się na większe zainteresowanie badaniami profilaktycznymi, czy podejmowania leczenia w przypadku zakażenia.

Zmaganie się z doświadczeniem dyskryminacji, poczuciem wyizolowania, samotności, obniżeniem nastroju czy lękiem to tematy często poruszane przez osoby żyjące z wirusem HIV. Istotne są również aspekty związane procedurami leczenia. Omawiane w niniejszej pracy zagadnienie optymizmu poznawczego przejawiającego się w przyjmowanych postawach wobec nauki, w tym medycyny może wiązać się z podejmowaniem decyzji dotyczących korzystania ze wsparcia systemu opieki zdrowotnej. Przekonania dotyczące postępów w dziedzinie medycyny oraz słuszności podejmowania leczenia mogą również wiązać się z poziomem odczuwanego stresu przez osoby seropoztywne obniżając między innymi obawy dotyczące własnego zdrowia, jeśli dane osoby pokładają zaufanie w dostępnych metodach leczniczych.

Wprowadzanie zmian na rzecz poprawy jakości życia osób o pozytywnym statusie serologicznym osób wiąże się z koniecznością dokładniejszego zrozumienia różnych płaszczyzn, w obrębie których może pojawić się stres. Systematyczne pogłębianie wiedzy

umożliwia przełożenie jej na praktykę kliniczną. Zatem weryfikacja jaką rolę pełni specyficzna strategia związana z działaniami przesądnymi oraz zasoby osobiste – prężność i optymizm poznawczy wydaje się niezmiernie ważna. Zwłaszcza w perspektywie udoskonalania systemu wsparcia i projektowania interwencji psychologicznych. Problematyka HIV oraz AIDS stanowi nie tylko wyzwanie medyczne, ale także społeczne. Zakażenie wirusem HIV można spostrzegać jako kondycję zdrowotną, której społeczny odbiór wpływa nie tylko na osoby dotknięte tym zakażeniem, ale również na innych członków społeczeństwa. Wiedza na temat dróg transmisji wirusa i metod redukcji ryzyka infekcji w naszym społeczeństwie wzrasta. W związku z licznymi działaniami profilaktycznymi łatwiej jest dotrzeć do treści na temat wirusa HIV. Nadal jednak konieczne jest szerzenie wiedzy. Oddają to statystyki związane z częstotliwością wykonywania testów w kierunku HIV przez Polki i Polaków. Nierzadko też można spotkać się z licznymi mitami dotyczącymi zakażenia, a także z podwójnymi standardami wobec osób seropozytywnych. Ciągłe za niski poziom wiedzy może utrudnić zatrzymanie pandemii, ale także wpłynąć negatywnie na stan zdrowia psychicznego i fizycznego osób żyjących z wirusem HIV. Często osoby z pozytywnym wynikiem HIV obawiają się skorzystać z leczenia ARV¹, czasem z niego rezygnują z obawy przed negatywną oceną społeczną. Osoba żyjąca z HIV nie ma obowiązku informowania pracowników medycznych o swoim statusie serologicznym, często nie ma też takiej potrzeby. Jednak jest to istotny fakt dla lekarza, który rekomenduje leczenie. Zdarza się jednak, że bariera wynikająca z obaw przed dyskryminacją uniemożliwia osobie seropoztywnej podzielenie się tą informacją – nawet – z lekarzem. Stygmatyzacja społeczna przyczynia się również do pojawiania się obaw przed skorzystaniem z innych form wsparcia. Udowodniono, że wsparcie społeczne jest czynnikiem poprawiającym jakość życia osób seropozytywnych. Jednak nie wszystkie osoby decydują się korzystać z grup wsparcia, czy pomocy psychologicznej.

Istotnym w kontekście podejmowania leczenia i wykonywania testów w kierunku HIV jest również badanie związku między optymizmem poznawczym i zachowaniami przesądnymi a poziomem odczuwanego stresu. Obecnie istnieje niewiele badań dotyczących tego obszaru, a poszerzenie wiedzy w tym zakresie stanowić może wkład w psychologię jako dyscyplinę naukową, jak również mieć znaczenie dla praktyki klinicznej. Zachowania przesądne są w literaturze przedmiotu często łączone z kontekstem sytuacji

¹ ARV (ang. Antiretroviral Therapy) – jest to leczenie antyretrowirusowe stosowane w leczeniu infekcji ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV).

stresu, co może być związane z potrzebą odzyskania kontroli w sytuacjach trudnych, takich jak na przykład problemy zdrowotne. W literaturze przedmiotu pojawia się niewiele doniesień w tym zakresie, a jest to ważne zagadnienie z perspektywy zaufania do nauki, w tym nauk medycznych. Przedkładanie osobistych zdolności poznawczych nad aktualny stan wiedzy w zakresie medycyny może przyczyniać się do większej wiary w skuteczność różnego typu działań przesądnych, a tym samym zwrot w kierunku wyjaśnień pseudonaukowych. Wydaje się to szczególnie ważne w kontekście nosicielstwa wirusa HIV, ponieważ jest on zakaźny i brak przestrzegania zasad opartych o wiedzę naukową może stanowić czynnik ryzyka dalszej transmisji wirusa a także pogorszenie stanu zdrowia osób już zakażonych.

Podjęta problematyka w niniejszej pracy stanowi próbę zrozumienia wieloaspektowego zagadnienia jakim jest stres przeżywany przez osoby seropoztywne poprzez analizę wybranych mechanizmów oraz kontekstów związanych z jego doświadczaniem. Dobór grup porównawczych był ważną kwestią ze względu na czynniki, które omówione zostaną w dalszej części akapitu. Osoby żyjące z wirusem HIV są grupą mianowicie narażoną na stygmatyzację, co może mieć istotny wpływ na odczuwany poziom stresu i podejmowanie działań prozdrowotnych, dlatego czynniki ryzyka doświadczania stygmatyzacji pełnią istotną rolę w doborze grup porównawczych. Po pierwsze, w ramach grupy osób żyjących z HIV wyłonione były dwie podgrupy – osoby doświadczające dodatkowo problemu uzależnienia od środków psychoaktywnych oraz osoby bez problemu uzależnienia od środków psychoaktywnych. Grupę porównawczą stanowiły również osoby o ujemnym statusie serologicznym doświadczające problemu uzależnienia od środków psychoaktywnych. Uwzględnienie czynnika uzależnienia wynika z faktu opisywanego w literaturze przedmiotu problemu doświadczania stygmatyzacji przez osoby zmagające się z uzależnieniem. Do badań włączono również grupę osób bez diagnozy uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym. Na tej podstawie możliwe było kontrolowanie zmiennej jaką jest poziom stresu w warunkach, gdzie może dochodzić do równoległego procesu zmagania się z trudnościami zdrowotnymi i doświadczaniem procesów stygmatyzacji. Dobór grup porównawczych miał na celu lepsze zrozumienie sytuacji osób żyjących z wirusem HIV i wykluczenie lub ukazanie związków między dodatkowymi zmiennymi, które mogą mieć wpływ na komfort psychiczny osób seropozytywnych.

I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA

Wprowadzenie

Pierwszą część pracy stanowi rys teoretyczny oraz epidemiologiczny. W niniejszej części omówione zostaną aspekty medyczne i psychologiczne związane z funkcjonowaniem osób żyjących z wirusem HIV. Przedstawione zostaną również aktualne dane epidemiologiczne związane z częstotliwością występowania infekcji HIV na świecie i w Polsce. Omówiona zostanie także terminologia dot. HIV i AIDS. Kolejnym aspektem podjętym w niniejszej pracy będzie aspekt społeczny życia z wirusem HIV.

W drugiej części pracy omówione zostaną zagadnienia związane ze stresem poprzez omówienie koncepcji stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman. Szczegółowo przedstawione zostaną również stresory na jakie narażone są osoby seropozytywne. Omówiona zostanie również strategia zaradcza jaką jest stosowanie zachowań przesądnych. Zaprezentowane zostaną również zagadnienia związane z zaburzeniami stresu pourazowego (PTSD) w ogólnej populacji i w grupie osób żyjących z wirusem HIV.

Trzecią część pracy stanowi prezentacja i omówienie wybranych zasobów osobowych czyli, prężności i optymizmu poznawczego.

Czwartą część pracy poświęcona jest prezentacji badań własnych. Ta część przedstawiać będzie model badawczy, a także hipotezy poddane weryfikacji. W opisie badań zaprezentowana zostanie grupa badana, sposób prowadzenia badań i miejsce prowadzenia badań. Następnie omówione zostaną zastosowane w badaniu narzędzia. Przedstawione zostaną także wyniki przeprowadzonych analiz statystycznych.

Kolejnym elementem pracy jest dyskusja, w której zawarte są zarówno wyniki niniejszego badania jak i odniesienie do wcześniejszych doniesień naukowych.

Zaprezentowane zostaną również najważniejsze wnioski oraz ograniczenia prezentowanych badań własnych.

1. HIV w kontekście medycznym, psychologicznym i społecznym

Aspekt medyczny HIV/AIDS

HIV (*ang. Human Immunodeficiency Virus*) to ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności. HIV zakaża komórki posiadające receptor CD4 w organizmie człowieka. Zakażenie się wirusem HIV poprzez jego stopniowe namnażanie się prowadzi do uszkodzania układu odpornościowego człowieka. W trakcie tego procesu organizm przestaje chronić się przed chorobami. Zakażenie wirusem HIV nie daje charakterystycznych objawów, co utrudnia diagnostykę. Jedynie wykonanie testów w kierunku HIV pozwala na potwierdzenie jego obecności w organizmie. Obecnie stosowane testy diagnostyczne oparte są o badania serologiczne wykrywające przeciwciała powstałe w odpowiedzi immunologicznej skierowanej przeciw HIV. Bez wykonania testu diagnostycznego w kierunku HIV osoba seropozytywna może przez lata nie wiedzieć, że jest nosicielem zakażenia. Osoby nieświadome zakażenia nie są objęte terapią antyretrowirusową (ARV), co może doprowadzić do rozwoju AIDS. AIDS to nabyty zespół niedoborów immunologicznych/ nabyty zespół upośledzenia odporności. Europejskie kryteria rozpoznania AIDS zakładają, że u osoby żyjącej z wirusem HIV wystąpiła tzw. choroba oportunistyczna. Choroby oportunistyczne mogą rozwijać się w przypadku braku podjętego leczenia. Do chorób oportunistycznych zalicza się między innymi: zespół wyniszczenia związany z zakażeniem HIV, encefalopatię, inne wirusowe zakażenia, zakażenia grzybicze, choroby pasożytnicze i nowotwory. W przebiegu namnażania wirusa HIV w organizmie poziom limfocytów CD4 ulega znacznemu obniżeniu. Może to być nawet poziom poniżej $200/\text{mm}^3$ krwi.

W związku z koniecznością zmniejszenia ryzyka transmisji wirusa HIV w populacji standardy medyczne zakładają włączenie leczenia ARV u każdego pacjenta niezależnie od poziomu limfocytów CD4, czy aktualnego stanu zdrowia osoby. Terapia antyretrowirusowa (ARV) obecnie jest jedyną metodą, która umożliwia spowolnienie procesu namnażania się wirusa w organizmie. ARV stanowi złożoną z różnych grup leków kombinację dzięki której wiramia zmniejsza się, a podwyższony zostaje poziom komórek CD4. Rządowy Program Polityki Zdrowotnej na lata 2022-2026 zakłada darmowe leczenie dostępne w dwóch formach. W formie przyjmowania tabletek doustnych oraz w przypadku

niektórych pacjentów (z określoną mutacją wirusa HIV i z odpowiednim stanem zdrowia) dostępna jest terapia iniekcyjna. Ze względu na specyfikę wirusa HIV dobór terapii ARV nie jest łatwym zadaniem. Konieczne jest uwzględnienie wszelkich interakcji lekowych, które dana osoba przyjmuje, a proces doboru terapii odbywa się w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach. W Polsce osoby żyjące z wirusem HIV mogą korzystać z kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS), która ma za zadanie zapewnienie opieki medycznej w różnych obszarach zdrowia. Kluczowym czynnikiem jest jak najszybsze włączenie leczenia, aby ochronić układ immunologiczny pacjenta oraz zatrzymać wzrost liczby zakażeń w społeczeństwie (Kowalska, Horban, 2024).

Epidemiologia

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na świecie jest około 39,9 milionów osób żyjących z wirusem HIV (dane z końca roku 2023), z tej liczby około 1,3 miliona osób zostało nowo zakażonych wirusem HIV tylko w 2023 roku.

Pandemia HIV pozostaje jednym z głównych problemów globalnych dotyczących zdrowia publicznego. Do dziś w wyniku zakażenia HIV i jego następstw zmarło 42,3 miliona osób. W 2023 roku z powodu następstw HIV zmarło 630 000 osób. Najbardziej dotkniętym regionem jest kontynent Afrykański. Na tym obszarze najczęściej pojawiają się nowe zakażenia – jest to około 50 procent przypadków ze statystyk całościowych.

Zgodnie z danymi prezentowanymi przez Światową Organizację Zdrowia obecnie z terapii antyretrowirusowej (ARV) korzysta 29,8 miliona osób seropozytywnych.

Dane zaprezentowane przez Krajowe Centrum do spraw HIV/AIDS ukazują, że w Polsce żyje 32 935 osób żyjących z wirusem HIV. Obecnie w Polsce terapią ARV objętych jest 20 281 pacjentów, w tym 181 dzieci. Od roku 1985 do 2024 roku na terenie kraju zmarło 1496 osób w związku z występowaniem chorób oportunistycznych pojawiających się w przebiegu AIDS. U 4194 pacjentów w roku 2024 zdiagnozowano AIDS. W oparciu o dane z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP-PZH) w Polsce stwierdza się, że w 2024 roku wykryto za pomocą testów *Western-Blot*, badań molekularnych i badań immunochromatograficznych 2384 nowych zakażeń HIV. W 2022 roku wykryto rekordową liczbę nowych pacjentów seropozytywnych.

W latach 1996–2021 odnotowywano stopniowy spadek liczby nowych zakażeń wirusem HIV. W roku 2021 liczba ta obniżyła się o 54 procent. Natomiast po przejściowym spadku wykrywalności nowych zakażeń, związanego z epidemią COVID-19, nastąpił ponowny wzrost. W 2022 roku rozpoznano 2 384 nowe zakażenia wirusem HIV, a w 2023 roku było to już 2 905 nowych zakażeń. To średnio prawie 8 osób z nową diagnozą HIV(+) dziennie (Krajowe Biuro ds. AIDS, 2024).

Z badań przeprowadzonych przez Społeczny Komitet ds. AIDS w ramach projektu o nazwie Buddy Polska wynika, że około 20 procent osób żyjących z wirusem HIV może nie wiedzieć o swoim zakażeniu. Natomiast według Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) 16 procent osób, które dowiedziały się o pozytywnym wyniku testu, nie podejmuje leczenia. Krajowe Biuro ds. HIV/AIDS w 2024 roku raportowało o 20 281 pacjentach, którzy zostali objęci leczeniem, co wskazuje, że 12 654 osoby nie korzystają z możliwości przyjmowania dostępnej terapii (Krajowe Centrum ds. AIDS, 2024).

Zgodnie z danymi opublikowanymi przez *European Centre for Disease Prevention and Control* obserwowalny jest wzrost liczby nowych zakażeń, zarówno w Polsce, a także większości krajów Europy Wschodniej i Azji Centralnej (Program Polityki Zdrowotnej, 2022).

Terminologia

Problematyka HIV dotyczy wielu osób – osób żyjących z wirusem HIV, a także ich bliskich. Używanie odpowiedniej terminologii może pomóc lepiej zrozumieć osoby seropozytywne i zmienić zjawiska społeczne, w których pojawia się dyskryminacja. Terminologia ma na celu podkreślenie podmiotowości osób seropozytywnych. Współczesna teoria stygmy odnosi się do języka jako narzędzia sprawowania władzy oraz wykluczenia, ale także afirmacji i społecznej zmiany. Tak więc zmiana stosowanych form językowych może zapoczątkować zmianę społeczną (Dziuban, Król, 2016). Język jakim posługują się członkowie danej społeczności odzwierciedla systemy wartości i wyobrażeń ludzi, którzy do niej należą. Język rozwija się dynamicznie i wskazuje na aktualne normy, a także stereotypy, które funkcjonują w przestrzeni społecznej (Żuk, 2010). Nazewnictwo, jak już wspomniano, wpływa również na kształt rzeczywistości. To stwierdzenie wywodzi się z badań nad językowym relatywizmem (Sapir, 1978). Używane słownictwo jest czynnikiem

warunkującym sposób myślenia o obserwowanych zjawiskach (Boroditsky, 2001). Tak więc zmiana języka i reprezentacji niosących potencjalne cierpienie jednostkom, których dotyczą powinna stanowić nieodłączny element działań systemowych na rzecz redukcji stygmatyzacji (Mijas, Dora, 2016).

Zgodnie z rekomendacjami dotyczącymi inkluzyjności języka proponowanego przez Międzynarodową Społeczność AIDS (ang. *International AIDS Society*) w dokumencie „*People First*” oraz „*UNAIDS Terminology Guidelines*” zaleca się aby, mówiąc o osobie z pozytywnym wynikiem testu w kierunku HIV używać zwrotów takich jak ludzie żyjący z HIV (ang. *people living with HIV – PLWH*) lub osoby seropoztywne. Warto zaznaczyć, że osoby żyjące z HIV nie są tylko nosicielami wirusa, czy źródłem infekcji lub obiektami badań. Język używany w publikacjach naukowych powinien odzwierciedlać podmiotowość osób seropoztywnych. Używanie tych sformułowań może przekładać się na uzyskiwanie przez osoby z pozytywnym statusem serologicznym lepszego poziomu opieki medycznej i poprawy jakości życia. Wprowadzanie nowych standardów językowych w nauce może przekładać się na podniesienie świadomości społecznej i zmianę myślenia o ludziach żyjących z HIV (International AIDS Society, 2022). Język stanowi istotną część kształtowania wyobrażenia społecznego na temat osób seropoztywnych. Dzięki zachowaniu poprawności terminologicznej wspierany jest szacunek dla osób seropoztywnych i wzmacniana jest ich pozycja w społeczeństwie. Powstałe w ostatnich latach programy skupiające się na opracowaniu preferowanej terminologii pozwalają na zmianę statusu społecznego jednostki (UNAIDS Terminology Guidelines, 2024). W obliczu tych faktów konieczne jest szerzenie wiedzy na temat terminologii i posługiwanie się właściwym językiem. Terminologia, która zapobiega procesom wykluczenia pozwala na poprawę jakości życia osób seropoztywnych, a także wpływa na szerszy aspekt jakim jest postawa społeczna przyjmowana wobec testowania się w kierunku HIV, leczenia oraz na debatę publiczną wokół standardów opieki zdrowotnej w tym obszarze. Terminologia kształtuje globalną odpowiedź na pandemię HIV, co w efekcie prowadzi do lepszego zrozumienia samych osób seropoztywnych i zwiększenia wsparcia na ich rzecz. Język, który stawia osobę na pierwszym miejscu pozwala na wieloaspektowe rozumienie jednostki. Dzięki założeniom *Person-first language*² osoby żyjące z HIV nie są identyfikowane jedynie na podstawie

² *Person-first language* – jest sposobem komunikacji podkreślającym indywidualność człowieka i stawiającym jednostkę w centrum, nad jego cechami, niepełnosprawnością, czy chorobą.

swojego stanu zdrowia fizycznego, psychicznego czy sytuacji społeczno-socjalnej. Najnowsze wytyczne związane z językiem skoncentrowanym na osobie są zawarte w programie *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*³. Program ten ma również na uwadze różnorodność preferencji stosowanego języka w lokalnych społecznościach. Podkreślić należy, że odnoszenie się do osób żyjących z wirusem HIV podczas poruszania tematyki statusu serologicznego powinno być zgodne z językiem, który jest najbardziej odpowiedni dla danej jednostki, czy lokalnej społeczności (International AIDS Society, 2022; UNAIDS Terminology Guidelines, 2024).

Życie z HIV – aspekt społeczny i psychologiczny

Na początkowych etapach zmagania z epidemią HIV napotkano wiele wyzwań. Ciężki przebieg choroby, brak odpowiednich lekarstw, brak wiedzy na temat sposobów transmisji wirusa i sposobów hamowania jego namnażania się spowodowały masową panikę wśród ludzi, a także cierpienie fizyczne i psychiczne osób seropozytywnych. Przerażone społeczeństwo izolowało ludzi dotkniętych zakażeniem. W momencie zdobycia większej wiedzy na temat dróg zakażenia wirusem HIV oraz możliwościami farmakologicznego hamowania rozwoju wirusa w organizmie reakcje społeczne zaczęły się różnicować. Edukacja z zakresu HIV i AIDS szerzona przez specjalistów ma przyczyniać się do zmniejszenia nadanego na początku epidemii piętna osobom żyjącym z HIV (Izdebski, 2000, Rzeszutek, 2023). Popularyzacja tej tematyki miała i ma również na celu zmniejszenie skali pandemii. Obecnie w dalszym ciągu spotkać można się z silnymi emocjami i reakcjami w społeczeństwie dot. osób seropozytywnych. W społecznej świadomości nadal można spotkać się z grupami ryzyka⁴ i przypisywaniem pejoratywnych

³ *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)* – to program stworzony przez zrzeszone organizacje ONZ, tj. WHO, UNICEF, UNHRC). Skupiony jest wokół koordynacji i usprawnieniu działań w poszczególnych krajach w zakresie tematyki HIV. Ma na celu zapobieganie infekcji, zapewnianie odpowiednich standardów leczenia osób żyjących z HIV oraz działanie na rzecz poprawy jakości życia osób seropozytywnych.

⁴ Grupy ryzyka – Termin związany był z pierwszymi przypadkami zakażenia wirusem HIV, które odnotowano u mężczyzn, których łączyły relacje seksualne z innymi mężczyznami, HIV powiązano z grupą osób homoseksualnych. HIV zaczął się jawić również jako zakażenie, które dotyczy osób zażywających narkotyki, pracowników seksualnych i migrantów (Kmieciak-Baran, 1995). HIV w latach 80-tych XX wieku zostało potocznie nazwane „The Wrath of God”, co można przetłumaczyć na gniew boży (Lapierre, 1992). Ta terminologia znacząco przyczyniła się do nadania stygmatu osobom seropozytywnym i powiązania zakażenia z poczuciem wstydu (Kuratowska, 1986).

cech osobom żyjącym z wirusem HIV (Mijas i współ., 2017). Wiele badań wskazuje, że doświadczanie stygmatyzacji ma znaczący wpływ na odczuwany poziom stresu i implikuje obniżoną gotowość do podejmowania leczenia i działań prozdrowotnych, a także sprzyja stosowaniu strategii nie przystosowawczych i autodestrukcyjnych (Rueda i współ., 2016; Evngeli, Wror, 2017; Kalichman i współ., 2020). Procesy stygmatyzacji mogą przyczyniać się do obniżenia zdolności radzenia sobie w odpowiedzi na stres (Kalichman i współ., 2020).

Innym ważnym aspektem psychologicznym jest reakcja na otrzymanie diagnozy o pozytywnym statusie serologicznym. Status HIV(+) często interpretowany jest jako wyzwanie wpływające na wszystkie aspekty życia. Znaczenie przypisywane tej diagnozie może być związane zarówno z wcześniej omawianymi procesami stygmatyzacji jak i z lękiem dotyczącym wpływu HIV na stan zdrowia. Obawy związane z leczeniem, a także nadal funkcjonujące przekonanie o terminalności choroby sprawiają, że otrzymanie diagnozy może wywoływać strach, poczucie bezsilności czy żal. Te czynniki, w niektórych przypadkach prowadzą do pojawiania się myśli suicydalnych u osób, które otrzymały diagnozę lub do podejmowaniem prób samobójczych (Ninnoni i współ., 2023). Przyczynami myśli suicydalnych często jest lęk przed życiem z HIV i obawy przed samotnością. Osoby seropoztywne zmagają się także często z depresją. W badaniach Milewskiej-Buzun i współpracowników (2023) dwie trzecie badanych doświadczało objawów depresji (Milewska-Buzun i współ., 2023). W metaanalizie z 2025 roku opisano sześć powszechnie pojawiających się problemów ze zdrowiem psychicznym w grupie osób seropozytywnych – depresję, zaburzenia lękowe, zespół stresu potraumatycznego, myśli samobójcze, stres psychiczny i stres związany ze stygmatyzacją. Objawów depresji doświadczało 31% badanych, 29% zmagало się z zaburzeniami lękowymi, 20% badanych przejawiało objawy PTSD, 20% osób żyjących z HIV miało myśli samobójcze, 40% doświadczało stresu psychicznego, natomiast 47% badanych wskazywało na zmaganie się ze stygmatyzacją w społeczeństwie (Hu i współ., 2025).

Kolejny aspekt zmagania się z diagnozą HIV stanowi lęk przed ujawnieniem swojego statusu serologicznego. Mimo wielu korzyści dla zdrowia indywidualnego i publicznego ujawnianie statusu wiąże się z potencjalnym ryzykiem odrzucenia czy dyskryminacji. Osoby żyjące z wirusem HIV często odczuwają lęk związany z ujawnieniem swojego statusu lub związany z tym, że ich status zostanie ujawniony pośrednio – przez kogoś innego, kto posiada taką wiedzę. W związku z odczuwanym lękiem część osób ujawnia swój status w

bardzo ograniczonym stopniu, co może prowadzić do poczucia izolacji społecznej (Evangelii, Wroe, 2016).

Diagnoza HIV może mieć również wpływ na jakość życia osoby. Wpływ ten często jest złożony i dotyczy różnych aspektów życia. W badaniach nad jakością życia osób seropozytywnych bierze się pod uwagę liczne interakcje ze zmiennymi takimi jak zmienne demograficzne, społeczne, emocjonalne, a także ekonomiczne oraz czynniki związane bezpośrednio z zakażeniem (np. czas trwania, pojawiające się choroby współwystępujące, działania niepożądane leków ARV, czy ograniczenia zdrowotne). W badaniach Milewskiej-Buzun i współpracowników (2023) wykazano, że wyższy poziom akceptacji diagnozy wiąże się z wyższym poziomem jakości życia. Respondenci, którzy pozostawali w związkach małżeńskich również osiągnęli wyższą jakość życia. Natomiast osoby seropoztywne, które z przyczyn zdrowotnych zmuszone były zrezygnować z pracy i korzystać ze świadczeń rentowych lub utraciły bliskie relacje (rozpad związku lub rodziny lub utrata przyjaźni) prezentowały niższy poziom jakości życia (Milewska-Buzun i współ., 2023). Kamińska-Otok (2020) w swojej pracy ukazuje, że odczuwana przez osoby seropoztywne jakość życia zależy od czynników takich jak stan fizyczny, sytuacja rodzinna i stosunek otoczenia do osoby żyjącej z HIV. W tych badaniach również wskazano, że nastawienie do diagnozy HIV ma wpływ zarówno na jakość życia osoby jak i dalsze etapy leczenia. Badaczka ukazuje także, że wsparcie społeczne jest istotnym elementem poprawy jakości życia osób seropozytywnych. Natomiast czynnikiem, który obniża jakość życia osób żyjących z HIV w Polsce jest dyskryminacja i stygmatyzacja (Kamińska-Otok, 2020). Inne badania wskazują, że również wiek osób seropozytywnych związany jest z jakością życia. Seropoztywne osoby starsze (powyżej 50 roku życia) napotykają więcej trudności i przeszkód w codziennym funkcjonowaniu w porównaniu z młodszą grupą badanych. Osoby te doświadczają również większych trudności w odróżnianiu objawów fizycznych HIV od tych związanych z procesami starzenia się organizmu (Morgan i współ., 2012; Gruszczyńska, Rzeszutek, 2019).

2. Stres, radzenie sobie i konsekwencje życia z HIV

Pojęcie stresu

Stres po raz pierwszy został zdefiniowany w literaturze naukowej w latach 50. ubiegłego wieku przez Selyego. Autor ten zakłada, że stres to proces, podczas którego dochodzi do naruszenia równowagi organizmu przez czynniki środowiskowe, a organizm za pomocą tegoż procesu reaguje na zagrożenie (Selye, 1960). Czynniki środowiskowe w tej koncepcji nazywane są stresorami. Stresory aktywują mechanizmy fizjologiczne oraz psychiczne i wpływają na stan zdrowia jednostki (Gatchel, Baum, Krantz, 1989). Obecnie istnieje wiele teorii dotyczących tego pojęcia, zarówno w dziedzinie psychologii jak i medycyny (Grygorczuk, 2008).

Koncepcje wyjaśniające zjawisko stresu pojawiły się już na początku XX wieku. Cannon (1928) badając zwierzęta stworzył model nazwany „walcz lub uciekaj”, w którym wyróżnił dwa mechanizmy pojawiające się w odpowiedzi na sytuację stresującą (Cannon, 1928). Zagrożony organizm aktywuje gruczoł przysadki wydzielający hormon adrenokortykotropowy (ACTH, ang. *adrenocorticotropic hormone*), który z kolei aktywuje korę nadnerczy w efekcie czego wydzielany jest między innymi kortyzol. Układ współczulny układu nerwowego aktywuje rdzeń nadnerczy, który wydziela epinefrynę (adrenalinę) oraz norepinefrynę (noradrenalinę). Hormony te odpowiadają za pobudzenie organizmu i pozwalają na szybką reakcję w sytuacji zagrożenia. Dzięki czemu w odpowiedzi na stres jednostka może walczyć lub uciekać (Gatchel, Baum, Krantz, 1989).

Kontynuując badania Cannona wcześniej wspomniany Selye (1960) wprowadził do literatury pojęcie ogólnego zespołu adaptacyjnego (GAS, ang. *general adaptation syndrome*), który charakteryzuje się trzema fazami. Pierwsza faza to stadium alarmowe, czyli wzbudzenie mobilizacji do spotkania i przeciwstawienia się stresorowi. Kolejna faza to odporność, która stanowi o radzeniu sobie lub stawianiu oporu stresorowi. Ostatnia z faz to wyczerpanie – jeśli opór nie przynosi zamierzonego efektu mechanizm radzenia sobie zostaje wyczerpany. Reakcja na stres została nazwana przez autora nieswoistą. W jej skład wchodzi: powiększenie gruczołów nadnerczy, zmniejszenie grasicy oraz powstawanie wrzodów w śluzówce żołądka. Autor w swojej pracy skupił się na negatywnych skutkach długotrwałego działania stresu na organizm.

Prace obu badaczy – Cannona i Selyego przyczyniły się do wzrostu zainteresowania tematyką stresu zarówno w obszarze nauk medycznych jak i psychologicznych (Mason, 1975).

W ujęciu psychologicznym popularne są trzy definicje stresu: stres spostrzegany jako bodziec, stres jako reakcje wewnętrzne człowieka oraz relacja między bodźcem a reakcją (Colman, Patrikson, 1999).

Holmes i Rahe (1967) stworzyli koncepcję zmian życiowych, w której podłożem stresu jest wydarzenie zewnętrzne wzbudzające wysoki poziom napięcia emocjonalnego, które umożliwia jednostce prawidłowe funkcjonowanie (Holmes, 1967).

Mechanic (1962) stres rozumiał jako reakcję emocjonalną objawiającą się dyskomfortem w danej sytuacji (Mechanic, 1962).

W literaturze polskiej autorami, którzy zapoczątkowali badania na temat stresu byli Reykowski, Tomaszewski i Strelau (Grygorczuk, 2008). Reykowski (1966) definiuje stres jako stosunek czynników zewnętrznych do cech jednostki i jej reakcji (Reykowski, 1966). Tomaszewski (1963) natomiast zastępuje pojęcie stresu sytuacją trudną. Zauważa również, że moment zakłócania równowagi między tą sytuacją a cechami i odpowiedzią jednostki jest konieczny do wystąpienia sytuacji trudnej (Tomaszewski, 1963). Strelau (1996) również wskazuje na istotność braku równowagi w definiowaniu pojęcia stresu. Jego zdaniem do stresu dochodzi, gdy pojawia się dysharmonia między możliwościami, a wymaganiami stawianymi jednostce – w momencie, gdy jednostka chce przeciwstawiać się tym wymaganiom. W koncepcji tej autor dodaje, że spostrzeżenia dotyczące możliwości i oczekiwań wobec jednostki mogą być zarówno obiektywne jak i subiektywne (Strelau, 1996).

Obecnie relacyjne ujęcie stresu jest najpopularniejszym nurtem w światowej psychologii. Jedną z koncepcji reprezentujących ten stworzył Hobfoll (1989), który twierdził, że celem aktywności jednostki jest poszukiwanie, nabywanie oraz ochrona zasobów. Sytuacja stresowa następuje, gdy istnieje zagrożenie utraty zasobów, utrata zasobów lub brak wzrostu zasobów po dokonaniu inwestycji w nie. Stres odczuwany może być w momencie subiektywnego poczucia utraty oraz obiektywnego stracenia zasobów. Hobfoll mówi o czterech rodzajach zasobów, są nimi: przedmioty, warunki (np. stała praca), zasoby osobiste (np. umiejętności) oraz zasoby energetyczne (np. pieniądze) (Hobfoll, 1989).

Innym ujęciem stresu, które zyskało rozgłos na świecie jest fenomenologiczno-poznawcza koncepcja⁵ Lazarusa i Folkman. Teoria ta jest jedną z najbardziej popularnych koncepcji stresu we współczesnej psychologii. Wiele badań nad tematyką stresu zostało zrealizowanych na jej podstawie. Transakcyjna teoria stresu posłużyła również stanowiła również podłoże badań nad tematyką stresu z jakim zmagają się osoby seropoztywne. Skłoniło to autorkę niniejszej rozprawy do wyboru tej koncepcji jako wiodącej w badaniach. Model transakcyjny ukazuje, jak ważny jest sposób postrzegania przez jednostkę doświadczanej choroby. W przypadku, gdy choroba jest interpretowana jako zagrożenie dla realizacji ważnych celów życiowych, często występują negatywne emocje oraz trudności w adaptacji do zaistniałych okoliczności. Załuski wskazuje, że bardziej konstruktywna interpretacja sytuacji może posłużyć lepszemu radzeniu sobie (Załuski, 2015). Przeformułowanie znaczenia ułatwia akceptację sytuacji trudnej. Plattner i Meiring w swoich badaniach wskazują, że osoby żyjące z HIV, które zaakceptowały swój status serologiczny lepiej przystosowały się do aktualnej sytuacji życiowej (Plattner, Meiring, 2006). Inne badania wykazały, że model zaproponowany przez Lazarusa i Folkman jest pomocny w wyjaśnianiu związku między radzeniem sobie a postrzeganą stygmatyzacją osób seropoztywnych (Earnshaw i współ., 2015; Brown i współ., 2020).

W roku 2002 Pakenham i Rinaldis (2002) zajmujący się tematyką doświadczanego stresu u osób żyjących z wirusem HIV wskazywali na to, że życie z wirusem HIV niesie za sobą specyficzne wymagania adaptacyjne. Pakenham i Rinaldis dowodzili, że jednym z kluczowych elementów dostosowania się do nowej sytuacji, jaką jest otrzymanie pozytywnego testu w kierunku HIV, jest redukcja nasilenia stresu związanego z HIV (Pakenham, Rinaldis, 2002).

Teoria Lazarusa i Folkman pozwala na pogłębienie rozumienia zależności między stresem i strategiami zaradczymi u osób żyjących z HIV. Aby dobrze oddać założenia teorii następny rozdział poświęcony jest jej szczegółowemu opisowi.

⁵ *Fenomenologiczno-poznawcza koncepcja Lazarusa i Folkman inaczej nazywana jest transakcyjną teorią stresu*

Fenomenologiczno-poznawcza koncepcja Lazarusa i Folkman

Zagadnienie stresu zaprezentowane przez Richarda Lazarusa i Susan Folkman (1984) skupia się na aspekcie na psychologicznym. Autorzy zdefiniowali stres jako relację między jednostką a otoczeniem, która zostaje oceniona jako obciążająca lub przekraczająca posiadane zasoby, a także zagrażająca dobrostanowi. Jest to rodzaj transakcji pomiędzy jednostką, a otoczeniem (Lazarus, Folkman, 1984). Ujęcie to wskazuje na podmiotowy i indywidualny charakter stresu. Kluczową rolę odgrywa ocena sytuacji oraz percepcja jednostki. Te dwa czynniki umożliwiają sprawowanie kontroli w sposób poznawczy, emocjonalny oraz sprawczy. Ocena poznawcza (*ang. appraisal*) w tej koncepcji to dynamiczny proces, w którym człowiek określa dostępne zasoby radzenia sobie oraz znaczenie sytuacji. Ocena pierwotna jest wstępnym określeniem skali zagrożenia. Natomiast ocena wtórna jest określeniem zagrożeń pod kątem możliwości radzenia sobie w konkretnej sytuacji. Ocena jednostki wiąże się z różnymi czynnikami, np. z oceną wsparcia społecznego, z dostępnością środków materialnych mogących ułatwić rozwiązanie trudności. Istotna może okazać się również wiara w siebie i swoje możliwości lub zasoby związane z doświadczeniem radzenia sobie w podobnych sytuacjach. Sytuacje, w których pojawia się stres mogą być spowodowane różnymi czynnikami. Zaliczają się do nich między innymi urazy fizyczne, poczucie zagrożenia, straty albo podejmowane wyzwanie. Straty doświadczane przez jednostkę wiążą się z utraceniem cenionych obiektów i powodują wyzwolenie różnych emocji – żalu, złości, czy smutku. Natomiast poczucie zagrożenia jest stanem związanym z lękiem o wystąpienie straty. Inną sytuacją wywołującą stres jest podejmowanie wyzwania. Interpretacja sytuacji jako wyzwania dotyczy nie tylko przewidywania możliwych szkód, ale odnosi się także do możliwych do uzyskania korzyści. W tej sytuacji mogą pojawiać się zarówno emocje negatywne, jak i pozytywne. Nadawane interpretacje w danej sytuacji stresującej mogą ulegać zmianom, np. gdy strata zostanie potraktowana jako wyzwanie. (Lazarus, Folkman, 1984).

Percepcja i ocena sytuacji wpływają istotnie na proces radzenia sobie (Antonovsky, 1995, za: Kozak, 2010). Termin radzenie sobie (*ang. coping with stress*) jest kolejnym ważnym zagadnieniem w koncepcji przywołanych autorów. Lazarus i Folkman radzenie sobie ujmują jako podejmowanie różnorodnych wysiłków – poznawczych i behawioralnych – mających na celu spełnienie wewnętrznych i zewnętrznych wymagań, ocenianych przez jednostkę jako przekraczające jej zasoby lub obciążające. Lazarus wyróżnia cztery kategorie radzenia sobie (*copingu*) – poszukiwanie informacji, bezpośrednie zachowania, procesy intrapsychiczne

i zahamowanie aktywności. Dobór strategii zaradczych jest związany z oceną sytuacji. Dodatkowo zastosowane strategie mogą skutkować przewartościowaniem sytuacji, co wpływa na powtórne ocenienie sytuacji. Lazarus (1984) podkreślał, iż w sytuacji stresu czynniki socjologiczne oraz psychologiczne determinują nie tylko reakcję zachodzącą w psychice człowieka, ale także ujawniają się w reakcjach fizjologicznych (Coyne, Holroyd, 1982; Lazarus, Folkman, 1984). Rezultaty radzenia sobie ze stresorami można więc określić obserwując reakcje emocjonalne i fizjologiczne oraz czynności motoryczne (Terelak, 2001).

Teoria Lazarusa i Folkman stanowi cenne spojrzenie na tematykę stresu eksponując subiektywność odczuwanego stresu oraz podkreślając zaangażowanie procesów poznawczych w ocenie sytuacji (Terelak, 2001).

Teoria ta nie jest pozbawiona ograniczeń. Obbarius i współpracownicy (2021) wskazują również na inne aspekty struktury modelu, które stanowią utrudnienie w możliwościach jego weryfikacji. Autorzy odnoszą się do tego, że większość dotychczasowych badań uwzględnia tylko wybrane części modelu teoretycznego, natomiast badania które miały na celu testowanie modelu w sposób całościowy różniły się pod wieloma względami – między innymi konstruktów uwzględnianych w modelu, czy też sposobu operacjonalizacji – obniżało to możliwości porównywania uzyskiwanych wyników. Te ograniczenia utrudniają empiryczną weryfikację struktury modelu Lazarusa i Folkman. Obbarius i współpracownicy wskazują jednakże, że przeprowadzone przez nich badanie pozwoliło pozyskać dane stanowiące potwierdzenie dla założeń formułowanych w obrębie fenomenologiczno-poznawczej teorii stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman (Obbarius i współl. 2021). Innym ograniczeniem transakcyjnej teorii stresu, które można wskazać jest niedocenienie wpływu motywacji i emocji (aktywacji) jednostki oraz utożsamianie stresu z zagrożeniem (Terelak, 2001).

Transakcyjna koncepcja stresu została rozszerzona przez Folkman i Moskowitz (2000). Jako, że wcześniej większość badań dotyczących stresu skupiała się jedynie na jego negatywnych skutkach, autorki postanowiły uzupełnić koncepcję o brakujące ich zdanie komponenty o pozytywnym charakterze. Odgrywają one szczególnie istotną rolę w zmaganiu ze stresem utrzymującym się długotrwale. Wyróżniony został również styl radzenia sobie skoncentrowana na znaczeniu. Ten styl zaradczy związany jest ze wspieraniem pozytywnego afektu przez jednostkę, podczas zmagania się z przewlekłym stresem. Styl ten obejmuje podejmowanie prób przewartościowania danej sytuacji trudnej, w efekcie czego możliwe jest doświadczenie większego natężenia emocji pozytywnych. W takim ujęciu kluczowe jest wypracowanie pozytywnych interpretacji wydarzeń i wyznaczonych celów. Folkman

i Moskowitz podkreślają, że styl skoncentrowany na znaczeniu jest przydatny w redukcji stresu (Folkman, Moskowitz, 2000).

Obecnie wiele prac badawczych dotyczących stresu oraz strategii zaradczych w adaptacji do choroby uwzględnia model teoretyczny Lazarusa i Folkman. Ghaffari i współpracownicy (2021) w swojej pracy wskazują, że oddziaływania oparte o transakcyjny model wpływa na zwiększenie wsparcia społecznego i regulacji emocji u pacjentów dializowanych, co ułatwia przystosowanie się do choroby (Ghaffari i współ., 2021). W badaniach Sanaeinasab i współpracowników (2017) skutecznym okazał się program edukacyjny oparty o model transakcyjny. Autorzy wskazują, że pacjentki z diagnozą stwardnienia rozsianego, które uczestniczyły w tym programie skutecznie radziły sobie z redukcją stresu i rozwijały przystosowawcze strategie zaradcze (Sanaeinasab i współ., 2017). Natomiast Fortunato i współpracownicy (2024) ukazują, że kobiety zmagające się z diagnozą raka piersi, które stosują strategie zaradcze skoncentrowane na zadaniu lepiej adaptują się do choroby (Fortunato i współ., 2024). W badaniach z 2022 roku potwierdzono hipotezę, że strategia zaradcza stosowana przez pacjentów z diagnozą raka płuc ma kluczowe znaczenie dla oceny poziomu stresu przez badanych. Autorzy badania wskazują, że istotne jest wzmacnianie strategii radzenia sobie zorientowanego na działanie, ponieważ mogą one okazać się pomocne w redukcji stresu i adaptacji do sytuacji choroby (Poręba, Chabros i współ., 2022). Inną strategią zaradczą skuteczną w redukcji stresu jest radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Leszcz (2020) w swoich badaniach wskazuje, że ważnym elementem terapii jest pomoc jednostce w przeżywaniu życia w sposób, który obniża nasilenie negatywnych emocji. W ten sposób może rozwijać się umiejętność stosowania strategii zaradczej jaką jest radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Ta strategia umożliwia ponowne nadanie znaczenia osobistym doświadczeniom. Przywołany autor (Leszcz, 2020) dowodzi, że grupowa psychoterapia nakierowana na rozwijanie strategii radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu przynosi efekty leczące w różnych obszarach. U pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową oraz osób żyjących z wirusem HIV doświadczających takiego wsparcia odnotowano poprawę w ocenie własnej skuteczności, lepsze samopoczucie i zwiększone poczucie sensu życia (Leszcz, 2020).

Współczesne badania oparte o teorię Lazarusa i Folkman dotyczące jakości życia osób seropozytywnych wskazują na konieczność uwzględnienia możliwości poznawczych osoby żyjącej z HIV. Banerjee i współpracownicy (2022) wskazują, że nieadaptacyjne strategie zaradcze częściowo wyjaśniają związki między dysfunkcjami poznawczymi, a poziomem

odczuwanego stresu (Banerjee i współ., 2022). Funkcjonowanie poznawcze jest istotnym czynnikiem w transakcyjnej teorii stresu, także w kontekście osób seropozytywnych. Jak zaznaczają Finkelstein-Fox i współpracownicy (2019) skuteczne radzenie sobie oparte o ocenę wtórną doświadczenia nosicielstwa wirusa HIV pozwala redukować stres i ma wpływ zarówno na zdrowie fizyczne i psychiczne (Finkelstien-Fox i współ., 2019). Ma i współpracownicy (2023) zaznaczają, że teoria Lazarusa i Folkman pozwala na lepsze zrozumienie zmiany stanu emocjonalnego u osób seropozytywnych. Model ten wyjaśnia również stres związany z ujawnieniem swojego statusu serologicznego i stres związany ze stygmatyzacją. Ma i współpracownicy wskazują również, że istotnym czynnikiem jest poznawcza ocena stresorów i możliwych trudności w radzeniu sobie z leczeniem, czy otrzymaniem wyników świadczących o pogorszeniu stanu zdrowia (Ma i współ., 2023).

W kolejnym podrozdziale zostanie przedstawiona problematyka radzenia sobie ze stresem w kontekście analizowania tego zjawiska jako strategii, stylu oraz z uwzględnieniem procesualności obserwowanych aktywności i ich efektów. W sposób poszerzony zostanie również zaprezentowana tematyka zachowań przesądnych jako specyficznej strategii zaradczej, której rola jest ważnym elementem dociekań podjętych w niniejszej rozprawie.

Radzenie sobie ze stresem – proces, strategie, style

Radzenie sobie ze stresem rozpatrywane jest w różnych kontekstach. Jednym z nich jest ujmowanie radzenia sobie jako procesu. Proces ten ma na celu zmianę sytuacji oraz regulację emocji. Radzenie sobie wymaga zaangażowania procesów poznawczych oraz świadomości zachwiania homeostazy. Proces ten jest dynamiczny ze względu na konieczność oceny i wtórnej oceny sytuacji oraz podejmowanie działań przez osobę doświadczającą trudnej sytuacji (Heszen, Sęk, 2007). Według Lazarusa i Folkman (1984) proces radzenia sobie ma dwie funkcje. Pierwszą funkcją jest samoregulacja emocji. Służy ona opanowaniu reakcji emocjonalnej w trudnej sytuacji. Drugą rolą procesu radzenia sobie jest funkcja instrumentalna zorientowana na problem oraz na wprowadzanie zmian we własnym zachowaniu lub inicjowaniu zmian w otoczeniu (Lazarus, Folkman, 1984).

Strategie radzenia sobie ze stresem rozumiane są przez Lazarusa i Folkman (1984) jako typowe dla jednostki sposoby postępowania w momencie pojawienia się stresora w różnych sytuacjach. Zgodnie z fenomenologiczno-poznawczą koncepcją istnieją cztery

sposoby radzenia sobie: behawioralne zbliżanie się i poznawcze zbliżanie się ukierunkowane na rozwiązanie problemu oraz poznawcze unikanie i behawioralne unikanie ukierunkowane na regulację emocji (Lazarus, Folkman, 1984). Autorzy odkryli, że występują indywidualne różnice w stosowaniu strategii niezależnie od doświadczanego zagrożenia (Lazarus, 1987). Jednostka dobiera strategię zaradczą najbardziej korzystną w danych warunkach lub korzysta ze stałych dla niej stylów działania (Lazarus, 1987; Heszen-Niejodek, Ratajczak, 1996).

Termin styl radzenia sobie ze stresem używany jest w momencie ukazywania różnic indywidualnych. Styl radzenia sobie jest względnie stałym i charakterystycznym dla danej jednostki wzorcem reagowania w sytuacjach trudnych (Heszen-Niejodek, Ratajczak, 1996). Endler i Parker (1990) wskazują na trzy style zaradcze – styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu. Styl skoncentrowany na zadaniu to wszelkie działania mające na celu realną zmianę sytuacji lub jej poznawcze przekształcenie. W stylu skoncentrowanym na emocjach jednostka kieruje swoją uwagę na przeżywane stany emocjonalne. Natomiast w stylu skoncentrowanym na unikaniu jednostka poszukuje dystraktorów, które kierują uwagę na czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (Endler, Parker, 1990).

Zakażenie wirusem HIV może stanowić wydarzenie krytyczne w życiu człowieka i niewątpliwie jest związane z odczuwaniem stresu przez jednostkę. Osoby seropozytywne podejmują różnorodne strategie zaradcze obniżające poziom odczuwanego stresu, ponieważ diagnoza zakażenia HIV stawia osobę w obliczu sytuacji wymagającej reorganizacji dotychczasowego życia. Nieraz konieczne jest, aby osoba seropozytywna przeformułowała plany i cele. Dodatkowe wyzwanie stanowić mogą niepokój związany z niemożnością przewidzenia rozwoju zakażenia, podjęcie restrykcyjnego leczenia farmakologicznego, skutki uboczne wynikające z przyjmowania leków antyretrowirusowych, stereotypy utrwalone w społeczeństwie, które mogą wiązać się z negatywną postawą innych wobec osoby żyjącej z wirusem HIV lub pojawienie się procesu autostygmatyzacji (Hauza, 2007).

Jedną ze strategii zaradczych opisywanych w niniejszej pracy jest podejmowanie działań przesądnych. Strategia ta oparta jest o myślenie magiczne. Oba konstrukty teoretyczne zostaną omówione w poniższej części.

Myślenie magiczne

Pisząc o przesądach i sposobach radzenia sobie, które można skategoryzować jako zachowania przesądne warto zwrócić uwagę na zjawisko myślenia magicznego, które w psychologii jest często opisywane. Wczesne prace antropologiczne inspirowały znanych w całym świecie myślicieli i naukowców takich jak np. Freud (1913) i Piaget (1932). Ta forma myślenia odnosi się do sposobów wyjaśniających świat dokonywanych przez „przedindustrialnych” członków społeczności. Na tamtym etapie badań uznano odrębność tego zjawiska w zależności od kultury – myślenie magiczne związane było z przynależnością do społeczności pierwotnych, a nie kulturą zachodniej cywilizacji. Z czasem myślenie magiczne było związane również ze wczesnymi etapami rozwoju poznawczego u człowieka, albo z występowaniem zaburzeń myślenia – gdy dotyczyło osoby dorosłej (Freud, 1913, za: Reszke, 1993; Piaget, 1932; Kołodziejczyk, 2004).

Płużyński (1993) w latach 90. odnosił się do tego, że myślenie magiczne należy do kategorii myślenia prelogicznego lub archaicznego. Według autora charakterystyczne jest dla dwóch grup społecznych – ludzi pierwotnych i dzieci. Zjawisko to w sposób analogiczny rozumiał Szewczuk (1985). Myślenie magiczne rozpatrywane przez obu autorów jest również zaliczane do kategorii psychopatologii i określane jako sposób myślenia, w którym logiczne zasady przyczynowości nie obowiązują. W takim ujęciu ogromną rolę odgrywa duża plastyczność wyobrażeń jednostki (Płużyński, 1993; Szewczuk, 1985).

Inne podejście do tego zagadnienia prezentowali Zuzne i Johns (1989) podkreślając w swojej definicji myślenia magicznego, że odnosi się ono do systemu przekonań człowieka. Przekonań dotyczących istnienia możliwości transferu energii informacji między dwoma obiektami fizycznymi, który odbywa się za pomocą bliskości czasowej, przestrzennej lub na zasadzie podobieństwa. Drugim systemem przekonań prezentowanych przez autorów jest przekonanie, że myśli, słowa lub zachowania mogą przynosić określone skutki fizyczne niewynikające z naturalnych sposobów przekazu informacji/energii (Zuzne, Johns, 1989).

W roku 2000 w pracy Rosengreen i Hickkling (2000) wyróżniono dwa pojęcia: myślenie magiczne (ang. *magical thinking*) i magiczne wyjaśnienia oraz przekonania (ang. *magical explanations and beliefs*). W tej koncepcji myślenie magiczne odnosi się do form myślenia nielogicznych i irracjonalnych (Rosengreen, Hickkling, 2000).

Magia nie dostarcza jednoznacznych danych, jednak często jest traktowana jest jako wyjaśniająca i czyniąca świat zrozumiałym. Według Chandler i Lolande (1994) magia ujmowana jest jako jedno ze źródeł informacji, który ma za zadanie wskazać przyczyny występowania określonego zjawiska. Ten system wierzeń ma niezwykle znaczenie dla dzieci, ponieważ umożliwia im wyjaśnienie otaczającego świat, który jest złożony i skomplikowany (Chandler, Lolande, 1994). Piaget (1932) wnosił, że myślenie magiczne jest jednym z ciekawych epizodów rozwoju człowieka, który przemija wraz z rozwojem pojawiania się logicznego rozumienia (Piaget, 1932).

Kolejne badania wskazywały, że myślenie magiczne jest zjawiskiem powszechnym i również typowym dla współczesnych dorosłych. Nemroff i Rozin (2000) twierdzili, że myślenie magiczne jest uniwersalną cechą funkcjonowania ludzkiego umysłu. Autorzy zwrócili uwagę, że taki sposób myślenia ma pragmatyczne zastosowanie. Daje poczucie kontroli nad różnego typu zjawiskami, a także może dostarczyć odpowiedzi na pytania dotyczące sensu życia ludzkiego (Nemroff, Rozin, 2000). Natomiast Subbotsky (2002) wskazuje, że zjawisko to warunkowane jest kulturowo (Subbotsky, 2002).

Innym wyjaśnieniem dotyczący pojawiania się myślenia magicznego są uwarunkowania sytuacyjne. Malinowski (1990) wskazuje, że u dorosłych myślenie magiczne może stać się odpowiedzią na skrajny stres, taki jak doświadczenie wojny, czy ryzyka utraty życia (Malinowski, 1990). Natomiast Keinan (1994) w swoich badaniach wykazał, że wysoki poziom nasilenia myślenia magicznego występuje u osób dorosłych mających niską tolerancję na niejednoznaczność (Keinan, 1994). Zjawisko potrzeby domknięcia poznawczego dotyczy budowania uproszczonych obrazów rzeczywistości. Osoby o małej tolerancji wieloznaczności mogą odczuwać silny dyskomfort w momencie sytuacyjnej niejasności, co prowadzić może do uczucia niepewności i bycia zagrożonym (Kossowska i współ., 2012; Kruglanski i współ., 2009). Jednym z przykładów może być podejście do tzw. komplementarnej i alternatywnej medycyny (ang. *complementary and alternative medicine*, CAM). Potrzeba domknięcia poznawczego jest jedną ze składowych poziomów motywacji o charakterze poznawczym. Badania dotyczące potrzeby domknięcia poznawczego nie są jednoznaczne. W niektórych zaznacz się, że osoby korzystające z CAM mają niższą potrzebę domknięcia poznawczego (Sevetholm i współ., 2012), inne natomiast wskazują, że osoby wierzące w CAM są mniej skłonne do naukowego rozumowania i krytycznego myślenia (Cavojova i współ., 2020; Bryden i współ., 2018). Księska-Koszałka

wskazuje (2021), że osoby przychylne CAM mogą być bardziej skłonne do wiary w zjawiska paranormalne lub spiskowe (Księżka-Koszałka, 2021).

Współczesne badanie wskazują, że myślenie magiczne może być rozumiane jako strategia zaradcza redukująca poziom lęku. Z wielu raportów wynika, że nadzieja i związane z nią myślenie magiczne jest skuteczną strategią w przypadku wydarzeń krytycznych takich jak zmaganie się z chorobą zagrażającą życiu, doświadczanie uprzedzeń rasowych czy pozbawienie wolności (Keinan, 2003). Tak rozumiane myślenie magiczne może wspierać zdrowie psychiczne jednostki. Strategia ta w zależności od nasilenia i powodowania zmian percepcyjnych może być objawem chorobowym. Jednak podkreślić należy, że w sytuacji, w której myślenie magiczne nie wpływa w znaczący sposób na rozumienie otaczającego świata może być normatywną formą radzenia sobie z lękiem (Samochowicz i współ. 2004). Myślenie magiczne może również dawać poczucie sprawstwa i kontroli (Chudzik, 2021). Jak wskazują wcześniejsze badania ta forma myślenia pojawia się w warunkach poczucia niskiej kontroli nad doświadczanymi okolicznościami (Felson, Gmelch, 1979; Williams i współ., 1991;Keinan 1994, 2002, Stavrova, Mackel, 2017). Myślenie magiczne może w takim wypadku prowadzić do stosowania strategii zaradczych opartych o przesady. Niezależnie od wiary w zjawiska paranormalne, czy moce nadprzyrodzone, w warunkach niskiej kontroli wzrasta tendencja do korzystania z zachowań przesądnych jako strategii zaradczej, w celu uzyskania kontroli wtórnej⁶. Stanowi to funkcję kompensacyjną i pomocniczą w momencie poczucia utraty kontroli pierwotnej⁷ (Case i współ., 2006). Zagadnienia związane z teorią wyuczonej bezradności również wskazują, że w sytuacjach, w których prawdopodobieństwo porażki jest zwiększone maleje poczucie kontroli. Tak więc, czynniki sytuacyjne mogą odgrywać istotną rolę w pojawianiu się myślenia magicznego i w następstwie stosowaniu strategii zaradczych opartych o przesady. Nie jest to oczywiście jedyna przyczyna myślenia magicznego oraz podejmowania działań przesądnych. Myślenie magiczne i zwrócenie się w kierunku zachowań przesądnych może być również związane z błędną kontrolą pierwotną⁸ (Case i współ., 2006). Myślenie magiczne i skłonność do wiary w przekonania

⁶ Kontrola wtórna – działania, które są nakierowane na zmianę własnych uczuć, myśli czy zachowań w celu przystosowania się do sytuacji i jej reinterpretacji.

⁷ Kontrola pierwotna – wszelkie działania nakierowane na zmienianiu warunków zewnętrznych, aby osiągnąć zamierzony rezultat.

⁸ Błędna kontrola pierwotna – pojawia się na skutek dezinformacji, np. fałszywe przekonanie, że stosowanie zachowania przesądnego faktycznie przyczynia się do osiągnięcia zamierzonego rezultatu.

pseudonaukowe obserwowana jest w warunkach zmniejszonej kontroli i poczucia niepewności (Escola-Gascon i współ., 2020).

Założenia niniejszej pracy skupiają się wokół tego, że w warunkach obniżenia poczucia kontroli w kontekście zmagania się z diagnozą HIV i wszystkimi jej następstwami mogą być uruchamiane mechanizmy zaradcze oparte o myślenie magiczne oraz zachowania przesądne.

Zachowania przesądne

Zgodnie z definicją znajdującą się w encyklopedii PWN przesąd stanowi bezrefleksyjne przekonanie lub pogląd, który nie ma właściwego uzasadnienia lub jest sprzeczny z faktami. Przekonanie to jest stanowcze i trudne do wyeliminowania przy pomocy racjonalnej argumentacji (Encyklopedia PWN, 2024).

Przesądem możemy nazwać zjawiska takie jak wiara astrologię, przewidywanie przyszłości, spirytualizm, czy wiara w przynoszenie szczęścia przez różne obiekty. Przesady mogą również związane być z wierzeniami podtrzymywanymi przez tradycję danego społeczeństwa (Rudski, 2003).

W początkach rozwoju dziedziny jaką jest psychiatria, źródło przesądu łączone było z psychopatologią. Freud (1901) wskazywał, że zabobony związane są z brakiem introspekcji i niechęcią ludzką do rozumienia świata w kategorii przypadkowości. Nasilenie tych zachowań opisywał u paranoików, którzy łączyli niepowiązane ze sobą zjawiska i nadawali im szczególne znaczenie (Freud, 1901, za: Szewczuk, 1997).

Inni badacze również wskazują, że przesady wiążą się nadawaniem znaczenia przypadkowym lub niezrozumiałym wydarzeniom i zjawiskom. Jahoda (1970) wskazuje na doniesienia Hortona (1967) na temat prymitywnych kultur, które nie operują pojęciem językowym jakim jest zbieg okoliczności. W kulturze tej występuje tendencja do przypisywania określonej przyczyny wystąpienia danego zjawiska (Hortona, 1967; Jahoda, 1970). Także Evans i współpracownicy (2002) wskazują, że powszechna niechęć do akceptacji przypadkowości jest źródłem powstawania przesądów. W tej publikacji zwrócono uwagę na stosowanie zachowań przesądnych przez dzieci z zaburzeniami

obsesyjno-kompulsywnymi. Dowiedziono, że działania kompulsyjne mają na celu zwiększenie poczucia kontroli (Evans i współ. 2002).

Skinner (1948) w swoich badaniach wykazał, że mechanizm wytwarzania błędnych asocjacji, który nazwał reakcją przesadną (ang. *superstitious response*) nie występuje jedynie u ludzi. Przypadkowe skojarzenie pojawiania się pokarmu z wykonaną czynnością przez gołębie sprawiało, że zwierzęta zaczynały ją powtarzać. Ptaki podejmowały te zachowania jakby istniał przyczynowo skutkowy związek między czynnością, a pojawianiem się pokarmu. Te obserwacje doprowadziły do wysunięcia wniosku, że przesadne zachowania w odróżnieniu od przesądu są niezależne od tradycji i kultury. Bazą ich powstawania jest wywodzące się z teorii uczenia wzmocnienie (Skinner, 1948).

Inne publikacje wskazują, że również u ludzi istnieje możliwość wytworzenia zachowań przesadnych (Altemeyer, Hunsberger, 1992; Hock, 2003). Natomiast przesady kulturowe mogą związane być z przypadkowo wzmocnionymi zachowaniami (Peterson, 1978). Zachowania przesadne częściej pojawiają się, gdy są wzmacniane nagrodami, a odstęp między nimi nie jest długi. Opozycyjnym do poczucia wzmoczonego sprawstwa jakie występuje przy okazji stosowania zachowań przesadnych jest zjawisko wyuczonej bezradności. Badacze zauważają, że wyuczona bezradność związana jest z próbą uniknięcia bodźców awersyjnych. Możliwe jest więc, że zachowania przesadne mogą chronić przed wyuczoną bezradnością (Rudski i współ., 1999). Mechanizm przesądu może redukować stres związany z egzystencją w środowisku, które nie zawsze jest przewidywalne i nie da się nad nim w pełni zapanować. To skłania do przemyśleń, że mimo różnych przejawów przesady mają wspólny i niezależny od kultury mechanizm (Sosnowski, Wiech, 2006).

W 1970 roku dokonano kategoryzacji przesądów. Typologia zaproponowana przez Jahoda obejmowała cztery kategorie przesądów. Pierwsza dotyczy kosmologii i obrazu świata (praktyki religijne i parareligijne), druga kategoria związana jest z rozpowszechnionymi w społeczeństwie przesadami potocznymi (np. pech związany z czarnym kotem). Trzecia kategoria to przesady związane z doświadczeniami okultystycznymi (np. komunikacja ze zmarłymi). Ostatnią czwartą kategorię przesądów w tej typologii stanowią przesady osobiste (tj. wierzenia w charakterystyczne dla danej jednostki rytuały). Autor tej typologii zaznacza, że każde z wierzeń może mieć cechy więcej niż jednej kategorii (Jahoda, 1970). Rudski natomiast zauważa, że związki między religijnością i przesadnością

są niejasne, a wyniki różnych badań niespójne. W badaniach tego autora związek między tymi czynnikami był na niskim poziomie, ale istotny statystycznie (Rudski, 2003).

Zachowania przesądne u podłoża których stoi myślenie magiczne w nauce ujmowane są zarówno jako strategia zaradcza służąca przystosowaniu jak i objaw psychopatologii. Różne dziedziny psychologii ujmują tą tematykę w odmiennych aspektach. W psychologii sportu zachowania przesądne są często spostrzeganym zjawiskiem. Sportowcy często stosują zachowania przesądne poprzez wykonywanie czynności powtarzalnych i sekwencyjnych mających na celu przyniesienie szczęścia w zawodach (Rudski, 2003). Rytuały mogą być traktowane przez sportowców jako środki zwiększające poczucie kontroli. Przyczyną podejmowania zachowań kompulsyjnych jest wiara że niektóre myśli i zachowania mogą wywierać wpływ na wyniki działania. U sportowców nie ma jasności, czy faktycznie rytualne działania nie poprawiają ich wyników, ze względu na pojawianie się efektu *placebo* (Ciborowski, 1997). Inne badania wskazują, że stosowanie strategii opartych o zachowania przesądne może być związane z cechami osobowości oraz umiejscowieniem kontroli. Zarówno zewnętrzne umiejscowienie kontroli jak i neurotyczność związane są z częstszym stosowaniem zachowań przesądnych (Broojerdi i współ., 2021). W badaniach Anyaegbunama i współpracowników (2021) wykazano związki między stosowaniem zachowań przesądnych a cechami osobowości takimi jak otwartość na doświadczenia i neurotyczność. Autorzy zaznaczają również, że istotną rolę może odgrywać wątek kulturowy (Anyaegbunam i współ., 2021). Brambilla i współpracownicy (2014) prowadzili badania na bliźniętach i wykazali związki między identyfikacją magiczną⁹ a cechami takimi jak otwartość na współpracę, skłonnością do poszukiwania nowych doświadczeń, samostreownością i samotranstendencją. Zaobserwowali również, że zarówno czynniki środowiskowe jak i genetyczne leżą u podstawy korelacji między identyfikacją magiczną a cechami osobowości (Brambilla i współ., 2014). Z kolei Namdiero-Walsh i współpracownicy (2022) podkreślają, że myślenie magiczne oraz zachowania przesądne związane są z aspektem kulturowym. W ich badaniach wykazano, że kraj pochodzenia uczestników miał wpływ na częstotliwość występowania myślenia magicznego i stosowania zachowań przesądnych, a także na ich kontynuowanie wraz z wchodzeniem w dorosłość (Namdiero-Walsh i współ., 2022). Natomiast Brashier i Multhaup (2017) wskazują, że wraz z wiekiem oraz zdobywym doświadczeniem spada tendencja do myślenia magicznego. Młodzi dorośli w porównaniu

⁹ *Identyfikacja magiczna – jest jednym z aspektów myślenia magicznego. Odnosi się do skłonności do przypisywania osobistego znaczenia przypadkowym zjawiskom i interpretowania ich jako skierowanych do konkretnej osoby, czy jako mających osobiste znaczenie.*

z osobami w późnej dorosłości częściej odwołują się do myślenia magicznego. Dojrzałsi respondenci tego badania, w związku z doświadczeniem życiowym, częściej dokonywali trafnych osądów na podstawie posiadanej wiedzy i wyższego poziomu tolerancji niejednoznaczności (Brashier, Multhaup, 2017).

Aktualna wiedza na temat myślenia magicznego i zachowań przesądnych ukazuje różne czynniki wpływające na kształtowanie się tego sposobu odbioru rzeczywistości. Zaczynając od aspektów kulturowych, przekazów dotyczących magii i rytuałów, poprzez czynniki genetyczne, osobowościowe, a także etapy rozwojowe, w których nasilenie myślenia magicznego ulega zmianom, aż do występowania myślenia magicznego rozpatrywanego jako objaw choroby lub do strategii dającej poczucie kontroli.

W niniejszej pracy zachowania przesądne rozpatrywane są jako strategia zaradcza stosowana w sytuacjach stresujących. Część współczesnych badań wskazuje na trwałe uwarunkowania myślenia magicznego i podejmowanych w jego skutek zachowań przesądnych. Badania ukazują je w kategoriach objawu niektórych zaburzeń psychicznych lub wiążą je z niektórymi cechami osobowości. Inne badania nie ukazują myślenia magicznego jako stałej predyspozycji, a jedynie wiążą je z odpowiedzią na czynniki zewnętrzne. W tym ujęciu myśli magiczne i zachowania przesądne mają służyć przystosowaniu się do nowej lub trudnej sytuacji. W tej pracy autorka skupia się na zachowaniach przesądnych ujmowanych w kategorii strategii, która może pojawiać się na skutek czynników zewnętrznych. Strategia ta ma na celu poradzenie sobie z sytuacją stresującą. To opracowanie zakłada, że w sytuacji pojawienia się wysokiego poziomu stresu, czy poczucia braku kontroli osoby żyjące z wirusem HIV mogą stosować strategie zaradcze oparte o myślenie magiczne i dalsze aktywności z nim związane, które manifestują się w działaniach przesądnych. W badaniach własnych oczekiwano, że zachowania przesądne będą mediować relację między stałymi dyspozycjami jednostki – optymizmem poznawczym i prężnością, a nasileniem doświadczanego stresu oraz objawami PTSD.

Stres związany z HIV/AIDS

Zakażenie wirusem HIV klasyfikowane jest jako choroba przewlekła. Obecnie istnieją możliwości leczenia oraz hamowania wirerii i zapobiegania rozwojowi AIDS, co wpłynęło na obecną sytuację osób żyjących z HIV (Huzara, 2019). W świetle obecnych badań podkreśla się, że stres jakiego doświadczają osoby seropoztywne nie jest związany tylko ze statusem serologicznym. Należy więc pamiętać, że osoby żyjące z HIV doświadczają sytuacji stresogennych w różnych obszarach życia i nie zawsze skupione są jedynie na wirusie HIV. Stan zdrowia jest niewątpliwie jednym z ważnych obszarów życia. W tej sferze osoby seropoztywne również mogą odczuwać stres, jednak nie musi być to jego główna przyczyna (Pięta, Rzeszutek, 2023). Z drugiej strony ważne jest jednak, aby nie pomijać istotności wpływu zakażenia na jakość życia i samopoczucie tych osób. Wiadomość o pozytywnym wyniku testu w kierunku HIV nadal wpływa znacząco na jednostkę. Diagnoza może zmienić dotychczasową jakość życia osoby, zarówno w obszarze osobistym jak i społecznym (Huzara, 2019). Samo otrzymanie diagnozy jest wydarzeniem stresującym, które niesie różne konsekwencje dla dalszego przebiegu leczenia i jakości życia jednostki. W przeglądzie badań opisanym przez Weinstein i Li (2016) ukazano, że liczne opracowania donoszą o istnieniu związków między podwyższonym stresem, a gorszym przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Może to stanowić samonapędzający się mechanizm, który obniża dobrostan osób żyjących z HIV, ponieważ otrzymanie wyników dotyczących obniżenia liczby komórek CD4, podwyższonej wirerii, czy progresji choroby również znacząco wpływa na zwiększanie się obaw o stan zdrowia (Weinstein, Li, 2016). Innymi stresorami związanymi z HIV lub pojawiającymi się wskutek otrzymania diagnozy opisanymi we wcześniejszym rozdziale „*Życie z HIV – aspekt społeczny i psychologiczny*” są doświadczenie stygmatyzacji, zaburzenia psychiczne takie jak depresja, zaburzenia lękowe, PTSD, czy pojawianie się myśli suicydalnych po otrzymaniu diagnozy HIV (Rueda i współ., 2016; Evngeli, Wror, 2017; Kalichman i współ., 2020; Ninnoni i współ., 2023; Hu i współ., 2025).

Akceptacja nowej rzeczywistości po otrzymaniu diagnozy HIV wymaga wzmoczonego wysiłku i często wiąże się z doświadczaniem różnorodnych emocji przez osobę seropoztywną (Huzara, 2019). Konsekwencje jakie niesie diagnoza choroby przewlekłej wpływają na różne obszary życia człowieka. Mogą to być między innymi negatywny wpływ

na kondycję psychiczną jednostki, utrudnienia w funkcjonowaniu społecznym, czy realizacji dotychczasowych zadań. Stan przewlekłej choroby wiąże się z nowym wyzwaniem i adaptacją do sytuacji (Pilecka i współ., 2007). Pacjenci, którzy stają w obliczu problemów zdrowotnych przechodzą przez proces samoregulacji, który dzieli się na trzy fazy. Pierwszą z nich jest faza reprezentacji choroby – w tym momencie osoba dotknięta chorobą stara się zrozumieć swoje położenie poprzez zdobywanie wiedzy o chorobie, a także zdobywanie informacji dotyczących opinii publicznej na temat choroby. Na tym etapie osoba przygląda się również swoim relacjom z pracownikami ochrony zdrowia oraz zdobywa wiedzę na temat dostępności leczenia. Kolejną fazą samoregulacji jest poszukiwanie strategii zaradczych w obliczu choroby. W teorii Lazarusa i Folkman są to wcześniej omawiane strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemie lub na emocjach. Ostatnią fazą samoregulacji jest ocena skuteczności strategii zaradczych. Na tym etapie osoba zmagająca się z chorobą odnosi się do celów i przygląda się temu czy udało się je zrealizować. Mogą być to na przykład cele związane z postępami w leczeniu (Broadbent i współ., 2006). Adaptacja do sytuacji choroby stanowi zatem proces, który w następstwie przekładać się może na jakość życia osoby i jej dobrostan. Warto również zwrócić uwagę, że choroby o cyklicznym charakterze pozwalają na podtrzymywanie funkcjonowania jak z przed rozpoznania w trakcie remisji, jednak w trakcie nawrotu wiązać się mogą między innymi z hospitalizacjami. Powoduje to utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu i wymusza wprowadzenie szeregu zmian w życiu. Głównym wyzwaniem dla osoby chorującej przewlekłe może stać się adaptacja do nowych warunków (Bishop, 2000). Adaptacja zależy od wielu czynników, między innymi od sytuacji społecznej osoby seropoztywnej, jej wieku, etapu życia, czy też wsparcia społecznego. Trudności pojawiające się na różnych płaszczyznach oraz otrzymanie pozytywnego wyniku w kierunku HIV mogą prowadzić do pojawienia się różnych zaburzeń, takich jak na przykład zaburzenia adaptacyjne czy zaburzenia stresowe potraumatyczne (Purri i współ., 2014; Knights i współ., 2017; Expert Report to the Infected Blood Inquiry: HIV, 2020).

Zaburzenie adaptacyjne

Zaburzenia adaptacyjne to grupa zaburzeń związanych z przeżywanym stresem, która w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-11 jest opisana kodem 6B43. Zaburzenia adaptacyjne charakteryzują się pojawianiem behawioralnych i emocjonalnych objawów w odpowiedzi na konkretny identyfikowalny bodziec stresujący. Bodźcem stresującym może być na przykład znacząca zmiana w życiu jednostki. Kryteriami diagnostycznymi zaburzeń adaptacyjnych są objawy związane z pojawianiem się niepokojących myśli i ich nawroty. W wyniku objawów u osoby pojawia się cierpienie, a jej funkcjonowanie ulega pogorszeniu. Objawy nie powinny spełniać kryteriów innego zaburzenia i utrzymywać się krócej niż 6 miesięcy od ustąpienia stresora (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta rewizja, 2019/2021). Zaburzenia adaptacyjne mogą przybierać różne formy. Wyróżnia się sześć ich typów. Pierwszym są zaburzenia adaptacyjne z nastrojem depresyjnym, które cechuje się obniżeniem nastroju, poczuciem braku nadziei i bezsilnością. Kolejne to zaburzenia nastroju z lękiem charakteryzujące się objawami niepokoju i nerwowości u pacjenta. Wyróżnić możemy jeszcze zaburzenia adaptacyjne z lękiem i nastrojem depresyjnym, które stanowi połączenie wcześniejszych dwóch typów. Czwartą odmianą są zaburzenia adaptacyjne z zaburzeniami zachowania, które obejmują zachowania agresywne, podejmowanie ryzykownych lub autodestrukcyjnych działań. Piątą kategorię stanowią zaburzenia adaptacyjne z mieszanymi zaburzeniami emocji i zachowania, które zawierają objawy takie jak w zaburzeniach adaptacyjnych depresyjnych, lękowych i zaburzeń zachowania. Ostatnimi są zaburzenia zachowania nieokreślone, które nie spełniają kryteriów form wymienionych powyżej. Mogą wiązać się z wycofaniem społecznym lub nadmierną ekspresją emocjonalną, której nie obserwowano we wcześniejszych zachowaniach danej osoby (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta rewizja, 2019/2021; Musis, Nakasujja, 2022).

Również zakażenie wirusem HIV może być zaliczone do wydarzeń trudnych ponieważ stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia człowieka. Wydarzenie to pociąga za sobą liczne nieprzyjemne konsekwencje i może obniżyć dobrostan jednostki, a w efekcie prowadzić do rozwoju zaburzeń adaptacyjnych. Osoby seropozytywne są narażone na zwiększone ryzyko pojawienia się zaburzeń psychicznych, w tym również zaburzeń adaptacyjnych (Manjunath i współ., 2023). Różne badania wskazują na to, że osoby żyjące z HIV borykają się z tymi zaburzeniami. Częstotliwość ich występowania w grupie osób seropozytywnych to od 3,8%

do 67,6% (Puri i współ., 2014; Knights i współ., 2017; Knights i współ., 2018). Zaburzenia adaptacyjne u osób żyjących z HIV mogą pojawić się na skutek wykrycia wirusa HIV, które jest wydarzeniem stresującym, a brak profesjonalnego wsparcia w tym momencie może zwiększyć ryzyko pojawienia się innych zaburzeń psychicznych (Herek i współ., 2013; Camellia, 2018; Singh i współ., 2022). Badania Milewskiej-Buzun i współpracowników (2023) wykazały, że jedna trzecia badanych osób seropozytywnych zgłaszała objawy zaburzeń nastroju, a 25% badanych deklaroowało, że miało w przeszłości myśli suicydalne (Milewska-Buzun i współ., 2023). Częstymi stresorami powodującymi rozwój zaburzeń adaptacyjnych po otrzymaniu diagnozy o infekcji wirusem HIV są obawy związane z ujawnieniem informacji o statusie serologicznym, lęk przed zakażeniem innych osób, stres emocjonalny oraz obawy o zachowanie poufności w zakresie informacji na temat statusu serologicznego (Huanga i współ., 2020). Zaburzenia adaptacyjne mogą przebiegać z reakcją lękową lub depresyjną. U osób żyjących z HIV widoczne są także w przypadku pogorszenia stanu zdrowia na skutek namnażania wirusa w organizmie (Singh i współ., 2022).

W przypadku osób żyjących z wirusem HIV niezmiernie istotnym jest różnicowanie zaburzeń adaptacyjnych od PTSD w celu dostosowania zaleceń i udzielenia im odpowiedniego wsparcia psychologicznego. Diagnostyka tych obszarów jest istotna zarówno tuż po otrzymaniu diagnozy jak i podczas dalszego procesu leczenia (American Psychiatric Association, 2022).

Zaburzenia adaptacyjne wynikają z trudności w dostosowaniu się do zmian życiowych lub sytuacji stresujących. W przypadku zaburzeń adaptacyjnych nasilenie i rodzaj stresora nie musi być skrajnie zagrażający. W przypadku, gdy jednostka doświadcza skrajnego wydarzenia, ale nie spełnia kryteriów PTSD również możemy mówić o zaburzeniach adaptacyjnych. Zaburzenia adaptacyjne można zdiagnozować również w przypadku, gdy dana osoba spełnia kryteria zaburzeń stresu pourazowego w reakcji na mniej krytyczne wydarzenie, a czas trwania objawów jest dłuższy niż 6 miesięcy (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta Rewizja, 2019/2021).

Zaburzenia stresowe pourazowe

Zaburzenie stresowe pourazowe PTSD (ang. *posttraumatic stress disorder*) to jednostka chorobowa z grupy zaburzeń związanych ze stresem, która w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 jest opisana kodem 6B40, z kolei złożony zespół stresu pourazowego oznaczony jest kodem 6B41. PTSD pojawia się na skutek doświadczonych zdarzeń o charakterze traumatycznym – wyjątkowo groźnych lub przerażających. PTSD może wystąpić również na skutek serii wydarzeń traumatycznych (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta Rewizja, 2019/2021).

Zgodnie z obowiązującymi w Polsce klasyfikacjami zaburzeń psychicznych – Międzynarodową Klasyfikacją Chorób (ICD-11) oraz z Kryteriami Diagnostycznymi Zaburzeń Psychiczych (DSM V-TR) trauma jest spowodowana przykrym oraz gwałtownym wydarzeniem związanym z zagrożeniem zdrowia i życia lub byciem świadkiem takiego wydarzenia. Zgodnie z definicją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego diagnoza zakażenia wirusem HIV nie kwalifikuje się do wydarzenia traumatycznego, jednak część badaczy wskazuje, że może mieścić się ona w kryterium A dla diagnozy PTSD. Kryterium to zawiera bezpośrednie lub pośrednie narażenie na wydarzenie zagrażające życiu (Olley i współ., 2005; McLean i współ., 2016; Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta Rewizja, 2019/2021; American Psychiatric Association, 2022). W badaniach część osób seropozytywnych deklaruje, że informacja o pozytywnym statusie serologicznym była najgorszym wydarzeniem w ich życiu (McLean i współ., 2016) Olley i współpracownicy (2005) ukazują, że 36,4% osób żyjących z HIV twierdzi, że otrzymanie diagnozy było dla nich wydarzeniem o charakterze traumatycznym (Olley i współ., 2005). Natomiast w badaniach Nightingale i współpracowników (2013) wykazano, że wcześniejsze krytyczne doświadczenia życiowe miały wpływ na postrzeganie diagnozy HIV jako traumatycznej i pogarszały dobrostan tych osób (Nightingale i współ., 2013).

Kryteria diagnostyczne opisane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 dla PTSD zakładają występowanie trzech elementów – nawracającego przeżywania urazu, unikania bodźców związanych ze stresem oraz nadmierne pobudzenie. Nawracające przeżywanie urazu nie odnosi się jedynie do wspomniania, ale stanowi doświadczenie odtwarzania się sytuacji tu i teraz. Objawami są *flash backi*, nawracające sny lub koszmary senne o tematyce związanej z wydarzeniem traumatycznym. Tym doświadczeniom często

towarzyszy pogorszone samopoczucie, uczucie przytłoczenia, strach lub przerażenie, a także silne reakcje fizjologiczne (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta Rewizja, 2019/2021). Unikanie bodźców w klasyfikacji ICD 11 odnosi się do celowego unikania myśli i wspomnień o wydarzeniu, które mogą przyczyniać się do ponownego przeżywania sytuacji traumatycznej. Unikanie może też przybierać formę zewnętrzną poprzez unikanie działań, podobnych do sytuacji, osób i przedmiotów przypominających o wydarzeniu, a także unikanie snu w obawie przed pojawiającymi się koszmarami. Unikanie czasem może się również manifestować przez zmianę otoczenia w celu unikania bodźców przywołujących wspomnienia (Dąbkowska, 2008, Heitzman, 2002, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta rewizja, 2019/2021). Natomiast nadmierne pobudzenie dotyczy trudności takich jak nadmierna czujność, drażliwość, trudności z koncentracją, trudności w zasypianiu i wzmożona reakcja zaskoczenia. Objaw ten związany jest z poczuciem zagrożenia i może dotyczyć obawy o bezpieczeństwo własne lub osób bliskich. Nadmierne pobudzenie może prowadzić do rozwoju nowych zachowań mających na celu zapobieganie zagrożeniom. Kolejnym elementem koniecznym do postawienia diagnozy PTSD jest kryterium czasu jaki minął od urazu psychicznego. Obecnie najwcześniej diagnozę można postawić po miesiącu od wydarzenia krytycznego. Objawy najczęściej pojawiają się w ciągu 6 miesięcy od urazu. Dodatkowymi cechami klinicznymi mogącymi pojawić się w przebiegu PTSD mogą być również ogólna dysforia, dolegliwości somatyczne, objawy dysocjalne, wycofanie społeczne, myśli i próby samobójcze, objawy lękowe lub kompulsje. Pojawiać się mogą również doznania emocjonalne takie jak, wstyd, gniew, poczucie winy, czy smutek. Zaburzenie stresu pourazowego przyczynia się do upośledzenia funkcjonowania jednostki w różnych obszarach życia. Utrzymywanie dotychczasowego poziomu funkcjonowania przez jednostkę wymaga znaczącego nakładu sił (Strudzińska, Partyka, Zimecki, 2012, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta Rewizja, 2019/2021). Obraz PTSD jest zależny od różnych czynników – tych związanych z doświadczeniami jednostki przed zdarzeniem traumatycznym, rodzajem zdarzenia traumatycznego oraz okolicznościami jakie występowały po ekspozycji np. dostępność wsparcia specjalisty (Makara-Studzińska, Partyka, Ziemeck, 2012). Obecnie w najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – ICD 11 wyróżnia się również jednostkę cPTSD (ang. *complex post-traumatic stress disorder*), które składa się z sześć grup objawów, z czego trzy z nich stanowią kryteria diagnostyczne PTSD, a kolejne związane są z zaburzeniami samoorganizacji. Należą do nich trudności w regulacji przetwarzania emocji, negatywny obraz siebie (np. obwinianie się za zdarzenie traumatyczne, pojawiające się poczucie bezwartościowości) oraz trudności relacyjne takie jak zmniejszone poczucie

bezpieczeństwa w relacjach, poczucie izolacji od innych, czy trudności w utrzymywaniu relacji (w tym również negatywne przekonania na własny temat) (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta rewizja, 2019/2021; Mosiołek, 2022).

Należy jednak zaznaczyć, że struktura objawów PTSD jest przedmiotem debaty. Wprowadzenie zmian w klasyfikacji DSM-5 zrodziło szereg pytań o adekwatność zaproponowanych kryteriów. Aktualne analizy wskazują, że model siedmioczynnikowy jest najlepiej dopasowanym do proponowanej dotychczas struktury objawowej w DSM-5. Natomiast w klasyfikacji ICD-11 zastosowano uproszczoną diagnostykę opartą na trzech kryteriach i uwzględniając dodatkową jednostkę złożonych zaburzeń stresowych pourazowych. Badania ukazują, że zarówno 7-czynnikowy model jak i 3-czynnikowy model są dobrze dopasowane (Cyniak-Cieciura i współ., 2017). Ponadto stwierdzona została znacząca zgodność między proponowanymi kryteriami diagnostycznymi PTSD w obu klasyfikacjach. W badaniach Wang i współpracowników wykazano również, że częstotliwość występowania PTSD diagnozowanego za pomocą obu klasyfikacji nie różniła się istotnie. Badacze podkreślają, że oba systemy diagnostyczne są użyteczne klinicznie i wskazują, że krótsze kryteria zaprezentowane w ICD-11 mogą znacznie uprościć proces diagnostyczny (Wang i współ., 2023).

Rozpowszechnienie PTSD w populacji ogólnej według danych World Health Organization wynosi 3,9%, jednak częstotliwość jest zróżnicowana kulturowo (World Health Organization, 2024). W metaanalizie przeprowadzonej przez Schincariol i współpracowników (2024) stwierdzono rozbieżne wyniki w tym zakresie. Częstotliwość występowania PTSD wahała się od 2,5% do 74%. Natomiast całkowita częstotliwość występowania tego zaburzenia wynosiła 23,95%. W badaniach polskich częstotliwość występowania PTSD w populacji ogólnej to 18,8% (Rzeszutek i współ., 2023; Schincariol i współ., 2024).

Obserwowalne jest zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD w przypadku osób, u których wcześniej występowały zaburzenia lękowe, które doznawały ataków paniki, u osób z diagnozą choroby afektywnej, depresji oraz dystymii. W globalnych badaniach na temat PTSD obserwuje się związki między cechami osobowości i temperamentu, które mogą predysponować do wystąpienia zaburzeń stresowych pourazowych na skutek wydarzenia traumatycznego. Są nimi między innymi introwersja i niskie poczucie własnej wartości. Istotnym w rozwoju PTSD jest uwzględnienie aspektu kulturowego. Badania polskie wskazują na czynniki temperamentalne, które mogą stanowić indywidualną podatność na

PTSD. W badaniach Zawadzkiego i Popiel (2012) ukazano, że reaktywność emocjonalna jest cechą mającą związek z rozwojem objawów PTSD po wydarzeniu traumatycznym. Cecha ta jest również związana z poziomem nasilenia objawów PTSD (Zawadzki, Popiel, 2012). Reaktywność emocjonalna może zwiększać nasilenie objawów i utrudniać adaptację, jednak nie przekłada się na efekty terapeutyczne. Mimo, że cecha ta może predysponować do rozwoju PTSD, nie utrudnia ona uzyskiwania remisji objawów w trakcie leczenia (Zawadzki i współ., 2021). Wyniki uzyskane w metaanalizie Cyniak-Cieciury i Zawadzkiego (2021) wskazują na istnienie powiązań cech temperamentalnych z objawami PTSD. Perseweratywność i reaktywność emocjonalna miały dodatnie związki, a wrażliwość sensoryczna, wytrzymałość, aktywność i żywoność ujemne (Cyniak-Cieciura, Zawadzki, 2021). Innym kryterium zwiększającym ryzyko wystąpienia objawów PTSD są doznane traumy na wcześniejszych etapach życia. O tym, czy u danej osoby wystąpi zaburzenie stresowe pourazowe pośrednio decydują również nasilenie intensywności traumy oraz predyspozycje środowiskowe (Porczyk, 2009). Szeroko badane jest rozpowszechnienie PTSD w różnych populacjach. Badacze wskazują na grupy zmagające się ze zaburzeniem stresu potraumatycznego, do których należą osoby z doświadczeniem przeżycia klęski żywiołowej, grupy zawodowe szczególnie narażone na doświadczenie pracy pod presją stresu, czy osoby zmagające się z diagnozą uzależnienia (Lis-Turlejska, 2000; Dragan, 2007, 2010; Lis-Turlejska, M., Dragan, M., 2002; Rasmus i współ. 2013; Ettorre i współ., 2020; Brooks, Brooks, 2021).

Wiele badań wskazuje również, że częstotliwość występowania PTSD w grupie osób żyjących z HIV jest znacząco wyższa niż w populacji ogólnej, a także w innych grupach klinicznych. Ayano i współpracownicy (2020) w przeprowadzonej metaanalizie ukazują, że częstotliwość występowania objawów zespołu stresu pourazowego u osób żyjących z HIV jest znacząco wyższa (32,8%) niż w grupie pacjentów onkologicznych (5,1%-15,3%), grupie pacjentów cierpiących na przewlekły ból (9,7%), czy osób chorujących na cukrzycę (8%) (Gard i współ., 2013; Ayano i współ., 2020). Badania Sherr i współpracowników (2011) wskazują, że w populacji osób żyjących z wirusem HIV częstotliwość występowania PTSD wynosi od 5% do 74% zależnie od przyjętych kryteriów oceny i doboru narzędzi pomiarowych (Sherr i współ., 2011). W 2020 roku przeprowadzono badania globalnych szacunków częstotliwości występowania PTSD u osób dorosłych żyjących z wirusem HIV. Metaanaliza ukazała, że obecnie od 1,6% do 54% respondentów z tej grupy doświadcza

objawów PTSD. Uśredniona częstotliwość występowania PTSD to 28% (Tang i współ., 2020).

Z badań Theuninck, Lakea i Gibsona z 2010 roku wynika, że ponad połowa badanych seropozytywnych osób uznała otrzymanie diagnozy zakażenia za najbardziej stresujące wydarzenie w ich życiu (Theuninck, Lake, Gibson, 2010). Istotnym jest również to, że objawy PTSD mogą nasilać się u osób seropozytywnych w związku z obawami przed stygmatyzacją społeczną. Część osób seropozytywnych nie informuje o swoim stanie zdrowia z obawy przed stygmatyzacją, co uniemożliwia im korzystanie ze wsparcia innych (Ogińska-Bulik, 2016).

Część badań wskazuje, że PTSD u osób żyjących z HIV znacząco zwiększa zakres niezamierzonego nieprzestrzegania zaleceń lekarskich i niestosowanie się do terapii ARV. Ponadto występowanie PTSD u osób HIV(+) koreluje z przyspieszeniem progresji choroby i spadkiem liczby komórek CD4 (Ebrahimzadeh i współ., 2019). U podstaw związku PTSD i przestrzegania terapii ARV badacze upatrują się zaburzeń poznawczych i objawów PTSD. Zaburzenia pamięci mogą utrudniać osobom żyjącym z HIV i doświadczającym PTSD regularne przyjmowanie leków. Dodatkowo unikanie, jako jeden z objawów PTSD, może powodować celowe nieprzestrzeganie reżimu terapeutycznego. Leki w tym wypadku mogą przywoływać wspomnienie zakażenia lub otrzymania diagnozy oraz wywoływać lęk przed utratą zdrowia i śmiercią. Także obniżenie samooceny w wyniku PTSD może prowadzić do poczucia niskiej skuteczności własnej i samokontroli w radzeniu sobie z zakażeniem (Hou i współ., 2020).

Objawy PTSD towarzyszące osobom seropozytywnym mają złożoną etiologię i często zmienną dynamikę. Część badań wskazuje, że doświadczenia traumatyczne, które pojawiły się przed rozpoznaniem HIV mogą wyjaśniać podwyższony wskaźnik PTSD w tej grupie osób. Narażenie na doświadczenie traumatyczne na wczesnym etapie życia, czy wydarzenia związane z przemocą – seksualną i fizyczną, a także doświadczenie przestępstwa są silnymi predyktorami do pojawienia się PTSD. W badaniach Kimerling i współpracowników (1999) wykazano, że wśród kobiet żyjących z wirusem HIV odsetek tych, które doświadczyły napaści seksualnej był kilkakrotnie wyższy niż u kobiet z populacji ogólnej (Kimerling, 1999). Kobiety żyjące z HIV częściej zgłaszały również doświadczenie przemocy ze strony partnera (Hatcher i współ., 2015; Sales i współ., 2024). Natomiast Nightingale i współpracownicy (2011) w swoich badaniach wskazywali, że osoby seropoztywne,

które przed otrzymaniem diagnozy HIV doświadczały sytuacji traumatycznych były bardziej narażone na pojawianie się objawów traumy związanej ze statusem serologicznym (Nightingale i współ., 2011). Także Brown i współpracownicy (2025) podkreślają, że determinantami PTSD w grupie osób żyjących z HIV mogą być wcześniejsze doświadczenia takie jak molestowanie, trauma związana z wykluczeniem rasowym, uzależnienie, przemoc i ubóstwo (Brown i współ., 2025). Współczesne badania pokazują, że współwystępowanie zakażenia wirusem HIV i doświadczanych traum na wczesnych etapach życia ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne. Wcześniejsza trauma może odgrywać istotną rolę w przewidywaniu ryzyka wystąpienia PTSD u osób żyjących z HIV (LeGrand i współ., 2015; Young-Wolff i współ., 2019; Wang i współ., 2022; Sassoon i współ., 2024). Ponadto badacze podkreślają, że w populacji osób żyjących z HIV poziom traumatyzacji przed otrzymaniem diagnozy jest wysoki, waha się od 15% do nawet 97,1%. W porównaniu z populacją ogólną osoby seropoztywne częściej doświadczały przemocy w dzieciństwie, w tym również przemocy seksualnej (Spies i współ., 2012; LeGrand i współ., 2015; Brezing i współ., 2015; Bekele i współ., 2018; Wang i współ., 2022).

Zaburzenie stresowe pourazowe może pojawić się również tuż po otrzymaniu diagnozy oraz podczas późniejszego zmagania się z konsekwencjami zakażenia takimi jak konieczność podjęcia leczenia, możliwe skutki uboczne pojawiające się w trakcie trwania terapii antyretrowirusowej, świadomość realnego zagrożenia oraz napiętnowanie społeczne (Neigh i współ., 2016). W tym przypadku doświadczenie traumatyczne nie dotyczy jedynie przeszłości, ale jest ciągłym procesem związanym z czynnikami zewnętrznymi i somatycznymi (Kagee, 2008).

Mimo zmian zachodzących na poziomie indywidualnym i społecznym związanych z przejawami piąta ich ogólny wpływ na poziom dobrostanu osób seropozytywnych jest taki sam jak na początku epidemii. Status HIV(+) postrzegany jest jako traumatyzujący pomimo postępu medycyny w rozumieniu mechanizmu rozwoju zakażenia i z zakresie możliwości leczenia (Neigh i współ., 2006; Tang i współ., 2020; Rzesutek i współ., 2021). Prawdopodobieństwo rozwoju PTSD u PLWH (ang. *people living with HIV*) zwiększają doświadczane objawy fizyczne, niższa satysfakcja ze wsparcia społecznego oraz napiętnowanie i dyskryminacja (Katz, Nevid, 2005; Andu i współ., 2018; Meng i współ., 2021). Osoby żyjące z wirusem HIV zmagające się z PTSD stanowią znaczącą grupę. W świetle obecnych badań zespół stresu pourazowego jest psychopatologią mogącą wystąpić

po rozpoznaniu zakażenia wirusem HIV oraz utrzymywać się w przyszłości u osób seropozytywnych (Meng i współ., 2021).

Badanie obszaru częstotliwości występowania zaburzeń stresowych pourazowych w grupie osób żyjących z HIV wydaje się szczególnie istotne ze względu na różne czynniki. Po pierwsze jest to obszar nadal nie w pełni zbadany, a doniesienia na temat częstotliwości występowania tego zaburzenia w grupie osób seropozytywnych są zróżnicowane. Konieczne jest również zwrócenie uwagi na istotność diagnostyki w kierunku zaburzeń adaptacyjnych i PTSD zarówno w momencie, gdy dana osoba otrzymuje diagnozę HIV(+) jak i na kolejnych etapach – w tym na etapie włączania leczenia oraz w momencie pogorszenia stanu zdrowia. Postawienie odpowiedniej diagnozy zapewnia możliwość udzielania wsparcia psychologicznego. Wiele opracowań wskazuje, że skutecznymi metodami leczenia PTSD jest terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie, w tym terapia ekspozycyjna (ang. *Prolonged Exposure, PE*), terapia poznawcza przetwarzania traumy (ang. *Cognitive Processing Therapy, CPT*), narracyjna terapia ekspozycyjna (ang. *Narrative Exposure Therapy, NET*), terapia przetwarzania za pomocą ruchów gałek ocznych (ang. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR*), czy terapia redukcji stresu oparta na uważności (ang. *Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR*), czasem konieczna jest również symultaniczna farmakoterapia (Popiel, 2009; Haerizadeh i współ., 2020; Coventry i współ., 2020; Kang i współ., 2020; Popiel, Zawadzki, 2021). Istotnym czynnikiem jest również poziom uzyskiwanego wsparcia społecznego (Rzeszutek i współ., 2015; Rzeszutek i współ., 2023).

Badania zawarte w niniejszej rozprawie skupione są wokół częstotliwości występowania zaburzeń stresowych pourazowych w grupie osób żyjących z HIV. Dokonanie takich analiz może pozwolić na lepsze zrozumienie skali tej problematyki i przełożyć się na opracowanie skutecznych technik wsparcia osób żyjących z HIV, które doświadczają PTSD. Istotnym jest również badanie zależności między zasobami osobowymi takimi jak prężność i optymizm poznawczy oraz sprawdzeniem czy stosowanie zachowań przesądnych może mediować między tymi zasobami, a nasileniem objawów PTSD. Zgodnie z wiedzą autorki są to pierwsze tego typu badania, a wyniki w nich uzyskane mogą przełożyć się zarówno na rozwój teorii jak i na praktyczne aspekty pracy psychologicznej z osobami seropozytywnymi. Zwłaszcza w kontekście konstruowania interwencji mających na celu poprawę jakości życia i zwiększanie dobrostanu osób żyjących z wirusem HIV.

Dodatkowe czynniki stresogenne w HIV – stygmatyzacja, piętno zinternalizowane i antycypowane

W adaptacji do nowych warunków życia istotne również są przekonania jakie żywi dana osoba na temat choroby przewlekłej. Zakażenie wirusem HIV, czy też rozpoznanie AIDS nadal w społeczeństwie obarczone jest piętnem. W sytuacji otrzymania dodatniego wyniku testu w kierunku HIV pojawia się obawa bycia osądzonym czy wykluczonym z tego powodu. Część osób seropozytywnych zmaga się z wątpliwościami na temat tego komu ujawnić swój status i gdzie szukać wsparcia (Mijas, Koziara, Dora, 2017).

Przyczyn powstania stereotypów na temat osób seropozytywnych jest wiele. Podstawowym czynnikiem nadal jest brak wystarczającej wiedzy dotyczącej HIV/AIDS w społeczeństwie. W związku z tym osoby HIV(+) mogą mieć poczucie braku zrozumienia i obaw związanych z tym jak zostaną odebrane przez innych (Ankiersztejn-Bartczak, 2011). Według danych z Krajowego Centrum ds. AIDS jedynie około 10% dorosłych Polek i Polaków chociaż raz w życiu wykonało test w kierunku HIV, co również może wskazywać na małą wiedzę o drogach transmisji wirusa oraz o przeświadczeniach, że temat ten dotyczy jedynie pewnych grup społecznych (Krajowe Biuro ds. AIDS, 2023). Innym powodem tworzenia się stygmatyzacji jest fakt, że zakażenie wiąże się z określonymi zachowaniami stanowiącymi tabu. Często tabu to związane jest z zachowaniami nieakceptowalnymi, co z kolei prowadzi do błędnych przekonań, że osoba seropozytywna jest winna zakażeniu. Przekonanie to pomija fakt, że zachowania napiętnowane tak naprawdę mogą dotyczyć aktywności podejmowanych przez większość społeczeństwa lub być wynikiem niezależnym od woli napiętnowanej osoby. Brak wiedzy jest przyczyną pojawiania się lęku w społeczeństwie, a co za tym idzie wytwarzania reakcji obronnych przed określonymi grupami osób. Zgodnie z aktualną wiedzą, problem zakażenia wirusem HIV nie dotyczy wyłącznie grup tak zwanego ryzyka. Jednak grupy, które zostały najmocniej dotknięte ryzykiem zakażenia na początku pandemii AIDS do dziś w świadomości społecznej błędnie są spostrzegane jako jedyne grupy, które również obecnie są tym ryzykiem zagrożone. Wcześniejsze łączenie HIV oraz AIDS z grupami osób uzależnionych, świadczących usługi seksualne oraz mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami (MSM) odbija się mocno w świadomości społecznej i przyczynia się do utrzymania stereotypu osoby żyjącej z wirusem HIV. Początkowe doniesienia o epidemii HIV i małej wiedzy związanej z drogami

transmisji i możliwościami leczenia wzbudziły lęk w społeczeństwach. Do dziś często obawy te prowadzą do błędnych skojarzeń związanych z bezradnością wobec HIV oraz nieuchronną śmiercią w przebiegu AIDS. Możliwość zakażenia się staje się źródłem lęku i jest dodatkowym argumentem w rozwoju procesu stygmatyzacji (Hodgson, 2009). Stereotypy przyczyniają się często do znaczącego dyskomfortu osób seropozytywnych. Diagnoza HIV(+) często może wiązać się z lękiem o utratę dotychczasowego stylu życia, koniecznością rezygnacji z planów i marzeń, a także z obawami o izolację społeczną i stygmatyzację (Mijas, Koziara, Dora, 2017). W związku z tym dyskryminacja osób seropozytywnych wiąże się z mnogością różnych naznaczeń symbolicznych i może prowadzić do problemów z tworzeniem satysfakcjonującego obrazu samego siebie, a także swojej tożsamości. Jednym z podstawowych problemów w tematyce HIV/AIDS jest więc nadal mechanizm stygmatyzacji, w tym tworzenia się uprzedzeń oraz działań dyskryminacyjnych (Rogała i współ., 2023; Milewska-Buzun i współ., 2023; Kamińska-Otok, 2020).

Stygmatyzacja

Złożoność zjawiska stygmatyzacji potęguje liczbę jej definicji. Ujmowana jest ona również z różnych perspektyw. Prekursorem współczesnej teorii piętna jest Goffman (1963). Autor ten definiował stygmatyzację jako dyskredytującą cechę, która negatywnie wpływa na spostrzeganą wartość danej jednostki. Osoba stygmatyzowana w tej koncepcji, jest więc osobą o niepożądanym odmienności. W ujęciu Goffmana to społeczeństwo formułuje zasady związane z tym co stanowi odmienną bądź dewiację. Społeczeństwo nakłada także sankcje za cechy niepożądane. Goffman używa terminu „*spoiled identity*” (zepsutej tożsamości) danej osoby. Osoba taka może doświadczać wykluczenia przejawiającego się w trudnościach w relacjach interpersonalnych, czy obniżenia statusu społecznego. Strategią radzenia sobie z wykluczeniem w tej koncepcji jest ukrywanie niepożądanego społecznie cechy (takiej jak choroba psychiczna, czy deformacje fizyczne) (Goffman, 1963). W ujęciu socjologicznym popularną koncepcję stanowi koncepcja piętna stworzona przez Bruce Link i Jo Phelan (2001). Ukazuje ona wzajemnie powiązane procesy, które przyczyniają się do powstawania stygmy społecznej. Według autorów dostrzeganie i etykietowanie różnic międzyludzkich, dominacja przekonań kulturowych, gdzie różnice wartościowane są negatywnie, procesy kategoryzacji społecznej – wytwarzanie dystansu między grupą własną i obcą, utrata statusu społecznego związana z przynależnością do grupy wyodrębnionej oraz nierówności w zakresie dostępu do ekonomicznego, społecznego

oraz politycznego wymiaru władzy, które uniemożliwiłyby praktykowanie wykluczenia (Link, Phelan, 2001).

Stygmatyzacja pojawia się w sytuacji, gdy nierówność władzy połączona jest z procesami etykietowania, separowania, utraty statusu i dyskryminacji danej grupy społecznej. Wyróżnia się trzy poziomy, na których funkcjonuje proces stygmatyzacji – są to: poziom strukturalny, indywidualny oraz intraindywidualny (uwewnętrznione negatywne przekonania na własny temat przez przynależność do danej grupy społecznej (Link, Phelan, 2001).

Becker (1963) twierdzi, że proces stygmatyzacji dokonuje się, gdy odmienność nie dotyczy zachowania osoby, ale staje się nią w wyniku reakcji otoczenia. Zgodnie z tym modelem, to nie ze względu na naturę grupy osób żyjących z HIV są odmienne, ale ze względu na funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy mogą doświadczać poczucia odmienności. Czasem osoba seropozytywna może przyjmować postawę nadawaną jej przez opinię społeczną, co niewątpliwie zmienia obraz samego siebie i uruchamia mechanizmy obronne. Czasem mechanizmy te okazują się nieprzystosowawcze, takie jak np. wycofanie się z interakcji społecznych, czy codziennych aktywności. Może to prowadzić do obniżenia nastroju lub do rozwoju depresji (Becker, 1963; Siemaszko, 1993).

W ujęciu psychologicznym zakażenie wirusem HIV jest obszarem, w którym dochodzi do częstych przejawów stygmatyzacji osób seropozytywnych. Odbiór społeczny zakażenia wirusem HIV przejawiany jest zarówno w doświadczeniu jednostki seropoztywnej jak również innych członków społeczności. Procesy dyskryminacji osób żyjących z HIV obejmują komponenty poznawcze, emocjonalne i behawioralne przyjmowanych postaw w społeczeństwie (Chollier, Tomkinson, Philibert, 2016).

Główną funkcją procesu stygmatyzacji jest zdystansowanie się do wzbudzającego lęk zakażenia (Earnshaw, Smith, Chaudoir, 2012).

Błędne przekonanie na temat tak zwanych grup ryzyka często jest powielane. Przyczynia się ono do pogłębiania stereotypizacji osób seropozytywnych. To przekonanie ma również ogromne znaczenie dla niedoszacowania ryzyka zakażenia przez osoby nieidentyfikujące się z żadną z tych grup społecznych. Może to wpływać na odracanie

lub nietestowanie się w kierunku HIV znacznej części populacji (Earnshaw, Smith, Chaudoir, 2012).

Kolejny komponent poznawczy kształtujący proces stygmatyzacji stanowią osądy moralne obarczające odpowiedzialnością za zakażenie wirusem HIV osoby seropoztywne i przypisywanie tym osobą szczególnych charakterystyk, takich jak nieodpowiedzialność (Beaulieu, Adrien, Potvin, 2014).

Często uprzedzenia wynikają z niedostatecznej wiedzy nt. transmisji ludzkiego wirusa niedoboru odporności. W świadomości społecznej kształtuje się obawa dotycząca ryzyka narażenia się na zakażenie wirusem HIV podczas kontaktu z osobą mającą status HIV plus (Adrien, Beaulieu, Leane, 2010).

Piętno zinternalizowane i antycypowane

Warto zwrócić również uwagę na dwa mechanizmy istotne z perspektywy doświadczania stresu przez osoby żyjące z wirusem HIV: są to piętno zinternalizowane oraz piętno antycypowane.

Piętno zinternalizowane (ang. *internalized stigma*) może wystąpić u osoby żyjącej z wirusem HIV, stanowi ono uwewnętrznienie społecznych negatywnych przekonania na temat danej osoby/danej grupy społecznej (Earnshaw, 2009). Badania wskazują, że od 67% do 78% osób żyjących z wirusem HIV doświadczyło zinternalizowanego piętna (Kang i współ., 2005; Fife, Wright, 2000; Simbayi, 2007, Li i współ., 2009). W analizie dokonanej przez Neuman i współpracowników (2013) wykazano, że częstotliwość występowania mechanizmu zinternalizowanej stygmatyzacji różniła się w zależności od kraju badania. Odsetek badanych doświadczających autostygmatyzacji wahał się od 9,6% do 45%. Najwyższy odsetek odnotowano w Burkina Faso, a najniższy w Malawi. Autorzy badania zwracają uwagę, że zinternalizowana stygmatyzacja jest odwrotnie skorelowana z ujawnianiem statusu serologicznego oraz korzystaniem ze wsparcia społecznego (np. grup wsparcia dla osób seropozytywnych). Konsekwencją mniejszego dostępu do wsparcia społecznego może okazać się większa trudność w radzeniu sobie ze stresem spowodowanym zakażeniem (Neuman i współ., 2013).

Piętno antycypowane (ang. *anticipated stigma*) polega na pojawiających się oczekiwaniach u osoby HIV (+) dotyczących odrzucenia i dyskryminacji przez innych w sytuacji ujawnienia statusu serologicznego (Earnshaw, 2009). Autorzy pracy zatytułowanej „*Anticipated HIV-Related Stigma and HIV Treatment Adherence: The Indirect Effect of Medication Concerns*” wskazują, że choć w ich badaniach uzyskano niespójne wyniki dotyczące związku między piętnem zinternalizowanym, a przestrzeganiem terapii ARV¹⁰, to może istnieć związek pośredni między tymi czynnikami (Camacho, Kalichman, Katner, 2020). Badania Zeng i współpracowników z 2022 roku wskazują na istnienie takiego związku. Badacze przy pomocy modelu ścieżkowego zauważyli istnienie pośrednich relacji między antycypowanym piętnem, a przestrzeganiem terapii ARV. W tych badaniach zaobserwowano, że występują efekty pośrednie między wsparciem farmakoterapeutycznym i poczuciem własnej skuteczności w terapii ARV a przewidywanym piętnem a przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Również wiele innych wcześniejszych publikacji wskazuje możliwość pośredniego niekorzystnego wpływu piętna zinternalizowanego na przestrzeganie zaleceń lekarskich u osób seropozytywnych (Horne i współ., 2013; Kalichman i współ., 2016, Kalichmani współ., 2017). Innym aspektem wpływu piętna antycypowanego na jakość życia osób żyjących z HIV jest jego wpływ na poszukiwanie zatrudnienia. W badaniach Lightnera i współpracowników (2021) ujawniono, że przewidywanie przez osobę seropozytywną piętna w potencjalnym miejscu zatrudnienia może nie tylko ograniczać motywację do poszukiwania zatrudnienia, ale również przyczyniać się do rezygnacji z obecnej pracy. Zauważono również, że piętno zinternalizowane nie odgrywa tak ważnej roli jak piętno antycypowane w tej kwestii (Lightner i współ., 2021). Inne badania podkreślają, że zarówno piętno zinternalizowane, jak i antycypowane mają istotny wpływ na zdrowie psychiczne osób żyjących z HIV. Yuan i współpracownicy (2023) wskazują, że oba rodzaje piętna związane są z objawami depresyjnymi u osób seropozytywnych. Autorzy ci podkreślają również konieczność rozważenia dwukierunkowego związku między rozwojem psychopatologii a procesami stygmatyzacji w praktyce klinicznej (Yuan i współ., 2023).

Zarówno piętno zinternalizowane jak i antycypowane są mechanizmami, które przyczyniają się do pogorszenia psychicznego dobrostanu. Oba te zjawiska utrudniają uzyskanie wsparcia społecznego i są barierą dla rozpoczęcia i stosowania procedur leczenia ARV (Audet, McGowan, Wallston i współ., 2013; Neuman, Obermeyer, 2013).

¹⁰ ARV – Leki antyretrowirusowe, preparaty stosowane w terapii zakażenia wirusem HIV.

3. Wybrane zasoby osobowe: prężność oraz optymizm poznawczy

Prężność

Polskim przekładem terminu *resilience* jest sprężystość bądź prężność. Termin prężności pochodzi od łacińskiego słowa *salire*, czyli sprężynować (Ogińska-Bulik, Zadworna-Cieślak, 2014). W rozumieniu psychologicznym prężność odnosi się do odporności psychicznej ułatwiającej przystosowanie się do sytuacji trudnych, odporności na nie oraz do zaradności. Konstruktor został wprowadzony do literatury naukowej w latach 80. XX wieku przez Jeanne Block oraz Jacka Blocka (1980). Autorzy zaproponowali klasyfikację różnych typów osobowości, która obejmuje prężność ego oraz kontrolę ego. W tym kontekście *resilience* odnosi się do zdolności elastycznego reagowania w zmieniających się warunkach, czyli do odporności (ang. *ego-resiliency*). Autorzy wskazują, że kontrola ego to tendencja jednostki do powstrzymywania impulsów emocjonalnych i motywacyjnych. Natomiast Zenon Uchnats (1997) uznawał prężność ego za osobową zdolność do adekwatnego radzenia sobie z zadaniami i stresorami. Jednostka udoskonala i rozwija tę zdolność w celu usprawniania procesów regulacyjnych (Uchnats, 1997).

W takim rozumieniu *resilience* oznacza proces przezwyciężania sytuacji stresujących natomiast termin *resiliency* utożsamiany jest ze względnie stałymi właściwościami jednostki (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Właściwości te związane są z aktywnym poszukiwaniem nowych rozwiązań, w sytuacjach trudnych (Nadolska, Sęk, 2007).

Z kolei Barbara Fredrickson i współpracownicy (2001) prężność ujmowali jako względnie trwałą dyspozycję człowieka, która wpływa na skuteczne radzenie sobie z trudnymi i stresującymi wydarzeniami. Ponadto prężność w tej koncepcji pozwala na doznawanie większej ilości pozytywnych emocji oraz jest umiejętnością wspierającą podtrzymywanie bliskich relacji (Fredrickson, 2001).

Irena Heszen i Hanna Sęk (2007) mówiąc o osobie prężnej wskazują na to, że posiada ona umiejętność skutecznego i twórczego radzenia sobie ze stresem o wysokim nasileniu oraz o umiejętności podtrzymywania satysfakcjonujących relacji międzyludzkich niosących pozytywne emocje (Heszen, Sęk, 2007).

Janina Ogińska-Bulik oraz Zygfryd Juczyński (2008) podkreślają szerszy kontekst pojęcia prężność. Zauważają, że jest to nadrzędny zasób człowieka. Pozwala na regulację, która umożliwia dostęp do innych właściwości potrzebnych w procesie radzenia sobie

z wydarzeniami stresującymi. W tym ujęciu prężność obejmuje elementy poznawcze takie jak przekonania i oczekiwania, a także element emocjonalne takie jak stabilność emocjonalna, czy emocje pozytywne. Prężność dotyczy również aspektów behawioralnych jak np. poszukiwanie doświadczeń, podejmowanie wyzwań, czy różnorodne i skuteczne strategie zaradcze (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Karen Reivich i Andrew Shatte (2003) wskazują na to, że prężność jest zasobem podmiotowym umożliwiającym porzucanie negatywnych doświadczeń i przystosowanie się do nowej sytuacji (Reivich, Shatte, 2003; Henderson, 1999, za: Borys, 2010).

Pollock i współpracownicy (2020) definiują prężność jako zdolność do utrzymywania zdrowia psychicznego przez radzenie sobie ze stresem oraz wyzwaniami żywotnymi (Pollock i współ., 2020).

Z kolei inni współcześni naukowcy prężność określają jako zdolność do adaptacji i zmagania się z wyzwaniami. Prężność eksponowana jest w dynamicznym procesie powodowanym przeciwnościami losu i prowadzi do uzyskania pozytywnych rezultatów (Sarani i współ., 2020; Sheikhbardsiri i współ., 2020; Liu i współ., 2021).

Zasób osobisty jakim jest prężność okazuje się być istotnym w procesach radzenia sobie osób chorujących przewlekłe oraz u osób doświadczających stygmatyzacji. W badaniach z 2014 roku przeprowadzonych przez Ninę Ogińską-Bulik na osobach chorujących przewlekłe oraz osobach z diagnozą uzależnienia okazało się, że osoby o wyższym poziomie prężności uzyskiwały lepsze wyniki w obszarze zdrowia psychicznego i fizycznego. W badaniu osoby uzależnione od alkoholu o wyższym poziomie tego zasobu przejawiały większe poczucie satysfakcji z życia, w tym zadowolenia z własnej osoby, a także radość z posiadanych przyjaciół, zadowolenie ze zdrowia i sytuacji finansowej oraz spełnienie w sferze seksualności (Ogińska-Bulik, 2014).

W badaniach z 2010 roku prężność powiązano z niższym poziomem stresu pourazowego i mniejszym natężeniem objawów depresyjnych. Wykazano związki między wysokim poziomem tego zasobu, a wyższą jakością życia u badanych, pozytywną reakcją na leczenie farmakologiczne wśród osób cierpiących na choroby psychiczne oraz z nie nadużywaniem substancji psychoaktywnych (Wingo, Wrenn, Palletier, Gutman, Breadley, Ressler, 2010). Również w publikacji z 2024 autorki wskazują, że prężność jest istotnym czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem PTSD (Olszewska-Turek i współ., 2024). Natomiast w badaniach Garci-Leon i współpracowników (2019) wykazano, że prężność psychiczna jest czynnikiem, który może determinować odczuwany poziom stresu, a niższy jej poziom może być związany nasileniem objawów psychopatologicznych, takich jak kompulsje, objawy lęku

fobicznego, czy depresja (Garcia-Leon i współ., 2019). Sołtys i Woźniewicz (2016) w swojej pracy ukazują, że prężność jest zasobem, który przekłada się na dobrostan psychofizyczny. W badaniach tych autorek wskazano również, że prężność związana jest z subiektywną oceną własnego stanu zdrowia (Sołtys, Woźniewicz, 2016). W badaniach Menon i Bhore (2024) zaobserwowano dodatnią korelację między prężnością a jakością życia wśród kobiet żyjących z HIV (Menon, Bhore, 2024). Prężność związana jest również z dobrym samopoczuciem i ze zdrowiem psychicznym u osób żyjących z HIV (Zangh i współ., 2018; Chepkemol i współ., 2022).

Literatura przedmiotu wskazuje, że osoby żyjące z wirusem HIV o wysokim poziomie prężności radzą sobie w konstruktywny sposób z wyzwaniami jakie niesie ta diagnoza. W 2013 roku Rebecca Marshall i współpracownicy przeprowadzili badania, podczas których zaobserwowano występowanie związków między wysokim poziomem prężności u seropozytywnych osób badanych, a bardziej sumiennym przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Badani o wysokich wynikach w zakresie prężności częściej prezentowali zdrowszy tryb życia, w tym dbałość o regularne badania kontrolne u lekarza. Natomiast badani o niższym poziomie prężności wykazywali mniejszą troskę o własne zdrowie, między innymi rzadziej zadawali pytania swojemu lekarzowi (Marshall i współ., 2013).

W badaniach przeprowadzonych przez Dale, Cohen i Weber (2014) na kobietach żyjących z wirusem HIV uzyskano podobne wyniki. Autorki wykazały, że wysokie wyniki na skali prężności osiągnięte przez badane seropozytywne kobiety wiązały się z wyższym poziomem przestrzegania zaleceń terapii ARV (ang. *antiretroviral therapy*). Badania ujawniły również, że badane cechujące się wysokim poziomem prężności z większym prawdopodobieństwem osiągały niewykrywalny poziom wirerii, który jest traktowany jako sukces terapii antyretrowirusowej. Badane osoby z wysokimi wynikami na skali prężności częściej angażowały się w zachowania prozdrowotne takie jak ćwiczenia i przygotowywanie zdrowych posiłków. Częściej też wykazywały zdolność do wyobrażania sobie długoterminowych celów związanych z radzeniem sobie z zakażeniem (Dale, Cohen, Weber, Cruise, Kelso, Brody, 2014). W wielu badaniach wskazuje się, że prężność może być związana z zachowaniami prozdrowotnymi i wynikami leczenia, co pozwala lepiej radzić sobie z sytuacjami trudnymi osobom żyjącym z wirusem HIV (Earnshaw i współ.; De Santis i współ., 2013; Dulin i współ., 2020). Badania Lotfalizadeh i współpracowników (2025) ukazują, że prężność jest ujemnie związana z izolacją społeczną (Lotfalizadeh i współ., 2025).

Prężność rozumiana jako stała dyspozycja jednostki, oprócz jej związków z konstruktywnymi, racjonalnymi sposobami radzenia sobie, w wielu badaniach jest również

traktowana jako czynnik obniżający poziom doświadczanego stresu. Liczne publikacje ukazują również ten zasób jako czynnik chroniący przed występowaniem zaburzeń stresowych pourazowych. Prężność wydaje się szczególnie ważnym zasobem z perspektywy zmagania z diagnozą HIV i jej następstwami. Niniejsza praca skupiona jest wokół badania związków między prężnością a nasileniem stresu oraz nasileniem objawów PTSD i częstotliwością jego występowania w grupie osób seropozytywnych. Prężność rozumiana jako stała cecha jest ważnym zasobem ochronnym. Może wiązać się ona zdrowiem psychicznym i fizycznym osób żyjących z HIV. Ponadto zarówno niski poziom prężności jak i wysokie nasilenie stresu mogą wiązać się z progresją choroby. Jest to ważny aspekt w grupie osób seropozytywnych, ponieważ mogą one doświadczać dodatkowych stresów związanych z aspektem HIV. Tymi stresorami często są stygmatyzacja, wyzwania związane z leczeniem, obawy o stan zdrowia, pogarszanie się stanu zdrowia, czy występowanie zaburzeń adaptacyjnych i zaburzeń psychicznych wskutek otrzymania diagnozy HIV. Mnogość wyzwań i trudności z jakimi mogą zetknąć się osoby żyjące z HIV ukazuje skalę problematyki i konieczność wdrażania różnorodnych oddziaływań wspierających osoby seropozytywne. Pogłębianie rozumienia zależności między prężnością, a nasileniem ogólnego stresu i nasileniem objawów PTSD, a także w kontekście zapobiegania podejmowania działań zaradczych związanych ze zdrowiem, które nie mają oparcia w dowodach naukowych, może okazać się pomocne w tworzeniu programu wspierających dla osób seropozytywnych.

Optymizm poznawczy

Zgodnie z definicją encyklopedii PWN optymizm to skłonność jednostki do dostrzegania pozytywnych stron we wszystkim oraz nadzieja na pomyślny rozwój wydarzeń. Drugą definicję stanowi pogląd filozoficzny, zgodnie z którym obecnie istniejący świat jest najlepszym możliwym – jest racjonalnie zaplanowany i można osiągnąć w nim szczęście i moralną doskonałość (Encyklopedia PWN, 2024).

Natomiast optymizm poznawczy wywodzi się z filozofii oświeceniowej zakładającej, że rozum, doświadczenie i poznanie zmysłowe pełnią kluczową rolę w życiu człowieka. Racjonalizm był filozofią zapoczątkowaną przez Kartezjusza. Natomiast jego światopogląd wraz ze światopoglądem Locka – stanowiącym o empiryzmie – poprowadził do rozwoju optymizmu poznawczego. Filozofia zakładająca wiarę w nieograniczone możliwości ludzkiego rozumu, przekonanie o możliwości odkrywania praw rządzących światem i przekonanie o racjonalnym porządku świata to elementy jakie składają się na pojęcie

optymizmu poznawczego w czasie epoki oświecenia. Współczesne rozumienie optymizmu poznawczego związane jest z dynamicznym rozwojem nauki w XX wieku. W tamtym czasie wzrastało przekonanie, że postęp nie ma granic, a człowiek jest w stanie poznać ostateczne prawdy rządzące światem i stworzyć tzw. „Teorię wszystkiego” (ang. *Mathesis Universalis*) (Marciszewski, 2012).

Konstrukt optymizmu poznawczego w ujęciu psychologicznym jest silnie związany z epistemologią, czyli działem filozofii, który zajmuje się badaniem natury pochodzenia oraz zakresu wiedzy zdobytej przez ludzi. Termin epistemologia wywodzi się z języka greckiego, gdzie „episteme” oznacza „wiedzę” lub „rozumienie”, a „logos” można tłumaczyć jako „argument” lub rozum”. W zależności od czasów pojawiały się różne teorie epistemologiczne. Wielu myślicieli starało się zgłębiać problematykę granic ludzkiego poznania, między innymi Platon podejmował próbę zrozumienia co oznacza wiedzieć i co dobrego wypływa z wiedzy dla człowieka, Kant chciał zrozumieć warunki możliwości ludzkiego rozumienia, a Russell dociekał w jaki sposób naukę można uzasadnić odwołując się do doświadczeń zmysłowych (Steup, 2005). Epistemiczne przekonania¹¹ związane są z przyjmowanymi postawami wobec wiedzy. Postawy te dotyczą rozważań, czy wiedza jest pewna, czy łatwo może ulec zmianie, a także tego, czy wiedza powinna pochodzić z własnych dociekań, czy powinniśmy ją czerpać od autorytetów naukowych. Na gruncie tych przekonań kształtują się dwie opozycyjne postawy – postawa związana z zaufaniem do nauki lub postawa skierowana na podążanie za własnymi intuicjami. Warto przytoczyć w tym miejscu badania przeprowadzone w 2016 roku, w których wykazano, że studenci medycyny, którzy nie przyjmowali postawy podejrzliwości co do wiedzy ekspertów medycznych przejawiali większą motywację do realizacji celów taki jak zdanie certyfikowanego egzaminu, a także czerpali większą radość z nauki medycyny. W tym wypadku przekonania epistemiczne stanowiły istotny czynnik poprzedzający obieranie celów przez studentów (Chiu i współ., 2016). W ujęciu zaproponowanym w przytoczonych badaniach przekonania epistemiczne, które stanowią ważny komponent optymizmu poznawczego związane były z obieranymi celami. Warto jest również poddać refleksji pochodzenie przekonań epistemicznych. W zależności od indywidualnych cech niektórzy ludzie przejawiają zaufanie do nauki i inni zaś prezentują postawę opozycyjną. Obecnie zauważalny jest trend w kulturze Zachodniej związany z deprecjacją nauki, małą wiedzą dotyczącą metodologii badań naukowych i niskim poziomem myślenia krytycznego.

¹¹ Przekonania epistemiczne – odnoszą się do własnych przekonań lub też do właściwości poznawczych dotyczących wiedzy i jej pewności.

Z tej perspektywy rola optymizmu poznawczego ma istotne znaczenie (Keyes, 2004; Coady, 2012; Lewandowsky i współ, 2017; Webb, Jirodka, 2017). Uznanie pewnych teorii wyjaśniających rzeczywistość w przyszłości może nie wynikać z prowadzonych rzetelnie badań naukowych, a być efektem dynamiki na tzw. rynku opinii społecznościowych (ang. *opinion market on social media*) (Webb, Jirodka, 2017). Media odgrywają ogromną rolę w kształtowaniu opinii publicznej na temat różnych zjawisk. Istnieją więc warunki umożliwiające rozpowszechnianie dezinformacji na skalę światową (Lewandowsky i współ., 2017). Często także błędne interpretacje lub nieświadome zniekształcenia pojawiające się w mass mediach mogą prowadzić do upowszechnienia nieprawdziwych danych (Kozak, 2018; Picciotto, 2019). Oddziaływania tradycyjnych mediów i Internetu mogą być czynnikami, które wpływają na uznawanie lub negowanie dotychczasowych osiągnięć naukowych. Dotychczas nie ustalono jednoznacznej odpowiedzi na pytanie w jakim stopniu wpływ mediów jest istotny w obszarze pojawiania się różnic w przyjmowanych przez ludzi zróżnicowanych postaw wobec poznania naukowego (Lobato, Zimmerman, 2018).

W innych badaniach ukazuje się, że na tendencję do wiary w pseudonaukowe wyjaśnienia i negowanie aktualnych doniesień naukowych wpływają zdolności poznawcze jednostki. Stahl i Prooijen (2018) w swoich badaniach założyli, że jednym z powodów powszechności przekonań dotyczących zjawisk paranormalnych i teorii spiskowych jest brak sceptycyzmu. Badacze wskazują, że sceptycyzm wymaga wystarczających umiejętności analitycznych i motywacji, aby kształtować swoje przekonania oparte o racjonalne podstawy. Dowodzą również, że tendencja do formowania przekonań o świecie jest stałą cechą. Wskazują, że to ogólne zdolności poznawcze, a nie sam analityczny styl poznawczy, stanowią podstawę do myślenia analitycznego odpowiedzialnego za ten efekt (Stahl, Prooijen, 2018). Rozpowszechnione przekonania o irracjonalnym zabarwieniu są atrakcyjne dla osób prezentujących intuicyjny styl poznawczy (w dalszej części rozprawy styl ten definiowany jest jako indywidualny optymizm poznawczy). Osoby te mogą być bardziej podatne na idee, które wydają się prawdopodobne, ponieważ mogą nie poddawać ich dalszym analizom (Barrett, 2000; Stahl, Prooijen, 2018). Stahl i Prooijen (2018) wskazują również, że osoby o ograniczonych umiejętnościach myślenia analitycznego mogą mieć większą trudność w rozróżnianiu silnych i słabych dowodów badawczych (Stahl, Prooijen, 2018). Innym ujęciem prezentującym pogląd, że optymizm poznawczy jest stałą predyspozycją jednostki są badania z 2022 roku, w których autorzy odnoszą się do cech osobowości. Badacze wskazują, że tak zwana ciemna triada, czyli zespół cech obejmujących makiawelizm, narcyzm

i psychopatię związana jest z częstszym wyznawaniem przekonań epistemicznych dotyczących tego, że treści przekazywane w danej społeczności jako tzw. oficjalna prawda są kształtowane przez osoby sprawujące władzę. Osoby o takich poglądach mają również mniejszą potrzebę poszukiwania dowodów i wyższą wiarę w intuicję (Rudloff i współ., 2022). W pracy Stahla i Turnera (2021) wyznawane wartości epistemiczne – związane z tym czy racjonalność jest wartością wyznawaną przez daną osobę, czy też może jest kwestią moralności – powiązano z cechami osobowości. Badacze wskazują, że otwartość na doświadczenia związana jest z wartościami epistemicznymi opartymi na przekonaniu o istotności racjonalnego rozumowania. Badacze wskazują, że ciekawość idei i dyspozycji myślowych związanych z inteligencją płynną ma istotne znaczenie dla przekonań epistemicznych, którymi kieruje się jednostka (Stahl, Turner, 2021). Wintterlin i współpracownicy (2022) w swoich badaniach wskazują, że zaufanie do nauki związane jest z przyjmowanymi postawami – pozytywistyczną¹² i populistyczną¹³. Osoby, które przyjmują postawę pozytywistyczną są bardziej skłonne uznawać naukowców za godnych ich zaufania. Znaczenie podstawowych orientacji wobec systemu społecznego jest kluczowe w formułowaniu sądów na temat przedstawicieli nauki i wiary w dowody naukowe (Wintterlin i współ., 2022).

Innym ważnym ujęciem jest konstrukt stworzony przez Bargiel-Matusiewicz i współpracowników (2021), w których optymizm poznawczy odnosi się do dwóch czynników: indywidualnego optymizmu poznawczego (ang. *individual cognitive optimism*) oraz społecznego optymizmu poznawczego (ang. *social cognitive optimism*) (Bargiel-Matusiewicz i współ., 2021).

¹² Postawa pozytywistyczna – pozytywistyczna postawa wobec nauki zakłada, że osoba wierzy w zdolność do rozwiązywania problemów przez naukę.

¹³ Postawa populistyczna – osoba przyjmująca tą postawę krytykuje wiedzę i władzę, przy założeniu, że elity akademickie nie kierują się interesem społecznym.

Spoleczny optymizm poznawczy

Spoleczny optymizm poznawczy związany jest ze stopniem zaufania do możliwości poznawczych człowieka. Wyraża się on między innymi poprzez uznanie współczesnego dorobku nauki. Odnosi się również do przekonania, że zastosowanie naukowych narzędzi przyczynia się do zdobywania wiedzy o otaczającym świecie. U podstaw społecznego optymizmu poznawczego leży założenie, że zdobywanie coraz większej i bardziej zaawansowanej wiedzy przyczynia się do stopniowego rozwiązywania ważnych problemów i pytań stawianych przez ludzkość (Bargiel-Matusiewicz i współ., 2021).

Indywidualny optymizm poznawczy

Indywidualny optymizm poznawczy (IOP) wyraża się w zaufaniu jednostki do własnej zdolności samodzielnego rozwiązywania skomplikowanych problemów. Zakłada również wyższość własnego intelektu i niezawodność myślenia nad eksperckimi wyjaśnieniami. Indywidualny optymizm poznawczy dotyczy przekonania, że własna logika myślenia, niezależna od autorytetów nauki może pomóc w rozstrzyganiu zagadnień o specjalistycznym charakterze. Osoby o wysokim poziomie IOP wykazują ograniczoną racjonalność, wynikającą z niskiego poziomu rozeznania dotyczącego struktury wiedzy oraz narzędzi poznawczych badaczy (Bargiel-Matusiewicz i współ., 2021).

Konstrukty zaproponowany przez Bargiel-Matusiewicz i współpracowników (2021) może zostać włączony do analizy mechanizmów radzenia sobie ze stresem, gdyż przy założeniu, że stanowi dość stabilną w czasie cechę podmiotową, można oczekiwać oddziaływania społecznego oraz indywidualnego optymizmu poznawczego na podejmowane w sytuacji stresu działania zaradcze. Szczególnie istotna relacja może zachodzić pomiędzy wskazanymi wymiarami optymizmu poznawczego a stosowaniem zachowań przesądnych w sytuacji stresu, która strategia jest ważnym elementem podjętych w niniejszej rozprawie dociekań. Tendencja do zwracania się w kierunku wyjaśnień naukowych związana ze społecznym optymizmem poznawczym może przekładać się na podejmowanie leczenia, a zaufanie do nauki, w tym do medycyny może przekładać się na niższy poziom stresu związanego z korzystaniem ze wsparcia ochrony zdrowia. Zaufanie do nauki może również przyczyniać się do większej skłonności z korzystania ze wsparcia specjalistów działających w

oparciu o dostępną wiedzę naukową, a tym samym pozytywnie wpływać na kondycję psychofizyczną i redukować poczucie izolacji. Może również zapobiegać zwracaniu się w kierunku działań, które mogą być kategoryzowane jako zachowania przesądne. Tego typu działania w sytuacji doświadczania przewlekłej choroby somatycznej zasadniczo nie będą przekładać się na poprawę stanu zdrowia fizycznego, który to aspekt może być traktowany jako kluczowy element troski osób chorych. Zatem nadzieje pokładane w działaniach przesądnych (jak np. odwiedzanie miejsc z pozytywną energią, noszenie talizmanów, itp.) mogą w dłuższej perspektywie czasu przynosić rozczarowanie, poczucie braku sukcesów w leczeniu, a tym samym przyczyniać się do nasilenia ogólnego poziomu stresu czy też nasilenia objawów PTSD.

Prawdopodobnie odwrotny efekt (większa skłonność do korzystania ze strategii radzenia sobie opartych na stosowaniu zachowań przesądnych) może być konsekwencją dominacji przekonań podważających wiarygodność dowodów naukowych i akcentowania roli własnej intuicji, które to elementy są powiązane z indywidualnym optymizmem poznawczym.

II. CZĘŚĆ BADAWCZA

4. Problematyka badań własnych

Tematyka jakości życia osób żyjących z wirusem HIV jest ważnym obszarem zarówno nauk medycznych jak i psychologii. Sytuacja osób seropozytywnych stanowi wyzwanie z wielu przyczyn. Istotne jest zarówno zapewnienie odpowiednich standardów medycznych jak i zrozumienie mechanizmów psychospołecznych rzutujących na leczenie i jakość życia osób żyjących z HIV. Pogłębienie wiedzy dotyczącej strategii zaradczych oraz zasobów osobowych w kontekście doświadczanego stresu i nasilenia oraz częstotliwości występowania PTSD w tej populacji jest kluczowe dla tego obszaru dociekań naukowych (Mijas, Koziara, Dora, 2017; Huzara, 2019; Rzeszutek, 2023; Pięta, Rzeszutek, 2023; Rogala i współ., 2023; Milewska-Buzun i współ., 2023).

Wcześniejsze badania na temat zasobu osobowego jakim jest prężność dowodzą, że zasób ten związany jest z poziomem odczuwanego stresu. Często wykazywane są dodatnie korelacje między niskim poziomem odczuwanego stresu, a wysokim poziomem prężności w różnych populacjach. Prężność sprzyja również pozytywnemu przewartościowaniu sytuacji trudnej. Sytuacja stresowa w takim przypadku zostanie potraktowana z większym prawdopodobieństwem jako wyzwanie aniżeli zagrożenie, co może zwiększyć poczucie sprawstwa i zredukować lęk (Ogińska-Bulik, 2011; Gloria i współ. 2013; Friberg i współ., 2003 Olszewska-Turek i współ., 2024). Prężność jest zasobem osobowym, który w wielu badanych grupach okazuje się przydatny w redukcji stresu. Niektóre badania wskazują, że również w grupie osób seropozytywnych prężność jest ważnym zasobem poprawiającym jakość życia (De Santis i współ., 2013; Fletcher i współ., 2020; Wen i współ., 2021; Diaz-Martinez i współ., 2021). Ponadto prężność jako zasób w grupie osób seropozytywnych ma znaczenie w kontekście zmagania się z różnymi stresorami, tj. radzenie sobie z otrzymaną diagnozą, podejmowanie leczenia, przestrzeganie terapii, czy z doświadczeniem stygmatyzacji i tabu wokół statusu serologicznego (Ankiersztejn-Bartczak, 2011; Neigh i współ., 2016; Mijas, Koziara, Dora, 2017; Hou i współ., 2020; Pięta, Rzeszutek, 2023). Zależność między prężnością a poziomem odczuwanego stresu u osób seropozytywnych stanowi kluczową część modelu badawczego w niniejszej pracy. W realizowanym badaniu oczekiwano, że poziom prężności związany będzie z poziomem nasilenia stresu ogólnego (badanego za pomocą Kwestionariusza Poczucia Stresu). Przypuszczano również, że płęć będzie moderatorem między prężnością a nasileniem stresu ogólnego. Badania Yalcin-

Siedentopf i współpracowników (2020) ukazują, że relacja między odczuwanym poziomem stresu, a prężnością była silniejsza w grupie kobiet. Natomiast w grupie mężczyzn związek między stresem, a percepcją wsparcia społecznego był całkowicie mediowany przez prężność, efekt ten w grupie kobiet był tylko częściowy (Yalcin-Siedentopf i współ., 2020). W międzykulturowych badaniach z 2023 roku, które były prowadzone również na terenie Polski, stwierdzono, że prężność była związana z poziomem stresu. Zasób ten wiązał się z niższym poziomem odczuwanego stresu, natomiast płeć dodatkowo różnicowała jego poziom (Litwic-Kaminska i współ., 2023).

Prężność jest ważnym zasobem w kontekście radzenia sobie ze stresem. Natomiast w szczególnie trudnych sytuacjach doświadczanie stresu może być powiązane z myśleniem magicznym oraz podejmowaniem zachowań przesądnych (Malinowski, 1990). Rudski i współpracownicy (1999) wskazują, że zachowania przesądne mają na celu ochronę przed poczuciem bezradności (Rudski i współ., 1999). Współcześnie myślenie magiczne i zachowania przesądne rozpatrywane są najczęściej w kategoriach strategii zaradczej dającej poczucie sprawstwa i kontroli (Chudzik, 2021). W niniejszej rozprawie przyjęto, że zachowania przesądne stanowią strategię zaradczą mogącą podlegać aktywacji w odpowiedzi na stres, a jednocześnie ich stosowanie przynosi określone rezultaty w postaci zwrotnego oddziaływania na wyjściowy poziom stresu. Stosowanie tej strategii może wiązać się z próbą odzyskania poczucia kontroli i zaadaptowania do określonej sytuacji. W niniejszym badaniu oczekiwano, że częstotliwość stosowania zachowań przesądnych stanowić będzie mediator relacji pomiędzy prężnością a nasileniem stresu ogólnego (badanego za pomocą Kwestionariusza Poczucia Stresu). W przedstawionej rozprawie oczekiwano również, że częstotliwość stosowania zachowań przesądnych będzie mediować między prężnością a nasileniem objawów PTSD. Zgodnie z aktualną wiedzą autorki pracy do tej pory nie podejmowano badań na temat mediacyjnej roli zachowań przesądnych w związku między prężnością a nasileniem ogólnego stresu i objawów PTSD u osób seropozytywnych. Badanie tych zależności może okazać się istotne w pogłębieniu wiedzy na temat mechanizmów regulujących doświadczanie stresu przez osoby seropozytywne ze szczególnym uwzględnieniem roli zachowań przesądnych.

Część dotychczasowych badań wskazuje, że prężność może stanowić czynnik chroniący przed występowaniem zaburzenia stresowego pourazowego. W badaniach Lee i współpracowników (2016) wykazano, że w grupie policjantów, którzy doświadczyli wydarzenia traumatyzującego, badani o niskim poziomie prężności częściej ujawniali wyższy

współczynnik objawów PTSD od badanych o wysokich wynikach prężności psychicznej (Lee i współ., 2016). W badaniach Sinclair, Adams i Dietrich stwierdzono, że wyższy poziom prężność wiązał się z obniżaniem nasilenia objawów PTSD, w tym wiązał się ze zmniejszeniem ilości natrętnych myśli (Sinclair i współ., 2020). Również w niniejszej pracy sformułowano przypuszczenie, że poziom prężności związany będzie z nasileniem objawów PTSD, jak również, że wysoki poziom prężności będzie predyktorem niższego prawdopodobieństwa spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD przez badanych. Oczekiwano również, że płeć będzie moderować związek pomiędzy prężnością a nasileniem objawów PTSD. Aktualne badania wskazują, że kobiety są bardziej narażone na wystąpienie zaburzeń stresowych pourazowych. W badaniach z 2020 roku wskazano, że płeć żeńska ujmowana w kategoriach przyjmowanych ról społecznych, a także związanych z nią predyspozycji genetycznych i wpływu hormonów może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia PTSD (Christiansen, Breke, 2020). W metaanalizie Haering i współpracowników (2024) również wskazuje się, że kobiety są bardziej narażone na wystąpienie u nich PTSD niż mężczyźni. Wyniki tej publikacji sugerują, że u kobiet nasilona jest natychmiastowa reakcja na stres, która następnie przyczynia się do różnic w nasileniu objawów PTSD (Haering i współ., 2024).

Nowatorskim kierunkiem badań obranym w niniejszej pracy jest również analiza roli konstruktu optymizmu poznawczego w radzeniu sobie z dyskomfortem psychicznym. Konstrukta ten składa się z dwóch przeciwstawnych do pewnego stopnia dyspozycji osobowych. Pierwszą z tych dyspozycji stanowi indywidualny optymizm poznawczy. Jest on związany z poczuciem kompetencji w rozstrzyganiu złożonych zjawisk poprzez własne rozumowanie i intuicję oraz zwracaniem się ku wyjaśnieniom uproszczonym lub pseudonaukowym. Natomiast społeczny optymizm poznawczy związany jest z wiarą w naukowe wyjaśnienia obserwowanych zjawisk, co przekłada się na zaufanie do autorytetów naukowych i poszukiwanie rzetelnych informacji. Doniesienia w tej tematyce ukazują istotność eksploracji tego obszaru w poznaniu funkcjonowania jednostki w zmaganiu się ze stresem i lękiem (Bargiel-Matusiewicz i współ., 2021). W celu redukcji dyskomfortu psychicznego osoba może prezentować postawę odwołującą się do wiedzy naukowej versus wiedzy potocznej, czy też wręcz do pozaracjonalnych przekonań. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do sytuacji zagrożenia zdrowia, doświadczania choroby przewlekłej, gdyż zaufanie do naukowo zweryfikowanych metod leczenia może przekładać się nie tylko na instrumentalne radzenie sobie poprzez udział w zaplanowanym leczeniu, ale również może

obniżać napięcie emocjonalne związane z obawami o własne zdrowie i życie. Jak już wspomniano w części teoretycznej niniejszej pracy, obecnie zauważalny jest trend w kulturze Zachodniej związany z deprecjacją nauki, małą wiedzą dotyczącą metodologii badań naukowych i niskim poziomem myślenia krytycznego (Keyes, 2004; Coady, 2012; Lewandowski i współ., 2017; Webb, Jirodka, 2017). Może to przekładać się na sięganie przez osoby doświadczające stresu związanego ze stanem zdrowia po pozaracjonalne metody poprawy własnej kondycji (np. niekonwencjonalne metody leczenia) i zwiększenie w ten sposób poczucia kontroli w obliczu trudnej sytuacji. W tym kontekście warto poddać analizie nasilenie przejawiania zachowań przesądnych wynikających z myślenia magicznego. Zjawiska te w literaturze przedmiotu często opisywane są jako mechanizm obrony przed lękiem (Samachowiec i współ., 2004). W niniejszym badaniu oczekiwano, że zachowania przesądne stanowiąc będą mediator między zmiennymi społecznym optymizmem poznawczym i indywidualnym optymizmem poznawczym, a odczuwanym poziomem ogólnego stresu i nasileniem objawów PTSD. Społeczny optymizm poznawczy wiąże się z większą skłonnością do poszukiwania rozwiązania problemów w konwencjonalnej nauce. W niniejszym badaniu oczekiwano, że społeczny optymizm poznawczy oraz prężność mogą wiązać się z niższym poziomem odczuwanego stresu poprzez między innymi zmniejszanie prawdopodobieństwa stosowania zachowań przesądnych. Zarówno społeczny optymizm poznawczy jak i prężność mogą aktywizować do poszukiwania rzetelnych informacji o problemie i motywować do rozpoczęcia adekwatnych działań, a także do wytrwałości w ich realizacji, a tym samym przyczyniać się w dłuższej perspektywie do redukcji stresu, obaw związanych ze stanem swojego zdrowia. Można również sformułować oczekiwania, że oba te konstrukty będą zapobiegać zwracaniu się w kierunku działań kategoryzowanych jako zachowania przesądne. Jak już wcześniej wspomniano, tego typu działania w sytuacji doświadczania przewlekłej choroby somatycznej zasadniczo nie przekładają się na poprawę stanu zdrowia fizycznego, który to aspekt może być traktowany jako kluczowy element troski osób chorych. Zatem oczekiwania pokładane w działaniach przesądnych mogą w dłuższej perspektywie czasu przynosić rozczarowanie, poczucie braku sukcesów w leczeniu, czy wręcz narastające poczucie zagrożenia dla swojego zdrowia i życia, a tym samym przyczyniać się do nasilenia ogólnego poziomu stresu czy też nasilenia objawów PTSD. Można zatem domniemywać, że prężność i społeczny optymizm poznawczy poprzez zmniejszanie częstotliwości zachowań przesądnych (traktowanych jako mediator) są ujemnie powiązane z nasileniem ogólnego stresu oraz z nasileniem objawów PTSD.

W pracy oczekiwano również, że indywidualny optymizm poznawczy związany będzie z wyższym poziomem stresu ogólnego oraz z większym nasileniem objawów PTSD poprzez powiązaną z indywidualnym optymizmem poznawczym prawdopodobną skłonność do korzystania ze strategii radzenia sobie opartych na stosowaniu zachowań przesądnych.

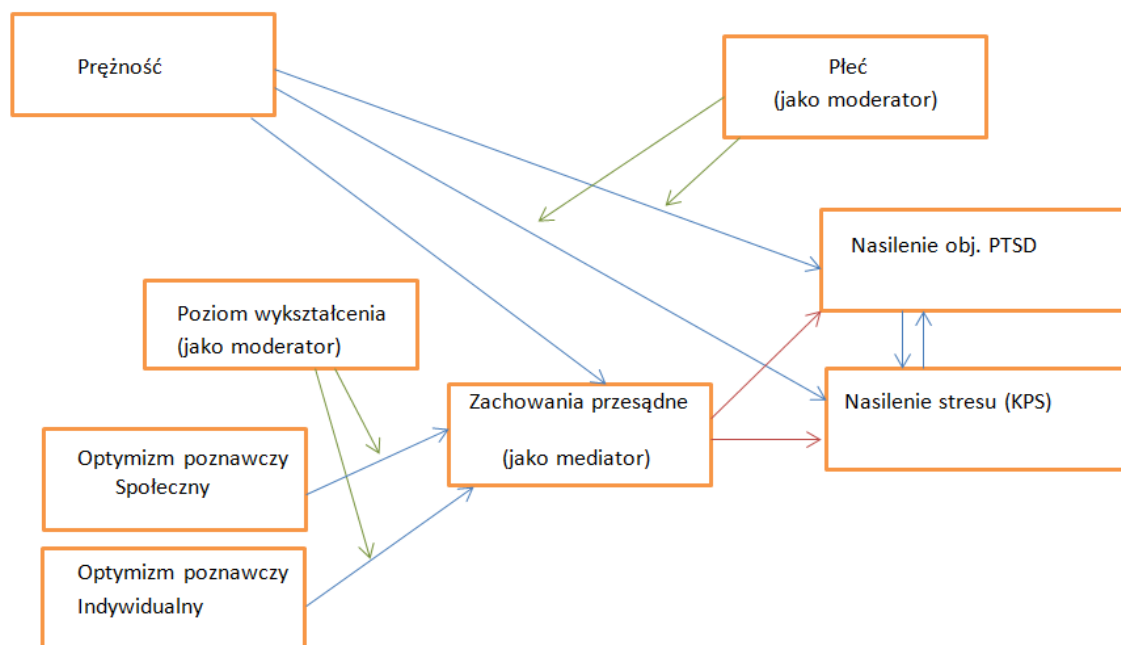
Zgodnie z aktualną wiedzą autorki, nie zbadano do tej pory związków między nasileniem stresu, a indywidualnym optymizmem poznawczym rozumianym jako stała dyspozycja jednostki związana z wiarą we własną intuicję przedkładaną ponad wyjaśnienia naukowe. Wcześniejsze badania ukazują jednak związki przyjmowanych przez jednostki postaw epistemicznych z poziomem odczuwanego stresu. W badaniach z 2016 roku ukazano, że wiara w teorie spiskowe związana była z wyższym poziomem odczuwanego stresu (Swami i współ., 2016). W badaniach Barahmand i współpracowników (2023) wykazano, że przekonania spiskowe związane z niskim progiem tolerancji niepewności i wysokim poziomem stresu przekładały się na nieprzestrzeganie zaleceń podczas pandemii COVID-19, tym samym prowadząc do zwiększenia ryzyka zachorowania (Barahmand i współ., 2023). Jak już wspomniano, w niniejszym modelu badawczym istotna jest mediacyjna rola zachowań przesądnych między indywidualnym optymizmem poznawczym a nasileniem stresu. Brak zaufania do nauki, autorytetów naukowych i wiara we własną intuicję podczas zgłębiania, czy rozwiązywania skomplikowanych zjawisk oraz stosowanie zachowań przesądnych może prowadzić do chwilowej redukcji stresu i dawać poczucie kontroli. Jednak w dłuższej perspektywie może się to okazać nieprzystosowawczym mechanizmem, który zwiększa poziom stresu. Jak już wspomniano, szczególnie w kontekście choroby somatycznej, brak pomyślnych rezultatów związanych ze stanem własnego zdrowia może nasilać w dłuższej perspektywie czasu poczucie zagrożenia. Badania Kampling i współpracowników ukazują, że poziom nieufności epistemicznej jest związany ze zwiększonym nasileniem objawów zespołu stresu potraumatycznego (PTSC) i złożonego zespołu stresu pourazowego (c PTSD) (Kampling, współ., 2022). W innym opracowaniu badacze wskazują, że przyjmowana postawa epistemiczna związana z negowaniem nauki częściowo wyjaśnia gorsze wyniki leczenia zaburzeń stresowych pourazowych (Riedl i współ., 2024). Jak już wspomniano, w niniejszej pracy oczekuje się, że zachowania przesądne będą pełnić mediacyjną rolę między indywidualnym optymizmem poznawczym a nasileniem objawów PTSD. Zachowania przesądne w dłuższej perspektywie zmagania ze stresem mogą przyczyniać się do niezyskiwania oczekiwanych rezultatów i związanej z tym frustracji. Może to umacniać mechanizm poczucia bezradności i dodatkowo podnosić poziom ogólnego stresu i objawów PTSD. Dlatego w badaniach do pomiaru zmiennych użyto

narzędzi, które różniły się perspektywą czasową szacowania poziomu/nasilenia poszczególnych zmiennych. Kwestionariusz badający częstotliwość stosowania zachowań przesądnych obejmował doświadczenia z ostatniego roku, natomiast kwestionariusz dotyczący objawów PTSD oraz kwestionariusz badający poziom ogólnego stresu dotyczyły odczuć osób badanych w okresie miesiąca przed pomiarem analizowanych zmiennych. Zastosowanie takiego rozwiązania może pozwolić na bardziej szczegółowe uchwycenie mechanizmów zwłaszcza roli mediacyjnej zachowań przesądnych, gdyż analizowana częstotliwość występowania zachowań przesądnych ma status czynnika poprzedzającego w czasie występowanie danego nasilenia ogólnego stresu czy też nasilenia objawów PTSD.

W przedstawianym badaniu uwzględniono również rolę poziomu wykształcenia badanych. Poddano analizie, czy posiadanie wyższego wykształcenia versus posiadanie wykształcenia niższego niż wyższe może pełnić rolę moderatora pomiędzy społecznym i indywidualnym optymizmem poznawczym a częstotliwością stosowania zachowań przesądnych. Jak wskazywano we wcześniejszych rozdziałach pracy, społeczny optymizm poznawczy może być jednym z predyktorów wyboru podejmowania dalszej edukacji. Konieczny wydaje się być pewien poziom zaufania do nauki i ekspertów, aby zdecydować o wyborze ścieżki związanej ze zdobywaniem wyższego wykształcenia. Oczekuje się, że badani o wysokim poziomie społecznego optymizmu poznawczego, którzy zdobyli wykształcenie wyższe mogą rzadziej podejmować strategie zaradcze oparte o działania przesądne. Jako uzasadnienie tego oczekiwania można wskazać założenie, że badani, którzy uczestniczyli w długotrwałym procesie edukacji zdobywając wyższe wykształcenie, mogli w jego toku uzyskać wiedzę pozwalającą na lepsze radzenie sobie w obliczu różnego typu trudnych sytuacji, a także zbudować szerszy repertuar potencjalnych strategii zaradczych w porównaniu z osobami o niższym poziomie wykształcenia. Oczekuje się również, że badani, którzy prezentowali wyższy poziom indywidualnego optymizmu poznawczego i mający wykształcenie na poziomie innym (niższym) niż wykształcenie wyższe będą częściej podejmowali się zachowań przesądnych,

Zaproponowany model relacji pomiędzy zmiennymi opracowany został na podstawie założeń zgodnych z aktualnymi doniesieniami z literatury naukowej (rys. 1, wstępny schemat zależności pomiędzy zmiennymi), a następnie został zmodyfikowany na podstawie uzyskanych danych empirycznych uzyskanych w ramach badań własnych prezentowanych w niniejszej pracy (rys. 15. Ostateczny model zależności pomiędzy zmiennymi).

Model badawczy



Rysunek 1

Wstępny schemat zależności pomiędzy zmiennymi

Oprócz powiązań ogólnych między zmiennymi weryfikacji poddane zostały również hipotezy dotyczące różnic między wyróżnionymi w badaniu grupami. Wyróżniono cztery grup w celu poszerzenia rozumienia zjawisk jakie zachodzą w modelu badawczym.

Dobór grup badanych związany był z różnymi czynnikami. Grupa osób żyjących z wirusem HIV zmagają się nie tylko ze stresem związanym ze statusem serologicznym, ale często również z wykluczeniem społecznym. Może to potęgować poziom odczuwanego stresu i częstotliwość występowania PTSD w tej grupie. Wyniki uzyskiwane przez tę grupę osób mogą różnić się w związku z procesami stygmatyzacji. W celu kontrolowania tej zmiennej utworzono również grupę osób, która ma ujemny status serologiczny, ale również z uwagi na jednostkę chorobową jaką jest uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest narażona na wykluczenie. Wiele badań wskazuje, że stygmatyzacja osób zmagających się z diagnozą uzależnienia nadal stanowi problem społeczny, także w krajach wysokorozwiniętych

(Greiner, M., Dixon, L, 2021; Kummetat i współ., 2022; Finn i współ., 2023). Crapanzano i współpracownicy (2018) w swoim przeglądzie wskazują, że badania jakościowe potwierdzają, powszechność zjawiska stygmatyzacji w grupie osób zmagających się z diagnozą uzależnienia. Podkreślają również, że proces ten może przekładać się na negatywne odczucia i przekonania dotyczące leczenia (Crapanzano, współ., 2018). Natomiast Yang i współ. (2017) wskazują, że stygmatyzacja w tej grupie może przyczyniać się do zmniejszania gotowości do poszukiwania i podejmowania leczenia (Yang i współ., 2017). W badaniach z 2023 roku ukazany został związek stygmatyzacji z poszukiwaniem wsparcia. Wykazano, że niższy odczuwany poziom stygmatyzacji u osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu wiązał się z większym prawdopodobieństwem korzystania ze strategii zaradczych związanych z poszukiwaniem wsparcia społecznego, w tym poszukiwania leczenia (Finn i współ., 2023). Również w badaniach Polskich wykazano, że istotnym aspektem zmagania się z diagnozą uzależnienia jest problematyka stygmatyzacji. Osobom zmagającym się z diagnozą często przypisywane są dyskredytujące cechy takie jak zaniedbanie wyglądu, czy niski status społeczny lub materialny. Leczenie postrzegane może być jako ostateczność, ze względu na otrzymanie diagnozy wraz z jego rozpoczęcie. Diagnoza ta miałaby w odczuciu potwierdzać stereotypy na temat osób uzależnionych. Osoby zmagające się z uzależnieniem wskazują, że odczuwają obawy dotyczące ujawnienia informacji na temat podejmowanego leczenia – ze względu na możliwe otrzymanie etykiety oraz etykietowanie ich rodzin (Wieczorek, 2015).

Kolejnym element doboru grup badanych było kontrolowanie zmiennej jaką jest diagnoza uzależnienia. Osoby żyjące z HIV zmagające się z diagnozą uzależnienia mogą być narażone na doświadczanie wyższego nasilenia stresu i większe prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD. Wcześniejsze badania wskazują, że osoby z tej grupy osiągają wyższe poziomu stresu w porównaniu z osobami HIV(+), które nie są uzależnione od substancji psychoaktywnych (Rzeszutek, 2011; Beckerman, Aurbach, 2011; Machitinger i współ., 2012; Pięta, Rzeszutek, 2023). Badania Rzeszutka (2011) wskazują również, że nasilenie objawów PTSD jest wyższe w grupie osób seropozytywnych z diagnozą uzależnienia, niż w grupie seropozytywnych bez niej (Rzeszutek, 2011). Nielezione zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych związane się z gorszym przestrzeganiem terapii ARV oraz z uzyskiwaniem niekorzystnych wyników leczenia (Lier i współ., 2024). W analizie z 2025 roku wskazano, że osoby żyjące z wirusem HIV i zmagające się z uzależnieniem ponad czterokrotnie częściej były hospitalizowane na oddziałach intensywnej terapii i średnio miały

trzykrotnie dłuższy czas pobytu na nich (Shayegi i współ., 2025). W badaniach Korthuis i współpracowników (2008) wykazano, że uzależnienie od substancji psychoaktywnych w grupie osób seropozytywnych wiązało się z obniżeniem jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego (Korthuis i współ., 2008). Dane te mogą wskazywać, że osoby żyjące z HIV i zmagające się z diagnozą uzależnienia zmagają się z wieloma trudnościami i mogą doświadczać innego nasilenia stresu i objawów PTSD niż osoby seropoztywne, które są wolne od nałogów. Ponadto osoby te mogą stosować inne strategie zaradcze w sytuacjach kryzysu. Różnice mogą dotyczyć również zasobów osobowych, które mogą okazać się przydatne w radzeniu sobie ze stresem i doborze strategii zaradczych. W niniejszym badaniu uzano za istotne utworzenie odrębnej grupy w celu możliwości kontrolowania zmiennej jaką jest uzależnienie. Istotne wydaje się również porównania grup osób HIV(+) zmagających się i nie zmagających się z uzależnieniem pod kątem zasobów osobowych, częstotliwości stosowania strategii zaradczej opartej o przesady, a także nasilenia stresu i objawów PTSD.

W celu kontrolowania zmiennych związanych ze stygmatyzacją i uzależnieniem utworzono również grupę porównawczą osób HIV(-) bez diagnozy uzależnienia.

Hipotezy dotyczące relacji pomiędzy analizowanymi zmiennymi postulowanymi w ramach modelu moderowanej mediacji

H1: Im wyższy poziom prężności tym mniejsze nasilenie stresu ogólnego.

H2: Im wyższy poziom prężności tym mniejsze nasilenie objawów PTSD.

H3: Płeć jest moderatorem relacji pomiędzy prężnością a nasileniem objawów PTSD.

H4: Płeć jest moderatorem relacji pomiędzy prężnością a nasileniem stresu ogólnego.

H5: Częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji pomiędzy prężnością, a nasileniem stresu ogólnego.

H6: Częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji pomiędzy prężnością a nasileniem objawów PTSD.

H7: Częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji pomiędzy społecznym optymizmem poznawczym, a nasileniem stresu ogólnego.

H8: Częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji pomiędzy indywidualnym optymizmem poznawczym, a nasileniem stresu ogólnego.

H9: Częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji pomiędzy społecznym optymizmem poznawczym a nasileniem objawów PTSD.

H10: Częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji pomiędzy indywidualnym optymizmem poznawczym a nasileniem objawów PTSD.

H11: Poziom wykształcenia moderuje relację pomiędzy optymizmem poznawczym społecznym a częstotliwością stosowania zachowań przesądnych.

H12: Poziom wykształcenia moderuje relację pomiędzy optymizmem poznawczym indywidualnym a częstotliwością stosowania zachowań przesądnych.

Hipotezy dotyczące predyktorów nasilenia stresu związanego z życiem z HIV

H13: Im wyższy poziom prężności tym mniejsze nasilenie stresu związanego z życiem z HIV.

H14: Im wyższy poziom społecznego optymizmu poznawczego tym mniejsze nasilenie stresu związanego z życiem z HIV.

H15: Im wyższy poziom indywidualnego optymizmu poznawczego tym większe nasilenie stresu związanego z życiem z HIV.

H16: Im większa częstotliwość stosowania zachowań przesądnych tym większe nasilenie stresu związanego z życiem z HIV.

Hipotezy dotyczące predykcji spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD

H17: Im wyższy poziom prężności tym niższe prawdopodobieństwo spełnienia kryteriów diagnostycznych PTSD.

H18: Im wyższy poziom społecznego optymizmu poznawczego tym niższe prawdopodobieństwo spełnienia kryteriów diagnostycznych PTSD.

H19: Im wyższy poziom indywidualnego optymizmu poznawczego tym wyższe prawdopodobieństwo spełnienia kryteriów diagnostycznych PTSD.

H20: Im większa częstotliwość stosowania zachowań przesądnych tym wyższe będzie prawdopodobieństwo spełnienia kryteriów diagnostycznych PTSD.

H21: Im większe nasilenie stresu ogólnego tym wyższe prawdopodobieństwo spełnienia kryteriów diagnostycznych PTSD.

Pytanie badawcze:

Czy predyktory spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD różnią się w grupie osób żyjących z HIV i w grupie osób o ujemnym statusie serologicznym?

Hipotezy dotyczące porównań międzygrupowych

H23: Osoby o ujemnym wyniku testu w kierunku HIV bez diagnozy uzależnienia doświadczają mniejszego nasilenia stresu ogólnego niż osoby żyjące z wirusem HIV.

H24: Osoby o ujemnym wyniku testu w kierunku HIV doświadczają mniejszego nasilenia objawów PTSD niż osoby seropoztywne.

H25: Osoby seropoztywne bez diagnozy uzależnienia doświadczają mniejszego nasilenia objawów PTSD niż osoby żyjące z HIV z diagnozą uzależnienia.

H26: Osoby seropoztywne bez diagnozy uzależnienia doświadczają mniejszego nasilenia stresu ogólnego niż osoby żyjące z HIV z diagnozą uzależnienia.

H27: Osoby o ujemnym wyniku testu w kierunku HIV bez diagnozy uzależnienia charakteryzuje wyższy poziom prężności niż osoby seropoztywne.

H28: Osoby żyjące z wirusem HIV nie mające diagnozy uzależnienia cechuje wyższy poziom prężności niż osoby seropoztywne z diagnozą uzależnienia.

Opis badania

Grupa badana

W badaniu wzięło udział 405 osób, z których wyłoniono 4 grupy. Grupę numer 1 stanowiły osoby żyjące z wirusem HIV. Byli to pacjenci Ośrodka Opiekuńczo-Leczniczego mieszczącego się w Ośrodku Uzależnień w Wandzinie oraz wolontariusze przebywający na terenie Ośrodka. Grupę nr 2 stanowiły osoby z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych – od alkoholu lub narkotyków. Badani również byli uczestnikami programów terapeutycznych w wyżej wymienionym ośrodku. Osoby z tej grupy były osobami na różnych etapach leczenia, a także korzystały z różnych programów terapeutycznych. Osoby z diagnozą uzależniania od alkoholu uczestniczyły w 2-miesięcznym programie terapeutycznym, natomiast osoby uzależnione od innych substancji psychoaktywnych uczestniczyły w półrocznym programie opartym o metodę społeczności terapeutycznej. Grupę nr 3 stanowiły osoby seropoztywne zmagające się z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych –które również były osobami przebywającymi na terenie ośrodka w Wandzinie. Osoby w tej grupie były uczestnikami różnych programów terapeutycznych (zarówno 2- i 6-miesięcznego), a także osobami przebywającymi na oddziale opiekuńczo-leczniczym w tym ośrodku. Osoby z grup o numerach 1, 2 i 3 wzięły udział w indywidualnym badaniu ankietowym prowadzonym przez autorkę niniejszego badania. Grupa nr 4 była grupą porównawczą – osoby bez diagnozy uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym. Ta grupa została wyłoniona drogą ankiety Internetowej. Badani za pośrednictwem mediów społecznościach dot. treści psychologicznych uzyskiwali dostęp do linku z ankietą i dobrowolnie rozpoczynali udział w badaniu.

Osoby z wszystkich tych grup były w wieku od 18 do 87 lat. W badaniu uczestniczyło 128 mężczyzn, co stanowiło 31,6% całej grupy i 272 kobiety co stanowiło 67,2% tej próby. Grupa osób seropozytywnych (numer 1) stanowiła 87 osób, grupa porównawcza numer 2 (osoby z diagnozą uzależnienia) liczyła 46 osób, grupa 3 (osoby seropoztywne z diagnozą uzależnienia) liczyła 49 osób, natomiast grupa porównawcza numer 4 (osoby ujemnym statusie serologicznym i bez diagnozy uzależnienia) liczyła 223 osoby. Grupa pierwsza stanowiła 21,5% całej próby, grupa druga 12,1%, grupa trzecia to 11,4%, a grupa czwarta to 55,1 % całej badanej próby.

Sposób prowadzenia badania

Walory etyczne zaprojektowanego badania zostały ocenione przez niezależną Komisję do Spraw Etyki Polskiej Akademii Nauk. Komisja rozpatrzyła i wydała pozytywną opinię w sprawie wniosku numer 29/XII/21, w którym zaprezentowano wszystkie planowane etapy niniejszych prac badawczych. Badania prowadzono w latach 2022 do 2024. W badaniu wzięły udział 405 osób, które należały do 4 różnych grup. Badani z grup 1 (osoby seropozytywne), 2 (osoby z diagnozą uzależnienia) i 3 (osoby z diagnozą uzależnienia żyjące z wirusem HIV), były osoby przebywające na terenie Ośrodka Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni PLUS EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie.

Badani zostali zapoznani z informacjami dotyczącymi badania zawartymi w załączniku numer 1. Następnie zgodnie z własnym uznaniem wyrażali lub nie wyrażali zgody na udział w badaniu. Osoby chcące przystąpić do wypełnienia kwestionariuszy otrzymywały informację od badającej o możliwości zrezygnowania z udziału w badaniu w dowolnym momencie. Następnie badani wypełniali metryczkę dotyczącą danych socjodemograficznych, a także informacji na temat statusu serologicznego, podejmowanego leczenia ARV i informacji czy doszło do rozwoju AIDS w ich przypadku. Następnie badani wypełniali kwestionariusze: Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25), Kwestionariusz Zachowań Przesądnych (MBQ), Skalę Optymizmu Poznawczego, *PTSD Checklist for DSM-5* w wersji polskiej (PCL-5) i Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS). Badani żyjący z HIV otrzymywali jeszcze jeden kwestionariusz do wypełniania – była nim Skala Stresu HIV/AIDS. Po wypełnieniu wszystkich kwestionariuszy badanie kończyło się. Osoby uczestniczące w badaniu przez cały czas jego trwania mieli możliwość uzyskania informacji dotyczących znaczenia pytań w razie wątpliwości.

Osoby z grupy 4 (grupa porównawcza bez diagnozy uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym) wypełniły kwestionariusz zamieszczony na forach internetowych dotyczących treści psychologicznych. Badani w ankiecie zostali zapoznani z celami badania oraz z jego dalszym przebiegiem. Otrzymali również informację o dowolności podjęcia się wypełniania kwestionariuszy oraz o możliwości rezygnacji z badania w każdym momencie (istniała możliwość nieprzesyłania danych).

Badani z grupy 4 również mogli zapoznać się z informacją o celu badania zawartą w załączniku numer 1. Po zapoznaniu się z nią i kliknięciu przycisku „dalej” przechodzili do

strony zawierającej pytanie czy wyrażają zgodę na udział w badaniu. Po zatwierdzeniu jej kliknięciem przycisku „TAK” przechodzili do strony zawierającej metryczkę. Metryczka zawierała pytania dotyczące danych socjodemograficznych, a także informacji na temat statusu serologicznego, podejmowanego leczenia ARV i informacji czy doszło do rozwoju AIDS w ich przypadku. Zawierała również pytanie dotyczące tego, czy osoba zмага się z diagnozą uzależnienia i czy kiedykolwiek uczestniczyła w terapii lub korzystała ze wsparcia psychologicznego. Następnie badani mogli przejść do kolejnego etapu – wypełniania kwestionariuszy. Osoby z grupy czwartej również wypełniały Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25), Kwestionariusz Zachowań Przesądnych (MBQ), Skalę optymizmu Poznawczego, *PTSD Checklist for DSM-5* w wersji polskiej (PCL-5) i Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS). W ostatniej części badania osoby otrzymywały informację, że wypełnienie Skali Stresu HIV/AIDS dotyczy jedynie osób o pozytywnym statusie serologicznym. Po wypełnieniu wszystkich ankiet uczestnicy mogli wysłać dane poprzez kliknięcie przycisku „wyslij”.

Badanie było całkowicie anonimowe. Wyniki poszczególnych osób badanych zostały zakodowane.

Miejsce prowadzenia badań

Miejscem prowadzenia badań był Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni PLUS EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie (w województwie Pomorskim). Po uzyskaniu zgody na prowadzenie badań od dyrekcji ośrodka rozpoczęte zostały prace. Ośrodek jest miejscem, w którym znajduje się oddział opiekuńczo-leczniczy dla osób z pogorszonym stanem zdrowia (zarówno dla osób z ujemnym jak i dodatnim statusem serologicznym). Na terenie Ośrodka znajdują się również dwa oddziały leczenia uzależnień – oddział leczenia uzależnień od alkoholu oraz oddział leczenia uzależnień od narkotyków. W ośrodku zamieszkują również osoby z tak zwanej grupy postrehabilitacyjnej, pełniące obowiązki wolontariuszy. Ośrodek Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” został założony w 1993 roku przez Donata Kuczewskiego z myślą o pomocy osobom wykluczonym społecznie. Obecnie zapewnia opiekę medyczną i terapeutyczną licznym grupom pacjentów.

Zastosowane narzędzia

W badaniu zastosowano następujące narzędzia Skala Stresu HIV/AIDS (*HIV/AIDS Stress Scale*) autorstwa Pakenhama, Rinaldisa, Kwestionariusz Poczucia Stresu zaprojektowany przez Plopę i Markowskiego, Skalę optymizmu Poznawczego autorstwa Bargiel-Matusiewicz i współpracowników, Kwestionariusz Zachowań Przesądnych – *Magical Behaviours*

Questionnaire MBQ zaprojektowany przez Bargiel-Matusiewicz, Makulę, Szymanka, i Wieczorka, PTSD *Checklist for DSM-5* (PCL-5) adaptację Polską autorstwa Ogińskiej-Bulik, Juczyńskiego, Lis-Turlejskiej i Merecz-Kot oraz Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) również autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego.

Etapem przygotowań do realizacji badania było sporządzenie tłumaczenia Skali Stresu HIV/AIDS i przetestowanie go na małej próbie. Tłumaczenia skali HIV/AIDS Stress Scale, SS-HIV dokonano we współpracy z filologiem Jakubem Kałusem. Stworzone zostały 3 wersje tłumaczenia, a następnie wyłoniono najtrafniejsze tłumaczenia metodą sędziów kompetentnych. Poniżej przedstawiony jest raport ze wstępnej adaptacji narzędzia. Skala ta wymaga jednak dalszych badań, na większej próbie. Dokonana została również analiza czynnikowa na próbie osób biorących udział w niniejszym badaniu, w celu sprawdzenia struktury narzędzia i sprawdzeniu czy wyniki uzyskane w tej skali będą możliwe do interpretacji.

Konstrukcja narzędzia

Narzędzie ma służyć do analizy poziomu stresu u osób żyjących z wirusem HIV. Narzędzie powstało w 2002 roku. Autorzy narzędzia bazowali na teorii stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman. W skali znajdują się 23 twierdzenia oraz 5 możliwych odpowiedzi („*not at all*”, „*a litter bit*”, „*moderately*”, „*quite a bit*”, „*extremely*”).

Skala skupiona jest wokół subiektywnej oceny respondenta i czynników, które osoba ta postrzega jako zagrażające. Aby zbudować narzędzie autorzy posłużyli się skalami takimi jak Life Event Scale oraz Perceived Stress Scale. Skala jest trójczynnikowa. W jej skład wchodzi podskala stresu emocjonalnego (6 pozycji) skala ta obejmuje stresujące zdarzenia społeczne, takie jak np. stygmatyzacja, izolacja, trudności w ujawnianiu informacji o byciu nosicielem wirusem HIV, wszelkie trudności w relacjach interpersonalnych związanych z zakażeniem/chorobą. Podskala stresu instrumentalnego (5 elementów) obejmująca codzienne trudności związane z problemami dotyczącymi finansów, sposobów przemieszczania się, np. środki transportu publicznego oraz aspekty terapeutyczne związane z HIV / AIDS. Podskala stresu społecznego (6 pozycji), która opisuje uczucia takie jak smutek, dotyczy również żałoby związanej z utratą zdrowia, obawami o śmierć z powodu AIDS, opisuje także częstotliwość przeżywania negatywnych i niepokojących emocji, czy rozważań egzystencjalnych (Pakenham, Rinaldis, 2002).

Narzędzie zostało ponownie poddane weryfikacji w 2016 roku przez Luo, Qiu, Xiao i współpracowników. W tym celu narzędzie przetłumaczono i stworzono uproszczoną wersję „*Chinese version of the HIV/AIDS Stress Scale*”, CSS-HIV. Badania prowadzono na próbie 667 osób żyjących z wirusem HIV. Wyniki badań potwierdziły 17-itemową strukturę narzędzia. W jego skład wchodziły 3 podskale: stresu emocjonalnego (6 itemów), stresu społecznego (6 itemów) oraz stresu instrumentalnego (5 itmów). Współczynnik alfa Cronbacha wynosił 0,906, natomiast rzetelność powtarzalności testu wynosiła 0,832. Test miał akceptowalną trafność zewnętrzną (Luo, Qiu, Xiao i współ., 2016).

¹⁴ Narzędzie oryginalne zostało opublikowane w: Pakenham, K., Rinaldis, M. (2002). Development of the HIV/AIDS stress scale. *Psychology and Health*, 17 (2), 203 – 219.

W niniejszym badaniu pilotażowym przetłumaczono skalę na język polski, a następnie przeprowadzono analizy statystyczne.

Wskaźniki psychometryczne i ocena pozycji

We współpracy z tłumaczem dla każdej pozycji oryginalnej (w języku angielskim) powstały przynajmniej trzy odpowiedniki w języku polskim. Tłumaczenia zostały umieszczone w formularzach *Google*, w którym szczegółowo zostało opisane zagadnienie, które powinna badać skala. Kwestionariusz został udostępniony na forum społecznościowym przeznaczonym dla studentów studiów doktoranckich, w którym to osoby po zapoznaniu się z wytycznymi mogły zagłosować, które stwierdzenie jest najbardziej odpowiednie. Metodą sędziów kompetentnych zostały wybrane najlepiej opisujące dany problem stwierdzenia. Następnie tak skonstruowaną skalę ponownie przetłumaczono na język angielski, w celu weryfikacji czy stwierdzenia zostały odpowiednio przetłumaczone.

Osoby badane

Badanie zostało przeprowadzone przez autorkę niniejszej pracy online za pomocą formularza *Google*. Formularz można było znaleźć pod linkiem, który został rozesłany po forach dotyczących tematyki HIV/AIDS. Część wyników została również zebrana w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym dla osób żyjących z wirusem HIV. Przebadane zostało 51 osób.

Charakterystyka grupy badanej

W grupie badanych znajdowało się 30 mężczyzn, co stanowi 58,8% grupy badanej oraz 21 kobiet, co stanowi 41,2% grupy badanej.

Wiek badanych był dość mocno zróżnicowany – różnica wieku między najstarszą (62 lata), a najmłodszą (23 lata) osobą badaną wynosiła 42 lata. Najwięcej osób badanych było w wieku 33 lat, natomiast średnia wieku wynosiła 42 lata.

Miejsce zamieszkania osób badanych – najwięcej osób zamieszkuje duże miast powyżej 100 tysięcy mieszkańców, stanowią oni 33,3% grupy badanej. Prawie tyle samo osób zamieszkuje małe miasta do 50 tysięcy osób, badani ci stanowią 31,4% grupy. W miastach o liczbie ludności wahającej się między 50-100 tysięcy osób, zamieszkuje 21,6% badanych. Natomiast na wsi i w miasteczkach do 10 tysięcy osób mieszka 13,7% badanych.

Wykształcenie osób badanych – najwięcej osób badanych uzyskało wykształcenie średnie, stanowili oni 51% grupy badanej. 31,4% grupy stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym. Osób z wyższym wykształceniem było 7, co stanowiło 13,7% ogółu. W grupie znalazły się również 2 osoby z wykształceniem podstawowym, co stanowiło 3,9% grupy badanej.

Grupa badanych została podzielona na osoby żyjące z wirusem HIV, które nie mają objawów choroby AIDS oraz na osoby, które takich objawów doświadczają. 64,7% osób badanych nie doznaje objawów AIDS, natomiast pozostała część osób (35,3%) doświadczają ich.

Czas jaki minął od rozpoznania zakażenia wirusem HIV – najwięcej osób badanych zna diagnozę od kilku lat, jest to 52,9% osób z grupy. Od roku swoją diagnozę zna 17,6% osób z grupy badanej. Badanych, którzy dowiedzieli się o zakażeniu niedawno, czyli maksymalnie w zeszłym miesiącu jest łącznie 15,7%. Natomiast osób znających diagnozę od co najmniej kilkunastu lat jest 7 i stanowią oni 13,7% grupy.

Analiza danych – podstawowe informacje statystyczne

Dane dla wyniku ogólnego (suma poszczególnych pozycji): Średnia = 39,13; Mediana = 36,00; Minimum = 8,00; Maksimum = 69,00; Skośność = ,14; Kurtoza = -,86.

Dodatkowo utworzone zostały 3 nowe pozycje, które stanowią sumę wyników w poszczególnych podskalach. Są to: podskala stresu emocjonalnego, podskala stresu instrumentalnego, podskala stresu społecznego.

Analiza Częstości

Analiza ta pozwoliła na dokładne zapoznanie się z danymi. To jak często używane były poszczególne odpowiedzi dla kolejnych pozycji ułatwiło dostrzeżenie, że w pozycjach skali numer: 3, 4, 6, 17 oraz 20 najczęstszą odpowiedź stanowiło „umiarkowanie”. Jest to odpowiedź, która może wskazywać na brak zdecydowania badanych lub chęć uniknięcia odpowiedzi.

Rzetelność

Konfirmacyjna analiza czynnikowa wykazała, że wszystkie pozycje skali łądowało najwyżej w przewidzianych dla nich czynnikach. Po statystycznym zweryfikowaniu na

podstawie analizy czynnikowej listy pozycji wchodzących wstępnie do poszczególnych podskal, przeprowadzono analizę rzetelności poszczególnych podskal. Wstępna rzetelność wyrażona współczynnikiem Alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal wynosiła: dla stresu emocjonalnego 0,91, dla stresu instrumentalnego 0,743, dla stresu społecznego 0,85. Są to wysokie wyniki. Średnia dla każdej z 23 pozycji waha się między 1,53 a 2,16. Odchylenie standardowe 0,84 a 1,16. Pomiar zmiennych został przeprowadzony przy użyciu 5-stopniowej skali, zawierającej w sobie następujące zwroty: „wcale”, „czasami”, „umiarkowanie często”, „często” oraz „bardzo często”. Rzetelność dla całej skali okazała się bardzo wysoka. Współczynnik Alfa Cronbacha wynosi 0,94.

Współczynnik mocy dyskryminacyjnej

Korelacja pozycji z wynikiem ogólnym plasuje się między 0,44 a 0,80. Usunięcie pytań 9 oraz 15 z testu nieznacznie poprawiłoby wartość współczynnika alfa Cronbacha. Nie są to jednak wartości istotne statystycznie. Wskaźnik trudności nie został uwzględniony ze względu na to, iż wskaźnik oblicza się w testach, w których odpowiedź jest albo poprawna, albo błędna. W Skali Stresu HIV/AIDS oceniany jest poziom stresu, tak więc nie ma odpowiedzi prawidłowych lub niepoprawnych.

Trafność wewnętrzna

Wartości współczynnika korelacji Pearsona poszczególnych pozycji z wynikiem ogólnym testu wahają się od wartości 0,21 a 0,80. Wszystkie są istotne statystycznie na poziomie $p\text{-value}=0,05$.

Trafność zewnętrzna

Trafność zewnętrzna pozostaje niezbadana. Proponowanym kierunkiem dalszych badań byłoby ustalenie trafności zewnętrznej za pomocą weryfikacji z różnymi dobrze zbadanymi kwestionariuszami dotyczącymi tematyki stresu. Jednym z narzędzi może być Kwestionariusz Poczucia Stresu.

Skala Optymizmu Poznawczego (Bargiel-Matusiewicz, Makuła, Szymanka, Wieczorek, Ziętalewicz, Psiuła, 2021)¹⁵

Skala optymizmu poznawczego to narzędzie skonstruowane przez Kamillę Bargiel-Matusiewicz, Szymona Makulę, Krzysztofa Szymanka, Adama Wieczorka, Urszulę Ziętalewicz i Ewę Psiulę. W roku 2021 ukazał się raport z badania pilotażowego tego narzędzia („Struktura i własności psychometryczne Skali optymizmu poznawczego - badania pilotażowe”).

Konstrukcja narzędzia

Skala bada dwa konstrukty. Pierwszym z nich jest podskala Społecznego Optymizmu Poznawczego (9 pozycji), która mierzy stopień w jakim badany ufa możliwościom poznawczym człowieka (w rozumieniu badań naukowych oraz do ich rezultatów zakończonych sukcesem). Podskala ta związana jest z przekonaniem, że stosowanie technik naukowych może pozwolić na zdobycie większej i bardziej specyficznej wiedzy o świecie oraz pomaga w rozwiązywaniu ważnych dla ludzkości pytań i problemów. Drugą podskalą jest Indywidualny Optymizm Poznawczy (8 pozycji). Mierzy on stopień w jakim badany jest przekonany o posiadaniu zdolności do logicznego i samodzielnego myślenia (w tym sądzenia w złożonych kwestiach o specjalistycznym charakterze). Narzędzie posiada siedmiostopniową skalę Likerta, w której badani zaznaczają najbardziej adekwatne odpowiedzi: od 0 – *nie zgadzam się w ogóle* do 6 – *w pełni się zgadzam*.

Właściwości psychometryczne

W badaniach wzięło udział 1029 osób. Byli to studenci w wieku 18-39 lat ($M=22$, $SD=3$). 92,5% badanych stanowiły kobiety.

Początkowo w badaniach użyto oryginalnej wersji Skali Optymizmu Poznawczego, która składa się z 21 stwierdzeń. Jednak po wykonaniu analiz statystycznych dotyczących

¹⁵ Narzędzie zostało opublikowane w: Bargiel-Matusiewicz, K., Makuła, S., Szymanek, K., Wieczorek, K., Ziętalewicz, U., Psiuła, E. (2021). Struktura i właściwości psychometryczne Skali optymizmu poznawczego – badanie pilotażowe. W M. Huflejt-Lukasik, A. Pluta (red.), *Mechanizmy psychologiczne i społeczne warunkujące formułowanie ocen oraz podejmowanie działań* (s. 59 – 75). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri.

własności psychometrycznych skali, narzędzie skrócono do 17 pytań. Wyniki analiz wskazały na dwuczynnikową strukturę pozycji.

Rzetelność

Wskaźnik alfa Cronbacha dla ogólnego optymizmu poznawczego wynosi 0,77. Natomiast a dla indywidualnego optymizmu naukowego alfa Cronbacha była równa 0,70. Co wskazuje na dobrą spójność wewnętrzną.

Kwestionariusz Zachowań Przesądnych – MBQ (Bargiel-Matusiewicz, Makuła, Szymanek, Wieczorek, 2021)¹⁶

Kwestionariusz Zachowań Przesądnych to narzędzie zaprojektowane przez Kamilę Bargiel-Matusiewicz, Szymona Makulę, Krzysztofa Szymanka i Krzysztofa Wieczorka (2021).

Konstrukcja narzędzia

Narzędzie składa się z 54 stwierdzeń, w których badany wskazuje w jakim stopniu są one prawdziwe w oparciu o wyobrażoną trudną sytuację. Osoba badana zaznacza odpowiedź na skali siedmiostopniowej od 0 do 6, gdzie 0 oznacza „nie pasuje w ogóle”, a 6 „pasuje bardzo dobrze”. Kwestionariusz zawiera w sobie 25 stwierdzeń odwróconych.

Osoba badana przed zapoznaniem się ze stwierdzeniami otrzymuje instrukcję, aby pomyślała o jednej trudnej sytuacji, która wydarzyła jej się w ciągu ostatniego roku. Następnie zaznacza czy sytuacja, którą wspomina wydarzyła się w ciągu ostatniego roku, czy wcześniej. W kolejnym kroku badany wybiera z przedstawionych kategorii czego dotyczyła sytuacja. Te kategorie to: praca zawodowa, nauka, kwestie finansowe, zakochania/miłości, zdrowia własnego, zdrowia bliskiej osoby lub może samodzielnie podać kategorię. Następnie osoba badana zaznacza, czy obecnie sytuacja, którą sobie przypomina już się zakończyła i czy było to zakończenie pomyślne, czy nie.

Kwestionariusz składa się z 5 podskal. Narzędzie zawiera elementy związane z myśleniem magicznym – przypisywanie magicznego znaczenia, magiczne czynności, astrologia. Zawiera również elementy związane z innymi obszarami radzenia sobie – rozwiązywaniem problemów i wsparciem społecznym. W skład podskal kolejno wchodzi 9 13 stwierdzeń dla przypisywania magicznego znaczenia, 5 stwierdzeń dla magicznych czynności, 3 stwierdzenia wchodzi w skład podskali astrologia, 6 stwierdzeń stanowi podskalę wsparcia społecznego oraz 5 stwierdzeń dla podskali rozwiązywanie problemów.

¹⁶ Narzędzie zostało opublikowane w: Bargiel-Matusiewicz, K., Makuła, S., Szymanek, K., Wieczorek, K. (2021). Kwestionariusz Zachowań Przesądnych. Niepublikowane materiały wewnętrzne. Warszawa: Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski.

Skala zawiera również dodatkowe pytania kontrolne. Do ogólnego wyniku stosowania czynności przesądnych włączane są skale: przypisywania znaczenia magicznego, magiczne czynności oraz astrologia.

Badani proszeni są o ustosunkowanie się w jakim stopniu twierdzenia testu do nich pasują i tak w podskali przypisywania magicznego znajdują się twierdzenia takie jak np. „szukanie wskazówek w snach/interpretowanie snów” lub „szukanie znaków w bieżących wydarzeniach”. W podskali magicznych czynności pojawiają się twierdzenia takie jak „rzucanie monetą podczas dokonywania wyboru”, czy „samodzielne wróżenie”. W podskali astrologia znaleźć można twierdzenia takie jak: „sprawdzanie własnego horoskopu” czy „kierowanie się fazami księżyca”. Dodatkową podskalą jest nie związana z czynnościami przesądnymi jest wsparcie społeczne. W tej podskali znajdują się twierdzenia takie jak „angażowanie innych w swój problem”, czy „prośenie innych o pomoc”. Kolejną podskalą nie będącą częścią zachowań przesądnych jest rozwiązywanie problemu, zawierającą twierdzenia takie jak „po prostu rozwiązywanie problemu” lub „analizowanie sytuacji, aby lepiej ją zrozumieć”.

Zastosowanie

Kwestionariusz przeznaczony jest do badań osób dorosłych. Narzędzie bada występujące zachowania, które można sklasyfikować jako działania przesądne, takie jak na przykład noszenie przedmiotu, który ma przynieść szczęście. Badani oceniają częstotliwość i zakres czynności przesądnych w odniesieniu do sytuacji wywołujących stres (Bargiel-Matusiewicz i współ., 2021).

Kwestionariusz Poczucia Stresu (Plopa, Markowski, 2010)¹⁷

Kwestionariusz Poczucia Stresu to narzędzie zaprojektowane przez Mieczysława Plopę i Ryszarda Markowskiego (Plopa, Markowski, 2010).

Konstrukcja narzędzia

Kwestionariusz ten składa się z 27 stwierdzeń, w których badany określa stopień, w jakim dane stwierdzenie go dotyczy. Skala jest pięciostopniowa, a jej krańce opisują odpowiedzi „Prawda” i „Nieprawda”.

Właściwości psychometryczne

Rzetelność KPS – współczynniki zgodności wewnętrznej dla trzech skal (wymiarów), ustalony został w badaniach osób dorosłych. Wyniki zawierały się w granicach 0,70 – 0,81. Rzetelność skali Kłamstwa okazała się niższa (0,57). Stabilności nie sprawdzano.

Trafność KPS – Trafność kwestionariusza potwierdzono przy pomocy korelacji wyników KPS z wynikami kwestionariuszy osobowości (Inwentarz Osobowości NEO-FFI), temperamentu (Kwestionariusz temperamentu PTS), depresji (Skala Depresji Becka BDI), lęku (Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI), postaw rodzicielskich (Skala Postaw Refleksyjnych SPR-2), stylów przywiązaniowych (KSP) i satysfakcji z małżeństwa (Kwestionariusz Dobrego Małżeństwa KDM-2). Informacji na temat trafności kryterialnej dostarcza porównanie wyników w KPS u pacjentów hospitalizowanych i osób zdrowych, a także u osób wykonujących różne zawody.

W KPS wyróżnić można podskale: doświadczane napięcie emocjonalne, stres intrapsychiczny (konfrontacja z samym sobą), stres zewnętrzny (konfrontacja jednostki z obciążeniami dostrzeganymi w świecie społecznym, zewnętrznym).

¹⁷ Narzędzie zostało opublikowane w: Plopa, M., Markowski, R. (2010). Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS). Vizja Press and IT.

PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, Schurr, 2013)¹⁸

W adaptacji Polskiej (Ogińska-Bulik, Juczyński, Lis-Turlejska, Merecz-Kot, 2023)¹⁹

Narzędzie zostało zaprojektowane w 2013 roku przez Weathersa, Litza, Keanea, Palmieri, Marx, Schurr i zaadaptowane do warunków polskich przez Ninę Ogińską-Bulik, Zygryda Juczyńskiego, Maję Lis-Turlejską i Dorotę Merecz-Kot (Właściwości psychometryczne polskiej wersji Listy Zaburzeń po Stresie Traumatycznym według DSM-5 – PCL 5, 2023)

Zastosowanie

Narzędzie przeznaczone jest do oceny występowania objawów stresu pourazowego (PTSD) u osób dorosłych. Może być stosowana zarówno do prowadzenia badań naukowych jak i w praktyce klinicznej.

Konstrukcja narzędzia

Badania zostały przeprowadzone na grupie osób liczącej 1330 osób. Do ostatecznych analiz zakwalifikowano 1220 osób w wieku 17 – 83 lat ($M=39,7$; $SD=16,8$), które doświadczyły wydarzenia silnie stresującego lub były jego świadkami. W badaniu 55 procent grupy stanowili mężczyźni. Analiza czynnikowa potwierdziła 4-czynnikową strukturę narzędzia, w skład w której wchodzi: intruzja, unikanie, negatywne zmiany w procesach poznawczych i emocjonalnych oraz reaktywność i pobudzenie. Czynniki wyjaśniają łącznie 56% wariancji.

Narzędzie składa się z 20 twierdzeń opisujących objawy PTSD (*ang. post-traumatic stress disorder*) zgodnymi z kryteriami diagnostycznymi zawartymi

¹⁸ Narzędzie zostało opublikowane w: Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B., Schnurr, P. (2013) The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [*Measurement instrument*]. National Center for PTSD.

¹⁹ Narzędzie w adaptacji polskiej zostało opublikowane w: Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z., Lis-Turlejska, M., Merecz-Kot, D. (2023) Kwestionariusz PCL-5 – PTSD Checklist for DSM-5. Polska adaptacja. Warszawa: Pracownia testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

w DSM-5 (*ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Osoba badana przy pomocy pięciostopniowej skali ocenia w jakim stopniu dana trudność manifestowała się w przeciągu ostatniego miesiąca. Skala zawiera odpowiedzi od 0 (wcale) do 4 (bardzo mocno).

Właściwości psychometryczne

Narzędzie oryginalnie sporządzone zostało w języku angielskim. Do warunków polskich PCL-5 i zostało zaadaptowane w procesie tłumaczenia.

Rzetelność narzędzia

Spójność wewnętrzna ogólnego wyniku narzędzia ustalono dla grup 1220 osób na podstawie alfy Cronbacha równej 0,96. Dla poszczególnych kryteriów diagnostycznych: zmiany we wzbudzeniu i reaktywności związane z wydarzeniem, które zaczęły się po nim nasilać (B), intruzje (C), negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej (D) oraz unikanie (E) alfa Cronbacha wynosiła B=0,91; C=0,80; D=0,91 i E=0,89. Za pomocą testu-retestu przeprowadzonym na grupie 70 studentów, w 3-tygodniowym odstępie ustalono stałość wyników. Ogólny współczynnik r_{tt} wyniósł 0,89, a jego elementy składowe plasowały się w wartościach od 0,61 do 0,89, co wskazuje na wysoką stabilność pomiaru PCL-5.

Trafność

Pomiar trafności konwergencyjnej wykonano z użyciem polskiej adaptacji Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R), przeznaczoną do pomiaru objawów PTSD zgodnych z poprzednią wersją klasyfikacji DSM-IV. Badania prowadzono na grupie 30 studentów. Korelacja między PCL-5, a IES-R wynosiła 0,85. W podskalach wyniki wyniosły: dla intruzji 0,78, dla unikania 0,70, dla pobudzania 0,84 (wszystkie korelacje były istotne statystycznie; $p < 0,001$). Trafność kryterialna została oceniona na podstawie porównania wyników PCL-5 z kryterium zewnętrznym jakim była diagnoza psychiatryczno-psychologiczna. Badana grupa składała się z 60 osób, z czego 53% osób otrzymało diagnozę PTSD. Współczynnik korelacji między wynikami uzyskanymi w PCL-5 a otrzymaną diagnozą wynosił 0,77 i był istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Porównanie wartości średnich w PCL w różnych grupach

Kobiety prezentują istotnie wyższe wyniki we wszystkich kryteriach PTSD ($p < 0,001$). Wiek osób badanych różnicował dwa kryteria – zmiany we wzbudzeniu i reaktywności związane z wydarzeniem, które zaczęły się po nim nasilać (B) oraz intruzje (C). Osoby starsze ujawniają istotnie wyższe nasilenie intruzji i unikania. Najwyższe nasilenie objawów uzyskiwały osoby, które doświadczyły wydarzeń silnie stresujących związanych z chorobą lub chorobą dziecka, doświadczyły przemocy domowej lub wypadku komunikacyjnego.

Różnicowanie PTSD

Do ustalenia progu odcięcia uwzględniono dwie miary jakości reguł decyzyjnych jakimi są czułość i specyficzność. Aby zakwalifikować wynik osoby badanej jako wskazujący na prawdopodobną diagnozę PTSD co najmniej 2 odpowiedzi muszą dotyczyć jednego z objawów z kryterium B i C oraz co najmniej dwóch objawów z kryterium D i E. W badaniu na 60-osobowej grupie osób, które doświadczyły wypadku komunikacyjnego przeprowadzono analizy, z których wynika, że najlepsze wskaźniki maksymalizujące wartości czułości oraz specyficzności uzyskano dla punktu odcięcia w postaci uzyskanych 33 punktów.

Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008)²⁰

Skala zaprojektowana została przez Ninę Ogińską-Bulik i Zygryda Juczyńskiego, publikacja na jej temat ukazała się w 2008 roku w czasopiśmie *Nowiny Psychologiczne* (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Konstrukcja narzędzia

Twierdzenia, zawarte w skali pochodzą z dwóch źródeł. Skala powstała w oparciu o przeprowadzony przegląd badań zagranicznych, które dotyczy pomiaru prężności. W prace zaangażowani byli psychologowie i studenci psychologii Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej w Łodzi. Badania pilotażowe przeprowadzono na 100-osobowej grupie. Badanymi byli mężczyźni i kobiety w wieku 20 – 50 lat. Przy pomocy oceny mocy dyskryminacji wyeliminowane zostały pozycje skali, które korelowały najslabiej z wynikiem ogólnym ($<0,35$). Następnie analizie czynnikowej poddano pozostałe twierdzenia i wyeliminowano te o najslabszych ładunkach czynnikowych ($<0,40$). Ostateczna wersja skali składa się z 25 twierdzeń. Kolejnym etapem tworzenia narzędzia był dalsze badania, przeprowadzone na większej liczbie osób. Skalą składającą się z 25 pytań przebadano 500 osób dorosłych. Wyniki 8 badanych zostały odrzucone. Do kolejnych analiz wykorzystano wyniki 263 mężczyzn i 229 kobiet. Wiek badanych mieścił się w przedziale 19 – 65 lat.

Właściwości psychometryczne

Rzetelność – wskaźnik *alfa* Cronbacha ukazuje zgodność wewnętrzną narzędzia równą 0,89. Błąd standardowy tego pomiaru wyniósł 3,81. Wskaźniki rzetelności ukazują, że wszystkie pięć podskal, które zostały wyodrębnione w skali są do siebie zbliżone. Mieszczą się w przedziałach od 0,67 do 0,75. Wynik ten można uznać za zadowalający ze względu na małą liczbę – 5 – twierdzeń w podskalach.

²⁰ Narzędzie zostało opublikowane w: Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Skala Pomiaru Prężności SPP-25, *Nowiny Psychologiczne*, 3.

Stabilność bezwzględną ustalono przy pomocy testu-retestu. Przeanalizowano wyniki 30 osób, przy odstęp czasowym w badaniu wynoszącym 4 tygodnie. Wynik stabilności bezwzględnej okazała się być równym 0,85, co oznacza, że prężność jako cecha wykazuje dużą stałość.

Trafność potwierdzona przy użyciu znanych narzędzi tj. Inwentarz Osobowości NEO-FFI, Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu, Kwestionariusz Preferowanych Strategii Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE oraz Skala Satysfakcji z Życia SWLS.

Wyniki ukazały, że prężność korelowała dodatnio z sumiennością, a także z ekstrawersją (Inwentarz Osobowości NEO-FFI), afektem pozytywnym (Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu PANAS), satysfakcją z życia (Skala Satysfakcji z Życia SWLS), inteligencją emocjonalną (Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE), i przystosowawczymi sposobami radzenia sobie ze stresem, czyli z planowaniem, pozytywnym przewartościowaniem oraz radzeniem sobie (Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE). Zależności ujemne związane były z neurotycznością, a także z negatywnym afektem i nieprzystosowawczymi strategiami radzenia sobie takimi jak zażywanie substancji psychoaktywnych i zaprzestawanie działania.

Normalizacja

Weryfikowano czy wiek badanych, a także ich płeć różnicuje nasilenie prężności. Wyniki ukazały, że płeć stanowi czynnik różnicujący nasilenie tego zasobu. Badani mężczyźni uzyskiwali wyższe wyniki we wszystkich podskalach. Znaczący to, że w porównaniu z kobietami z tej grupy mają wyższe kompetencje do radzenia sobie oraz posiadają większą tolerancję negatywnego afektu. Natomiast wiek badanych został podzielony na dwie grupy. Jedną z grup to osoby do 40 roku życia, a druga powyżej 40 roku życia. W analizach nie zauważono znaczących różnic między grupami w nasileniu prężności. Zbadano również czy występują różnice nasilenia tego zasobu, w zależności od przynależności do jednej z grup jakimi były: grupa urzędników, studentów, diabetyków, osób w żałobie, grupa strażaków, ratowników medycznych oraz policjantów. Najniższe wyniki uzyskały osoby z grupy, które są urzędnikami. Ogólny wskaźnik prężności różnicował grupę strażaków od urzędników i studentów (przy użyciu testu Tukeya i Scheffe, $p < 0,001$). Ogólny wynik nie ujawnił różnic ze względu na wiek, a różnice między płaciami

były niewielkie. Wynik okazał się nieistotny dla zróżnicowania rozkładu wyników (test Kołogorowa-Smirnowa), więc normy w skali stenowej zostały uwspólnione.

Opis skali – skala składa się z 25 twierdzeń opisujących osobowość wchodzących w skład prężności. Osoba badania ocenienia poszczególne twierdzeń na pięciostopniowej skali typu Likerta. Badany zaznacza jedną z cyfr o konkretnym znaczeniu. Są to: 0 – zdecydowanie nie, 1 – raczej nie, 2 – ani tak, ani nie, 3 – raczej tak, 4 – zdecydowanie tak.

Zastosowanie – skala przeznaczona jest do badań osób dorosłych, zarówno dla osób zdrowych jak i zmagających się z chorobą. Narzędzie można stosować w badaniach indywidualnych, a także grupowych. Skala pozwala na pomiar wyniku ogólnego poziomu prężności oraz pięciu czynników – wytrwałość i determinacja w działaniu, kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja na negatywne emocje, otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie, a także optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach.

Wyniki badania

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 522 osoby, jednak po wykluczeniu ze względu na wyniki wskazujące, że osoby z grupy porównawczej mogą przynależeć do grupy klinicznej (ze względu na skrajnie wysokie wyniki uzyskiwane na skali PCL-5) oraz w celu lepszej kontroli zmiennej jaką był wiek (grupa porównawcza w porównaniu z pozostałymi grupami była o wiele młodsza). Ostatecznie analizie poddano wyniki 405 osób w wieku 18-87 lat ($M=34,50$; $SD=14,19$), 128 mężczyzn (31,6%) i 272 kobiety (67,2%). Przebadano łącznie cztery grupy, tj. grupę osób żyjących z wirusem HIV ($n=87$; 21,5%), grupę osób żyjących z wirusem HIV i mających diagnozę uzależnienia ($n=49$; 12,1%), grupę osób uzależnionych niezakażonych wirusem HIV ($n=46$; 11,4%), grupę osób, które nie były zakażone wirusem HIV ani uzależnione ($n=223$; 55,1%). W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę porównywanych grup pod względem płci i wieku osób badanych.

Dobór narzędzi statystycznych

Model ścieżkowy umożliwił zwiększenie mocy statystycznej w odniesieniu do innych testów porównawczych. Model ścieżkowy zapewnił również minimalizację wystąpienia błędu losowego, gdyż uwzględnione zostały strukturalne zależności między zmiennymi, co zmniejszyło wpływ przypadkowych odchyłeń na uzyskiwane wyniki. Model, który został zastosowany w analizie umożliwił również uwzględnienie powiązań między zmiennymi, co poszerzyło rozumienie uzyskanych danych.

Dla grupy osób żyjących z wirusem HIV wykonano dodatkowe analizy regresji, które umożliwiły zbadanie zachodzących relacji między zmiennymi w grupie osób seropozytywnych. W przyszłości warto byłoby dokonać weryfikacji zaproponowanego modelu na większej próbie osób seropozytywnych.

Tabela 1

Charakterystyka porównywanych grup pod względem płci i wieku osób badanych

Grupa		<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>Max</i>
Osoby żyjące z	mężczyźni	36	41,4	53,83	11,16	27	74

HIV							
	Kobiety	51	58,6	48,29	11,50	24	68
	Ogółem	87	100	50,59	11,62	24	74
Osoby żyjące z HIV z diagnozą	mężczyźni	37	75,5	36,05	12,36	21	62
uzależnienie	Kobiety	12	24,5	42,67	17,72	21	70
	Ogółem	49	100	37,67	13,95	21	70
uzależnienie	mężczyźni	14	30,4	33,00	8,94	22	52
	Kobiety	32	69,6	28,84	6,22	18	45
	Ogółem	46	100	30,11	7,31	18	52
Osoby HIV(-) bez diagnozy uzależnienia	mężczyźni	41	18,4	30,29	12,21	18	74
	Kobiety	177	79,4	28,24	10,49	18	87
	brak danych	5	2,2	20,20	2,17	18	23
	Ogółem	223	100	28,43	10,79	18	87
Ogółem	mężczyźni	128	31,6	38,88	15,04	18	74
	Kobiety	272	67,2	32,71	13,34	18	87
	brak danych	5	1,2	20,20	2,17	18	23
	Ogółem	405	100	34,50	14,19	18	87

n – liczba osób; % - procent grupy; M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; min – wartość minimalna; max – wartość maksymalna

Średnia wieku osób badanych z grupy osób żyjących z wirusem HIV była wyższa niż w pozostałych grupach, w analizach dotyczących modelu zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi wiek osób badanych był więc analizowany jako zmienna kontrolowana.

W tabeli 2 przedstawiono rozkład poziomu wykształcenia osób badanych z porównywanych grup.

Tabela 2*Poziom wykształcenia osób badanych z porównywanymi grup*

		Grupa				
Wykształcenie		HIV(+)	HIV(+) + uzależnienie	Uzależnienie	HIV(-) bez uzależnienia	Ogółem
Podstawowe	<i>n</i>	7	7	2	43	59
	%	8,0	14,3	4,3	19,3	14,6
Zawodowe	<i>n</i>	24	16	1	6	47
	%	27,6	32,7	2,2	2,7	11,6
Średnie	<i>n</i>	32	23	11	69	135
	%	36,8	46,9	23,9	30,9	33,3
Wyższe	<i>n</i>	24	3	32	105	164
	%	27,6	6,1	69,6	47,1	40,5
Ogółem	<i>n</i>	87	49	46	223	405
	%	100	100	100	100	100

n – liczba osób; % - procent grupy

Najwięcej osób z grupy osób żyjących z wirusem HIV i grupy osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych to osoby ze średnim wykształceniem. Większość osób z grupy osób uzależnionych niezakażonych wirusem HIV i najwięcej osób z grupy osób o ujemnym statusie serologicznym nieuzależnionych to osoby z wyższym wykształceniem. W analizach dotyczących modelu zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi posiadanie wyższego wykształcenia przez osoby badane było analizowane jako zmienna kontrolowana.

W tabeli 3 przedstawiono rozkład wielkości miejscowości zamieszkania osób badanych z porównywanymi grup.

Tabela 3*Wielkość miejscowości zamieszkania osób badanych z porównywanymi grup*

Miejsce zamieszkania	Grupa					Ogółem
		HIV(+)	HIV(+) + uzależnienie	Uzależnienie	HIV(-) bez uzależnienia	
Wieś	<i>N</i>	57	16	8	71	152
	%	65,5	32,7	17,4	31,8	37,5
miasto do 10 tys.	<i>N</i>	5	5	3	21	34
	%	5,7	10,2	6,5	9,4	8,4
miasto do 100 tys	<i>N</i>	12	12	11	57	92
	%	13,8	24,5	23,9	25,6	22,7
miasto do 500 tys	<i>N</i>	3	10	14	28	55
	%	3,4	20,4	30,4	12,6	13,6
miasto pow.500 tys.	<i>N</i>	10	6	10	46	72
	%	11,5	12,2	21,7	20,6	17,8
Ogółem	<i>N</i>	87	49	46	223	405
	%	100	100	100	100	100

n – liczba osób; % - procent grupy

Większość osób z grupy osób żyjących z wirusem HIV, najwięcej osób z grupy osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych oraz najwięcej osób z grupy osób HIV(-) bez uzależnienia mieszkało na wsi. Najwięcej osób z grupy osób uzależnionych niezakażonych wirusem HIV mieszkało w mieście o liczebności mieszkańców do 500 tys. W analizach dotyczących modelu zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi zamieszkiwanie na wsi było analizowane jako zmienna kontrolowana.

W tabeli 4 przedstawiono rozkład stanu cywilnego osób badanych z porównywanymi grup.

Tabela 4*Stan cywilny osób badanych z porównywanych grup*

Stan cywilny	Grupa					Ogółem
		HIV(+)	HIV(+) + uzależnienie	Uzależnienie	HIV(-) bez uzależnienia	
brak związku	<i>n</i>	28	28	17	86	159
	%	32,2	57,1	37,0	38,6	39,3
w zw. Nieformalnym	<i>n</i>	17	7	12	73	109
	%	19,5	14,3	26,1	32,7	26,9
w zw. Małżeńskim	<i>n</i>	18	5	14	52	89
	%	20,7	10,2	30,4	23,3	22,0
po Rozwodzie	<i>n</i>	13	7	2	4	26
	%	14,9	14,3	4,3	1,8	6,4
wdowa/ Wdowiec	<i>n</i>	11	2	1	3	17
	%	12,6	4,1	2,2	1,3	4,2
w czasie Separacji	<i>n</i>	0	0	0	5	5
	%	0,0	0,0	0,0	2,2	1,2
Ogółem	<i>n</i>	87	49	46	223	405
	%	100	100	100	100	100

n – liczba osób; % - procent grupy

Najwięcej osób z porównywanych grup nie pozostawało w bliskim związku.

W tabeli 5 przedstawiono rozkład sytuacji zawodowej osób badanych z porównywanych grup.

Tabela 5*Sytuacja zawodowa osób badanych z porównywanymi grup*

Sytuacja zawodowa	Grupa					Ogółem
		HIV(+)	HIV(+) + uzależnienie	Uzależnienie	HIV(-) bez uzależnienia	
Pracują	<i>n</i>	23	18	36	116	193
	%	26,4	36,7	78,3	52,0	47,7
os. Bezrobotne	<i>n</i>	0	28	3	8	39
	%	0,0	57,1	6,5	3,6	9,6
na emeryturze	<i>n</i>	16	2	0	2	20
	%	18,4	4,1	0,0	0,9	4,9
na rencie	<i>n</i>	48	1	0	0	49
	%	55,2	2,0	0,0	0,0	12,1
uczniowie/studenci	<i>n</i>	0	0	7	81	88
	%	0,0	0,0	15,2	36,3	21,7
pracują i studiują	<i>n</i>	0	0	0	18	18
	%	0,0	0,0	0,0	8,1	4,4

n – liczba osób; % - procent grupy

Większość osób z grupy osób żyjących z wirusem HIV to osoby utrzymujące się z renty. Większość osób z grupy osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych to osoby bezrobotne. Większość osób z grupy osób uzależnionych niezakażonych wirusem HIV i z grupy osób nieuzależnionych HIV(-) to osoby aktywne zawodowo. W analizach dotyczących modelu zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi aktywność zawodowa osób badanych była analizowana jako zmienna kontrolowana.

Konfirmacyjna analiza czynnikowa

Wyniki otrzymane za pomocą kwestionariusza MBQ zostały włączone do konfirmacyjnej analizy czynnikowej przeprowadzonej w oparciu o metodę DWLS. Stwierdzono, że zakładana struktura czynnikowa jest dobrze dopasowana do otrzymanych wyników, o ile uwzględnione zostaną silne korelacje pomiędzy parami pozycji nr 8 i nr 10

oraz nr 24 i nr 54. Pozycje z tych par wchodzi w skład tej samej skali, ale korelują ze sobą bardziej niż pozostałe pozycje z tej samej skali. Wartości indeksów dopasowania wynosiły $CFI=0,99$, $NFI=0,99$, $RMSEA=0,01$, $SRMR=0,09$.

W tabeli 6 przedstawiono wartości otrzymanych ładunków czynnikowych.

Tabela 6

Wartości ładunków czynnikowych otrzymane w confirmacyjnej analizie czynnikowej wyników otrzymanych za pomocą kwestionariusza MBQ

Wymiar	Pozycja	f	P
Przypisywanie magicznego znaczenia	nr 32	0,61	
	nr 21	0,70	<,001
	nr 22	0,82	<,001
	nr 33	0,72	<,001
	nr 37	0,75	<,001
	nr 25	0,79	<,001
	nr 39	0,41	<,001
	nr 42	0,60	<,001
	nr 52	0,62	<,001
	nr 53	0,49	<,001
	nr 20	0,37	<,001
Magiczne czynności	nr 40	0,35	
	nr 16	0,67	<,001
	nr 13	0,58	<,001
	nr 17	0,57	<,001
	nr 54	0,45	<,001
	nr 46	0,52	<,001
	nr 30	0,45	<,001
	nr 24	0,39	<,001
	nr 10	0,26	<,001
	nr 08	0,34	<,001
	nr 07	0,69	<,001

Astrologia	nr 04	0,72	
	nr 36	0,75	<,001
	nr 44	0,72	<,001
Wynik ogólny	Przypisywanie magicznego znaczenia	0,97	
	Magiczne czynności	1,04	<,001
	Astrologia	0,89	<,001

f – wartość ładunku czynnikowego; *p* – istotność statystyczna

Wyniki otrzymane za pomocą kwestionariusza SS-HIV również zostały włączone do confirmacyjnej analizy czynnikowej przeprowadzonej w oparciu o metodę DWLS. Stwierdzono, że zakładana struktura czynnikowa jest dobrze dopasowana do otrzymanych wyników, o ile uwzględnione zostaną dodatkowe korelacje pomiędzy parami pozycji nr 13 i nr 15 oraz nr 15 i nr 20 i nr 14 i nr 20. Pozycje te pochodzą z trzech różnych podskal, poza tym w oparciu o wartości indeksów modyfikacji stwierdzono, że pozycja nr 15 oryginalnie wchodząca w skład podskali stresu emocjonalnego była też silnie powiązana z wynikami na podskali stresu instrumentalnego ($MI=17,1$), i z wynikami na podskali stresu społecznego ($MI=13,1$). Pozycja nr 19 oryginalnie wchodząca w skład podskali stresu instrumentalnego była też silnie powiązana z wynikami na podskali stresu emocjonalnego ($MI=10,7$) i z wynikami na podskali stresu społecznego ($MI=10,3$). Wartości indeksów dopasowania wynosiły $CFI=0,99$, $NFI=0,99$, $RMSEA=0,01$, $SRMR=0,08$. W tabeli 7 przedstawiono wartości otrzymanych ładunków czynnikowych.

Tabela 7

Wartości ładunków czynnikowych otrzymane w konfirmacyjnej analizie czynnikowej wyników otrzymanych za pomocą kwestionariusza SS-HIV

Wymiar	Pozycja	<i>F</i>	<i>p</i>
Stres	nr 1	0,80	
Emocjonalny	nr 2	0,65	<.001
	nr 3	0,85	<.001
	nr 8	0,76	<.001
	nr 9	0,33	<.001
	nr 15	0,72	<.001
Stres	nr 17	0,83	
Instrumentalny	nr 18	0,69	<.001
	nr 19	0,64	<.001
	nr 20	0,52	<.001
	nr 21	0,64	<.001
Stres	nr 04	0,88	
Społeczny	nr 05	0,75	<.001
	nr 11	0,81	<.001
	nr 13	0,53	<.001
	nr 14	0,71	<.001
	nr 23	0,72	<.001
Wynik og.	emocjonalny	0,97	
	instrumentalny	0,86	<.001
	społeczny	1,03	<.001

f – wartość ładunku czynnikowego; *p* – istotność statystyczna

Ze względu na powiązania pomiędzy niektórymi pozycjami kwestionariusza a wszystkimi podskalami ostatecznie w kolejnych analizach zostanie wykorzystany tylko wynik ogólny w kwestionariuszu SS-HIV.

Korelacje pomiędzy skalami MBQ

W tabeli 8 przedstawiono wartości współczynników korelacji r Pearsona pomiędzy wynikami na skalach MBQ.

Tabela 8

Współczynniki korelacji pomiędzy wynikami na skalach MBQ

Zmienne	1.	2.	3.	4.	5.
1. Przypisywanie magicznego znaczenia	--				
2. Magiczne czynności	0,624**	--			
3. Astrologia	0,667**	0,613**	--		
4. Wsparcie społeczne	0,056	-0,020	0,004	--	
5. Rozwiązywanie problemu	-0,019	-0,103*	-0,084	0,360**	--
6. Działania magiczne	0,905**	0,744**	0,764**	0,108*	-0,005

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Wyniki na skalach przypisywania magicznego znaczenia, magicznych czynności i astrologii korelowały dodatnio ze sobą i z wynikami na skali działań magicznych. Wyniki na skalach wsparcia społecznego i rozwiązywania problemu korelowały ze sobą dodatnio. Rozwiązywanie problemu korelowało również ujemnie z wynikami na skali magicznych czynności. Wsparcie społeczne korelowało również słabo dodatnio z wynikami na skali działań magicznych.

Rzetelność pomiaru

W tabeli 9 przedstawiono wartości współczynników rzetelności pomiaru α Cronbacha dla analizowanych zmiennych.

Tabela 9

Wartości współczynników rzetelności pomiaru dla analizowanych zmiennych

Zmienne	α
Nasilenie stresu	
Napięcie emocjonalne	0,85

Stres zewnętrzny	0,86
Stres intrapsychiczny	0,69
Ogółem	0,93
Optymizm poznawczy	
Społeczny	0,84
indywidualny	0,78
Ogółem	0,83
Działania magiczne	
Przypisywanie magicznego znaczenia	0,86
Magiczne czynności	0,77
Astrologia	0,79
Ogółem	0,91
Objawy PTSD	
Intruzje	0,87
Unikanie	0,84
Negatywne zmiany w poznaniu i nastroju	0,88
Zmiany w pobudzeniu i reaktywności	0,86
Ogółem	0,94
Prężność psychiczna	
Wytrwałość	0,81
Otwartość	0,72
Kompetencje	0,78
Tolerancja	0,73
Optymizm	0,80
Ogółem	0,93
Stres specyficzny HIV/AIDS	0,95

Porównania międzygrupowe

W tabeli 10 przedstawiono średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wartościami jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 10

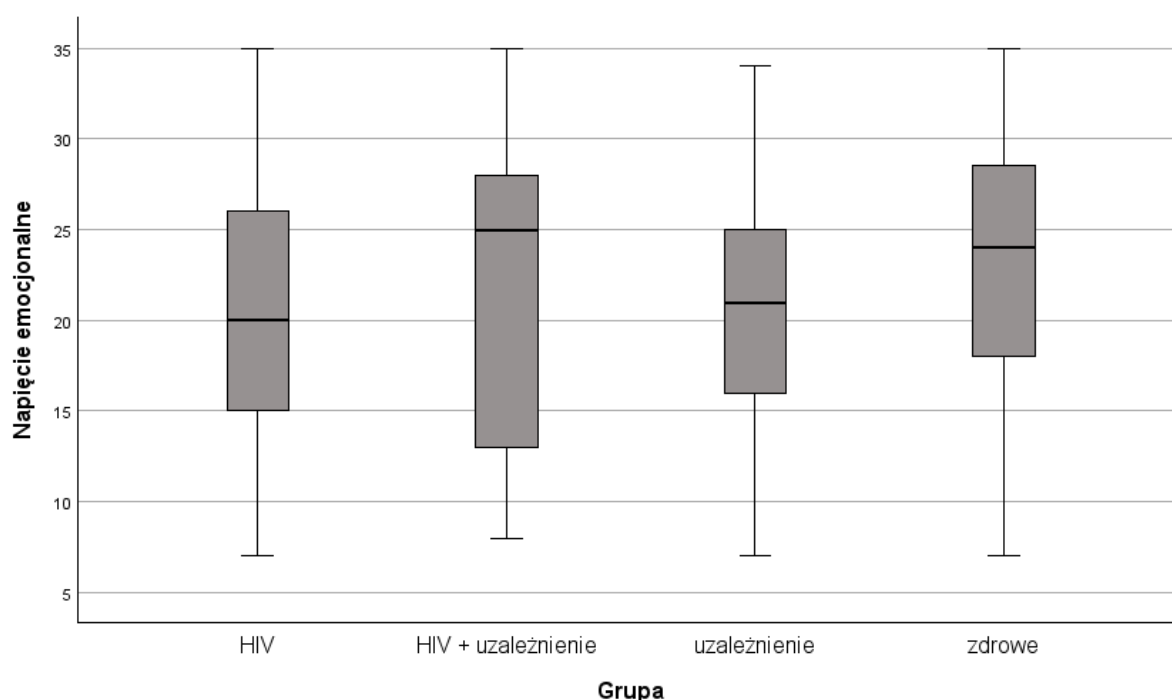
Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w porównywanych grupach

Nasilenie stresu		Grupa					
		HIV(+)	HIV(+) + uzależnienie	Uzależnienie	HIV(-) bez uzależnienia	Ogółem	HIV(+)
Napięcie	<i>M</i>	20,49	21,90	20,67	23,04	3,40	0,018
Emocjonalne	<i>SD</i>	7,14	8,50	6,62	6,85		
Stres	<i>M</i>	23,38	30,88	19,85	33,32	42,36	0,001
Zewnętrzny	<i>SD</i>	8,84	9,35	7,44	9,72		
Stres	<i>M</i>	19,13	21,90	19,76	21,98	3,87	0,010
Intrapsychiczny	<i>SD</i>	7,69	8,83	6,60	6,98		
Ogółem	<i>M</i>	72,89	77,53	77,17	84,84	9,10	0,001
	<i>SD</i>	19,44	25,56	18,03	17,89		

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – wartość jednoczynnikowej analizy wariancji; *p*

– istotność statystyczna

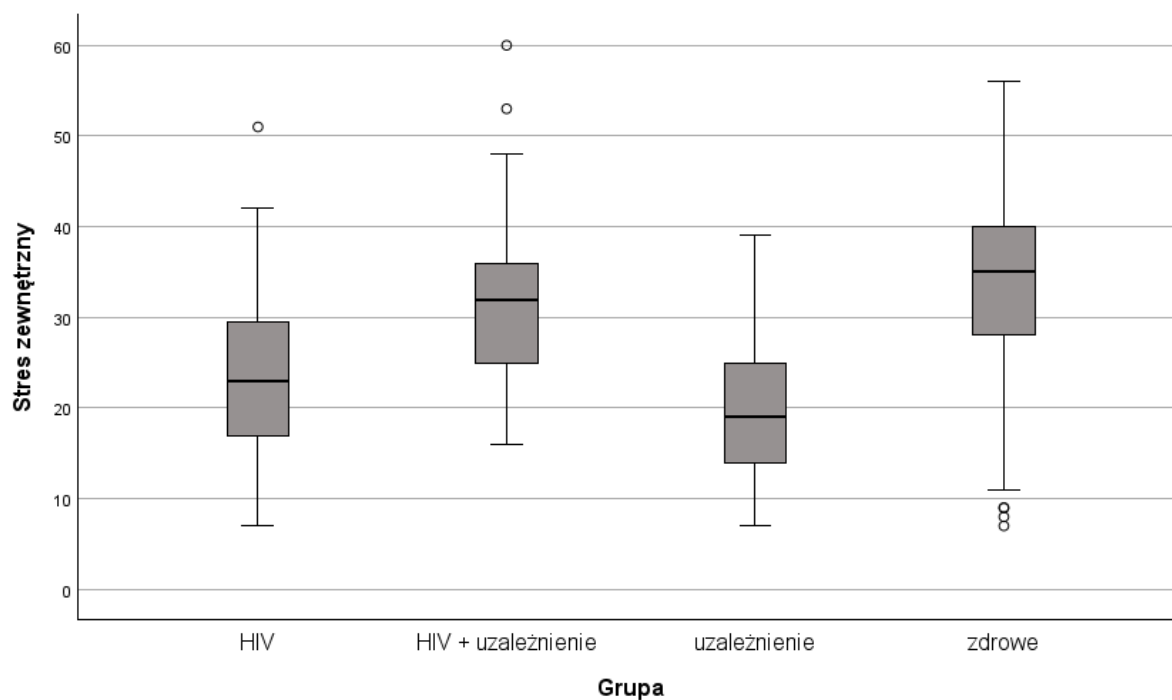
Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie wszystkich analizowanych wskaźników nasilenia stresu. W oparciu o test post hoc Gamesa-Howella stwierdzono, że istotne statystycznie różnice w zakresie napięcia emocjonalnego zachodziły pomiędzy grupą osób żyjących z wirusem HIV a grupą bez diagnozy uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym, $t=-2,85$, $p<0,05$. Średnia wartość nasilenia napięcia emocjonalnego była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób HIV(-) bez uzależnienia niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV. Na rysunku 2 zobrazowano rozrzut nasilenia napięcia emocjonalnego w porównywanych grupach.



Rysunek 2

Rozrzut nasilenia napięcia emocjonalnego w porównywanych grupach.

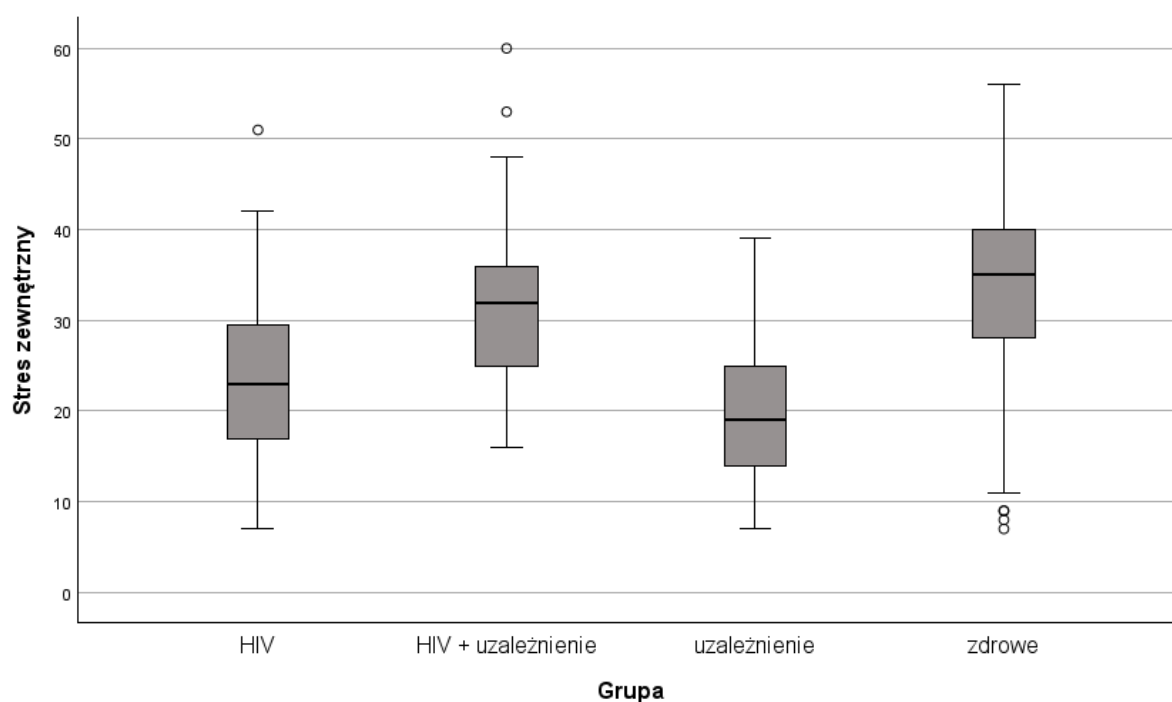
Istotne statystycznie różnice w zakresie średnich wartości nasilenia stresu zewnętrznego zachodziły pomiędzy grupą osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych a grupą osób żyjących z wirusem HIV, ale nie uzależnionych, $t=4,58$, $p<0,001$, i grupą osób uzależnionych, ale nie zakażonych wirusem HIV, $t=6,38$, $p<0,001$, oraz pomiędzy HIV(-) bez uzależniania a grupą osób żyjących z wirusem HIV, ale nieuzależnionych, $t=8,65$, $p<0,001$, i grupą osób niezakażonych wirusem HIV, ale uzależnionych, $t=10,56$, $p<0,01$. Średnie wartości nasilenia napięcia stresu zewnętrznego były wyższe w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych i w grupie osób HIV(-) bez uzależnienia niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV, ale nieuzależnionych i w grupie osób uzależnionych, ale niezakażonych wirusem HIV (por. rys 3).



Rysunek 3

Rozrzut nasilenia stresu zewnętrznego w porównywanych grupach.

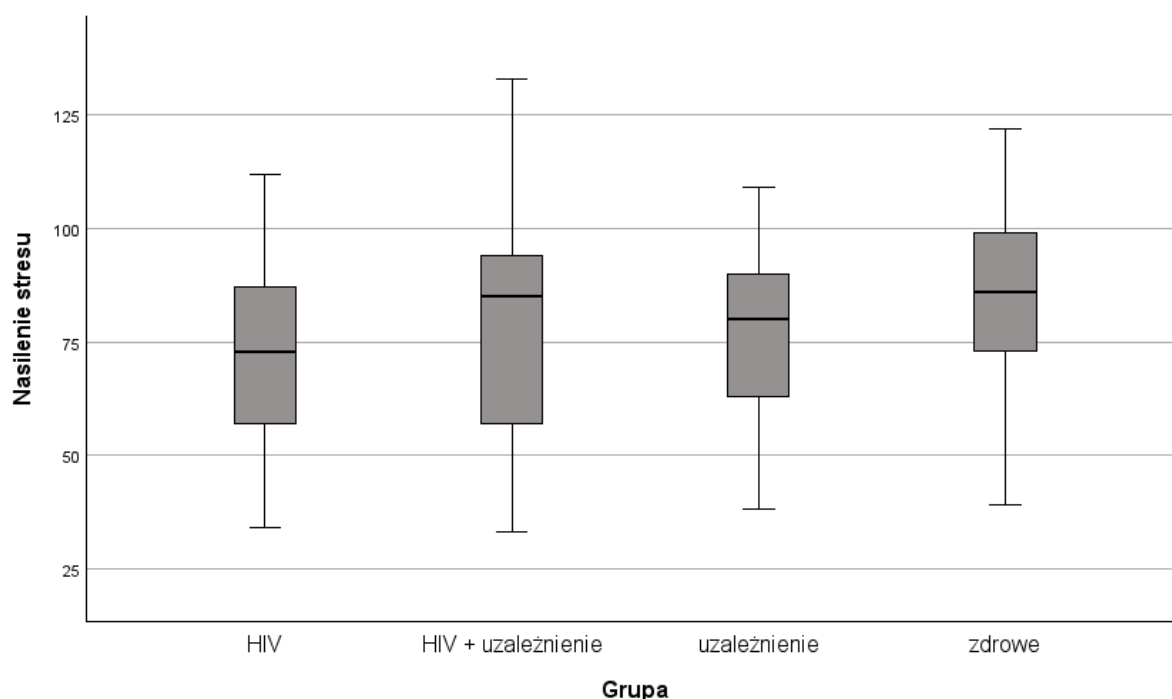
Średnia wartość nasilenia stresu intrapsychicznego była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób HIV(-) bez uzależnienia niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV, ale nie uzależnionych, $t=3,01$, $p<0,05$. Na rysunku 4 zobrazowano rozrzut nasilenia stresu intrapsychicznego w porównywanych grupach.



Rysunek 4

Rozrzut nasilenia stresu intrapsychicznego w porównywanych grupach.

Średnia wartość ogólnego nasilenia stresu była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób HIV(-) bez uzależniania niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV, ale nie uzależnionych, $t=4,97$, $p<0,001$. Na rysunku 5 zobrazowano rozrzut nasilenia ogólnego nasilenia stresu w porównywanych grupach.



Rysunek 5

Rozrzut ogólnego nasilenia stresu w porównywanych grupach.

W tabeli 11 przedstawiono średnie wartości wskaźników poziomu optymizmu poznawczego w porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wartościami jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 11

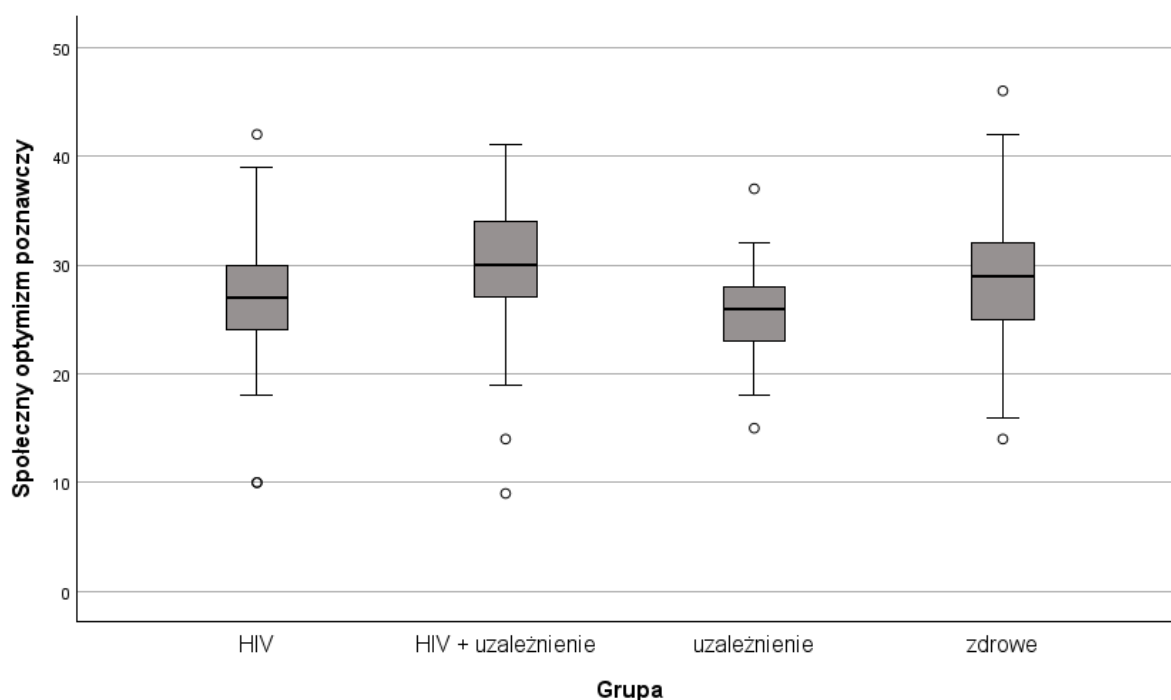
Średnie wartości wskaźników poziomu optymizmu poznawczego w porównywanych grupach

Optymizm poznawczy	Grupa				F	p
	HIV(+)	HIV(+) + uzależnienie	Uzależnienie	HIV(-) bez uzależnienia		
Społeczny	M	26,77	29,61	25,50	28,80	8,28
	SD	5,13	6,17	4,46	5,24	0,001
indywidualny	M	27,55	28,57	29,33	26,43	2,38
	SD	10,34	8,87	6,41	6,73	0,069
Ogółem	M	54,32	58,18	54,83	55,22	1,44
	SD	12,88	13,44	8,67	9,56	0,231

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wartość jednoczynnikowej analizy wariancji; p

– istotność statystyczna

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie poziomu optymizmu społecznego. W oparciu o test post hoc Gamesa-Howella stwierdzono, że istotne statystycznie różnice w zakresie społecznego optymizmu poznawczego zachodziły pomiędzy grupą osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych a grupą osób żyjących z wirusem HIV i nieuzależnionych, $t=2,74$, $p<0,05$, i grupą osób uzależnionych niezakażonych wirusem HIV, $t=3,74$, $p<0,01$, oraz pomiędzy grupą osób HIV(-) nieuzależnionych a grupą osób żyjących z wirusem HIV i nieuzależnionych, $t=3,11$, $p<0,05$, i grupą osób uzależnionych niezakażonych wirusem HIV, $t=4,46$, $p<0,001$. Poziom optymizmu społecznego był istotnie statystycznie wyższy w grupie osób uzależnionych i żyjących z wirusem HIV i grupą osób HIV(-) nieuzależnionych a grupą osób żyjących z wirusem HIV i nieuzależnionych i grupą osób uzależnionych niezakażonych wirusem HIV (por. rys. 6).



Rysunek 6

Rozrzut poziomu społecznego optymizmu poznawczego w porównywanych grupach.

W tabeli 12 przedstawiono średnie wartości wskaźników poziomu myślenia magicznego w porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wartościami jednoczynnikowej analizy wariancji.

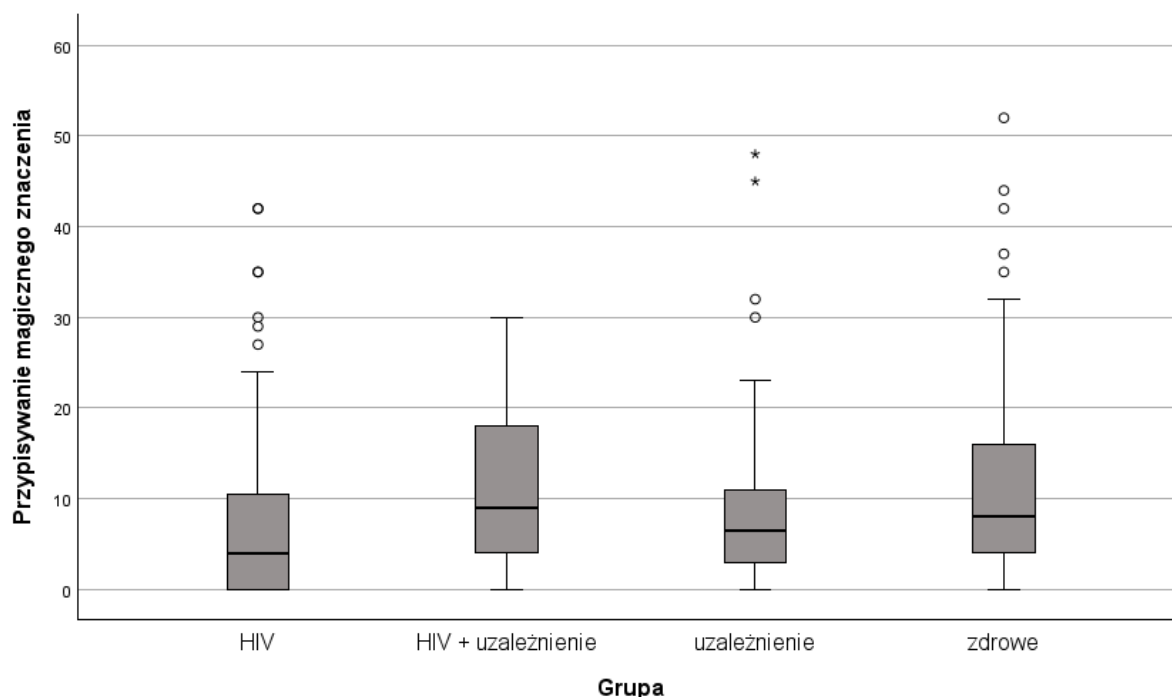
Tabela 12*Średnie wartości wskaźników poziomu myślenia magicznego w porównywanych grupach*

Działania magiczne		Grupa				<i>F</i>	<i>p</i>
		HIV(+)	HIV(+) + uzależnienie	Uzależnienie	HIV(-) bez uzależnienia		
Przypisywanie	<i>M</i>	7,40	10,69	9,57	10,97	2,81	0,039
magicznego znaczenia	<i>SD</i>	10,13	8,75	11,14	9,83		
Magiczne	<i>M</i>	1,53	1,78	1,78	1,79	0,09	0,966
Czynności	<i>SD</i>	3,87	3,46	4,87	4,14		
Astrologia	<i>M</i>	1,80	2,41	1,26	1,94	0,80	0,493
	<i>SD</i>	3,38	4,26	2,89	3,79		
Ogółem	<i>M</i>	24,82	28,82	26,67	28,40	0,55	0,652
	<i>SD</i>	24,54	20,38	26,28	23,60		

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – wartość jednoczynnikowej analizy wariancji; *p*

– istotność statystyczna

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie przypisywania magicznego znaczenia. W oparciu o test post hoc Gamesa-Howella stwierdzono, że istotne statystycznie różnice w zakresie przypisywania magicznego znaczenia zachodziły pomiędzy grupą osób żyjących z wirusem HIV, ale nieuzależnionych a grupą osób zdrowych, $t=-3,57$, $p<0,05$. Średnia wartość przypisywania magicznego znaczenia była istotnie statystycznie niższa w grupie osób żyjących z wirusem HIV, ale nieuzależnionych niż w grupie osób HIV(-) nieuzależnionych (por. rys. 7).



Rysunek 7

Rozrzut poziomu przypisywania magicznego znaczenia w porównywanych grupach.

W tabeli 13 przedstawiono średnie wartości wskaźników nasilenia objawów PTSD w porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wartościami jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 13

Średnie wartości wskaźników nasilenia objawów PTSD w porównywanych grupach

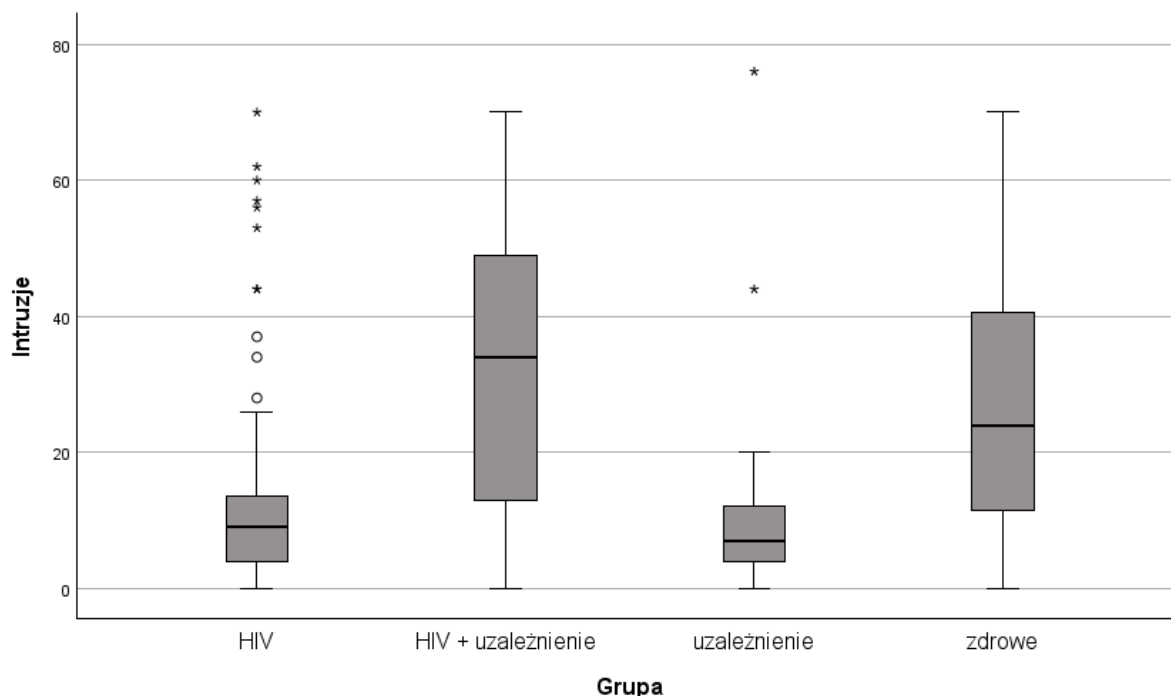
Objawy PTSD		Grupa				<i>F</i>	<i>p</i>
		HIV(+)	HIV(+) + uzależnienie	Uzależnienie	HIV(-) bez uzależnienia		
Intruzje	<i>M</i>	13,41	31,92	10,09	26,56	25,88	0,001
	<i>SD</i>	15,55	19,39	12,26	17,69		
Unikanie	<i>M</i>	3,31	3,92	3,96	3,80	1,09	0,354
	<i>SD</i>	2,42	2,63	2,77	2,47		
Negatywne zmiany w poznaniu i nastroju	<i>M</i>	8,20	13,84	11,28	11,47	7,60	0,001
	<i>SD</i>	6,71	7,36	6,68	7,17		
Zmiany w pobudzeniu	<i>M</i>	8,59	10,29	9,98	10,30	2,03	0,108

i reaktywności	<i>SD</i>	6,08	5,80	5,03	5,50		
Ogółem	<i>M</i>	27,60	37,45	33,13	34,13	3,92	0,009
	<i>SD</i>	19,17	18,70	16,93	17,52		

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – wartość jednoczynnikowej analizy wariancji; *p*

– istotność statystyczna

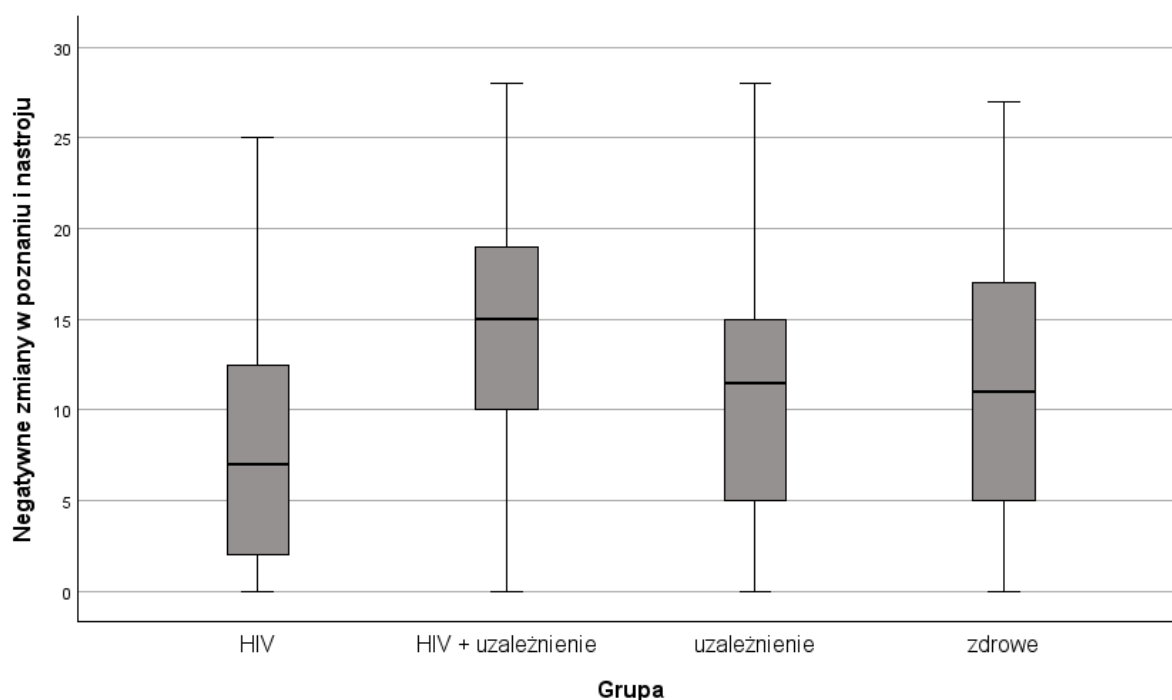
Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie większości analizowanych wskaźników nasilenia objawów PTSD, z wyjątkiem unikania i zmian w pobudzeniu i reaktywności. W oparciu o test post hoc Gamesa-Howella stwierdzono, że średnia wartość nasilenia intruzji była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV, ale nieuzależnionych, $t=5,72$, $p<0,001$, i w grupie osób uzależnionych, ale niezakażonych wirusem HIV, $t=6,60$, $p<0,001$. Podobnie, średnia wartość nasilenia intruzji była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób HIV(-) nieuzależnionych niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV, ale nieuzależnionych, $t=6,43$, $p<0,001$, i w grupie osób uzależnionych, ale niezakażonych wirusem HIV, $t=7,62$, $p<0,001$. Na rysunku 8 zobrazowano rozrzut nasilenia intruzji w porównywanych grupach.



Rysunek 8

Rozrzut nasilenia intruzji w porównywanych grupach.

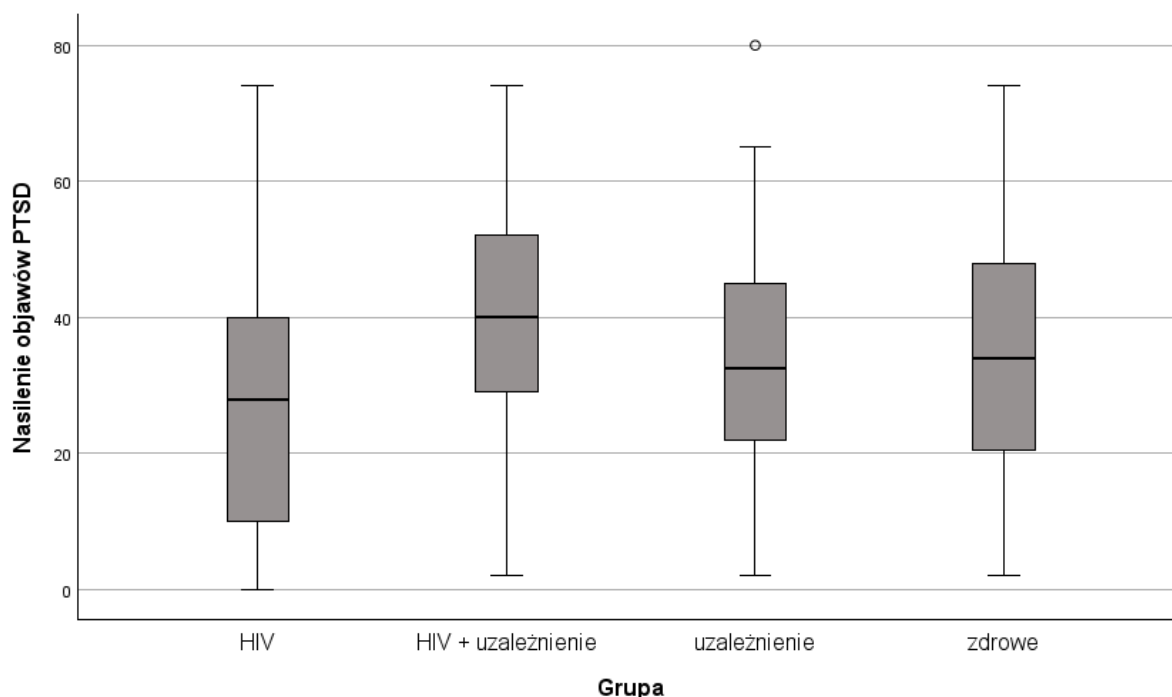
Średnia wartość nasilenia negatywnych zmian w poznaniu i nastroju była istotnie statystycznie niższa w grupie osób żyjących z wirusem HIV i nieuzależnionych niż w grupie osób zakażonych wirusem HIV i uzależnionych, $t=-4,43$, $p<0,001$, i niż w grupie osób HIV(-) bez uzależnienia, $t=-3,79$, $p<0,01$. Na rysunku 9 zobrazowano rozrzut nasilenia negatywnych zmian w poznaniu i nastroju w porównywanych grupach.



Rysunek 9

Rozrzut nasilenia negatywnych zmian w poznaniu i nastroju w porównywanych grupach.

Średnia wartość ogólnego nasilenia objawów PTSD była istotnie statystycznie niższa w grupie osób żyjących z wirusem HIV, ale nie uzależnionych niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych, $t=-2,92$, $p<0,05$, i w grupie osób HIV(-) nieuzależnionych, $t=-2,76$, $p<0,05$. Na rysunku 10 zobrazowano rozrzut ogólnego nasilenia objawów PTSD w porównywanych grupach.



Rysunek 10

Rozrzut ogólnego nasilenia objawów PTSD w porównywanych grupach.

W tabeli 14 przedstawiono rozpowszechnienie wyników w kwestionariuszu PCL-5 wskazujących na diagnozę PTSD w porównywanych grupach.

Tabela 14

Rozpowszechnienie wyników w kwestionariuszu PCL-5 wskazujących na diagnozę PTSD w porównywanych grupach

Grupa	N	%
HIV	26	29,9
HIV + uzależnienie	26	53,1
Uzależnienie	15	32,6
HIV (-) bez uzależnienia	96	43,0
Ogółem	163	40,2

n – liczba osób badanych; % - procent grupy

W oparciu o wartość testu niezależności χ^2 stwierdzono, że zależność pomiędzy przynależnością do jednej z porównywanych grup a rozpowszechnieniem PTSD była istotna statystycznie, $\chi^2(3)=9,07$, $p<0,05$. Osób z wynikami wskazującymi na diagnozę

PTSD było więcej w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV, ale nieuzależnionych.

W tabeli 15 przedstawiono średnie wartości wskaźników poziomu prężności psychicznej w porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wartościami jednoczynnikowej analizy wariancji.

Tabela 15

Średnie wartości wskaźników poziomu prężności psychicznej w porównywanych grupach

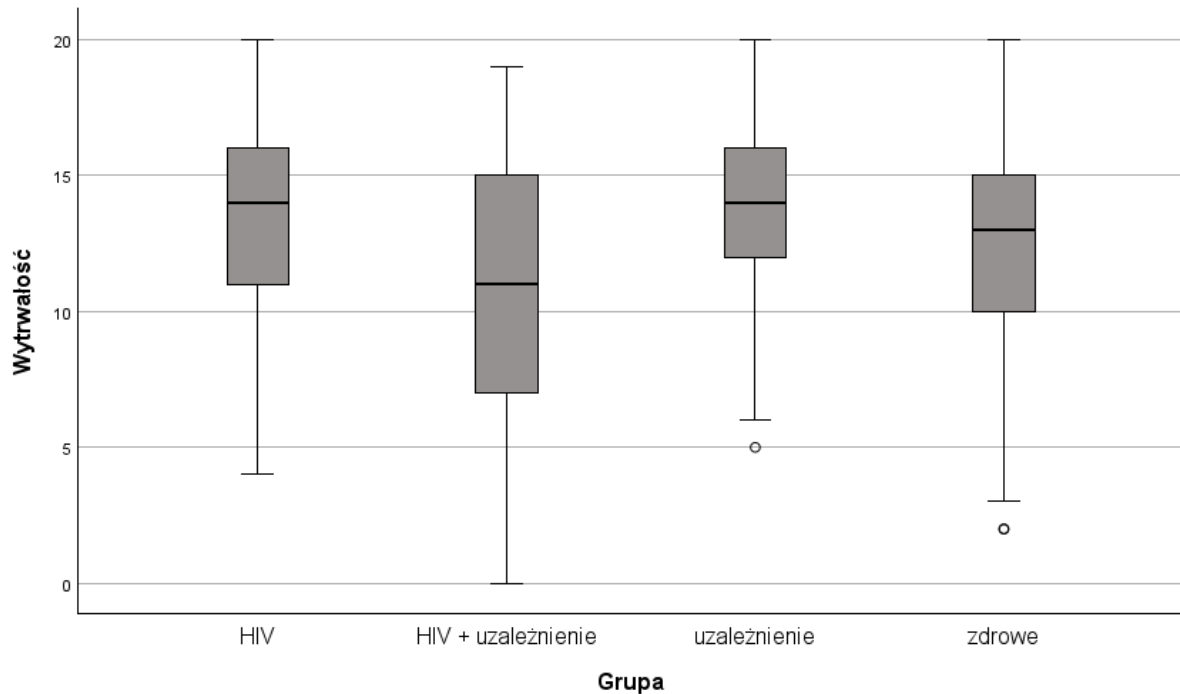
Prężność psychiczna		Grupa				<i>F</i>	<i>p</i>
		HIV(+)	HIV(+) + uzależnienie	Uzależnienie	HIV(-) bez uzależnienia		
Wytrwałość	<i>M</i>	13,47	10,24	13,80	12,54	8,42	0,001
	<i>SD</i>	4,19	5,07	3,48	3,77		
Otwartość	<i>M</i>	13,02	12,65	15,17	14,57	7,87	0,001
	<i>SD</i>	4,67	3,78	3,11	3,15		
Kompetencje	<i>M</i>	12,06	10,88	12,98	12,42	2,55	0,056
	<i>SD</i>	4,66	4,91	3,64	3,68		
Tolerancja	<i>M</i>	12,60	11,51	14,41	13,12	4,82	0,003
	<i>SD</i>	4,77	4,59	3,01	3,46		
Optymizm	<i>M</i>	11,39	10,98	11,91	11,00	0,68	0,563
	<i>SD</i>	4,97	4,89	4,04	3,90		
Ogółem	<i>M</i>	62,54	56,27	68,28	63,65	3,97	0,008
	<i>SD</i>	21,54	21,27	14,49	15,12		

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – wartość jednoczynnikowej analizy wariancji; *p*

– istotność statystyczna

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie większości analizowanych wskaźników poziomu prężności psychicznej, z wyjątkiem kompetencji i optymizmu. W oparciu o test post hoc Gamesa-Howella stwierdzono, że średnia wartość poziomu wytrwałości była istotnie statystycznie niższa w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych niż w grupie osób w grupie osób żyjących z wirusem HIV i nieuzależnionych, $t=-3,79$, $p<0,01$, w grupie osób uzależnionych, ale niezakażonych

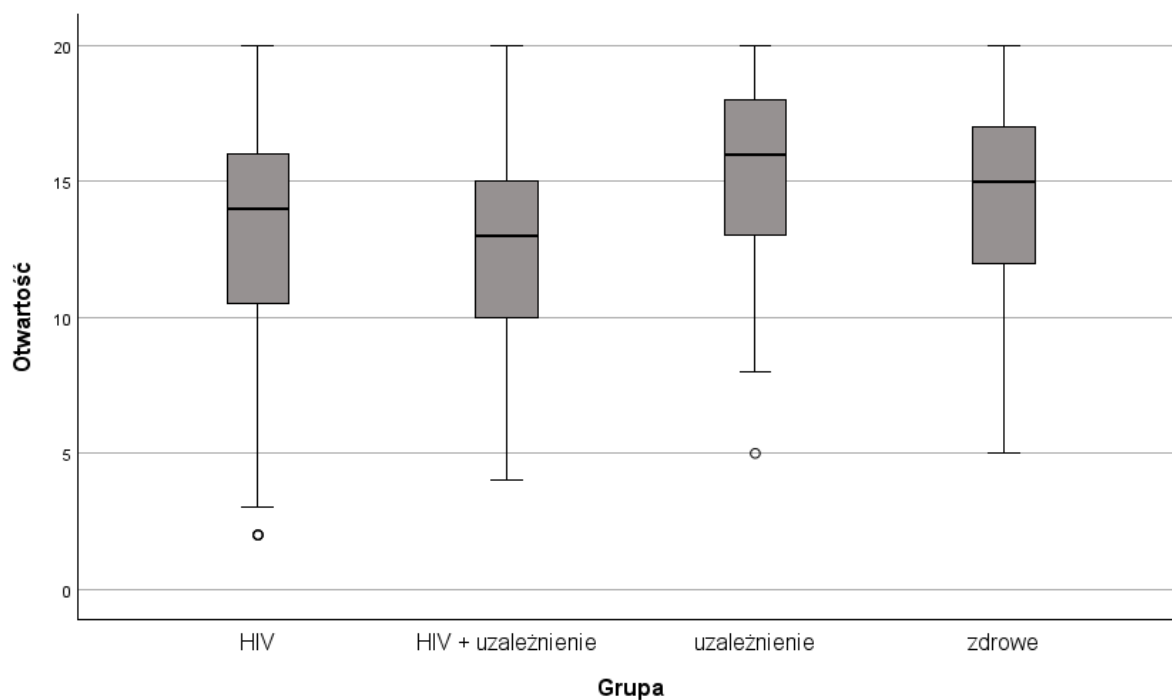
wirusem HIV, $t=-4,01$, $p<0,001$, i w grupie osób HIV(-) nieuzależnionych, $t=-3,00$, $p<0,005$. Na rysunku 11 zobrazowano rozrzut poziomu wytrwałości w porównywanych grupach.



Rysunek 11

Rozrzut poziomej wytrwałości w porównywanych grupach.

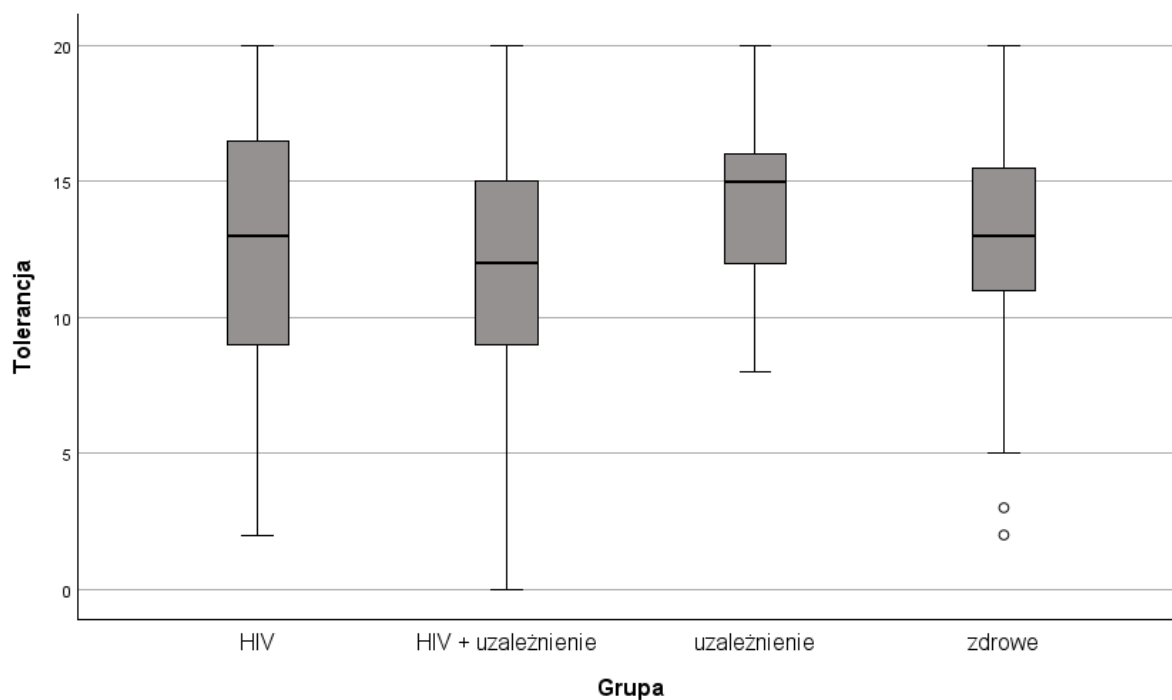
Średnia wartość poziomej otwartości była istotnie statystycznie niższa w grupie osób uzależnionych i żyjących z wirusem HIV niż w grupie osób uzależnionych, ale nie zakażonych, $t=-3,56$, $p<0,001$, i niż w grupie osób HIV(-) nieuzależnionych, $t=-3,31$, $p<0,01$. Średnia wartość poziomej otwartości w grupie osób żyjących z wirusem HIV, ale nie uzależnionych była również istotnie statystycznie niższa niż w grupie osób uzależnionych, ale nie zakażonych, $t=-3,17$, $p<0,05$, i niż w grupie osób zdrowych, $t=-2,85$, $p<0,05$. Na rysunku 12 zobrazowano rozrzut poziomej otwartości w porównywanych grupach.



Rysunek 12

Rozrzut poziomu otwartości w porównywanych grupach.

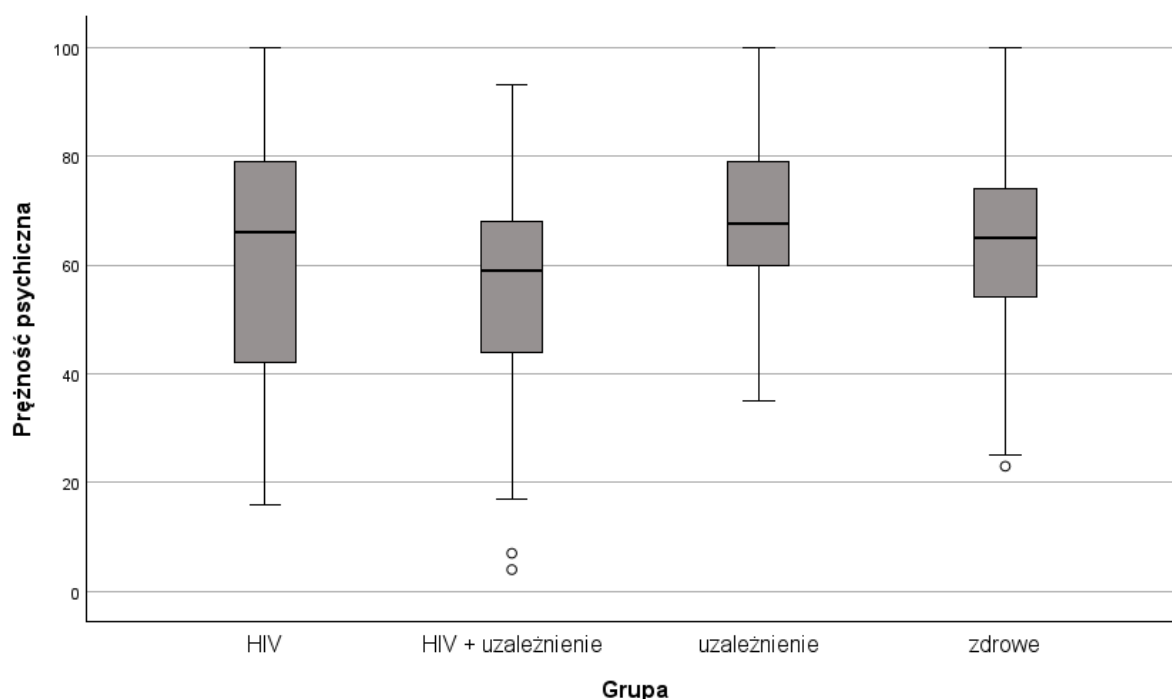
Średnia wartość poziomu tolerancji była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób uzależnionych, ale nie zakażonych niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV i nieuzależnionych, $t=2,68$, $p<0,05$, i w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych, $t=3,67$, $p<0,01$. Na rysunku 13 zobrazowano rozrzut poziomu tolerancji w porównywanych grupach.



Rysunek 13

Rozrzut poziomu tolerancji w porównywanych grupach.

Średnia wartość ogólnego poziomu prężności psychicznej była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób uzależnionych niż w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych, $t=3,24$, $p<0,01$. Na rysunku 14 zobrazowano rozrzut ogólnego poziomu prężności psychicznej w porównywanych grupach.



Rysunek 14

Rozrzut ogólnego poziomu prężności psychicznej w porównywanych grupach.

W tabeli 16 przedstawiono średnie wartości wskaźników nasilenia stresu związanego z życiem z wirusem HIV w grupie osób seropozytywnych i w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych. Zestawienie uzupełniono wartościami testu t Studenta dla prób niezależnych.

Tabela 16

Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu związanego z życiem z wirusem HIV w grupie osób seropozytywnych i w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych

	Grupa					
	HIV		HIV+uzależnienie		<i>T</i>	<i>p</i>
Stres	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Stres emocjonalny	8,64	5,85	9,16	6,97	-0,44	0,660
Stres instrumentalny	7,32	4,86	5,65	5,37	1,85	0,066
Stres społeczny	8,76	5,77	8,31	5,75	0,44	0,661

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wartość testu t Studenta dla prób niezależnych;

p – istotność statystyczna

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy porównywanymi grupami.

Poziom prężności psychicznej a optymizm poznawczy

W tabeli 17 przedstawiono wartości współczynników korelacji r Pearsona pomiędzy wskaźnikami poziomu prężności psychicznej a wskaźnikami poziomu optymizmu poznawczego.

Tabela 17

Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami poziomu prężności psychicznej a wskaźnikami poziomu optymizmu poznawczego

Prężność psychiczna	Optymizm poznawczy	
	Społeczny	indywidualny
Wytrwałość	0,048	0,044
Otwartość	0,051	-0,127**
Kompetencje	0,076	-0,025
Tolerancja	0,027	-0,021
Optymizm	0,114*	0,011
Ogółem	0,073	-0,024

* $p < 0,05$

Otrzymano bardzo słabą dodatnią korelację pomiędzy wynikami na skali kompetencji a poziomem społecznego optymizmu poznawczego i bardzo słabą ujemną korelację pomiędzy otwartością a poziomem indywidualnego optymizmu poznawczego.

Optymizm poznawczy a myślenie magiczne

W tabeli 18 przedstawiono wartości współczynników korelacji r Pearsona pomiędzy wskaźnikami poziomu optymizmu poznawczego a wskaźnikami myślenia magicznego.

Tabela 18

Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami poziomu optymizmu poznawczego a wskaźnikami myślenia magicznego

Działania magiczne	Optymizm poznawczy	
	Społeczny	indywidualny
Przypisywanie magicznego znaczenia	0,127**	0,218**
Magiczne czynności	-0,021	0,104*
Astrologia	0,055	0,089*
Ogółem	0,115*	0,226**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Otrzymano słabe dodatnie korelacje pomiędzy poziomem społecznego optymizmu poznawczego a nasileniem przypisywania magicznego znaczenia i ogólnego poziomu działań magicznych. Poziom indywidualnego optymizmu poznawczego korelował dodatnio ze wszystkimi wskaźnikami działań magicznych.

Optymizm poznawczy a nasilenie stresu

W tabeli 19 przedstawiono wartości współczynników korelacji r Pearsona pomiędzy wskaźnikami poziomu optymizmu poznawczego a wskaźnikami nasilenia stresu.

Tabela 19

Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami poziomu optymizmu poznawczego a wskaźnikami nasilenia stresu

Nasilenie stresu	Optymizm poznawczy	
	Społeczny	indywidualny
Napięcie emocjonalne	0,040	0,074
Stres zewnętrzny	0,331**	-0,013
Stres intrapsychiczny	0,065	0,041
Ogółem	0,071	0,063

** $p < 0,01$

Otrzymano słabe dodatnie korelacje pomiędzy poziomem społecznego optymizmu poznawczego.

Nasilenie stresu a nasilenie objawów PTSD

W tabeli 20 przedstawiono wartości współczynników korelacji r Pearsona pomiędzy wskaźnikami nasilenia stresu a wskaźnikami nasilenia objawów PTSD.

Tabela 20

Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami nasilenia stresu a wskaźnikami nasilenia objawów PTSD

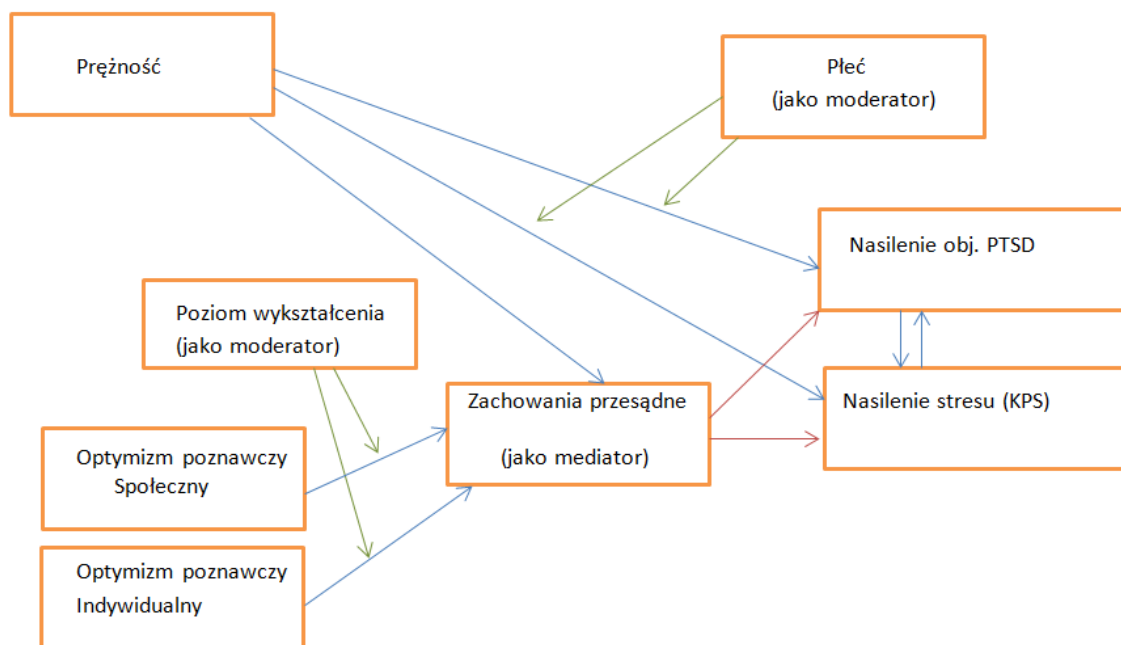
Objawy PTSD	Nasilenie stresu			Ogółem
	Napięcie emocjonalne	Stres zewnętrzny	Stres intrapsychiczny	
Intruzje	0,341**	0,560**	0,406**	0,395**
Unikanie	0,330**	0,136**	0,300**	0,306**
Negatywne zmiany w poznaniu i nastroju	0,481**	0,288**	0,515**	0,507**
Zmiany w pobudzeniu i reaktywności	0,513**	0,255**	0,486**	0,494**
Nasilenie objawów PTSD	0,537**	0,282**	0,536**	0,534**

** $p < 0,01$

Otrzymano dodatnie umiarkowane korelacje pomiędzy wszystkimi wskaźnikami nasilenia stresu a wszystkimi wskaźnikami nasilenia objawów PTSD.

Model zależności pomiędzy zmiennymi

Model zależności pomiędzy zmiennymi zweryfikowano za pomocą analizy ścieżek, w oparciu o metodę największego prawdopodobieństwa. Na rysunku 1 przedstawiono wstępnym model zależności pomiędzy zmiennymi.



Rysunek 1

Wstępny schemat zależności pomiędzy zmiennymi.

Wstępny model zależności pomiędzy zmiennymi nie był wystarczająco dobrze dopasowany do danych. Wartości indeksów dopasowania wynosiły $CFI=0,59$, $NFI=0,58$, $RMSEA=0,14$, $SRMR=0,08$. Otrzymane wartości współczynników regresji przedstawiono w tabeli 21.

Tabela 21

Wartości współczynników regresji otrzymane w modelu wstępnym

Predyktory		Mediatorzy/zm. wyjaśniane	Beta	p
Prężność	->	Zach. Przesądne	-0,02	0,778
Optymizm społeczny	->	Zach. Przesądne	0,04	0,414
Optymizm indywidualny	->	Zach. Przesądne	-0,07	0,384
Wykształt . x Opt. ind.	->	Zach. Przesądne	-0,27	<,001
Wykształcenie	->	Zach. Przesądne	-0,34	<,001

Wykształcenie x Opt. społ.	->	Zach. Przesądne	0,00	0,837
Prężność	->	Obj. PTSD	-0,40	<,001
Płeć	->	Obj. PTSD	0,04	0,423
Płeć x Prężność	->	Obj. PTSD	-0,05	0,380
Zach. Przesądne	->	Obj. PTSD	0,29	<,001
Prężność	->	Stres	-0,38	<,001
Płeć	->	Stres	0,10	0,020
Płeć x Prężność	->	Stres	-0,08	0,150
Zach. Przesądne	->	Stres	0,15	<,001

Beta – standaryzowany współczynnik regresji; *p* – istotność statystyczna

W celu poprawy dopasowania modelu do wyników otrzymanych w badaniu z modelu usunięto ścieżki nieistotne statystycznie a dodano ścieżki na podstawie wartości indeksów modyfikacji przy wartości progowej równej 10. Z modelu usunięto zmienne, dla których nie otrzymano istotnych statystycznie powiązań z pozostałymi zmiennymi. W ten sposób otrzymano model o wartościach indeksów dopasowania $CFI=0,91$, $NFI=0,89$, $RMSEA=0,10$, $SRMR=0,06$.

W tabeli 22 przedstawiono otrzymane wartości współczynników regresji i korelacji.

Tabela 22

Wartości współczynników regresji i współczynników korelacji otrzymane w modelu ostatecznym

Zależności			<i>Beta/r</i>	<i>p</i>
Optymizm indywidualny	->	Zach. Przesądne	0,21	<,001
Wykształcenie	->	Zach. Przesądne	-0,13	0,009
Prężność	->	Obj. PTSD	-0,40	<,001
Zach. Przesądne	->	Obj. PTSD	0,30	<,001
Prężność	->	Stres	-0,37	<,001
Zach. Przesądne	->	Stres	0,15	<,001
Obj. PTSD	<->	Stres	0,42	<,001

Beta – standaryzowany współczynnik regresji; *r* – współczynnik korelacji; *p* – istotność statystyczna

Ostateczny model zależności pomiędzy zmiennymi przedstawiono na rysunku 15. Otrzymano istotną statystycznie ujemną zależność pomiędzy poziomem prężności a nasileniem stresu, wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H1.

Otrzymano również istotną statystycznie ujemną zależność pomiędzy poziomem prężności a nasileniem objawów PTSD, wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H2.

W ostatecznym modelu nie stwierdzono istotnych statystycznie efektów moderacji dotyczących przynależności do grupy kobiet lub do grupy mężczyzn, wobec tego nie otrzymano wyników potwierdzających hipotezy H3 i H4.

Poziom prężności psychicznej nie był istotnie statystycznie powiązany z częstością zachowań przesądnych, częstość zachowań przesądnych nie była więc mediatorem zależności pomiędzy prężnością a innymi zmiennymi, wobec tego nie otrzymano wyników potwierdzających hipotezy H5 i H6.

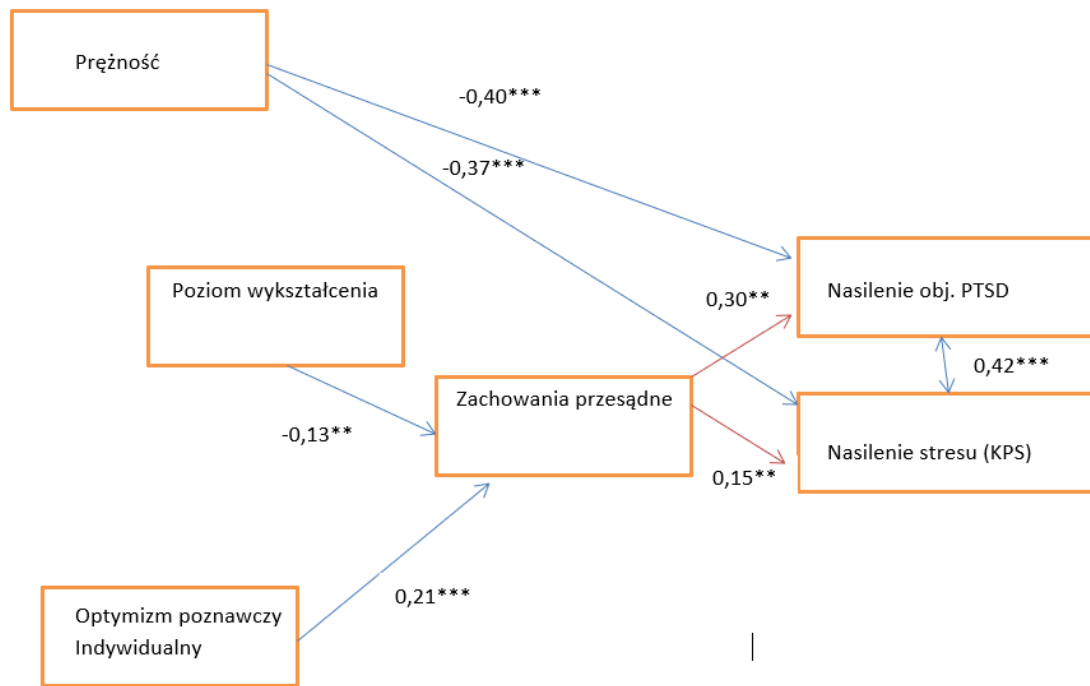
Nie otrzymano istotnych statystycznie zależności pomiędzy społecznym optymizmem poznawczym a pozostałymi zmiennymi, wobec tego nie otrzymano wyników potwierdzających hipotezę H7 i H9.

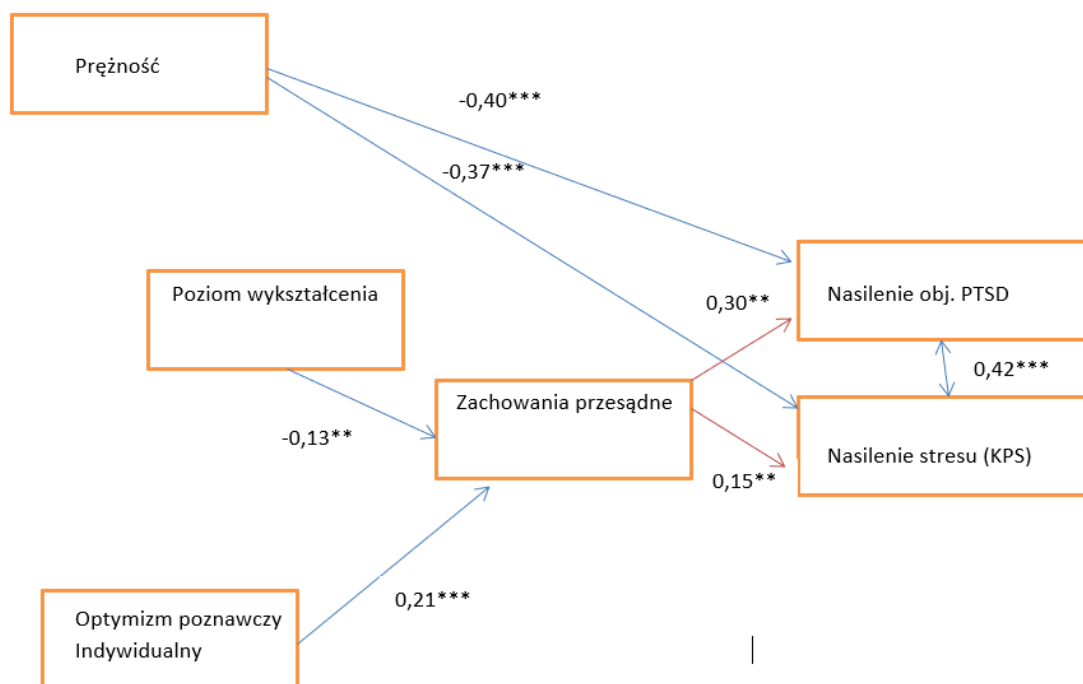
Częstość stosowania zachowań przesądnych była istotnym statystycznie mediatorem zależności pomiędzy optymizmem indywidualnym a nasileniem objawów PTSD, $Beta=0,06$, $p<0,001$, i nasileniem stresu, $Beta=0,03$, $p<0,01$, wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezy H8 i H10.

W ostatecznym modelu nie stwierdzono istotnych statystycznie efektów moderacji dotyczących wykształcenia osób badanych, wobec tego nie otrzymano wyników potwierdzających hipotezy H11 i H12.

Większe nasilenie optymizmu indywidualnego wiązało się z większym nasileniem zachowań przesądnych. Brak wyższego wykształcenia również był powiązany z większym nasileniem zachowań przesądnych. Większe nasilenie zachowań przesądnych wiązało się z kolei z większym nasileniem objawów PTSD i stresu. Nasilenie zachowań przesądnych było

również istotnym statystycznie mediatorem zależności pomiędzy wykształceniem osób badanych a nasileniem objawów PTSD, $Beta=-0,04$, $p<0,01$, i nasileniem stresu, $Beta=-0,02$, $p<0,05$. Nasilenie stresu i nasilenie objawów PTSD korelowały ze sobą dodatnio.





Rysunek 15

Ostateczny model zależności pomiędzy zmiennymi

Predyktory nasilenia stresu związanego z życiem z HIV

W celu wyodrębnienia predyktorów nasilenia stresu związanego z życiem z HIV przeprowadzono krokową analizę regresji, w której w roli predyktorów analizowano prężność psychiczną, optymizm poznawczy i zachowania przesądne. Analizy przeprowadzono wyłącznie w grupie osób zakażonych wirusem HIV, tzn. w grupie osób zakażonych wirusem HIV i nieuzależnionych i w grupie osób zakażonych wirusem HIV i uzależnionych łącznie. Wyniki przedstawiono w tabeli 23.

Tabela 23

Predyktory nasilenia stresu związanego z życiem z HIV

	Predyktory	Beta	t	P
Zmienne	Prężność psychiczna	-0,48	-6,44	0,001
Włączone	Działania magiczne	0,15	2,01	0,046
Zmienne	Społeczny optymizm poznawczy	-0,01	-0,07	0,945

Wykluczone	Indywidualny optymizm poznawczy	0,05	0,69	0,494
------------	---------------------------------	------	------	-------

Beta – standaryzowany współczynnik regresji; *t* – wartość testu istotności statystycznej predyktora; *p* – istotność statystyczna

Stwierdzono, że prężność psychiczna była powiązana ujemnie z nasileniem stresu związanego z życiem z HIV, wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H13.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie powiązań pomiędzy wskaźnikami optymizmu poznawczego, wobec tego nie otrzymano wyników potwierdzających hipotezy H14 i H15.

Otrzymano natomiast istotną statystycznie dodatnią zależność pomiędzy wynikami na skali działań magicznych a nasileniem stresu związanego z życiem z HIV, wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H16. Model oparty na poziomie prężności psychicznej i nasileniu myślenia przesadnego wyjaśniał łącznie 24,5% wariancji nasilenia stresu związanego z życiem z HIV.

Predyktory spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD

W celu wyodrębnienia predyktorów nasilenia wyników w kwestionariuszu PCL-5 wskazujących na diagnozę PTSD przeprowadzono krokową logistyczną analizę regresji, w której w roli predyktorów analizowano prężność psychiczną, optymizm poznawczy i zachowania przesadne. Analizy przeprowadzono odrębnie w grupie osób zakażonych wirusem HIV, tzn. w grupie osób zakażonych wirusem HIV i nieuzależnionych i w grupie osób zakażonych wirusem HIV i uzależnionych łącznie oraz w grupie osób niezakażonych wirusem HIV, tzn. w grupie osób uzależnionych i w grupie osób zdrowych łącznie. Wyniki przedstawiono w tabeli 24.

Tabela 24

Predyktory spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD

Predyktory		OR	Wald	P
Grupa osób zakażonych wirusem HIV				
Zmienne	Prężność psychiczna	0,96	19,69	0,001
Włączone	Nasilenie stresu	1,08	19,97	0,001

	Działania magiczne	1,04	9,19	0,002
Zmienne	Społeczny optymizm poznawczy	1,03	0,82	0,366
Wykluczone	Indywidualny optymizm poznawczy	1,03	2,01	0,156
Grupa osób niezakażonych wirusem HIV				
Zmienne	Prężność psychiczna	0,98	4,55	0,033
Włączone	Nasilenie stresu	1,05	26,62	0,001
	Działania magiczne	1,03	16,45	0,001
Zmienne	Społeczny optymizm poznawczy	1,00	0,01	0,941
Wykluczone	Indywidualny optymizm poznawczy	1,02	0,89	0,344

OR – iloraz szans; *Wald* – wartość testu istotności statystycznej predyktora; *p* – istotność statystyczna

W obu porównywanych grupach stwierdzono, że wyższy poziom prężności psychicznej wiązał się z mniejszym prawdopodobieństwem diagnozy PTSD, wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H17. Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie powiązań pomiędzy wskaźnikami optymizmu poznawczego a diagnozą PTSD, wobec tego nie otrzymano wyników potwierdzających hipotezy H18 i H19. Wyższe wyniki na skali działań magicznych wiązały się z większym prawdopodobieństwem diagnozy PTSD, wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H20. Większe nasilenie stresu było powiązane z większym prawdopodobieństwem PTSD w obu grupach, wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H21. Różnica pomiędzy porównywanymi grupami polega na sile opisywanych zależności. W grupie osób seropozytywnych prężność psychiczna, nasilenie stresu i wyniki na skali działania magicznego wyjaśniały łącznie 41,2% wariancji wyników w kwestionariuszu PCL-5 wskazujących na diagnozę PTSD. W grupie osób niezakażonych procent wyjaśnianej wariancji był znacznie niższy, wynosił 23,5%.

Dyskusja

Badania skupione są wokół modelu powiązań między wybranymi zmiennymi. Szczególna rola została przypisana prężności, która jest umożliwiającym rezygnację z nieprzystosowawczych strategii oraz aktywne poszukiwanie nowych rozwiązań w sytuacjach trudnych (Nadolska, Sęk, 2007). Jest ona stałym zasobem osobowy, który wiąże się możliwością porzucania nieprzystosowawczych strategii zaradczych. W oparciu o teorię

Lazarusa i Folkman (1984) można stwierdzić, że zasób ten związany pełni szczególną rolę podczas dokonywania oceny wtórnej. Prężność jest bowiem ważnym zasobem umożliwiającym przewartościowanie sytuacji, co może wiązać się z redukcją nasilenia stresu. W niniejszym badaniu weryfikowano model relacji pomiędzy zmiennymi, w którym prężność została ujęta jako jedna ze zmiennych wyjaśniających, natomiast nasilenie stresu i objawów PTSD jako zmienne wyjaśniane.

Status zmiennych wyjaśniających przypisano również społecznemu i indywidualnemu optymizmowi poznawczemu, które jako stosunkowo stałe przyjmowane postawy wobec szeroko rozumianej nauki przejawiające się zaufaniem versus jego brakiem wobec do ekspertów dostępnych rozwiązań opartych na dowodach naukowych mogą być aktywowane w odpowiedzi na stres i wpływać na sposób interpretowania zaistniałej sytuacji oraz podejmowane w jej obliczu działania. Optymizm poznawczy może przyczyniać się tym samym do specyfiki nadawania sensu sytuacjom trudnym bądź niejednoznacznym. Ponowna ocena sytuacji może być przydatna w dostosowaniu się do nowych warunków i redukcji stresu. W niniejszej pracy oczekiwano, że optymizm poznawczy i społeczny stanowić będą, obok prężności, zmienne wyjaśniające w relacji z nasileniem objawów ogólnego stresu i objawów PTSD.

W założeniach stosowanie zachowań przesądnych rozumianych jako strategia zaradcza, która może zostać podjęta w sytuacjach trudnych przez osoby o różnych poziomach prężności czy optymizmu poznawczego miała stanowić mediator relacji między zmiennymi wyjaśniającymi, a wyjaśnianymi. Zgodnie z założeniami Lazarusa i Folkman (1984) część strategii zaradczych może pełnić funkcję adaptacyjną, inne natomiast mogą okazać się nieprzydatne, bądź szkodliwe. W niniejszej pracy podjęto próbę ustalenia jaką funkcję pełnią zachowania przesądne. Rola mediatora wskazywałaby, że zachowania przesądne będą wzmacniać lub osłabiać relację między zmiennymi. W dalszych analizach ujawniono, że zachowania przesądne są istotnym silnym mediatorem relacji pomiędzy indywidualnym optymizmem poznawczym a poziomem ogólnego stresu i nasilenia objawów PTSD, a także predyktorem spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD oraz nasilenia stresu związanego z życiem z wirusem HIV.

W kolejnych częściach niniejszego rozdziału szczegółowo omówione zostaną powiązania między zmiennymi, a także częstotliwość i nasilenie objawów PTSD z perspektywy porównań grupowych, prężność psychiczna z perspektywy porównań grupowych, predyktory

nasilenia stresu związanego z HIV oraz predyktory spełniania kryteriów diagnostycznych zespołu stresowego pourazowego.

Omówienie modelu powiązań między zmiennymi

Zaproponowany model relacji pomiędzy analizowanymi zmiennymi (rys. 1. Wstępny schemat zależności pomiędzy zmiennymi) powstał w oparciu o współczesną literaturę przedmiotu. Pierwszą część modelu stanowi zależność między prężnością ujmowaną jako zasób podmiotowy a nasileniem odczuwanego stresu. Prężność jest szeroko opisywana w literaturze psychologicznej. Często wskazuje się, że ten zasób ma kluczowe znaczenie w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Prężność według niektórych badaczy wiąże się z cechami takim jak niezależność, z samokontrolą, czy łatwością w adaptacji do nowych sytuacji (Block, Block, 1980). Inni psychologowie wskazują, że prężność sprzyja pozytywnemu przewartościowaniu, co ułatwia skuteczne radzenie sobie (Friborg i współ., 2003). Według wielu badań prężność jest zasobem pozwalającym na redukcję stresu i poradzenie sobie z nim (De Santis i współ., 2013; Fletcher i współ., 2020; Wen i współ., 2021; Diaz-Martinez i współ., 2021). Te założenia pozwoliły na zbudowanie modelu opartego o relacje między zmienną wyjaśniającą jaką jest prężność i zmienną wyjaśnianą – poziomem stresu. W ostatecznym modelu zależności pomiędzy zmiennymi (rys.15) prężność pełni funkcję zmiennej wyjaśniającej w stosunku do poziomu ogólnego stresu (współczynnik korelacji wynosił $-0,40$; $p < 0,001$; prężność tłumaczyła 16,9% nasilenia stresu ogólnego). Wskazuje to, że również w niniejszych badaniach prężność jest istotnym zasobem osobowym związanym ujemnie z wyższym poziomem stresu. Wynik potwierdza hipotezę 1, która wskazuje, że im wyższy jest poziom prężności tym mniejsze jest nasilenie stresu ogólnego. W ostatecznym modelu badania prężność związana jest również z nasileniem objawów PTSD – zachodzi tu ujemna korelacja (współczynnik korelacji wynosił $-0,37$; $p < 0,001$; prężność tłumaczyła 25,9% wariancji nasilenia objawów PTSD; $p < 0,05$). Co potwierdza hipotezę 2 – im wyższy jest poziom prężności, tym mniejsze jest nasilenie objawów PTSD. Ma to odzwierciedlenie w literaturze. Liczne badania wskazują na to, że prężność może redukować ryzyko pojawienia się objawów PTSD po doświadczeniu sytuacji trudnej oraz że zasób ten pozwala na zmniejszenie negatywnych następstw PTSD (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2012; Skalski i współ., 2022; Olszewska-Turek i współ. 2024).

W badaniach nie stwierdzono jednak, że częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem w relacji między poziomem prężności a nasileniem stresu, tym samym nie została potwierdzona hipoteza 5. Nie stwierdzono również roli mediacyjnej tej strategii zaradczej w relacji między prężnością a nasileniem objawów PTSD. Tym samym hipoteza 6 nie została również potwierdzona. Fakt ten można rozumieć jako potwierdzenie oddziaływania prężności na procesy regulacji stanu emocjonalnego, na co wskazuje literatura przedmiotu (m.in. Fredrickson, 2000; Heszen, Sęk, 2007; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Oddziaływanie to może odbywać się natomiast za pośrednictwem innych strategii zaradczych, niż uwzględnione w modelu zachowania przesądne.

W niniejszej pracy oczekiwano, że płeć będzie pełnić rolę moderatora między prężnością, a nasileniem stresu i objawów PTSD. Literatura przedmiotu wskazuje, że kobiety są bardziej narażone na rozwój PTSD niż mężczyźni. W badaniach Haering i współpracowników (2024) kobiety częściej deklarowały silniejsze reakcje na stres psychologiczny niż mężczyźni. Badacze obserwowali również różnice w nasileniu objawów PTSD i u kobiet były one silniejsze (Haering i współ., 2024). Z badań Noltinga i współpracowników (2025) wynika, że kobiety o ponad 80% częściej zgłaszały objawy zespołu stresu pourazowego niż mężczyźni (Nolting i współ., 2025). W badaniach z 2021 roku stwierdzono, że kobiety były od 2-2,5 razy bardziej narażone na wystąpienie objawów PTSD niż mężczyźni (McGinty i współ., 2021). Z kolei w badaniach Tanga i współpracowników (2020) analizy wykazały, że kobiety żyjące z wirusem HIV częściej doświadczały objawów PTSD niż mężczyźni (Tang i współ., 2020). W badaniach Hu i współpracowników (2024) w grupach osób żyjących z HIV w zależności od płci odmienne były częstotliwości występowania PTSD. Częstotliwość występowania zespołu stresu potraumatycznego wynosiła 24 % dla seropozytywnych kobiet i 17 % dla mężczyzn żyjących z wirusem HIV (Hu i współ., 2024). W niniejszym badaniu nie stwierdzono jednak efektu moderacji płci między prężnością a nasileniem i częstotliwością występowania PTSD oraz nasileniem ogólnego stresu. Wynik ten nie pozwala zatem na potwierdzenie hipotez 3 (płeć jest moderatorem relacji między prężnością a nasileniem objawów PTSD) i 4 (płeć jest moderatorem relacji pomiędzy prężnością a nasileniem stresu ogólnego). Również w innych Polskich badaniach nie zaobserwowano takiej zależności. W badaniach polskich prowadzonych przez Ogińską-Bulik (2016) wykazano, że płeć nie różnicuje nasilenia objawów PTSD w grupie osób żyjących z wirusem HIV (Ogińska-Bulik, 2016). Koniecznym jest dalsze badanie moderacyjnej roli płci w relacji między prężnością a nasileniem objawów PTSD z uwzględnieniem aspektu kulturowego. Istotnym może okazać

się zbadanie czy w Polsce zachodzi inny efekt w tych relacjach oraz jakie elementy społeczno-kulturowe są z nim związane.

W ramach weryfikowanego modelu postulowano również występowanie zależności między społecznym optymizmem poznawczym ujmowanym w kategoriach stałej predyspozycji jednostki a nasileniem odczuwanego stresu. Oczekiwano, że relacja ta będzie mediowana przez częstotliwość podejmowania zachowań przesądnych. Zgodnie z wiedzą autorki obecnie nie ma badań dotyczących związku społecznego optymizmu poznawczego z nasileniem stresu. Jednak wcześniejsze badania wskazywały, że przyjmowana postawa epistemiczna może być związana z poziomem odczuwanego dyskomfortu psychicznego – z lękiem i stresem. Postawa związana z zaufaniem do nauki może dawać poczucie sprawstwa, motywować do wyznaczania celu i rozpoczęcia działania, a także aktywizować do poszukiwania rzetelnej wiedzy na temat problemu. W efekcie może to wpływać na redukcję nasilenia stresu. W niniejszym badaniu nie zachodziła istotna statystycznie relacja między społecznym optymizmem poznawczym a nasileniem stresu. Otrzymano jedynie słabe dodatnie korelacje między społecznym optymizmem poznawczym, a nasileniem stresu zewnętrznego ($r = 0,331$; $p < 0,01$). Stres zewnętrzny związany jest z doświadczeniem presji i wymagań ze strony otoczenia. Jest to ciekawy wynik, a możliwym jego wyjaśnieniem jest fakt, że wiedza kształtuje percepcję ryzyka. W badaniach Ning i współpracowników (2020), ukazano, że wiedza dotycząca wirusa COVID-19 wpływała na wyższy poziom zachowań ochronnych. Wiedza ta związana była z negatywnymi emocjami (Ning i wpół., 2020). Możliwym jest, że osoby cechujące się wysokim społecznym optymizmem są świadome różnych wyzwań oraz mogą odczuwać presję społeczną w rozmaitych aspektach. W niniejszej pracy oczekiwano również, że częstotliwość podejmowania zachowań przesądnych będzie mediować relację między społecznym optymizmem poznawczym a nasileniem stresu ogólnego. W badaniu nie stwierdzono jednak efektu mediacyjnego, co zaprzecza hipotezie 7 (częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji między społecznym optymizmem poznawczym, a nasileniem stresu ogólnego). Nie odnotowano również efektu mediacyjnego częstotliwości zachowań przesądnych w relacji między społecznym optymizmem poznawczym a nasileniem PTSD, co zaprzecza hipotezie 9 (częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji między społecznym optymizmem poznawczym, a nasileniem objawów PTSD). Można zatem stwierdzić, że rola społecznego optymizmu poznawczego nie była znacząca w obrębie analizowanej struktury relacji pomiędzy zmiennymi.

Bardziej istotną rolę pełnił natomiast indywidualny optymizm poznawczy. Trzecią część modelu stanowiła zależność między indywidualnym optymizmem poznawczym traktowanym jako stała predyspozycja jednostki, a nasileniem odczuwanego stresu. Relacja była mediowana przez częstotliwość podejmowania zachowań przesądnych. Wcześniejsze badania ukazywały zależność między nasileniem lęku a potrzebą domknięcia poznawczego, które czasem związane było ze zwrotem badanych w kierunku pseudonaukowych wyjaśnień (Bryden i współ., 2018; Cavojova i współ., 2020). Częstotliwość stosowania zachowań przesądnych była istotnym statystycznie mediatorem zależności między indywidualnym optymizmem poznawczym a nasileniem objawów PTSD ($r = 0,21$; $p < 0,001$; efekt mediacji odpowiadał za 6,8% wariancji zmiennej wyjaśnianej). Potwierdza to hipotezę 10 (częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji między indywidualnym optymizmem poznawczym, a nasileniem objawów PTSD). Większe nasilenie indywidualnego optymizmu poznawczego wiązało się z większą częstotliwością występowania zachowań przesądnych. Indywidualny optymizm poznawczy był powiązany dodatkowo ze wszystkim wskaźnikami działań przesądnych. Natomiast większa częstotliwość zachowań przesądnych wiązała się zarówno z większym nasileniem objawów PTSD jak i stresu ogólnego (kolejno: $r = 0,30$; $p < 0,01$ i $r = 0,15$; $p < 0,01$). Można więc stwierdzić, że w niniejszym badaniu zachowania przesądne pełniły rolę mediatora między indywidualnym optymizmem poznawczym, a nasileniem objawów PTSD i stresu. Potwierdza to hipotezę 8 (częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji między indywidualnym optymizmem poznawczym, a nasileniem stresu ogólnego) i 10 (częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji między indywidualnym optymizmem poznawczym, a nasileniem objawów PTSD). Wyniki badania mogą wskazywać na to, że osoby z grup badanych charakteryzujące się wysokim poziomem indywidualnego optymizmu poznawczego, które częściej sięgają również po strategie zaradcze oparte o myślenie magiczne mierzą się z większym nasileniem objawów PTSD oraz ogólnego stresu. Korzystanie ze strategii opartych na działaniach przesądnych może być wynikiem chęci odzyskania kontroli w sytuacjach trudnych, a także chęcią zwiększenia poczucia sprawstwa i redukcji stresu. Możliwym jest, że strategie te krótkofalowo pomagają zredukować dyskomfort psychiczny, jednak długofalowo nie rozwiązują trudności z jakimi zmagają się osoby i przyczyniają się do zwiększenia nasilenia objawów PTSD.

W badaniu oczekiwano, że poziom wykształcenia (wykształcenie wyższe lub brak wykształcenia wyższego) będzie moderatorem relacji między indywidualnym i społecznym

optymizmem poznawczym a częstotliwością podejmowania zachowań przesądnych. Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie relacji. Wynik ten nie potwierdza w badaniach hipotez 11 (poziom wykształcenia moderuje relację pomiędzy optymizmem społecznym a częstotliwością zachowań przesądnych) i 12 (poziom wykształcenia moderuje relację pomiędzy indywidualnym optymizmem, a częstotliwością zachowań przesądnych). Stwierdzono jednak, że częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem zależności między wykształceniem osób badanych, a nasileniem objawów i ogólnego stresu. Można stwierdzić, że im wyższy poziom wykształcenia tym nico słabsza tendencja do stosowania zachowań przesądnych, które są dodatnio powiązane z doświadczaniem objawów PTSD i ogólnego stresu.

Model w oparciu o weryfikację jego pierwotnej postaci uległ modyfikacji, usunięto z niego zmienne, dla których nie otrzymano istotnych statystycznie powiązań z pozostałymi zmiennymi.

Nasilenie stresu w porównywanych grupach

Ważną kwestię w podjętych badaniach stanowi nasilenie stresu doświadczanego przez osoby badane. Porównano cztery grup: grupa 1 – osoby żyjące z wirusem HIV, grupa 2 – osoby z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych, grupa 3 – osoby z diagnozą uzależnienia i seropozytywne, grupa 4 – grupa kontrolna osób bez diagnozy uzależniania i HIV(-).

W otrzymanych wynikach badania okazało się, że średnia wartość nasilenia stresu ogólnego i napięcia emocjonalnego była istotnie statystycznie wyższa w grupie 4 niż w grupie 1. Uzyskany w badaniu obraz dotyczący nasilenia stresu można uznać za nieco zaskakujący. W ramach hipotezy 23 oczekiwano, że osoby o ujemnym statusie serologicznym będą doświadczały niższego nasilenia stresu niż osoby żyjące z HIV. Hipoteza nie potwierdziła się, ponieważ jedna z dwóch porównywanych grup o ujemnym statusie serologicznym doświadczała wyższego nasilenia stresu od jednej z dwóch grup osób żyjących z HIV.

W badaniach rozważano możliwość odwrotnej relacji, gdyż spodziewano się, że osoby zmagające się z diagnozą zakażenia wirusem HIV mogą odczuwać wyższy poziom stresu związany ze statusem serologicznym, a co za tym idzie z podjęciem decyzji o dalszym leczeniu oraz w związku ze stygmatyzacją jaka pojawia się w kontekście HIV i AIDS.

Wyniki te mogą wiązać się z kilkoma czynnikami, między innymi z danymi socjodemograficznymi. Po pierwsze grupa osób bez diagnoz HIV i problemu uzależnienia różniła się charakterystyką demograficzną. Osoby z grupy 1 (z diagnozą HIV+, bez uzależniania) były starsze w porównaniu z grupą 4 (osoby o ujemnym statusie serologicznym, bez uzależnienia). Wcześniejsze badania ukazują, że wiek badanych może być związany z ryzykiem wystąpienia PTSD. Dojrzały wiek może być czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem zaburzeń stresu potraumatycznego a także sprzyjać ogólnym kompetencjom (Klonowicz, 2000; Strelau, 2002).

Osoby z czwartej grupy cechował średnio niższy wiek w porównaniu z grupą pierwszej. Czynniki te mogły różnicować wyniki w podskalach poziomu prężności, która jest istotna podczas doboru strategii zaradczych w sytuacji odczuwania stresu. Ogińska-Bulik oraz Juczyński (2008) w swoich badaniach nie wykazali korelacji wieku osób badanych z ogólnym poziomem prężności, jednak zauważalne były różnice w poszczególnych wymiarach prężności. Badani zostali podzieleni na 2 grupy: osoby przed 40 rokiem życia oraz osoby w wieku 40 lat i więcej. Badania ujawniły, że różnice w tych grupach odnoszą się do trzech czynników. Badani będący w grupie 40 lat i więcej uzyskiwali wyższe wyniki w skali wytrwałość i determinacja w działaniu oraz przejawiali bardziej optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w sytuacjach trudnych. Badani którzy mieli mniej niż 40 lat wykazywali się wyższą otwartością na nowe doświadczenia i osiągalni wyższe wyniki w skali poczucia humoru (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

W przyszłych badaniach warto uwzględnić aspekt wieku osób badanych. Dobór grupy porównawczej również tym pod kątem mogłaby okazać się przydatny w zweryfikowaniu czy wiek różnicuje nasilenie stresu między osobami żyjącymi z wirusem HIV, a osobami o ujemnym statusie serologicznym.

Innym wyjaśnieniem może być fakt rozbudowania wachlarza strategii zaradczych w toku korzystania ze wsparcia psychologicznego przez osoby żyjące z wirusem HIV. Badani z tej grupy pozostawali na terenie oddziału opiekuńczo-leczniczego, gdzie mieli możliwość korzystania z indywidualnego wsparcia psychologa, zajęć psychoedukacyjnych o cyklicznym charakterze oraz uczestnictwa w różnych grupowych formach oddziaływań psychoterapeutycznych. Liczne badania wskazują, że oddziaływania psychologiczne oraz praca psychoterapeutyczna przyczyniają się do redukcji poziomu stresu u osób korzystających z tych form pomocy. Wyniki różnych badań na temat skuteczności terapii

poznawczo-behawioralnej wskazują, na to że ten rodzaj interwencji jest skuteczny w redukcji odczuwanego ogólnego poziomu stresu. Marine i współpracownicy (2009) wskazują na skuteczność technik CBT (*ang. cognitive-behavioral therapy*) oraz innych interwencji psychologicznych takich jak zastosowanie technik relaksacyjnych (Marine i współ., 2009). Inne badania wskazują, że efektem terapii w nurcie Gestalt jest zmiana reakcji badanych na sytuacje trudne. Osoby, które uczestniczyły przez 3 miesiące w procesie terapeutycznym, w efekcie tego doświadczenia w stresujących sytuacjach wykazywały skłonność do stosowania strategii uznawanych w psychologii za konstruktywne (Janowski, Biedrycka, 2014). Również inne metody interwencji psychologicznej takie jak stosowanie techniki *mindfulness* (*ang. mindfulness-based stress-reduction*) okazują się skutecznym narzędziem w redukcji stresu. Liczne badania wskazują na to, że trening uważności redukuje ogólny poziom odczuwanego stresu (Grossman i współ., 2004). Badania ukazują również, że nowoczesne internetowe programy terapeutyczne są skutecznym narzędziem w redukcji ogólnego poziomu stresu. W badaniach Stächele i współpracowników (2020) wskazano, że 6-tygodniowy program „*Internet-Based Stress Management*” zmniejszył odczuwany poziom stresu u uczestników badania w porównaniu z grupą kontrolną. Uczestnicy grupy IBSM poprawili także swoje zdolności radzenia sobie ze stresem (Stächele i współ., 2020).

W oparciu o przytoczone powyżej liczne doniesienia naukowe można oczekiwać, że grupa objęta wsparciem terapeutycznym uzyska niższe wyniki na ogólnej skali stresu. Otrzymane rezultaty mogą odzwierciedlać tę tendencję w tym przypadku.

Kierunkiem dalszych badań mogłoby być uwzględnienie czynnika związanego z podejmowaniem programu terapeutycznego mającego na celu zwiększanie kompetencji w zakresie skutecznego radzenia sobie ze stresem i zbadanie jego efektywności w grupach osób żyjących z wirusem HIV i grupach o ujemnym statusie serologicznym.

Innym wynikiem różnicującym te dwie przywołane grupy było nasilenie stresu intrapsychicznego. W tym przypadku również grupa 4 osiągała statystycznie istotnie wyższe wyniki niż grupa 1. Wynik ten wyjaśniać mogą czynniki takie jak nasilenie objawów PTSD. Grupa 4 różniła się istotnie osiąganymi wynikami w nasileniu objawów intruzji w porównaniu z grupą 1. Jest to komplementarny rezultat. Ponieważ intruzje dotyczą świata wewnętrznego jednostki i mogą wiązać się z nasileniem stresu intrapsychicznego. Ponadto grupa 4 osiągała również wyższe wyniki w nasileniu negatywnych zmian w poznaniu i

nastroju niż grupa 1. Ten wynik również może łączyć się z nasileniem stresu intrapsychicznego.

W niniejszym badaniu stwierdzano także istotne różnice międzygrupowe w nasileniu stresu zewnętrznego. Średnie wartości nasilenia stresu zewnętrznego okazały się wyższe w grupie 3 (osoby z diagnozą HIV i uzależnienia) i 4 (osoby bez diagnozy HIV i uzależnienia) w porównaniu z grupami 1 (osoby żyjące z HIV, bez diagnozy uzależnienia) i 2 (osoby o ujemnym statusie serologicznym z diagnozą uzależnienia). W tym przypadku zwracając uwagę na dwie grupy osób żyjących z wirusem HIV można stwierdzić, że wynik ten jest zgodny ze wcześniejszymi doniesieniami naukowymi. Badani z diagnozą HIV i uzależnieniem częściej odczuwają wzmożony stres i doświadczają objawów PTSD niż osoby z pozytywnym statusem serologicznym, które nie są uzależnione od substancji psychoaktywnych (Jacobsen i współ., 2001; Liebschutz i współ., 2007; Izraelski i współ., 2007; Beckerman i Auerbach, 2011; Sherr i współ., 2011; Martin, Kagee, 2011; Machtinger i współ., 2012; Pięta, Rzeszutek, 2023). W niniejszym badaniu osoby HIV (+) z diagnozą uzależnienia osiągały wyższe nasilenie stresu zewnętrznego niż osoby seropoztywne bez diagnozy. Wynik ten potwierdza hipotezę numer 26 mówiącą o tym, że osoby żyjące z wirusem HIV nie mające diagnozy uzależnienia będą prezentowały niższy poziom stresu niż osoby seropoztywne z diagnozą uzależnienia. Ponadto w badaniu stwierdzono również, że średnia wartość nasilenia stresu ogólnego była wyższa w grupie 2 (osoby z diagnozą uzależnienia, o ujemnym statusie serologicznym) niż w grupie 1 (osoby seropoztywne, bez diagnozy uzależnienia). Wynik ten może wskazywać, że osoby zmagające się z diagnozą uzależnienia mogą stosować mniej przystosowawcze strategie radcze w obliczu sytuacji trudnych. Potwierdzają to wcześniejsze badania. W opracowaniu Wang (2022) wykazano, że osoby zmagające się z diagnozą uzależnienia w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej częściej prezentowały styl skoncentrowany na unikaniu lub na emocjach. W sytuacjach trudnych rzadziej stosowały racjonalne i zdystansowane radzenie sobie (Wang, 2022). W badaniach Adan i współpracowników (2017) wykazano, że osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych częściej stosują strategię wycofania się, a rzadziej strategię dotyczące zaangażowania, takie jak rozwiązywanie problemu, przewartościowanie i poszukiwanie wsparcia społecznego (Adan i współ., 2017).

Optymizm poznawczy z perspektywy porównań grupowych

Rola jaką pełni optymizm poznawczy ma istotne znaczenie przy wyjaśnianiu mechanizmów myślenia ludzi osadzonych w kulturze Zachodu związanych z deprecjacją nauki i niskim poziomem rozumienia nauk metodologicznych, a co za tym idzie małymi umiejętnościami myślenia krytycznego (Coady, 2012). Te uwarunkowania mogą przyczyniać się do wrogiego nastawienia do wiedzy naukowej (Nichols, 2017). Obecnie nie rozstrzygnięto co sprawia, że niektóre osoby przejawiają zaufanie do nauki, a inne jednostki skłaniają się ku wyjaśnieniom pseudonaukowym (Lobato, Zimmerman, 2018).

Konstrukt optymizmu poznawczego jest pomocny w opisie problematyki związanej z zaufaniem do nauki. W badaniach Bargiel-Matusiewicz i współpracowników (2021) nasilenie indywidualnego optymizmu poznawczego było pozytywnie skorelowane z mentalnością spiskową. Natomiast społeczny optymizm poznawczy był ujemnie skorelowany z mentalnością spiskową. Konstrukty optymizmu poznawczego może być analizowany w kontekście powiązań z prawicowym autorytaryzmem. Pojęcie osobowości autorytarnej ujmowane jest jako konwencjonalne, bezkrytyczne przywiązanie do tradycyjnych norm (Adorno, 2010). W tym opracowaniu ukazany zostaje pozytywny związek między indywidualnym optymizmem poznawczym, a prawicowym autorytaryzmem. Natomiast społeczny optymizm poznawczy był ujemnie związany z prawicowym autorytaryzmem (Bargiel-Matusiewicz i współ., 2021). Również inne badania wskazują na istnienie związków między autorytaryzmem a skłonnościami do myślenia spiskowego (Grzesiak-Feldman, 2016). Badania wykazują także na słabe pozytywne związki społecznego optymizmu poznawczego z potrzebą domknięcia poznawczego (Bargiel-Matusiewicz i współ., 2021). nierozstrzygnięta jest rola potrzeby domknięcia poznawczego związana z naukami medycznymi. Badania Eiser i Cole z 2002 roku wskazywały na zwiększoną motywację respondentek, które wykazywały potrzebę domknięcia poznawczego do wykonywania badań kontrolnych w kierunku raka szyjki macicy (Eiser, Cole, 2002). Natomiast w badaniach Cole i współpracowników (2015) wykazano, że osoby które miały wysoką potrzebę domknięcia poznawczego prezentowały mniejszą gotowość do zaszczepienia się przeciwko H1N1 (Cole i współ., 2015).

W powziętych badaniach wyniki ukazały, że poziom optymizmu społecznego był istotnie wyższy w grupie 3 (osoby z diagnozą HIV i uzależnienia) i w grupie 4 (HIV(-), bez uzależnienia) niż w grupie 1 (osoby seropozytywne, bez uzależnienia) i 2 (osoby z diagnozą uzależnienia).

Wyniki te mogą wskazywać, że osoby z grupy 3 i 4 wykazywały się większym zaufaniem do nauki i do autorytetów naukowych. Zaskakującym okazuje się wynik uzyskany przez osoby żyjące z wirusem HIV i zmagające się z diagnozą uzależnienia w porównaniu z grupą osób seropozytywnych bez diagnozy uzależnienia i grupą osób uzależnionych o ujemnym statusie serologicznym. Wszystkie osoby z tych trzech grup doświadczają zmagania się z chorobą i mogą być narażone na procesy stygmatyzacji. Niższy poziom społecznego optymizmu poznawczego mógłby wiązać się z oczekiwaniami względem nauki związanymi z osobistymi problemami zdrowotnymi osób z grup 1, 2 i 3. Zjawisko to widoczne jest w szczególności w obszarach medycznych i zdrowia publicznego (Żuradzki, 2021). Uzyskane niższe poziomy społecznego optymizmu poznawczego mogłyby wiązać się z sytuacją zdrowotną badanych. Osoby zmagające się z diagnozą medyczną, która jest często naznaczona stygmat społeczną, a także stanowi realne zagrożenie dla zdrowia i jakości życia mogłaby prowadzić do ograniczenia wiary w jej skuteczność nauki. Niższe poziomy społecznego optymizmu poznawczego mogłyby również wynikać z niespełnionych oczekiwań co do pełnego wyleczenia. Potwierdzałyby to wyniki uzyskane przez osoby z grupy 1 i 2.

Badani z tych grup prezentowali postawę bardziej sceptyczną do narzędzi naukowych umożliwiających zdobywanie wiedzy na temat świata. Zagadnienie optymizmu społecznego jest nowym konstruktem, który wcześniej nie był badany w grupie osób seropozytywnych. Nie istnieją więc doniesienia mówiące o zależnościach między prezentowaną postawą zaufania do nauki, a innymi zmiennymi w grupie osób seropozytywnych. Wyniki uzyskany w badaniu jest niejednoznaczny w interpretacji. Możliwym wyjaśnieniem uzyskania innych rezultatów między osobami z grup 1 i 2, a osobami z grupy 3 są indywidualne cechy badanych. Możliwym jest, że w grupie 3 znalazła się duża część osób prezentujących postawę wiary w naukę oraz ekspertów. Osoby z grupy 3 podobnie jak z grupy 1 i 2 były osobami korzystającymi ze wsparcia terapeutycznego na terenie ośrodka readaptacji. Ich motywacja wewnętrzna do leczenia mogła być wyższa, co mogło wiązać się z większą chęcią poszukiwania profesjonalnego terapeutycznego wsparcia w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Inną przyczyną uzyskanych wysokich wyników w tej grupie może być potrzeba domknięcia poznawczego. Osoby o wysokiej potrzebie domknięcia poznawczego mogą poszukiwać odpowiedzi pozwalających zrozumieć ich własne funkcjonowanie oraz otaczających ich świat podczas procesu terapeutycznego. W przyszłych badaniach warto uwzględnić rolę potrzeby domknięcia poznawczego w kontekście poziomu optymizmu

poznawczego społecznego i indywidualnego oraz postaw wobec dostępnych metod leczenia oraz zaangażowania w ich wdrażanie.

Kolejnym obszarem eksploracji pojawiającym się w niniejszej pracy jest międzygrupowe porównanie nasilenia indywidualnego optymizmu poznawczego. Indywidualny optymizm poznawczy odnosi się do przekonań o zdolności samodzielnego i niezawodnego rozstrzygania złożonych kwestii (Bargiel-Matusiewicz i współ., 2023). Przyczynami wiary we własne kompetencje w wyjaśnianiu złożonych zjawisk za pomocą własnego rozumowania jest również sposób poszukiwania informacji. Selektywne wybieranie danych może potwierdzać nasze założenia niezależnie od przeczących tezie informacjach. Zwrot ku wyjaśnieniom pseudonaukowym może wynikać z deprecjonowania lub ignorowania naukowych i metodologicznych wyjaśnień otaczającej rzeczywistości (Żuradzki, 2021, za: Browne i współ., 2015).

We wcześniejszych badaniach wykazano słabe pozytywne związki między indywidualnym optymizmem poznawczym a potrzebą poznawczego domknięcia. Oznacza to, że osoby, które bardziej ufają we własne zdolności poznawcze niż w naukowe wyjaśniania mają większą potrzebę redukcji niepewności poznawczej (Bargiel-Matusiewicz i współ., 2021). Potrzeba ta może świadczyć o tendencji do budowania uproszczonych obrazów otaczającej rzeczywistości. Osoby, które przejawiają wysoki poziom tego wskaźnika częściej poszukują klarownej wiedzy. Natomiast sytuacje niejednoznaczne mogą zostać potraktowane jako źródło zagrożenia (Kossowska i współ., 2012; Kruglanski i współ., 2009).

W niniejszych badaniach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami w nasileniu indywidualnego optymizmu poznawczego.

Działania przesądne i myślenie magiczne z perspektywy porównań grupowych

Myślenie składa się z dwóch głównych faz. Są to: faza wytwarzania pomysłów oraz faza weryfikacji pomysłów. Przebieg fazy tworzenia pomysłów może przebiegać zgodnie z zasadami logiki oraz w sprzeczności z nią. U podstaw myślenia magicznego leży zdolność jednostki do wytwarzania różnych idei. Błędny jednak pozostaje proces weryfikacji wyobrażeń (Gierdziewicz, 1970). Dla przyjmowanej przez ludzi postawy związanej z myśleniem magicznym charakterystyczne jest przekonanie, że procesy psychiczne mają

moc sprawczą. Dzięki tej mocy sprawczej jednostka mogłaby oddziaływać na przedmioty i wydarzenia (Samochowiec i współ., 2004).

Chudzik (2021) w swoim opracowaniu wskazuje na to, że podejmowanie działań magicznych daje jednostce poczucie aktywności oraz sprawczości. Dzięki temu osoby stosujące myślenie magiczne jako strategię zaradczą mają poczucie kształtowania swojego losu (Chudzik, 2021).

Myślenie magiczne może być strategią zaradczą lub pełnić funkcję mechanizmu obronnego osobowości w reakcji na odczuwany lęk. Jako strategia myślenie magiczne może przybierać formę wspierającą zdrowie psychiczne. U osób zdrowych myślenie magiczne obniża poziom lęku i nie wpływa w sposób znaczący na percepcję otaczającego świata. Myślenie magiczne może być również objawem chorobowym, w momencie, w którym zaczyna wpływać na tworzenie wyobrażeniowych związków między niepowiązanymi ze sobą zjawiskami. Zarówno u osób zdrowych jak i osób z zaburzeniami psychicznymi myślenie magiczne pełni funkcję obrony przed lękiem, jednak konsekwencje stosowania go są różne. U osób zdrowych myślenie magiczne ma charakter wspomagający, a u osób chorujących utrwała mechanizmy psychopatologiczne i prowadzi do rozpadu osobowości (Samochowiec i współ., 2004).

Myślenie magiczne związane z normatywnymi aktywnościami może przyczyniać się do błędów poznawczych. Stosowanie strategii zaradczych opartych o myślenie magiczne, takich jak na przykład modlitwy, stosowanie zaklęć, czy inne czynności magiczne mogą przyczyniać się do zawyżania szacunków osobistej sprawczości w wydarzeniach, które mają mieć miejsce w niedalekiej przyszłości, np. przewidywanie wyniku meczu (Pronin i współ., 2006). Na zniekształcenia poznawcze wpływ również mogą mieć osobiste poglądy jednostki. Przykładem mogą stać się osoby o bardziej religijnych poglądach, z tendencją do wiary w paranormalne zjawiska. Mogą one mieć silne przekonanie na temat dobrego udokumentowania pozazmysłowej percepcji, w porównaniu z osobami o sceptycznym podejściu (Aarinio, Lindeman, 2007). Innym ujęciem może być zjawisko wiary w mity. Postrzeganie rzeczywistości może być zniekształcone w związku z przynależnością do grupy, w której funkcjonuje dana osoba. Grupa w celu zachowania spójności może utrudniać uznanie danego stanowiska za fałszywe jednostce przynależącej do niej (Glick, Fiske, 2001). Wyniki uzyskane w badaniach Kowalskiego i współpracowników (2016) ukazują, że stopień rozpowszechnienia mitów psychologicznych jest duży.

Te doniesienia wskazują, że zjawisko wiary w mity psychologiczne są odporne na proces edukacji. W badaniach okazało się, że wiara w mity psychologiczne dotyczy osób rozpoczynających studia psychologiczne jak i osób uczących się przez kolejne lata na tym kierunku (Kowalski i współ., 2016). Na utrwalanie się mitów psychologicznych mogą mieć wpływ źródła masowego przekazu i popkultura. Natomiast wyrobiony pogląd na dany temat może przyczyniać się do selektywnego wyboru źródła informacji w sytuacji niejasności (Skov, Sherman, 1986).

W niniejszych badaniach wyniki wskazują na istnienie różnic międzygrupowych w zakresie częstotliwości podejmowania zachowań przesądnych. W grupie 1 (osób seropozytywnych bez diagnozy uzależnienia) odnotowano istotnie wyższą częstotliwość przypisywania znaczenia magicznego niż w grupie 4 (osoby bez diagnozy HIV i uzależnienia). Wynik ten wskazuje, że osoby seropozytywne częściej niż osoby o ujemnym statusie serologicznym poszukiwały głębszego znaczenia w snach, intuicji i przeczuciach, czy bieżących wydarzeniach. Otrzymane rezultaty wiązać się mogą z próbą nadania sensu aktualnej sytuacji przez osoby żyjące z wirusem HIV. Może to wiązać się z próbą przewartościowania sytuacji lub nadzieją na pomyślne rozwiązanie trudności. Badania Siril i współpracowników (2017) wskazują, że w sytuacji, gdy osoby seropozytywne zmagają się z pogorszonymi wynikami nadzieja sprzyja podejmowaniu dodatkowych wysiłków prozdrowotnych (Siril i współ., 2018). Badania Yu i współpracowników (2024) ukazują, że starsze osoby żyjące z HIV często prezentują wysoki poziom nadziei, która jest ważnym czynnikiem determinującym utrzymywanie zdrowia psychicznego (Yu i współ., 2024). W badaniach z 2016 roku wykazano, że osoby seropozytywne, które pokładały nadzieję w religii osiągały lepsze wyniki leczenia. Była to grupa z istotnie dłuższą przeżywalnością (Ironson i współ., 2016). Strategie oparte o działania przesądne w grupie osób seropozytywnych mogą wiązać się z próbą odzyskania kontroli i nadania sensu. Możliwym jest, że w grupie 1 niniejszego badania, strategia zaradcza jaką są zachowania przesądne umożliwia radzenie sobie z diagnozą HIV.

Częstotliwość i nasilenie objawów PTSD z perspektywy porównań grupowych

Liczne badania wskazują, że odsetek osób żyjących z HIV, które doświadczają PTSD jest duży. Wśród doniesień podawane są różne statystyki dotyczące tego zjawiska. Ogińska-Bulik w swoich badaniach wskazuje, że 65,6% osób seropozytywnych ujawniło

umiarkowany lub wysoki poziom objawów PTSD. Badaczka wskazuje, że doświadczenie zakażenia wirusem HIV jest wydarzeniem wysoce stresogennym (Ogińska-Bulik, 2016). W innych badaniach z 2010 roku ujawniono, że 65% mężczyzn żyjących z HIV spełnia kryteria diagnostyczne PTSD zgodne z DSM-IV (Theunincki i współ., 2010). Badanie dotyczące częstotliwości występowania objawów PTSD u kobiet seropozytywnych wskazało, że 42% respondentek spełniało całkowicie kryteria PTSD, a kolejne 22% badanych kobiet spełniało je częściowo (Martinez i współ., 2002).

Wiele czynników składa się na możliwość rozwinięcia się PTSD u osób, które zakażyły się wirusem HIV. W badaniach Rzeszutka w zależności od charakterystyki demograficznej i aktualnej sytuacji medycznej osoby żyjące z wirusem HIV prezentowały różnice indywidualne w występowaniu objawów PTSD. Badania nie ukazały różnicy w nasileniu symptomów PTSD między osobami w fazie HIV+ a uczestnikami, u których doszło

do rozwoju AIDS. Autor wskazuje, że wyniki mogą wiązać się z otrzymywanym wsparciem społecznym, które jest skuteczną strategią zaradczą (Rzeszutek, 2011). Wiele badań wskazuje, że otrzymywane wsparcie społeczne u osób żyjących z wirusem HIV ogranicza narastanie objawów, a także podnosi jakość życia (Simoni, Pantalone, Plummer, Huang, 2007; Vyavaharkar, Moneyham, Tavakoli, Philips, Jackson, 2007; Hansen, Vaughan, Cavanaugh, Connell, Sikkema, 2009). Natomiast inne wyniki badań wskazują, że wraz z powiększoną wiremią stopień traumatyzacji wrasta (Leserman, 2008). W badaniach z 2010 uznany zostaje związek nieprzewidywalności zespołu HIV/AIDS z pojawieniem się wzmożonego stresu. Osoby HIV(+) nie mając pewności przez jak długi okres pozostaną w fazie bezobjawowej i jak będzie przebiegać ich życie narażeni są na doświadczenie ogromnego napięcia (Lichtenstein, Sturdevant, Mujumdar 2010). Stynes (1998) wskazuje, na kolejny ważny aspekt jakim jest konieczność leczenia i świadomość tego, że nie ma obecnie skutecznego sposobu usunięcia wirusa z organizmu. Może to wywoływać u osób seropozytywnych uczucie bezradności i wiązać się z symptomami PTSD (Stynes, 1998).

W niniejszym badaniu stwierdzono istotne różnice w zakresie większości analizowanych wskaźników nasilenia objawów PTSD za wyjątkiem unikania i zmian w pobudzeniu i reaktywności.

W badaniu odnotowano istotne statystycznie różnice między grupami. Osoby z grupy 3 (osoby z diagnozą HIV i uzależnienia) osiągały wyższe nasilenie intruzji niż osoby z grupy

1 (osoby seropoztywne bez diagnozy uzależnienia) i 2 (osoby z diagnozą uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym). Jest to potwierdzeniem hipotezy 25, mówiącej o tym, że osoby żyjące z wirusem HIV bez diagnozy uzależnienia doświadczają mniejszego nasilenia objawów PTSD niż osoby seropoztywne z diagnozą uzależnienia. Wyniki te mogą być związane, z tym że osoby zmagające się zarówno z diagnozą HIV i uzależnienia są bardziej narażone na występowanie PTSD. Częstotliwość występowania zespołu stresu potraumatycznego w tej grupie jest większa niż w grupie osób seropoztywnych bez diagnozy uzależnienia (Rzesutek, 2011; Machtinger i współ., 2012). Wyniki te są komplementarne z wynikami uzyskanymi w wartościach nasilenia stresu zewnętrznego. Badani z grupy 3 osiągalni wyższe jego poziomy niż badani z grupy 1 i 2. Wcześniejsze badania wskazują, że wyższy poziom przewlekłego stresu może być związany z nasileniem symptomów PTSD (Ogińska-Bulik, 2016). Wynik może być również związany z zasobami osobowymi tych osób, ponieważ respondenci z grupy 3 osiągalni istotnie niższe poziomy wytrzymałości niż pozostałe grupy badanych. Jest to zgodne ze wcześniejszymi doniesieniami na temat zależności między wytrzymałością a nasileniem objawów PTSD. W badaniach z 2018 roku wykazano, że wytrzymałość związana jest ze zwiększoną możliwością utrzymywania homeostazy po narażeniu na stres (Mealer i współ., 2018). Ponadto badani z grupy 3 (osoby żyjące z HIV i uzależnione) osiągalni niższy poziom prężności niż badani z grupy 2 (osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych). Najnowsze doniesienia z 2024 roku skupiły się wokół czynników chroniących przed rozwojem PTDS w grupie osób hospitalizowanych z powodu COVID-19. Prężność stanowiła czynnik sprzyjający przewartościowaniu i nadawaniu pozytywnego znaczenia doświadczanej chorobie. W badaniach tych jeden z czynników prężności, jakim jest tolerancja na niepowodzenia oraz traktowanie życia w kategoriach wyzwania okazał się pełnić rolę w hamowaniu rozwoju PTSD. Wyższy poziom tego czynnika związany był z niższym nasileniem ogólnego poziomu PTSD, zmian w pobudzeniu i reaktywności, tendencji do doświadczania intruzji, unikaniu oraz negatywnych zmian w poznaniu i nastroju (Olszewska-Turek i współ., 2024). Również wcześniejsze badania podkreślają wartość tego zasobu podmiotowego – liczni badacze potwierdzają, że prężność pełni funkcję ochronną w rozwoju stresu potraumatycznego (Gramaglia et al., 2022; Miglani et al., 2022; Mróz, 2014; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2012; Semmer, 2006).

Zaobserwowano również inne różnice międzygrupowe w średnim nasileniu wartości intruzji. W grupie 4 (osoby bez diagnozy HIV i uzależnienia) nasilenie tego objawu było

wyższe niż w grupie 1 (osoby seropoztywne) i w grupie 2 (osoby z diagnozą uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym).

Wynik ten może być związany z różnymi czynnikami. Badani z grupy 1 byli osobami o statystycznie istotnie wyższym wieku niż osoby z grupy 4. Liczne doniesienia ukazują istotność czynników demograficznych w ryzyku wystąpienia PTSD. Badania Klonowicza (2000) wskazują, że grupa osób starszych w porównaniu z grupą osób młodych ma wyższe nasilenie stresu potraumatycznego (Klonowicz, 2000). Również Strelau (2002) w swoich badaniach ukazuje taką zależność między wskaźnikami PTSD a wiekiem i płcią. Wskazuje również, że wiek i płeć wyżej korelują ze skalą intruzji/pobudzenia niż ze skalą unikania. Natomiast tendencja ta jest odwrotna po upływie czasu. Po 2 latach od wydarzeń traumatycznych współczynniki korelacji z wiekiem i płcią były wyższe w przypadku skali unikania (Strelau i współ., 2002).

W badaniu istotną różnicę wiekową odnotowaną w przypadku grupy 1. Średnia wieku osób żyjących z wirusem HIV (grupa 1) była wyższa niż w pozostałych grupach. Nie odnotowano znaczących różnic ze względu na płeć. Ponadto na wyniki uzyskane w badaniu mogły składać się inne czynniki. Grupa numer 1 (osoby seropoztywne) mogła doświadczać innych czynników chroniących przed rozwojem stresu potraumatycznego jak na przykład wsparcie społeczne, czy zasoby osobiste.

W badaniach Rzeszutka (2011) zmienną demograficzną jaką jest wykształcenie różnicowała nasilenie symptomów PTSD w grupie osób żyjących z wirusem HIV. Osoby uczestniczące w badaniu, które miały podstawowe wykształcenie miały najwyższe wskaźniki traumy w porównaniu z osobami o średnim i wyższym wykształceniu. Natomiast seropozytwni badani z wykształceniem wyższym charakteryzowali się niższym poziomem objawów traumy. Wyjaśnieniem tego zjawiska może być fakt, że zdobyta wiedza podczas wielu lat edukacji pozwalała na przeformułowywanie znaczenia sytuacji, a w efekcie na większą adaptację do aktualnych warunków życia (Rzeszutek, 2011). Kwestia poziomu wykształcenia może stanowić pośredni wskaźnik zdolności poznawczych, który pośredniczy w zależności między poziomem prężności, a odczuwanym stresem. Elastyczność w zakresie zdolności poznawczych i emocjonalnych osoby warunkowana jest m.in. poziomem prężności. Osoby które zostają skonfrontowane z konkretną sytuacją trudną mogą wykazywać zróżnicowany poziom nasilenia tej cechy, który może w pewnym zakresie determinować specyfikę podejmowanych strategii zaradczych. W badaniach Mróz z 2014 roku ukazano,

że pielęgniarki o wysokiej zdolność do elastycznej adaptacji w stresujących sytuacjach częściej prezentowały zachowania zdrowe i oszczędnościowe, a także rzadziej dochodziło u nich do wypalenia zawodowego. Wysoki poziom prężności w badaniach na innych grupach zawodowych (grupach nauczycieli i pracowników socjalnych) również związany był z mniejszą skłonnością do wypalenia zawodowego (Ogińska-Bulik, 2011; Gloria i współ. 2013). Natomiast Friberg (2003) wskazuje, że prężność ujmowana jako zasób nie chroni przed doświadczaniem wydarzeń trudnych, jednak przyczynia się do aktywacji takich strategii zaradczych, które obniżają poziom stresu (Friberg i współ., 2003).

Prężność jest stałą cechą jednostki, w związku z tym często łączy się ją z innymi charakterystykami osobowości. W modelach teoretycznych o badaniach empirycznych prężność łączono z inteligencją. W badaniach Block i Kremen (1996) prowadzonych w grupie młodych mężczyzn ukazana zostaje korelacja między prężnością, a współczynnikiem inteligencji IQ (Connor, Davidson, 2003, za: Block, Kremen 1996). Jednakowoż należy zauważyć, że autorzy pracy pt. „*The Brief Resilience Coping Scale* Polska Adaptacja Krótkiej Skali Prężności Zaradczej” nie wykazali związku między poziomem wykształcenia, a wynikami uzyskanymi na skali prężności (Piórowska, Basińska, Piórowski, Janicka, 2017). Można również wziąć pod uwagę inną interpretację wykazanych różnic międzygrupowych w zakresie poziomu doświadczanego stresu. Teoria Lazarusa i Folkman (1984) wskazuje na istotność wtórnej oceny poznawczej w radzeniu sobie z odczuwanym poziomem stresu. Zgodnie z tym założeniem osoby o niższym wykształceniu mogą mieć poczucie deficytu zasobów koniecznych do poradzenia sobie z odczuwanym stresem (Lazarus, Folkman, 1984).

W niniejszym badaniu grupy osób seropozytywnych (grupa 1) i o ujemnym statusie serologicznym z diagnozą uzależnienia (grupa 2) były osobami ze średnim wykształceniem. Osoby z grupy niemającej diagnozy HIV i uzależnienia (grupa 4) w większości miały wykształcenie wyższe. Wyniki te nie potwierdzają wcześniej przytoczonych doniesień. Mimo wyższego poziomu wykształcenia w grupie 4, respondenci osiągalni wyższe wyniki nasilenia intruzji. Inne badania wskazują jednak na złożoność zjawiska. Relacja między PTSD, a osiągnięciami edukacyjnymi może mieć charakter dwukierunkowy i być zależna od wcześniejszych czynników ryzyka. Efekt ochronny jaki może pełnić wykształcenie może słabnąć wraz z pojawianiem się innych czynników ryzyka. Zależność między czynnikami takimi jak czynniki rodzinne, współwystępowanie chorób psychicznych mogą być szczególnie istotne w relacji między częstotliwością występowania PTSD, a osiągnięciami edukacyjnymi (Vilaplana-Perez i współ., 2020). Badania Polimanti i współpracowników

(2019) również ukazują, że związek między poziomem wykształcenia a zespołem stresowym pourazowym nie jest jednoznaczny. Badacze wskazują, że status ekonomiczny może pośredniczyć w powiązaniu tych dwóch zmiennych (Polimanti i współ., 2019).

Uzyskiwane wyższe wyniki nasilenia intruzji przez osoby z grupy 4 (osoby bez diagnozy HIV i uzależnienia) w porównaniu z grupą 1 (osoby seropoztywne) i 2 (osoby z diagnozą uzależnienia) mogą być związane także ze zmienną jaką jest korzystaniem ze wsparcia psychologicznego. Grupa 1 i 2 to osoby, które pozostawały na terenie Ośrodka Leczenia Uzależnień i Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego. Te osoby otrzymywały regularne wsparcie psychologiczne i psychoterapeutyczne. Wcześniejsze badania wskazują, że wsparcie psychologiczne w grupie osób seropozytywnych ma pozytywny wpływ na przewartościowanie przeżytego wydarzenia traumatycznego. Yates i współpracownicy (2023) wskazują, że skuteczną formą pracy z kobietami seropozytywnymi jest interwencja skupiona na rozwiązaniu, która pozwala na obniżenie poczucia bycia definiowanym przez HIV oraz wpływa na postęp w kierunku osiągania własnych celów poprawiając tym samym dobrostan psychiczny (Yates i współ., 2023). Z badań Ogińskiej-Bulik (2016) wynika, że korzystanie z terapii nie wpływa w znaczący sposób na ponoszone konsekwencje doświadczonej traumy, jednak różnicuje obszar związany ze wzrostem potraumatycznym. Osoby korzystające z terapii osiągają wyższe wyniki w obszarze rozwoju duchowego. Korzystanie ze wsparcia społecznego jakim jest terapia przyczynia się do wtórnego nadawania sensu i znaczenia przeżytej sytuacji trudnej, co może pogłębić duchowość jednostki (Ogińska-Bulik, 2016). Ponadto badani, którym udało się przewartościować doświadczenie traumatyczne mogą doświadczać pozytywnych skutków w postaci potraumatycznego wzrostu. W przypadku osób seropozytywnych zaobserwowano taką tendencję, która również wiązała się z postępami w dalszym leczeniu. Badania Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2018) wskazują, że doświadczenie zdarzenia traumatycznego wiąże się zarówno ze skutkami negatywnymi tj. rozwojem PTSD, ale także pozytywnymi w postaci PTSG. Proces radzenia sobie z silnymi emocjami i nieprzyjemnymi wspomnieniami wiąże się z przetwarzaniem poznawczym. W procesie tym jednostka integruje informacje o doświadczeniu z posiadanymi schematami poznawczymi. Takie poznawcze przetworzenie traumy stanowi strategię zaradczą, która jest niezmiernie ważna w powracaniu do równowagi emocjonalnej. Jedną z przystosowawczych strategii radzenia sobie jest strategia skoncentrowana na rozwiązaniu i akceptacji (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2018). Updegraff i współpracownicy (2002) podkreślają znaczenie pozytywnych zmian, jakie

wynikają z przewartościowania trudnych doświadczeń. Naukowcy wskazują, że pozytywne przekonania i wiara w możliwość znalezienia sensu w trudnych momentach życia związane były ze zmianami w przebiegu rozwoju namnażania wirusa u osób z rozwiniętym AIDS (Updegraff i współ., 2002).

Kolejnym obszarem badań było nasilenie negatywnych zmian w poznaniu i nastroju. Grupa 3 (osoby żyjące z wirusem HIV i posiadające diagnozę uzależnienia) i 4 (grupa porównawcza bez diagnozy HIV i uzależnienia) osiągała znacząco wyższe wyniki niż w grupy numer 1 (osoby seropoztywne).

Grupa numer 4 mogła uzyskiwać wyższe wyniki w nasileniu negatywnych zmian w poznaniu i nastroju w związku z możliwą trudnością w przewartościowaniu sytuacji trudnej, ze względu na czynnik jakim jest wysoki poziom odczuwanego stresu. Natomiast wyższy wynik w grupie 3 w porównaniu z grupą 1 można wyjaśniać wcześniejszymi doniesieniami dotyczącymi porównań częstotliwości występowania PTSD w grupie osób seropoztywnych z diagnozą uzależnienia i bez niej. Badania wskazują, że zarówno grupa osób żyjących z HIV zmagających się z uzależnieniem jest bardziej narażona na występowanie objawów PTSD (Machtinger i współ., 2012; Sherr i współ., 2011; Neigh i współ., 2016; Andu i współ., 2018; Tang i współ., 2020; Meng i współ., 2021). Potwierdzają to również niniejsze badania. Rozpowszechnienie PTSD rozumiane jako spełnianie kryteriów rozpoznania i uzyskanie wyniku wyższego niż 37 punktów na skali PCL-5 różnicowało grupy. Osób z grupy 3 z wysokim nasileniem objawów (powyżej 37 punktów na skali PCL-5) było więcej niż w grupie 1. Częstotliwość występowania PTSD była istotnie wyższa w grupie osób żyjących z HIV, które mają diagnozę uzależnienia niż osób seropoztywnych bez diagnozy uzależnienia.

Ogólny poziom nasilenia objawów PTSD był istotnie niższy w grupie 1 niż w grupie 2 i 4. Wynik ten zaprzecza hipotezie 24 że osoby o ujemnym statusie serologicznym doświadczają mniejszego nasilenia objawów PTSD niż osoby seropoztywne. Co również związane może być z wiekiem badanych, nasileniem stresu, zasobami osobowymi, czy strategiami zaradczymi związanym z poszukiwaniem wsparcia, czy z pozytywnym przewartościowaniem i nadawaniem sensu sytuacjom trudnym, lub też z innym poziomem nadziei w obliczu wyzwań. Uzyskana wiedza na podstawie weryfikacji tej hipotezy może być uzasadnieniem i wsparciem dla podejmowania działań zapobiegających stygmatyzacji osób seropoztywnych.

Prężność psychiczna z perspektywy porównań grupowych

Prężność jest istotnym zasobem pomocnym w redukcji stresu o czym świadczą liczne publikacje na ten temat. Istnieje wiele badań na temat związku prężności ze skutecznym radzeniem sobie ze stresem w przypadku osób żyjących z wirusem HIV. Jednym z takich badań jest praca Skalskiego i współpracowników (2022). Uzyskane wyniki wskazywały, że prężność korelowała dodatnio z aktywnymi strategiami zaradczymi i ujemnie ze strategiami opartymi na unikaniu. U osób, które miały tendencję do obwiniania się i wycofywania się częściej pojawiały się wzmożone objawy traumy. Natomiast strategia pozytywnego przewartościowania była mediatorem między prężnością, a pozytywnymi i negatywnymi skutkami wydarzenia traumatycznego (Skalski i współ., 2022). Natomiast badania Fletchera i współpracowników (2020) sugerują, że prężność jest istotnym zasobem dla osób HIV(+), które znajdują się w grupach marginalizowanych. Zasób ten sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, w tym przestrzegania przyjmowania leków ARV. Zasób ten także powiązany jest z lepszymi wynikami zdrowotnymi uzyskiwanymi przez pacjentów seropozytywnych – to jest z supresją wirusa. W badaniach ten efekt korelacji prężności z niższym poziomem supresji był widoczny u kobiet bez objawów depresji, które odczuwały niższy poziom zinternalizowanej stygmatyzacji. Badacze wskazują, że prężność może nie mieć działania chroniącego zdrowie w przypadku osób doświadczających zinternalizowanej stygmatyzacji i cierpiących na depresję (Fletcher i współ. 2020). Jednak ważne jest, aby podkreślić, że zinternalizowane piętno HIV/AIDS jest zjawiskiem przejściowym i dynamicznym. Nie jest ono stałą cechą osób żyjących z HIV, które przejawiają wysoki poziom stresu związany z tym obszarem. Internalizacja piętna ma charakter zewnętrzny i związana jest z warunkami społecznymi, w których żyje osoba seropoztywna (Rendina i współ., 2018). Pięta i Rzeszutek (2023) wskazują również na istotność prężności w kontekście występowania wzrostu potraumatycznego. W tych badaniach uzyskano pozytywne zależności między prężnością a poziomem deklarowanego PTG u badanych respondentów HIV(+). Odnotowano również negatywne zależności między poziomem prężności a stresem potraumatycznym (Pięta, Rzeszutek, 2023). Ong i współpracownicy (2006) w swojej publikacji wskazują, że wysoki poziom prężności prawdopodobnie daje osobom seropozytywnym większy dostęp do chwilowych pozytywnych emocji. Ta umiejętność pozwala lepiej radzić sobie z codziennymi wyzwaniami i redukować poziom stresu (Ong i współ., 2006).

W niniejszych badaniach stwierdzono istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie większości analizowanych wskaźników poziomu prężności psychicznej, z wyjątkiem kompetencji i optymizmu.

Pierwszym z omawianych wskaźników jest wytrwałość. W grupie 3 stwierdzono istotnie niższą średnią wartość wytrwałości niż w grupie 1, 2 i 4. Liczne badania wskazują, że osoby żyjące z wirusem HIV nie mające diagnozy uzależnienia prezentują wyższy poziom prężności niż osoby seropozytywne z diagnozą uzależnienia. W opracowaniu Dian-Martinez i współpracowników (2021) stwierdzono istotne związki między poziomem lęku, a używaniem substancji psychoaktywnych. Objawy lękowe korelowały z nadużywaniem alkoholu i zażywaniem kokainy. Natomiast prężność miała ujemną korelację z nadużywaniem alkoholu (Diaz-Martinez i współ., 2021). Osoby z diagnozą uzależnienia częściej mają niższy poziom wytrwałości niż osoby nie nadużywające substancji psychoaktywnych. W badaniach Hornowskiej (2003) osoby młode, które zażywały narkotyki uzyskiwały niższy poziom wytrwałości i wyższą otwartość na poszukiwanie nowości niż osoby, które nigdy nie zażywały narkotyków (Hornowska, 2003). Także badania Chodkiewicza (2007, 2010) ujawniają, że młodzi ludzie – licealiści i studenci – uzależnieni od narkotyków lub alkoholu osiągnęli niższy poziom samokierowania, skłonności do współpracy i wytrwałości niż ich rówieśnicy sporadycznie zażywający substancje psychoaktywne (Chodkiewicz, 2007; Chodkiewicz, 2010).

Otwartość i poczucie humoru u osób z seropozytywną diagnozą uzależnienia była wyższa niż w grupie osób o ujemnym statusie serologicznym z diagnozą uzależnienia oraz w grupie osób o ujemnym statusie serologicznym bez diagnozy uzależnienia.

Wyniki ten jest zgodny ze wcześniej przytaczanymi badaniami Hornowskiej (2003), w których ukazano wyższy niż u osób niezażywających narkotyków poziom otwartości na poszukiwanie nowości przez osoby uzależnione (Hornowska, 2003). Także w badaniach Ogińskiej-Bulik (2014) odnotowano wyższy niż populacji ogólnej poziom otwartości i poczucia humoru prezentowany przez osoby uzależnione od alkoholu (Ogińska-Bulik, 2014).

Ponadto wcześniejsze badania wskazują, że osoby żyjące z HIV są bardziej prężne niż osoby z ujemnym statusem serologicznym, co jest czynnikiem ochronnym w odniesieniu do przeżywanego lęku i poziomu stresu. De Santis wraz ze współpracownikami (2013), wskazuje, że osoby żyjące z HIV wzmacniają swoją prężność poprzez zmaganie się z

zakażeniem. W tych badaniach wykazano, że osoby seropoztywne wyróżniała większe poczucie skuteczności, adaptacyjne radzenie sobie i umiejętność korzystania ze wsparcia społecznego (De Santis i współ., 2013). Również w badaniach z 2021 roku wykazano, że osoby żyjące z HIV odczuwały niższy poziom lęku i wyższy poziom prężności podczas pandemii COVID-19 niż osoby z HIV(-) (Diaz-Martinez i współ., 2021). Dane to są zgodne w odniesieniu do otrzymanych wyników nasilenia otwartości w grupach trzeciej oraz drugiej i czwartej. Osoby żyjące z HIV z diagnozą uzależnienia prezentowały wyższe jej nasilenie od osób z ujemnym wynikiem testu. Przytoczone wcześniejsze badania nie mają jednak odzwierciedlenia w kolejnym otrzymanym wyniku. W badaniu odnotowano, że wartość otwartości była istotnie niższa w grupie osób żyjących z HIV bez diagnozy uzależnienia niż w przypadku osób z grup o ujemnym statusie serologicznym (grupa 2 i 4). Niejednoznaczność tych wyników można uzasadnić wiekiem osób z grupy 1. Osoby seropoztywne bez diagnozy uzależnienia były osobami najstarszymi na tle innych grup. W badaniach McGowan i współpracowników (2017) wskazano, że starszy wiek osób żyjących z wirusem HIV oraz dłuższy czas jaki upłynął od otrzymania diagnozy HIV związany jest z niższą prężnością. Przedłużający się stres związany z chorobą może utrudniać dostęp do zasobów oraz ich rozwijanie (McGowan i współ., 2017). W badaniach Meng i współpracowników (2023) stwierdzono, że starsi pacjenci żyjący z HIV osiągalni niższy poziom prężności, a wyższe nasilenie objawów depresji. Niski poziom prężności w grupie osób starszych był predyktorem wystąpienia objawów depresji (Meng i współ., 2023).

Kolejnym otrzymanym w niniejszych badaniach wynikiem są różnice międzygrupowe w osiągniętych poziomach tolerancji na niepowodzenia i traktowania życia jako wyzwania. Osoby z grupy 2 osiągały wyższy poziom tolerancji niż osoby z grupy 1 i 3.

Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie u osób uzależnionych było na wyższym poziomie niż w obu grupach osób żyjących z wirusem HIV. Te wyniki wskazywać mogą, że osoby żyjące z wirusem HIV prawdopodobnie mniej efektywnie radzą sobie w sytuacjach trudnych ze względu na mniejszą akceptację niepowodzeń i rzadsze podejmowanie wyzwań. Warto również zwrócić uwagę na aspekt zdrowotny osób seropozytywnych. Pogorszenia stanu zdrowia u osób żyjących z HIV może prowadzić do nasilenia rozwoju zaburzeń neuropsychicznych. Związana z uzależnieniem lub z procesami starzenia się stopniowa utrata komórek neuronów dopaminergicznych może prowadzić do niedoboru dopaminy, a w efekcie zaostriżyć i przyspieszyć postęp zespołu HAND/HAD (ang. *HIV-Associated Neurocognitive Disorders*) (Koppel i współ., 2004;

Purohit i współ., 2011). Pojawienie się zaburzeń neuropoznawczych znacząco utrudnia skuteczne radzenie sobie z sytuacjami trudnymi i może prowadzić do zmniejszenia dostępnego repertuaru strategii zaradczych. Warto też zwrócić uwagę, że grupa 3 – osoby seropoztywne zmagające się z diagnozą uzależnienia – może zmagać się z dodatkowymi wyzwaniami. Jak wskazują Cholewińska i współpracownicy (2013) osoby żyjące z HIV, które są uzależnione od substancji psychoaktywnych są bardziej podatne na zaburzenia psychiczne takie jak depresja, czy zaburzenia lękowe. Zaburzenia psychopatologiczne, które pojawiają się u tych osób blokują dostęp do zasobów psychicznych i utrudniają rozwój. U osób HIV(+), które są uzależnione epizody depresyjne o podłożu lękowym występują dwukrotnie częściej niż w przypadku osób seropoztywnych bez tej diagnozy (Cholewińska i współ., 2013). Te statystyki również mogą wyjaśniać uzyskane wyniki w niniejszym badaniu. Prawdopodobny zablokowany dostęp do zasobów może przyczyniać się do uzyskiwania niższego nasilenia zasobu jakim jest tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie.

Różnice międzygrupowe dotyczące ogólnego poziomu prężności dotyczyły jedynie grupy 2 (osoby z diagnozą uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym) i grupy 3 (osoby żyjące z wirusem HIV, bez uzależnienia). Ogólny poziom prężności psychicznej był istotnie statystycznie wyższy w grupie 2 niż w grupie 3. Ten wynik zaprzecza hipotezie 27, która zakładała że osoby z grupy o ujemnym statusie serologicznym bez diagnozy uzależnienia będą osiągały wyższy poziom prężności niż osoby seropoztywne. Wynik nie potwierdza również hipotezy 28, która wskazywała, że osoby seropoztywne bez diagnozy uzależnienia cechują się wyższym poziomem prężności niż osoby żyjące z HIV, które mają diagnozę uzależnienia.

Uzyskane dane mogą wiązać się zarówno z danymi socjodemograficznymi – wiekiem osób badanych. Jak już wcześniej wskazywano grupa 3 była grupą z najstarszymi osobami. Wcześniejsze badania wskazują, że zmienna ta może być istotna w prężności prezentowanej przez starsze osoby żyjących z HIV. Poziom prężności u tych osób może obniżać się wraz z wiekiem i czasem życia z diagnozą HIV (McGowan i współ., 2017; Meng i współ., 2023). Na uzyskany wynik mogłoby również wpływać zakażenie wirusem HIV. Wraz z wiekiem osoby seropoztywne doświadczają kolejnych wyzwań zdrowotnych. Możliwe nasilenie się zaburzeń neuropoznawczych może utrudniać dostęp do zasobów osobowych i korzystania ze wszystkich strategii zaradczych jakimi osoba posługiwała się w przeszłości (Koppel i współ.,

2004; Purohit i współ., 2011). Również wiele wcześniejszych publikacji wskazuje, że osoby żyjące z HIV mogą prezentować inny poziom prężności niż osoby o ujemnym statusie serologicznym. Część badań wskazuje, że osoby żyjące z HIV prezentują wyższy jej poziom w porównaniu z innymi grupami (De Santis i współ., 2013; Diaz-Martinez i współ., 2021). Jednak istnieją również badania ukazujące odwrotną zależność. Przykładem mogą być badania Rivera-Picony i współpracowników (2022). Wskazano w nich, że osoby seropoztywne prezentowały mniejszą prężność niż osoby chorujące na cukrzycę. Mniej adaptacyjne strategie zaradcze stosowane przez osoby HIV(+) niż przez diabetyków wiązały się z pogorszeniem dobrostanem psychicznym i niższą prężnością badanych (Rivera-Picon i współ., 2022). Poziom prężności prezentowany przez osoby żyjące z HIV może być związany z różnymi czynnikami. Wyniki uzyskane w badaniu mogą wiązać się także cechami osobowymi respondentów i doświadczeniami życiowymi, które przyczyniły się do rozwoju ich osobowości i zasobów.

Predyktory nasilenia stresu związanego z HIV

W badaniu stwierdzono, że istotną zmienną będącą predyktorem stresu związanego ze stresem dotyczącym różnych wyzwań w aspekcie HIV/AIDS była prężność. Prężność była ujemnie związana ze stresem dotyczącym HIV. Potwierdza to hipotezę 13 – im wyższy poziom prężności tym mniejsze nasilenie stresu związanego z HIV. Wynik ten jest zgodny ze wcześniejszymi doniesieniami naukowymi. Osoby żyjące z HIV często zmagają się z wieloma wyzwaniami. Mogą do nich należeć wyzwania zdrowotne, ekonomiczne, interpersonalne, czy też emocjonalne. Prężność jest ważnym zasobem pomagającym w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi na różnych płaszczyznach życia przez osoby seropoztywne (Dulin i współ., 2020; Brewer i współ., 2022). Obserwowane są związki między prężnością a lepszymi wynikami uzyskiwanymi w leczeniu ARV (Colbert i współ., 2013). Istnieją także badania wskazujące, że prężność związana jest z sumiennym przestrzeganiem terapii ARV (Marshall i współ., 2013). Natomiast w badaniach Sun i współpracowników (2023) zwrócono uwagę, że prężność pełni rolę mediacyjną między poszukiwaniem wsparcia społecznego, a objawami lęku i depresji (Sun i współ., 2023). W badaniach z 2018 roku wykazano, że wysoki poziom prężności u badanych kobiet wiązał się z poprawą jakości życia (Loge i współ., 2018). Ponadto prężność związana jest z lepszymi wynikami przetwarzania poznawczego i funkcjonowania osób seropoztywnych w starszym wieku (Fazeli i współ., 2019). Niniejsze badania są zgodne ze wcześniejszymi

doniesieniami. Prężność okazała się być istotnym predyktorem nasilenia stresu związanego ze statusem serologicznym. Zasób ten stanowi ważny czynnik ochronny w zmaganiu się z konsekwencjami jakie niesie diagnoza HIV.

Model regresji oparty o poziom prężności i nasilenie zachowań przesądnych wyjaśniał łącznie 24,5% wariancji nasilenia stresu związanego z życiem z HIV. Jest to umiarkowanie silny efekt pozwalający na lepsze zrozumienie zależności między tymi zmiennymi. Wpływ predyktorów na nasilenie stresu związanego z HIV jest istotny statystycznie.

Badania wykazały istotne statystycznie zależności między stosowaniem zachowań przesądnych a stresem związanym z życiem z HIV. Zależności te były dodatnie. Wyniki te potwierdzają hipotezę 16 brzmiącą „im większa częstotliwość stosowania zachowań przesądnych tym większe nasilenie stresu związanego z życiem z HIV”.

Otrzymany wynik może wskazywać, że w obliczu stresu związanego ze statusem serologicznym osoby mogą częściej stosować zachowania przesądne w celu odzyskania poczucia sprawstwa. Przytaczane publikacje we wcześniejszych częściach pracy wskazują, że strategia ta może skutecznie redukować poziom stresu. Obecnie jednak mało jest doniesień na temat związków między stosowaniem zachowań przesądnych a zmaganiem się ze stresem związanym z HIV/AIDS. Jednym z aspektów strategii opartych o przesady są wymiary magicznych czynności i przypisywania magicznego znaczenia. Te dwie podskale związane są również z religijnością (np. twierdzenie numer 8 kwestionariusza MBQ „modlitwa o pozytywne zakończenie sytuacji”). Istnieją badania, które odnoszą się do wymiaru religijności jako strategii radzenia sobie ze stresem. Huang i współpracownicy (2024) wykazują związki między duchowością, a stresem przeżywanym przez osoby żyjące z wirusem HIV. Ich badanie ujawniło, że osoby seropoztywne prezentujące umiarkowaną duchowość odczuwały najwyższy poziom stresu w porównaniu z osobami o niskim lub wysokim poziomie duchowości (Huang i współ., 2024). We wcześniejszej pracy z 2016 roku ukazano, że osoby żyjące z wirusem HIV podejmujące się praktyk religijnych, a także dokonujące przewartościowania zgodnego z religią i przezwyciężające poczucie winy osiągały lepsze wyniki zdrowotne (Ironson i współ., 2016). Ironson i Kremer (2014) we wcześniejszych badaniach ukazują, że religijność dla większości respondentów żyjących z HIV stanowiła źródło wsparcia, pocieszenia i wzmocnienia. Osoby te doświadczały wdzięczności i poczucia rozwoju. Jedna trzecia badanych doświadczała również poczucia sensu i wspólnoty. Jednak odnotowano też, że około 20% badanych doświadczała

wewnętrznego konfliktu związanego z religijnością. Okazało się, że religijność była korzystna dla wybranych grup – głównie dla heteroseksualnych kobiet i Afroamerykanów. Wyniki te sugerują, że strategia zaradcza jaką pełnią praktyki religijne może stanowić skuteczną strategię, ale może być także mechanizmem nieadaptacyjnym (np. gdy HIV postrzegane jest jako grzech). W tym obszarze konieczne jest uwzględnienie kontekstu społeczno-kulturowego (Kremer, Ironson, 2014).

W zależności od różnych czynników sytuacyjnych i społeczno-kulturowych strategia może wtórnie przyczyniać się do nasilenia stresu. Zwłaszcza, gdy osoba stosująca tę strategię doświadcza frustracji związanych z niepowodzeniami. Może dochodzić wtedy do przypisywania sobie odpowiedzialności za wydarzenia, na które dana osoba nie miała wpływu. Stosowanie tej strategii może okazać się również czynnikiem nasilającym stres związany z HIV, gdy jest ona stosowana zamiast strategii skoncentrowanych na rozwiązaniu. Osoby seropoztywne stosujące wyłącznie strategie oparte o przesąd mogą unikać leczenia, w nadziei, że ich sytuacja zdrowotna ulegnie zmianie w związku z zastosowaniem działań magicznych.

W niniejszej pracy nie odnotowano powiązań między społecznym i indywidualnym optymizmem poznawczym a stresem związanym z życiem z HIV. Zaprzecza to hipotezom 14 (im wyższy poziom społecznego optymizmu poznawczego tym mniejsze nasilenie stresu związanego z życiem z HIV) i 15 (im wyższy poziom indywidualnego optymizmu poznawczego tym większe nasilenie stresu związanego z życiem z HIV).

Predyktory spełniania kryteriów diagnostycznych zespołu stresu potraumatycznego

W badaniu przeprowadzone zostały analizy w obrębie grup – w grupie osób żyjących z HIV (grupy 1 i 3) i w grupie osób o ujemnym statusie serologicznym (grupy 2 i 4). Analizy te wykazały, że w obu grupach wyższy poziom prężności psychicznej związany był z niższym prawdopodobieństwem diagnozy PTSD, rozumianej jako uzyskanie wyniku wyższego niż 37 punktów na skali PCL-5. Wynik ten potwierdza hipotezę 17 (im wyższy poziom prężności tym niższe prawdopodobieństwo spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD). Także we wcześniejszych badaniach udowodniono, że prężność pełni ważną rolę czynnika ochronnego przed wystąpieniem objawów PTSD (Lee i współ., 2016; Tang i współ., 2020; Olszewska-Turek i współ., 2024; Camargo i współ., 2025). Część badań wskazuje również, że prężność jest istotny zasobem w przewartościowaniu wydarzeń traumatycznych i wzrostu osobowego

(Ogińska-Bulik, 2016; Rzeszutek i współ., 2021; Pięta, Rzeszutek, 2021; Pięta, Rzeszutek, 2023). Wyniki uzyskane w niniejszej pracy są zgodne ze wcześniejszymi doniesieniami. Prężność jest istotnym zasobem osobowym w kontekście częstotliwości występowania PTSD, zwłaszcza w grupie osób żyjących z wirusem HIV.

W badaniach nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie relacji między społecznym i indywidualnym optymizmem poznawczym a spełnianiem kryteriów diagnostycznych zaburzenia stresowego pourazowego. Zatem hipoteza 18 (im wyższy wynik społecznego optymizmu poznawczego tym niższe prawdopodobieństwo spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD) oraz hipoteza 19 (im wyższy wynik indywidualnego optymizmu poznawczego tym wyższe prawdopodobieństwo spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD) nie zostały potwierdzone. Optywizm poznawczy jest konstruktem mało zbadanym. Mimo braku relacji między jego nasileniem a częstotliwością występowania PTSD warto jest dalej badać ten obszar. Możliwym jest, że te zasób osobowy jakim jest społeczny optymizm poznawczy nie były najważniejszym czynnikiem chroniącym przed rozwojem PTSD u osób z tych grup badanych. Istnieje prawdopodobieństwo, że te osoby dysponowały alternatywnymi czynnikami ochronnymi o większym znaczeniu, jak np. prężność. Natomiast w innych grupach może okazać się, że społeczny optymizm poznawczy stanowi czynnik ochronny w przypadku, gdy dla danych osób będzie on wiodącym zasobem ułatwiającym adaptację.

Analizy wykazały, że częstotliwość stosowania zachowań przesądnych była istotnie związana z prawdopodobieństwem spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD. Częściej podejmowane działania przesądne zwiększały prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD. Wyniki te potwierdzają hipotezę 20, która brzmi „im większa częstotliwość występowania zachowań przesądnych tym większe prawdopodobieństwo spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD”. Myślenie magiczne i działania przesądne mogą pojawiać się na skutek doświadczanego dyskomfortu psychicznego i stanowić próbę odzyskania równowagi psychicznej. W dłuższej perspektywie strategie oparte o przesąd mogą jednak okazywać się nieskuteczne i prowadzić do zwiększania frustracji i napięcia. Takie rozumienie zjawiska wskazywałoby na predykcyjny charakter działań magicznych. Działania magiczne w niniejszej pracy stanowią zarówno predyktor spełniania kryteriów PTSD jak i mediator w relacji między zmiennymi. Warto jest prowadzić badania podłużne w tym zakresie, aby ustalić dokładnie rolę jaką pełnią stosowane zachowania przesądne.

Odnotowano również związek nasilenia stresu ogólnego z większym prawdopodobieństwem spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD. Wyższe nasilenie stresu wiązało się z wyższym prawdopodobieństwem PTSD, co potwierdza hipotezę 21. Wynik ten jest również udokumentowany w literaturze przedmiotu (Mei i współ., 2021). Stres może prowadzić do osłabienia procesów poznawczych i ograniczyć możliwość dostępu do strategii zaradczych w odpowiedzi na wydarzenia trudne bądź traumatyczne (Koppel i współ., 2004; Purohit i współ., 2011). Fakt ten może wyjaśniać predykcyjną rolę stresu w częstotliwości występowania PTSD.

W niniejszej pracy postawiono dodatkowo następujące pytanie badawcze: czy predyktory spełniania kryteriów PTSD różnią się w grupie osób żyjących z wirusem HIV i w grupie osób o ujemnym statusie serologicznym. Wyniki badania wskazują, że istnieje taka różnica. Siła opisywanych zależności była odmienna w tych dwóch grupach. W grupie osób seropozytywnych prężność, nasilenie stresu i częstotliwość stosowania zachowań przesądnych łącznie wyjaśniała 41,2% wariancji wyników uzyskiwanych w kwestionariuszu PCL-5 wskazujących na diagnozę PTSD. Natomiast w grupie osób nie mających diagnozy HIV odnotowano prawie dwa razy niższy procent wyjaśnianej wariancji – stanowił on 23, 5%. Zależności między zmiennymi a spełnianiem kryteriów diagnostycznych PTSD w grupie osób seropozytywnych są zatem silniejsze.

Podsumowanie

W badaniu udało się potwierdzić część hipotez sformułowanych w oparciu o podłoże teoretyczne oraz doniesienia z wcześniejszych badań naukowych. Hipoteza pierwsza została potwierdzona – osoby o wyższym poziomie prężności miały niższe nasilenie stresu ogólnego. Wynika z tego, że zasób osobowy jakim jest prężność pełni istotną rolę w radzeniu sobie ze stresem. Potwierdzona została również hipoteza druga – wyniki badania ukazały, że prężność była ujemnie związana z nasileniem objawów PTSD. Wskazuje to, że ten zasób osobowy jest istotnym czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem zaburzenia stresowego pourazowego. Oddziaływania nakierowane na wzmacnianie i rozwijanie tego zasobu mogą odgrywać ważną rolę w adaptacji do sytuacji trudnych przez osoby żyjące z wirusem HIV. Mimo, że w badaniach nie odnotowano różnic poziomu ogólnej prężności w grupach osób żyjących z wirusem HIV zmagających się z uzależnieniem i wolnych od nałogu, to uzyskano wyniki świadczące o tym, że osoby seropozytywne zmagające się z diagnozą uzależnienie osiągały znacznie niższy poziom wytrwałości i determinacji do działania niż osoby z pozostałych grup.

Hipoteza dwudziesta ósma mówiąca, o tym że osoby seropoztywne bez diagnozy uzależnienia cechują się wyższym poziomem prężności niż osoby żyjące z HIV mające diagnozę uzależnienia nie została potwierdzona. Jednak warto zwrócić uwagę, że doskonalenie umiejętności związanych z wytrwałością i budowaniem motywacji wewnętrznej do realizowania celów może okazać się kluczowe dla osób seropoztywnych zmagających się z diagnozą uzależnienia. Takie formy wsparcia mogą okazać się skuteczne w redukcji nasilenia stresu, a także stanowić czynnik ochronny przed rozwojem PTSD lub zmniejszać nasilenie jego objawów.

W badaniach stwierdzono, że prężność psychiczna jest ujemnie powiązana z nasileniem stresu związanego z życiem z HIV, co potwierdziło hipotezę trzynastą. Prężność okazuje się być również ważnym zasobem w kontekście radzenia sobie ze wszystkim konsekwencjami życia z HIV. Takimi obszarami są stres emocjonalny związany z HIV odnoszący się do zamartwianiem się o zdrowie, obawami związanymi ze śmiercią na skutek pojawienia się chorób oportunistycznych, czy też z obniżeniem nastroju. Kolejną konsekwencją mogącą pojawić się w następstwie diagnozy jest odczuwanie stresu instrumentalnego, związanego z obawami o sytuację materialną, o możliwość przemieszczania się i korzystania z usług, czy też o dostęp do leczenia. Ostatnim obszarem stresu związanego z życie z HIV jest stres społeczny związany z niepewnością dotyczącą tego, czy dana osoba spotka się ze stygmatyzacją, czy w związku z diagnozą będzie doświadczać samotności i czy uda jej się podtrzymać lub zbudować bliskie relacje. Prężność okazuje się być ważnym elementem pozwalającym na skuteczne redukcowanie tych napięć. Ponadto badania ujawniły, że grupy osób żyjących z HIV cechowały się mniejszą tolerancją na niepowodzenia niż osoby z grupy porównawczej. Istotnym jest więc, konstruowanie programów opartych o budowanie odporności na niepowodzenia oraz rozwijanie umiejętności związanych z pozytywnym przewartościowaniem sytuacji u osób seropoztywnych.

Hipoteza siedemnasta również została potwierdzona, ponieważ wyższy poziom prężności psychicznej był związany z mniejszym prawdopodobieństwem spełniania kryteriów diagnostycznych zespołu stresu potraumatycznego. Wynik ten potwierdza również, że prężność pełni istotną funkcję także w przypadku zaburzeń stresowych pourazowych. Wysoki poziom tego zasobu stanowi czynnik ochronny przed rozwojem PTSD. Istotnym wydaje się wzmacnianie tego zasobu zwłaszcza w grupach, w których statystycznie częściej odnotowuje się to zaburzenie. Warto projektować oddziaływania wzmacniające ten dla różnych grup, takich jak osoby młode, a także osoby które doświadczyły wcześniej wydarzeń

traumatycznych, bądź zmagają się z uzależnieniem lub innymi zaburzeniami psychicznymi. Kluczowym może okazać się wdrażanie programów terapeutycznych nakierowanych na wzmacnianie prężności w placówkach świadczących usługi zdrowotne. Programy rozwoju prężności skierowane do osób żyjących z HIV (w tym osób zmagających się dodatkowo z diagnozą uzależnienia) mogłyby okazać się dla nich cennym narzędziem w zmaganiu się z różnymi wyzwaniami.

W badaniach nie odnotowano istotnych statystycznie efektów moderacji płci. Hipoteza trzecia (płeć jest moderatorem relacji między prężnością a nasileniem objawów PTSD) i hipoteza czwarta (płeć jest moderatorem relacji między prężnością a nasileniem objawów PTSD) nie zostały potwierdzone. Uzyskane wyniki wskazują, że płeć nie jest kluczowym czynnikiem wzmacniającym efekt nasilania doświadczanego stresu w przypadku uzyskiwania niskiego poziomu prężności.

Szczególnie istotnym wydaje się jednak projektowanie programów redukujących nasilenie stresu i objawów PTSD u osób żyjących z wirusem HIV i zmagające się z diagnozą uzależnienia. W tym wypadku programy oparte o wzmacnianie prężności mogą odgrywać ważną rolę, ponieważ w niniejszych badaniach odnotowano różnice dotyczące nasilenia intruzji między grupami osób z diagnozą HIV i uzależnienia (grupa 3), a osobami seropozytywnymi bez diagnozy uzależnienia (grupa 1) oraz osobami z diagnozą uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym (grupa 2). Badani z grupy 3 osiągnęli wyższe wyniki niż osoby z grupy 1 i 2. Wynik ten potwierdza hipotezę dwudziestą piątą, która mówi o tym, że osoby seropozytywne bez diagnozy uzależnienia doświadczają mniejszego nasilenia objawów PTSD niż osoby seropozytywne z diagnozą uzależnienia. Wynik ten potwierdzają liczne wcześniejsze publikacje. Problematyka występowania PTSD w tej grupie jest niezmiernie ważna. Uzyskane wyniki mogą wskazywać na istotność wykonywania diagnostyki PTSD w grupie osób żyjących z HIV i zmagających się z diagnozą uzależnienia. Diagnostyka i wdrażanie specjalistycznego leczenia, w tym uzyskanie wsparcia psychologicznego przez te osoby może okazać się ważnym czynnikiem poprawiającym ich jakość życia.

Potwierdzono także hipotezę dwudziestą szóstą. Osoby żyjące z wirusem HIV i zmagające się z diagnozą uzależnienia (grupa 3) uzyskiwały wyższe nasilenie stresu ogólnego niż osoby seropozytywne bez diagnozy uzależnienia (grupa 1). Osoby badane z grupy 3 osiągały wyższe nasilenia stresu zewnętrznego niż osoby z grupy 1.

Uwzględnienie tych zależności w grupie osób seropozytywnych z diagnozą uzależnienia może stanowić ważne odkrycie umożliwiające projektowanie programów profilaktycznych kierowanych do tej właśnie grupy osób.

Kolejnym aspektem pracy było badanie relacji częstotliwości zachowań przesądnych z innymi zmiennymi. W badaniach nie udało się potwierdzić hipotezy piątej mówiącej o tym, że częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji między prężnością a nasileniem stresu ogólnego. Również hipoteza szósta – częstotliwość stosowania zachowań przesądnych jest mediatorem relacji między prężnością a PTSD – została odrzucona. Poziom prężności psychicznej nie był związany z częstotliwością podejmowania zachowań przesądnych, więc podejmowane działania przesądne nie mediowały w relacjach między prężnością a innymi zmiennymi. Wynik ten wskazuje, że prężność jest istotnym zasobem, który niezależnie od stosowania strategii opartych o przesąd pozostaje znaczącym wyznacznikiem nasilenia stresu ogólnego sprzyjając jego redukcji. Może to wskazywać na efektywność rozwijania zasobu jakim jest prężność w celu redukcji stresu.

Nie została potwierdzona hipoteza siódma, ponieważ częstotliwość stosowania zachowań przesądnych nie mediowała między społecznym optymizmem poznawczym a poziomem nasilenia stresu ogólnego i nasileniem zaburzenia stresowego pourazowego.

Analizy nie wykazały również istotnych zależności między społecznym i indywidualnym optymizmem poznawczym, a nasileniem stresu związanego z HIV. Tym samym hipoteza czternasta i piętnasta nie zostały potwierdzone.

Również prawdopodobieństwo spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD nie było związane z indywidualnym i społecznym optymizmem poznawczym, co nie potwierdza hipotez o numerach osiemnaście i dziewiętnaście.

Przyjmowanie ufnej postawy wobec nauki może nie odgrywać kluczowej roli w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych. Istotnym jednak wydaje się dalsze weryfikowanie znaczenia tego zasobu w kontekście odczuwanego stresu przez osoby zakażone wirusem HIV. Tematyka ta wydaje się niezmiernie ważna w kontekście radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Przyjmowane postawy mogą przekładać się na decyzje związane z leczeniem w przypadku osób już zakażonych jak i wpływać na podejmowanie działań profilaktycznych przez osoby o ujemnym statusie serologicznym. Jako, że są to pierwsze takie badania, koniecznym jest

dalsze weryfikowanie związków między optymizmem poznawczym a stresem i PTSD u osób seropozytywnych.

Częstotliwość podejmowania zachowań przesądnych mediowała natomiast w relacji między indywidualnym optymizmem poznawczym a zmiennymi: nasileniem stresu ogólnego i nasileniem objawów PTSD. Wyniki te potwierdziły hipotezy ósmą i dziesiątą. Uzyskane dane mogą wskazywać, że podejmowanie działań przesądnych prawdopodobnie stanowi próbę odzyskania poczucia kontroli w sytuacjach trudnych. Możliwym jest, że osoby prezentujące postawę charakteryzującą się wiarą we własną intuicję ponad wyjaśnienia naukowe, w sytuacji zmagania się ze stresem częściej będą stosować strategie powiązane z działaniami przesądnymi. Nie jest to jednak optymalna ścieżka działania, gdyż jak pokazały prezentowane badania, zachowania przesądne są dodatnio powiązane z poziomem stresu ogólnego oraz nasileniem objawów PTSD.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie efektów moderacji dotyczących wykształcenia osób badanych, co zaprzeczyło hipotezie jedenastej (w ramach której oczekiwano, że poziom wykształcenia moderuje relację między społecznym optymizmem poznawczym a częstotliwością stosowania zachowań przesądnych) i hipotezie dwunastej (w ramach której oczekiwano, że poziom wykształcenia moderuje relację między indywidualnym optymizmem poznawczym a częstotliwością stosowania zachowań przesądnych). Poziom wykształcenia może być mniej istotnym czynnikiem w doborze strategii zaradczych opartych o przesady w sytuacjach trudnych. Istotniejsza wydaje się rola nasilenia indywidualnego optymizmu poznawczego. Osoby o wysokim jego poziomie, niezależnie od stopnia edukacji mogą być bardziej skłonne do wyboru tej strategii w celu adaptacji do warunków. Podejmowanie przez osoby o wysokim poziomie tego zasobu takich wysiłków może być próbą odzyskania poczucia sprawstwa i kontroli nad nieprzewidywanymi wydarzeniami trudnymi, zwłaszcza jeśli nie dysponują odpowiednimi zasobami umożliwiającymi poszukiwanie racjonalnych rozwiązań.

Potwierdziła się natomiast hipoteza szesnasta, mówiąca o tym, że im większa jest częstotliwość stosowania zachowań przesądnych tym większe jest nasilenie stresu związanego z życiem z HIV. Analizy ukazały dodatnią zależność między tymi zmiennymi.

W ramach hipotezy dwudziestej oczekiwano, że częstotliwość stosowania zachowań przesądnych będzie związana z większym prawdopodobieństwem spełniania kryteriów

diagnostycznych PTSD. Hipoteza ta została potwierdzona w badaniach. Odnotowano dodatnią korelację.

Częstotliwość podejmowania działań przesądnych pełni funkcję predykcyjną oraz mediacyjną. Rola tej strategii pozostaje mało zbadana w kontekście zmagania się ze stresem i PTSD. W dalszych badaniach konieczne jest ustalenie roli tej strategii. Istotne jest zbadanie, czy mechanizm ten pojawia się w odpowiedzi na skrajnie trudne emocje i stanowi czynnik ochrony dla ego, czy też jest mało adaptacyjną strategią potęgującą stres i napięcie. Zrozumienie tej zależności pozwoliłoby na trafne formułowanie zaleceń terapeutycznych w pracy nad stresem związanym z konsekwencjami życia z HIV.

W badaniach otrzymano wyniki wskazujące, że nasilenie stresu ogólnego jest predyktorem spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD. Tym samym potwierdzona została hipoteza dwudziesta pierwsza.

Hipoteza dwudziesta trzecia nie została potwierdzona. W ramach tej hipotezy oczekiwano, że osoby o ujemnym wyniku testu w kierunku HIV bez diagnozy uzależnienia doświadczają mniejszego stresu ogólnego niż osoby żyjące z wirusem HIV. W badaniach otrzymano wynik odwrotny od oczekiwanego, a mianowicie, że to właśnie osoby zmagające się z diagnozą uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym prezentowały mniejsze nasilenie stresu niż osoby żyjące z HIV, bez diagnozy uzależnienia.

Nie potwierdzono hipotezy dwudziestej czwartej, ponieważ nasilenie objawów PTSD w grupie osób seropozytywnych nie było większe niż u osób o ujemnym statusie serologicznym. Osoby żyjące z HIV, bez diagnozy uzależnienia osiągały niższe wyniki niż badani z grup o ujemnym statusie serologicznym (grupa 2 i grupa 4). Wynik ten jest bardzo istotny, ponieważ ukazuje, że doświadczanie objawów PTSD nie jest bezpośrednio związane z dodatnim statusem serologicznym. Warto to podkreślić w kontekście obalania błędnych przekonań na temat osób żyjących z wirusem HIV. Wiedza ta może zapobiegać stygmatyzacji osób seropozytywnych.

Hipoteza dwudziesta siódma nie została potwierdzona. Wskazywała ona, że osoby o ujemnym statusie serologicznym bez diagnozy uzależnienia będą prezentowały wyższy poziom prężności niż osoby seropoztywne. W badaniach to osoby zmagające się z diagnozą uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym osiągały wyższy poziom prężności niż osoby seropoztywne z diagnozą uzależnienia.

Wyniki te mogą wskazywać, że sam status serologiczny nie jest czynnikiem predysponującym do pojawienia się wzmożonego nasilenia stresu czy objawów PTSD. Grupy osób żyjących z HIV są niejednolite i koniecznym jest uwzględnienie sytuacji życiowej i zasobów osobowych danej jednostki w proponowaniu oddziaływań psychologicznych czy terapeutycznych.

Ograniczenia badań własnych oraz propozycje dalszych kierunków badań

Ograniczenia badań

Warto wskazać na ograniczenia prezentowanych badań. Niewątpliwie wielkość próby jest jednym z nich. Kluczową grupę badanych stanowiły osoby z żyjące z HIV, jednak dostęp do tych osób był utrudniony. Na terenie Polski żyje około 30 tysięcy osób o pozytywnym statusie serologicznym. W związku z pojawiającą się w społeczeństwie stygmatyzacją osoby te mogą mieć różnego typu obawy związane z udziałem w badaniach naukowych, gdyż wiąże się to z ujawnieniem statusu serologicznego. Innym aspektem stanowiącym utrudnienie był okres pandemii COVID-19, który nałożył się na realizację znacznej części badań realizowanych w ramach zaprezentowanego w niniejszej rozprawie projektu badań. Placówki medyczne, ze względów sanitarno-epidemiologicznych przez wiele miesięcy pozostawały zamknięte dla osób z zewnątrz, w tym również dla osób realizujących badania naukowe. Fakt ten stanowił znaczne utrudnienie w pozyskiwaniu osób badanych uczestniczących w niniejszym projekcie badawczym związanym z przygotowaniem rozprawy doktorskiej.

Ograniczeniem jest również pozyskiwanie informacji na temat analizowanych zmiennych bezpośrednio od uczestników badania (kwestionariusze, przeprowadzone wywiady), co wiąże się z pewnym ryzykiem związanym m.in. z wpływem potrzeby aprobaty społecznej na sposób raportowania danych na temat własnej osoby, aby przedstawić się w pozytywnym świetle. Część osób mogła natomiast ulegać potrzebie nadmiernego akcentowania doświadczanych trudności, zawyżając tym samym wskaźniki świadczące o ich dyskomforcie.

Grupy badanych były również zróżnicowane ilościowo. Najwięcej wyników zebrano w grupie osób o ujemnym statusie serologicznym i bez diagnozy uzależnienia. Nierównoliczność grup stanowi pewne utrudnienie w zakresie interpretacji i generalizacji wyników.

Także sposób prowadzenia badania w grupie 4 (osoby o ujemnym statusie serologicznym i bez diagnozy uzależnienia) może stanowić ograniczenie. Badani wypełniali formularze za pomocą kwestionariusza online. W związku z tym trudniej było kontrolować dobór osób do tej grupy. Osoby o skrajnie wysokich wynikach, wskazujących na przynależność do grupy klinicznej zostały wyłączone z badania. Jako utrudnienie należy wskazać dostępność ankiety dla wszystkich użytkowników for internetowych poświęconych treściom psychologicznym. Badanie było dedykowane osobom pełnoletnim, jednak forma jego przeprowadzania uniemożliwiała całkowite zablokowanie dostępu do formularza osobom poniżej 18 roku życia. Dane pochodzące od osób, które określiły swój wiek jako niższy niż 18 lat, nie były natomiast brane pod uwagę w finalnych analizach prezentowanych w niniejszej rozprawie.

Innym ograniczeniem badań jest fakt zróżnicowania badanych w poszczególnych grupach – zróżnicowanie pojawiło się w przypadku niektórych danych socjodemograficznych, tj. wiek czy wykształcenie. Może to zniekształcać uzyskane wyniki porównawcze między tymi grupami.

Kolejnym ograniczeniem był brak wystarczających danych pozwalających na kontrolowanie zmiennej jaką był czas, który upłynął od diagnozy HIV. Znaczna część osób nie uzupełniła tej rubryki w metryczce, co uniemożliwiło przeanalizowanie zależności między tymi danymi a pozostałymi zmiennymi uwzględnionymi w badaniu.

Ograniczeniem badania była również kontrola zmiennej jaką stanowiło nasilenie objawów PTSD. Informacje przetwarzane w niniejszym badaniu opierały się jedynie na wynikach uzyskanych przy użyciu skali PCL-5 oraz na dodatkowych danych zbieranych podczas wywiadów realizowanych w ramach badania grup o numerach 1, 2 i 3. Nie przeprowadzano natomiast pełnej diagnostyki w kierunku PTSD u badanych, co mogło przyczyniać się do trudności w interpretacji danych i uzyskania pełnego obrazu klinicznego osób badanych. Także częstotliwość występowania PTSD w badanych grupach była ustalana na podstawie wyników uzyskanych przy użyciu wskazanego kwestionariusza, w oparciu o wytyczne interpretacyjne, zgodnie z którymi uzyskanie wyniku powyżej 37 punktów może wskazywać na spełnianie kryteriów diagnostycznych zaburzeń stresowych pourazowych.

Przyszłe kierunki badań

W przyszłości warto powtórzyć zaprezentowane badanie na większej grupie osób żyjących z wirusem HIV. Warto również powiększyć grupy porównawcze i w większym stopniu ujednolicić je pod względem danych socjodemograficznych. Uzyskanie takich danych pomogłoby w jeszcze większym stopniu pogłębić rozumienie problematyki związanej ze stresem i występowaniem PTSD w grupie osób seropozytywnych. Uzyskane wyniki mogłoby przełożyć się na szybką diagnostykę obszarów trudnych dla osób żyjących z wirusem HIV i skuteczne projektowanie oddziaływań psychologicznych mających na celu poprawę jakości życia osób seropozytywnych.

Warto również badać moderacyjną rolę płci w relacji poziomu prężności z nasileniem objawów PTSD uwzględniając aspekt społeczno-kulturowy. Zagraniczne badania wykazują, że płeć odgrywa istotną rolę w związkach prężności psychicznej z częstotliwością i nasileniem objawów PTSD. Jednak wcześniejsze doniesienia z badań polskich jak i wyniki uzyskane w niniejszym badaniu nie wykazują efektu moderacji płci w tych związkach. Istotne byłoby dalsze badanie tych zależności na respondentach z Polski, aby lepiej zrozumieć czy aspekt kulturowy ma wpływ na to zjawisko.

Kolejnym istotnym elementem do dalszej eksploracji jest weryfikacja, czy osoby żyjące z wirusem HIV doświadczają innego nasilenia stresu niż osoby o ujemnym statusie serologicznym, przy większej kontroli zmiennej socjodemograficznej jaką jest wiek oraz kontekstu podejmowanych zadań rozwojowych. Warto poddać analizie, czy istnieją różnice w umiejętnościach korzystania z zasobów osobowych pomiędzy osobami o ujemnym i dodatnim statusie serologicznym podczas podejmowania kolejnych nowych ról społecznych i zawodowych.

Warto również dokonać badań na kolejnej grupie osób żyjących z wirusem HIV, sprawdzając czy optymizm poznawczy jest predyktorem PTSD. Możliwym jest, że w innej grupie badanych, dla których społeczny optymizm poznawczy jest wiodącym zasobem pomagającym w adaptacji do sytuacji trudnych stanowić on będzie czynnik ochronny przed rozwojem lub nasileniem objawów PTSD.

Koniecznym jest również dalsze badanie na większej próbie osób seropozytywnych, czy społeczny optymizm poznawczy związany jest z nasileniem ogólnego stresu. W kontekście zmagania z chorobą przewlekłą, przyjmowanie postawy zaufania do nauki, w tym medycyny

wyduje się niezmiernie ważne. Dane uzyskane w badaniu mogą nie odzwierciedlać w pełni roli tego zasobu w kontekście radzenia sobie ze stresem przez osoby żyjące z HIV ze względu na małą liczbę osób badanych. Wartościowym byłoby dalsze zgłębianie tej tematyki.

Jako dodatkowy kierunek przyszłych badań można również zaproponować zgłębianie istoty mechanizmów umiejscowienia kontroli oraz roli poczucia własnej skuteczności, które to zmienne mogłyby być cennym uzupełnieniem zaprezentowanego w niniejszej rozprawie modelu relacji pomiędzy analizowanymi zmiennymi. Włączenie zmiennej dotyczącej wewnętrznego versus zewnętrznego umiejscowienia kontroli oraz poczucia własnej skuteczności mogłoby pozwolić na pogłębienie rozumienia aspektu związanego ze stosowaniem strategii opartych o myślenie magiczne, a także pomóc dookreślić rolę optymizmu poznawczego z uwzględnieniem jego wymiaru indywidualnego i społecznego.

W przyszłych badaniach warto uwzględnić rolę potrzeby domknięcia poznawczego w kontekście poziomu optymizmu poznawczego społecznego i indywidualnego oraz postaw wobec dostępnych metod leczenia oraz zaangażowania w ich wdrażanie.

Warto również kontynuować dociekania naukowe związane z miejscem zachowań przesądnych w repertuarze różnorodnych strategii radzenia sobie ze stresem, poddać analizie ewentualne tendencje związane ze współwystępowaniem tej strategii z innymi działaniami zaradczymi. Uwzględnienie kontekstu międzykulturowego tych zależności stanowiłoby cenne uzupełnienie wiedzy dotyczącej roli uwarunkowań indywidualnych oraz społeczno-kulturowych.

Szczególnie cenne byłoby przeprowadzenie badań podłużnych dotyczących dynamiki stosowania zachowań przesądnych z uwzględnieniem większej gamy wskaźników efektywności radzenia sobie ze stresem na płaszczyźnie indywidualnego dobrostanu, jak również z uwzględnieniem znaczenia podejmowanych działań dla kształtowania się relacji społecznych w perspektywie krótko i długoterminowej.

Podłużna perspektywa badań mogłaby pozwolić również na uchwycenie znaczenia czasu, który upłynął od diagnozy HIV w kontekście dynamiki znaczenia społecznego i indywidualnego optymizmu poznawczego dla stosowania zachowań przesądnych versus strategii skoncentrowanych na problemie, gdyż zaufanie do nauki versus poszukiwanie pozaracjonalnych rozwiązań wiąże się między innymi z nasileniem przeżywanych emocji w poszczególnych fazach radzenia sobie z wiedzą o swoim pozytywnym statusie serologicznym.

Dalszy rozwój badań nad szeroko rozumianą jakością życia osób seropozytywnych jest znaczący dla społeczeństwa. Postęp w tej dziedzinie wiąże się z prowadzoną debatą społeczną w tej tematyce, proponowanymi oddziaływaniami psychoedukacyjnymi, zwiększaniem świadomości społecznej, czy zachętą do testowania się w kierunku HIV i innymi formami profilaktyki. Jednak przede wszystkim dalsze badania mogą wpłynąć realnie na poprawę dobrostanu osób żyjących z HIV, poprzez szybką diagnostykę obszarów stresogennych i zapewnienie odpowiednich form wsparcia.

Wykaz tabel

Tabela 1	Charakterystyka porównywanych grup pod względem płci i wieku osób badanych	93
Tabela 2	Poziom wykształcenia osób badanych z porównywanych grup	95
Tabela 3	Wielkość miejscowości zamieszkania osób badanych z porównywanych grup	96
Tabela 4	Stan cywilny osób badanych z porównywanych grup	97
Tabela 5	Sytuacja zawodowa osób badanych z porównywanych grup	98
Tabela 6	Wartości ładunków czynnikowych otrzymane w confirmacyjnej analizie czynnikowej wyników otrzymanych za pomocą kwestionariusza MBQ	99
Tabela 7	Wartości ładunków czynnikowych otrzymane w confirmacyjnej analizie czynnikowej wyników otrzymanych za pomocą kwestionariusza SS-HIV	101
Tabela 8	Współczynniki korelacji pomiędzy wynikami na skalach MBQ	102
Tabela 9	Wartości współczynników rzetelności pomiaru dla analizowanych zmiennych	102
Tabela 10	Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w porównywanych grupach	104
Tabela 11	Średnie wartości wskaźników poziomu optymizmu poznawczego w porównywanych grupach	108
Tabela 12	Średnie wartości wskaźników poziomu myślenia magicznego w porównywanych grupach	110
Tabela 13	Średnie wartości wskaźników nasilenia objawów PTSD w porównywanych grupach	111
Tabela 14	Rozpowszechnienie wyników w kwestionariuszu PCL-5 wskazujących na diagnozę PTSD w porównywanych grupach	114
Tabela 15	Średnie wartości wskaźników poziomu prężności psychicznej w porównywanych grupach	115
Tabela 16	Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu związanego z życiem z wirusem HIV w grupie osób seropozytywnych i w grupie osób żyjących z wirusem HIV i uzależnionych	119
Tabela 17	Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami poziomu prężności psychicznej a wskaźnikami poziomu optymizmu poznawczego	120
Tabela 18	Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami poziomu optymizmu poznawczego a wskaźnikami myślenia magicznego	121
Tabela 19	Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami poziomu optymizmu poznawczego a wskaźnikami nasilenia stresu	121
Tabela 20	Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami nasilenia stresu a wskaźnikami nasilenia objawów PTSD	122
Tabela 21	Wartości współczynników regresji otrzymane w modelu wstępnym	123
Tabela 22	Wartości współczynników regresji i współczynników korelacji otrzymane w modelu ostatecznym	124
Tabela 23	Predyktory nasilenia stresu związanego z życiem z HIV	127
Tabela 24	Predyktory spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD	128

Wykaz rysunków

Rysunek 1 <i>Wstępny schemat zależności pomiędzy zmiennymi</i>	69
Rysunek 2 <i>Rozrzut nasilenia napięcia emocjonalnego w porównywanych grupach</i>	105
Rysunek 3 <i>Rozrzut nasilenia stresu zewnętrznego w porównywanych grupach</i>	106
Rysunek 4 <i>Rozrzut nasilenia stresu intrapsychicznego w porównywanych grupach</i>	107
Rysunek 5 <i>Rozrzut ogólnego nasilenia stresu w porównywanych grupach</i>	108
Rysunek 6 <i>Rozrzut poziomu społecznego optymizmu poznawczego w porównywanych grupach</i>	109
Rysunek 7 <i>Rozrzut poziomu przypisywania magicznego znaczenia w porównywanych grupach</i>	111
Rysunek 8 <i>Rozrzut nasilenia intruzji w porównywanych grupach</i>	112
Rysunek 9 <i>Rozrzut nasilenia negatywnych zmian w poznaniu i nastroju w porównywanych grupach</i>	113
Rysunek 10 <i>Rozrzut ogólnego nasilenia objawów PTSD w porównywanych grupach</i>	114
Rysunek 11 <i>Rozrzut poziomu wytrwałości w porównywanych grupach</i>	116
Rysunek 12 <i>Rozrzut poziomu otwartości w porównywanych grupach</i>	117
Rysunek 13 <i>Rozrzut poziomu tolerancji w porównywanych grupach</i>	118
Rysunek 14 <i>Rozrzut ogólnego poziomu prężności psychicznej w porównywanych grupach</i>	119
Rysunek 15 <i>Ostateczny model zależności pomiędzy zmiennymi</i>	127

Załączniki

Zał. nr 1

Informacja o badaniu

Zapraszam Panią/ Pana/ Ciebie do uczestnictwa w badaniu naukowym prowadzonym w ramach pracy doktorskiej. Badanie ma na celu ocenę wybranych sposobów radzenia sobie ze stresem. Wyrażając zgodę na udział w tym projekcie masz szansę przyczynić się do poszerzenia dotychczasowej wiedzy. Badanie nie jest obciążające dla osób w nim uczestniczących, wymaga wypełnienia kilku kwestionariuszy służących do oceny sposobów radzenia sobie ze stresem. Udział w badaniu nie wiąże się ryzykiem wystąpienia zagrożenia dla zdrowia. Uczestnictwo w badaniu jest dobrowolne i można z niego zrezygnować w dowolnym momencie. Badanie jest całkowicie anonimowe, a dane będą analizowane jedynie ilościowo. Badanie trwa około 20-30 minut. Jeżeli chcesz wziąć udział w badaniu to proszę zapoznaj się z poniższymi pytaniami i udziel odpowiedzi.

Zgoda na udział w badaniu

„Prężność jako zasób podmiotowy oraz strategie radzenia sobie ze stresem – optymizm poznawczy i zachowania magiczne, a odczuwalny poziom stresu i częstotliwość występowania PTSD u osób żyjących z wirusem HIV”.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez Sarę Peplinską o celu powyższego badania klinicznego, czasie trwania, sposobie jego przeprowadzenia, oczekiwanych korzyściach, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem w tym badaniu oraz o moich prawach.

Przeczytałam/em też i zrozumiałam treść Formularza Informacyjny o badaniu. Poinformowano mnie, że dodatkowe pytania dotyczące badania mogą kierować bezpośrednio do osoby prowadzącej badania i że uzyskam na nie wyczerpującą odpowiedź.

Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Jestem świadoma/y przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w badaniu na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

Niniejszym wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę na udział w tym badaniu oraz na anonimowe przetwarzanie, udostępnianie i na publikację wyników moich badań.

.....
Podpis/parafka

.....
data

Metryczka do badań

1. Wiek
2. Płeć:
 - Kobieta
 - Mężczyzna
 - Osoba niebinarna
 - Inna płeć
3. Miejsce zamieszkania
 - wieś
 - małe miasteczko (do 10 tys. mieszkańców)
 - miasto (do 100 tys. mieszkańców)
 - duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)
 - bardzo duże miasto (powyżej 500 tys. mieszkańców)
4. Stan cywilny
 - panna/kawaler
 - w związku małżeńskim
 - po rozwodzie
 - wdowa/wdowiec
 - w czasie separacji
 - w związku nieformalnym
5. Wykształcenie
 - podstawowe
 - zawodowe
 - średnie
 - wyższe
6. Sytuacja zawodowa
 - pracuję
 - bezrobotny
 - emeryt
 - rencista
7. Czas jaki minął od rozpoznania nosicielstwa wirusa HIV.....
8. Czy jest Pan/Pani objęta terapią ARV? **TAK/NIE** (właściwą odpowiedź należy zakreślić kółkiem)
9. Czy doszło do rozwoju AIDS? **TAK/NIE** (właściwą odpowiedź należy zakreślić kółkiem)

Skala Pomiaru Prężności – SPP-25

Płeć: K/M

Wiek:.....

Data.....

Ludzie różnie zachowują się w trudnych sytuacjach. Proszę wskazać, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę, w jakim stopniu każde ze stwierdzeń odnosi się do Pani/Pana.

Poszczególne cyfry oznaczają:

- 0. Zdecydowanie nie
- 1. Raczej nie
- 2. Ani tak, ani nie/trudno powiedzieć
- 3. Raczej tak
- 4. Zdecydowanie tak

1. Podejmuje wysiłki poradzenia sobie bez względu na to, jak trudny jest problem	0	1	2	3	4
2. Potrafię dostrzegać zabawne strony wydarzeń, z którymi mam do czynienia	0	1	2	3	4
3. Potrafię się dostosować do każdej, nawet najtrudniejszej sytuacji	0	1	2	3	4
4. Łatwo przystosowuję się do nowych sytuacji	0	1	2	3	4
5. W sytuacjach trudnych dostrzegam wiele możliwości rozwiązania problemu	0	1	2	3	4
6. Podejmuje zdecydowane wysiłki, żeby osiągnąć cel	0	1	2	3	4
7. Jestem otwarty na nowe doświadczenia	0	1	2	3	4
8. W sytuacjach stresowych koncentruję się i myślę jasno	0	1	2	3	4
9. Na ogół zmaganie się z trudnymi sytuacjami wzmacnia mnie i rozwija	0	1	2	3	4
10. Doznawane trudności mobilizują mnie do działania	0	1	2	3	4
11. Nigdy się nie poddaję i walczę o swoje	0	1	2	3	4
12. Nawet w trudnej sytuacji znajduję coś, z czego można się pośmiać	0	1	2	3	4
13. Uważam się za silną osobę	0	1	2	3	4
14. Potrafię zaakceptować doznane niepowodzenia i porażki	0	1	2	3	4
15. Potrafię odnaleźć się w nawet najbardziej niesprzyjających okolicznościach	0	1	2	3	4
16. Kiedy coś zaplanuję, wykonuję to od początku do końca	0	1	2	3	4
17. Potrafię spojrzeć na sytuację z różnych punktów widzenia	0	1	2	3	4
18. W sytuacjach trudnych radzę sobie z nieprzyjemnymi odczuciami	0	1	2	3	4
19. Z poniesionych niepowodzeń i porażek potrafię wyciągnąć wnioski na	0	1	2	3	4

przyszłość					
20.Zmaganie się z trudnymi sytuacjami jest dla mnie źródłem zadowolenia	0	1	2	3	4
21.Zazwyczaj, jak mam coś zrobić, robię to od razu	0	1	2	3	4
22.Moje życie ma znaczenie	0	1	2	3	4
23.Lubię wyzwania	0	1	2	3	4
24.Życie, bez względu na przeszkody i trudności, uważam za ekscytujące	0	1	2	3	4
25.Zawsze, niezależnie od sytuacji, wykazuje optymistyczne nastawienie do życia	0	1	2	3	4

Kwestionariusz MBQ

(Autorzy: Kamilla Bargiel-Matusiewicz, Szymon Makula, Krzysztof Szysmanek, Krzysztof A. Wieczorek)

Instrukcja:

Pomyśl o jakiejś trudnej, skomplikowanej i jednocześnie ważnej dla Ciebie sytuacji, która wydarzyła się w ciągu ostatniego roku. Jeśli takich sytuacji było więcej, spróbuj wybrać jedną, najważniejszą.

Jeżeli w ciągu ostatniego roku nie wydarzyła się taka sytuacja, pomyśl o jakiejś wcześniejszej sytuacji.

Zaznacz poniżej krzyżykiem wybraną odpowiedź.

Sytuacja, którą sobie przypominam miała miejsce:

☐ w ciągu ostatniego roku

☐ wcześniej

Sytuacja ta dotyczy:

☐ pracy zawodowej

☐ nauki (np. trudny egzamin)

☐ kwestii finansowych

☐ zakochania/miłości

☐ mojego zdrowia

☐ zdrowia bliskiej mi osoby

☐ inny rodzaj sytuacji (podaj jaki?)

Sytuacja ta jest już zakończona

☐ tak

Jeśli tak, to ☐ zakończenie było dla mnie pozytywne

☐ zakończenie było dla mnie negatywne

☐ nie

A teraz, mając na uwadze sytuację, o której właśnie pomyślałaś/pomyślałeś (oraz inne podobne sytuacje), zapoznaj się z poniższym kwestionariuszem.

Są w nim opisane są różne działania, które ludzie czasem podejmują w trudnych sytuacjach.

Ustosunkuj się do każdego punktu poprzez wskazanie, w jakim stopniu, to co opisuje, pasuje do Ciebie w odniesieniu do tej sytuacji, o której myślisz (oraz innych podobnych sytuacji).

Wykorzystaj do tego poniższą skalę:

0	1	2	3	4	5	6
Nie pasuje w ogóle			Średnio pasuje			Pasuje bardzo dobrze

Cyfra **0** oznacza, to w ogóle do Ciebie nie pasuje, cyfra **3** oznacza, że średnio pasuje, natomiast cyfra **6** oznacza, że bardzo dobrze to do Ciebie pasuje. Inne cyfry wyrażają wartości pośrednie.

Zaznacz krzyżykiem wybraną odpowiedź.

1. Koncentrowanie się na kolejnym etapie działań związanych z tą sytuacją.	0	1	2	3	4	5	6
2. Analizowanie sytuacji, aby lepiej ją rozumieć.	0	1	2	3	4	5	6
3. Zwracanie się o radę do innych osób.	0	1	2	3	4	5	6
4. Sprawdzanie własnego horoskopu.	0	1	2	3	4	5	6

5. Próby doceniania pozytywnych aspektów swojego życia.	0	1	2	3	4	5	6
6. Robienie różnych rzeczy, żeby nie myśleć o problemie.	0	1	2	3	4	5	6
7. Noszenie przy sobie przedmiotu, który ma przynieść szczęście.	0	1	2	3	4	5	6
8. Modlitwa o pozytywne zakończenie sytuacji.	0	1	2	3	4	5	6
9. Powtarzanie sobie, że czas sam przyniesie rozwiązanie, więc trzeba po prostu czekać.	0	1	2	3	4	5	6
10. Prośzenie innych osób o modlitwę w mojej intencji.	0	1	2	3	4	5	6
11. Rozmowy z różnymi osobami, aby dowiedzieć się więcej o tej sytuacji.	0	1	2	3	4	5	6
12. Poszukiwanie głębszego sensu tego, co mi się przydarza.	0	1	2	3	4	5	6
13. Korzystanie z porady wróżbity/wróżki lub jasnowidza.	0	1	2	3	4	5	6
14. Obwinianie siebie za to, co się dzieje.	0	1	2	3	4	5	6
15. Objadanie się.	0	1	2	3	4	5	6
16. Samodzielne wróżenie.	0	1	2	3	4	5	6
17. Stosowanie zaklęć, które mogą pomóc.	0	1	2	3	4	5	6
18. Godzenie się z losem.	0	1	2	3	4	5	6
19. Nie ujawnianie swoich uczuć/emocji.	0	1	2	3	4	5	6
20. Wyobrażanie sobie pomyślnego obrotu sprawy, żeby zwiększyć szanse na to, że tak się właśnie stanie.	0	1	2	3	4	5	6
21. Szukanie wskazówek w snach/interpretowanie snów.	0	1	2	3	4	5	6
22. Skupianie się na snach w nadziei, że pokażą przyszłość.	0	1	2	3	4	5	6
23. Szukanie wsparcia i pocieszenia innych osób.	0	1	2	3	4	5	6

24. Stosowanie zaklęć, które mają zaszkodzić moim wrogom.	0	1	2	3	4	5	6
25. Wykonywanie pewnych działań/rytuałów, które przynoszą szczęście.	0	1	2	3	4	5	6
26. Przeznaczanie więcej czasu na sen.	0	1	2	3	4	5	6
27. Okazywanie złości osobie, która jest przyczyną problemu.	0	1	2	3	4	5	6
28. Szukanie pomocy u specjalisty z danej dziedziny.	0	1	2	3	4	5	6
29. Postępowanie według przygotowanego planu działania.	0	1	2	3	4	5	6
30. Odwiedzanie miejsc z dobrą energią.	0	1	2	3	4	5	6
31. Powtarzanie sobie, że mogłoby być o wiele gorzej.	0	1	2	3	4	5	6
32. Unikanie osób, które przynoszą pecha.	0	1	2	3	4	5	6
33. Unikanie sytuacji, które przynoszą pecha.	0	1	2	3	4	5	6
34. Wyładowywanie swoich uczuć/emocji.	0	1	2	3	4	5	6
35. Poprawianie sobie samopoczucia środkami psychoaktywnymi, np. alkoholem, tabletkami uspokajającymi, itp.	0	1	2	3	4	5	6
36. Kierowanie się fazami księżyca.	0	1	2	3	4	5	6
37. Unikanie pechowych dat, dni przy podejmowaniu ważnych działań lub decyzji.	0	1	2	3	4	5	6
38. Podejmowanie ryzyka poprzez stawianie wszystkiego na jedną kartę.	0	1	2	3	4	5	6
39. Poszukiwanie wskazówek w intuicji, przeczuciach.	0	1	2	3	4	5	6
40. Rzucanie monetą podczas dokonywania wyboru.	0	1	2	3	4	5	6
41. Unikanie pochopnych działań.	0	1	2	3	4	5	6

42. Szukanie znaków w bieżących zdarzeniach.	0	1	2	3	4	5	6
43. Po prostu rozwiązywanie problemu.	0	1	2	3	4	5	6
44. Sprawdzanie horoskopu innej osoby.	0	1	2	3	4	5	6
45. Zachowywanie się tak, aby inni nie wiedzieli, jak źle wygląda sytuacja.	0	1	2	3	4	5	6
46. Unikanie pewnych działań, żeby nie zapeszyć.	0	1	2	3	4	5	6
47. Angażowanie innych w swój problem.	0	1	2	3	4	5	6
48. Przygotowywanie się na najgorsze.	0	1	2	3	4	5	6
49. Próby spojrzenia na sytuację z perspektywy innej osoby.	0	1	2	3	4	5	6
50. Uprawianie sportu.	0	1	2	3	4	5	6
51. Prośenie o pomoc innych.	0	1	2	3	4	5	6
52. Odpukiwanie w niemalowane drewno.	0	1	2	3	4	5	6
53. Składanie sobie obietnic typu: „Jeśli mi się uda, to ...”	0	1	2	3	4	5	6
54. Wywoływanie duchów.	0	1	2	3	4	5	6

Skala Optymizmu Poznawczego

	Nie zgadam się w ogóle	Nie zgadzam się	Trochę się nie zgadzam	Nie wiem	Trochę się zgadzam	Zgadzam się	W pełni się zgadzam
	0	1	2	3	4	5	6
1. Nauka potrafi wyjaśnić każde zjawisko.							
2. Naukowe teorie są tylko teoriami, bardzo często fałszywymi.							
3. Na świecie jest wiele rzeczy, których nauka nigdy nie wyjaśni.							
4. Najważniejsze prawa, które rządzą światem, pozostaną dla umysłu ludzkiego na zawsze niepojęte.							
5. Nigdy nie dowiemy się, skąd się wzięło dobro i zło.							
6. Jest tylko kwestią czasu rozwiązanie zagadki powstania świata.							
7. Do tej pory, naukowcom udało się zrozumieć wiele zagadnień ważnych dla naszego codziennego życia.							
8. Ludzkość jest w stanie rozwiązać każdą zagadkę wszechświata.							
9. Umiejętność samodzielnego myślenia daje mi więcej, niż kierowanie się opiniami jakichkolwiek ekspertów.							
10. Zwykle potrafię rozstrzygnąć, która ze stron w sporach ekonomicznych, politycznych, medycznych itp. ma rację, a która się myli.							
11. Oficjalna nauka niechętnie zmienia zdanie, nawet wobec mocnych dowodów, że się myli.							
12. Nie wierzę w żadne argumenty naukowców, zanim sam(a) ich starannie nie przemyślę.							
13. Moja zdolność do logicznego myślenia jest dla mnie dużo ważniejsza od podręcznikowej wiedzy na jakiś temat.							
14. Każdego dnia coraz lepiej							

rozumiem otaczający mnie świat.							
15. Zwykle nie muszę zbyt daleko wchodzić w szczegóły problemu, by wyrobić sobie rozsądną opinię.							
16. Nie muszę czytać mnóstwa książek na jakiś temat, by wyrobić sobie pogląd.							
17. Bardzo często udaje mi się dostrzec sedno zagadnienia, którego nie widzą inni.							

PCL-5

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013)

Adaptacja polska: Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., Lis-Turlejska M. i Merecz-Kot D.

Poniżej znajduje się lista problemów, które czasem pojawiają się u ludzi w reakcji na bardzo stresujące doświadczenie. Przeczytaj uważnie każde stwierdzenie, a następnie otocz kółkiem jedną z cyfr po prawej stronie, wskazując – w jakim stopniu problem ten nękał Cię w ciągu ostatniego miesiąca.

Jak bardzo w ciągu ostatniego miesiąca dokuczało Ci:	wcale	nieznacznie	umiarkowanie	znacznie	bardzo mocno
1. Powtarzające się, przykre i niechciane wspomnienia stresującego zdarzenia?	0	1	2	3	4
2. Powtarzające się, przykre sny dotyczące stresującego zdarzenia?	0	1	2	3	4
3. Nagłe wrażenie lub zachowywanie się tak, jakby to stresujące zdarzenie znów miało miejsce (tak, jakbyś je faktycznie ponownie przeżywał/a)?	0	1	2	3	4
4. Odczuwanie silnego zdenerwowania, gdy coś przypominało o stresującym zdarzeniu?	0	1	2	3	4
5. Doznawanie silnych reakcji fizycznych, gdy coś przypominało o stresującym zdarzeniu (np.: silne bicie serca, kłopoty z oddychaniem, pocenie się)?	0	1	2	3	4
6. Unikanie wspomnień, myśli lub uczuć związanych ze stresującym zdarzeniem?	0	1	2	3	4
7. Unikanie tego, co przypominało Ci stresujące zdarzenie (np. ludzi, miejsc, rozmów, zajęć, przedmiotów lub sytuacji)?	0	1	2	3	4
8. Kłopoty z przypomnieniem sobie ważnych szczegółów tego stresującego zdarzenia?	0	1	2	3	4
9. Posiadanie silnych, negatywnych przekonań na temat siebie, innych ludzi lub świata (np. takie myśli jak: jestem zły/a, coś naprawdę złego dzieje się ze mną, nikomu nie można zaufać, świat jest całkowicie niebezpieczny)?	0	1	2	3	4
10. Obwinianie siebie lub kogoś innego za stresujące zdarzenie lub za to, co stało się po nim?	0	1	2	3	4
11. Doświadczanie silnych negatywnych	0	1	2	3	4

uczuć, takich jak strach, przerażenie, gniew, poczucie winy lub wstydu?					
12. Utrata zainteresowania tymi formami aktywności, które dotychczas sprawiały Ci przyjemność?	0	1	2	3	4
13. Poczucie dystansu lub odizolowania się od innych ludzi?	0	1	2	3	4
14. Trudności w przeżywaniu pozytywnych uczuć (np. niezdolność do odczuwania szczęścia lub miłości do bliskich)?	0	1	2	3	4
15. Okazywanie irytacji, wybuchy złości lub zachowanie agresywne?	0	1	2	3	4
16. Podejmowanie nadmiernego ryzyka lub robienie rzeczy, które mogłyby Ci zaszkodzić?	0	1	2	3	4
17. Pozostawanie w stanie podwyższonej gotowości, czujności lub bycia na baczności?	0	1	2	3	4
18. Nerwowość lub łatwość przestraszania się?	0	1	2	3	4
19. Problemy z koncentracją uwagi?	0	1	2	3	4
20. Kłopoty z zasypianiem lub ciągłością snu?	0	1	2	3	4

KPS

Mieczysław Płopa, Ryszard Markowski, 2010

INSTRUKCJA: Interesuje nas, co Pan/Pani myśli o swoich problemach, sposobach ich przeżywania. Proszę opisać swoje myśli, zachowania, odczucia, obawy, nadzieje, tak jak są przez Panią/Pana w ostatnim czasie, jak i obecnie odczuwane. Proszę przeczytać każde stwierdzenie uważnie i zastanowić się, w jakim stopniu dotyczy ono Pani/Pana. Pewne stwierdzenia są do siebie podobne, ale są zamieszczone do wykazania nawet nieznacznych różnic w Pani/Pana odczuciach.

Proszę pamiętać, że nie ma dobrych odpowiedzi ani złych, liczą się tylko szczere. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem.

		Prawda	Raczej prawda	Trudno powiedzieć	Raczej nieprawda	Nieprawda
1.	Odczuwam niepokój, że coraz więcej rzeczy mnie denerwuje.	a	b	c	d	e
2.	Myślę, że jestem sprawiedliwie oceniany.	a	b	c	d	e
3.	Mam swoje plany, ale obawiam się, że ich nie zrealizuję, bo moja psychika jest za słaba.	a	b	c	d	e
4.	Zdarzało mi się, że nie dotrzymywałem danego komuś słowa.	a	b	c	d	e
5.	Mam trudności z odprężeniem się, chociaż się staram.	a	b	c	d	e
6.	Czuję się wyczerpany ciągłym udowadnianiem swoich racji.	a	b	c	d	e
7.	Ogarnia mnie złość, że jestem za mało zdolny, aby osiągnąć zamierzone cele.	a	b	c	d	e
8.	Zawsze jestem w porządku wobec innych.	a	b	c	d	e
9.	Zauważam, że coraz częściej ogarnia mnie jakieś zniechęcenie.	a	b	c	d	e
10.	Mam już dość ciągłych konfliktów z różnymi osobami.	a	b	c	d	e
11.	Myślenie o przyszłości zniechęca mnie prawie do wszystkiego.	a	b	c	d	e
12.	Kiedy byłem dzieckiem robiłem rzeczy, których mi zabraniano.	a	b	c	d	e

13.	Nie czuję się rozdrażniony z byle powodu.	a	b	c	d	e
14.	Męczy mnie to, że inni nie rozumieją mnie, stawiają przede mną zadania, nie licząc się z moimi możliwościami.	a	b	c	d	e
15.	Rzadko czuję się osamotniony.	a	b	c	d	e
16.	Zawsze byłem posłuszny swoim rodzicom, przełożonym.	a	b	c	d	e
17.	Chyba mam coraz mniej energii.	a	b	c	d	e
18.	Nie czuję się wykorzystywany przez innych.	a	b	c	d	e
19.	To co spotkało mnie w przeszłości nie daje mi spokoju.	a	b	c	d	e
20.	Zdarzyło mi się, że kogoś okłamałem.	a	b	c	d	e
21.	Czuję się zmęczony, nawet jak nic nie robię.	a	b	c	d	e
22.	Za często jestem krytykowany.	a	b	c	d	e
23.	Myślenie o swoich problemach powoduje, że mam trudności w zasypianiu.	a	b	c	d	e
24.	Nigdy nie składałem obietnic bez pokrycia.	a	b	c	d	e
25.	Coraz częściej denerwuję się i to z byle powodu.	a	b	c	d	e
26.	Odczuwam niepokój, że przerasta mnie to czego się ode mnie wymaga.	a	b	c	d	e
27.	Nie mogę się pogodzić z tak ważną stratą w moim życiu.	a	b	c	d	e

Skala stresu HIV/AIDS

Poniżej znajduje się lista problemów (trudności), które czasem występują u osób żyjących z wirusem HIV. Dla każdej kategorii problemów podane są dwa opisy tych problemów. W Twoim przypadku mogą wystąpić pewne różnice od dostarczonych przykładów. Jednak tak długo jak uznasz, że nadal wpisują się do danej kategorii problemu, oceń je. Te zanotowane problemy muszą być w jakiś sposób połączone z tematyką HIV. Problem musi być częściowo spowodowany, lub zaostrzony przez to, że jesteś żyjącą z HIV. Proszę oceniać poniższe stwierdzenia w sposób uważny. Po przeczytaniu proszę o zaznaczenie numeru krzyżykiem, który najlepiej opisuje jak kłopotliwy był dla Ciebie problem w ciągu ostatniego miesiąca, mając na uwadze dzień dzisiejszy. Zaznacz tylko jeden numer dla każdego z wymienionych problemów i nie pomijaj żadnej pozycji. Jeśli zmienisz zdanie zaznacz kółkiem błędna odpowiedź i zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź.

Jak bardzo zaniepokojony/a byłeś/aś przez	Wcale	Trochę	Umiarkowanie	Całkiem mocno	Bardzo mocno
1. Przygnębiające emocje związane z HIV/AIDS (np. czułeś złość lub przerażenie albo niepokój, miałeś obniżony nastrój)	0	1	2	3	4
2. Trudności w relacjach interpersonalnych związane z HIV/AIDS (np. pokłóciłeś się z bliską Ci osobą o to w jaki, najlepszy dla Ciebie sposób dbać o Twoje zdrowie lub miałeś problem w nawiązaniu relacji)	0	1	2	3	4
3. Smutek/Żaloba związana z HIV/AIDS (np. zamartwianie się utratą niezależności czy przeżywałeś żalobę związaną ze stratą osoby bliskiej z AIDS).	0	1	2	3	4
4. Prywatne/Poufne informacje związane z HIV (np. czujesz niepokój związany naruszeniem prywatności Twojego statusu HIV/AIDS przez ujawnienie informacji o zakażeniu lub byłeś niechętny do poinformowania innych o zakażeniu)	0	1	2	3	4
5. Trudności w sferze seksualnej	0	1	2	3	4

związane z HIV/AIDS (np. trudno Ci zachować bezpieczne zachowania seksualne lub jesteś sfrustrowany seksualnie)					
6. Trudności z pogodzeniem się z zakażeniem HIV/ AIDS (np. nie możesz zaakceptować faktu, że masz HIV/AIDS lub nie chcesz nawet myśleć o swoim HIV/AIDS)	0	1	2	3	4
7. Koncentrujesz się na śmierci w związku z HIV/AIDS (np. jesteś pochłonięty myśleniem o umieraniu lub nie bierzesz pod uwagę możliwości śmierci z powodu zakażenia.)	0	1	2	3	4
8. Poczucie wyizolowania z powodu HIV/AIDS (np. Miałeś mniej kontaktów z innymi przez zakażenie lub dostajesz mniej zaproszeń na wyjścia na miasto od innych teraz, gdy jesteś zakażony).	0	1	2	3	4
9. Myśli/próby samobójcze z powodu zakażenia HIV, AIDS (np. myślałeś o zakończeniu swojego życia lub podjąłeś próby samobójcze)	0	1	2	3	4
10. Zacząłeś nadużywać alkohol lub zażywać narkotyki z powodu HIV/AIDS (np. zażywałeś obecnie narkotyki/częściej pijesz alkohol lub często jesteś odurzony narkotykami/alkoholem)	0	1	2	3	4
11. Dyskryminacja/stygmatyzacja tyżająca się zakażenia HIV/ AIDS (np. jesteś przekonany, że będziesz dyskryminowany ze względu na HIV/AIDS lub czujesz, że nie będziesz traktowany z szacunkiem)	0	1	2	3	4
12. Trudności religijne/egzystencjalne związane z HIV/AIDS (np. masz trudność w odnalezieniu znaczenia swojego życia lub zmagasz się ze zrozumieniem w jakim położeniu się obecnie znalazłeś)	0	1	2	3	4
13. Przewrażliwiony (zbyt troskliwy) funkcjonowaniem (reakcje) swojego ciała / zmian zachodzących w ciele (np. ciągle szukasz symptomów związanych z zakażeniem lub jesteś nadmiernie uważny na wszelkie nowe fizyczne zmiany takie jak, np. pojawienie się wysypki)	0	1	2	3	4
14. Trudności w mówieniu innym o Twoim HIV/AIDS (np. nie wiesz komu, w jaki sposób albo kiedy powiedzieć o swoim zakażeniu; powiedziałeś jedynie jednej lub dwóm osobom o zakażeniu HIV)	0	1	2	3	4
15. Nudzie związanej z HIV/AIDS (np. nie jesteś w stanie wykorzystać swojego wolnego czasu na rzeczy, które normalnie sprawiałby Ci przyjemność)	0	1	2	3	4

(cieszyłyby Cię) lub często łapiesz się bezproduktywnym nic nierobieniu.					
16. Trudność w radzeniu sobie z symptomami związanymi z HIV (np. masz trudność w poradzeniu sobie z odczuwanym zmęčeniem, znużeniem lub nudnościami; przez większość czasu odczuwasz ból i fizyczny dyskomfort)	0	1	2	3	4
17. Trudności związane z zatrudnieniem powiązane z HIV/AIDS (np. nie możesz uzyskać/utrzymać zatrudnienia z powodu HIV/AIDS lub jesteś zmartwiony stresem związanym z pracą)	0	1	2	3	4
18. Trudności związane z korzystaniem z usług opieki zdrowotnej (np. masz trudność z uzyskaniem dostępu do służby zdrowia m.in. dentysty, lekarza rodzinnego, opieki domowej)	0	1	2	3	4
19. Trudności w leczeniu związane z HIV/AIDS (np. masz trudność z radzeniem sobie z efektami ubocznymi terapii lub nie możesz zdecydować się na wybranie rodzaju leczenia; nie decydujesz się na podjęcie leczenia)	0	1	2	3	4
20. Trudności związane z transportem/przemieszczaniem się w związku z HIV/AIDS (np. masz trudność w zorganizowaniu dogodnego dla Ciebie środka transportu; komunikacja miejska jest zbyt fizycznie obciążająca dla Ciebie)	0	1	2	3	4
21. Trudności finansowe (budżetowe) powiązane z HIV/AIDS (np. nie masz możliwości opłacenia rachunków; nie jesteś w stanie spłacać zaciągniętych pożyczek lub kredytów)	0	1	2	3	4
22. Problemy związane z planowaniem ze względu na HIV/AIDS (np. niepewność związana z Twoim stanem zdrowia utrudnia planowanie kariery zawodowej lub nie wiesz, czy rozpocząć nowy projekt/przedsięwzięcie)	0	1	2	3	4
23. Redukcja ryzyka infekcji (np. intensywnie rozmyślasz o przypadkowym zainfekowaniu innych osób HIV lub koncentrujesz się na tym, że niektóre z Twoich zachowań mogą przyczynić się do zakażenia innych osób)	0	1	2	3	4

Bibliografia

1. Aarnio, K., Lindeman, M. (2007). Religious people and paranormal believers: alike or different? *Journal of Individual Differences*, 28 (1), 1 – 9.
2. Adan, A., Antunez, J., Navarro, J. (2017). Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. *Psychiatry Research*, 251, 325 – 332.
3. Adorno, T. W. (2010). *Osobowość autorytarna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
4. Agaibi, C., Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD and resilience. A Review of Literature. *Trauma Violence & Abuse*, 6 (3), 195 – 216.
5. Altemeyer, B., Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, religious fundamentalism, quest and prejudice. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2, 113 – 133.
6. American Psychiatric Association. (19 sierpień 2025 r.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5 edycja. https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Diagnostic%20and%20Statistical%20Manual%20of%20Mental%20Disorders&publication_year=2013&
7. Andu, E., Wagenaar, B., Kemp, C., Necin, P., Simoni, J., Andrasik, M. (2018). Risk and protective factors of posttraumatic stress disorder among African American women living with HIV. *AIDS Care*, 30, 1393 – 1399.
8. Ankiersztejn-Bartczak M. (2011). Międzynarodowy projekt STIGMA INDEX i jego realizacja w Polsce. *Kontra. Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS*, 1 (47).
9. Anyaegbunam, M., Omonijo, D., Ogunwa, C. (2021). Exploring the relationship between personality traits and superstitious beliefs. *Journal of International Cooperation and Development*, 4 (1), 60 – 79.
10. Audet, C., McGowan, C., Wallston, K. (01 lipiec 2022). *Relationship between HIV stigma and self-isolation among people living with HIV in Tennessee*. PubMed Central. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3738573/>
11. Ayano, G., Duko, B., Bedaso, A. (2020). The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder among People Living with HIV/AIDS: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry*, 91, 1317 – 1332.

12. Bains, S., Egede, L. (22 lipiec 2022). *Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients*. BMC Complementary and Alternative Medicine. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-13849>
13. Banerjee, N., Goodman, Z., McIntosh, R., Ironson, G. (2022). Cognition, coping and psychological distress in HIV. *AIDS and Behavior*, 26, 1074 – 1083.
14. Barahmand, U., Mohamadpour, S., Sheikh, A. (2023). COVID-19 related stresses, conspiracy beliefs, uncertainty and non-adherence to safety guidelines. *International Journal Psychology Research*, 1 (15), 22 – 33.
15. Barrett, J. (2000). Exploring the natural foundations of religion. *Trends in Cognitive Sciences*, 4 (1), 29 – 34.
16. Bargiel-Matusiewicz, K., Makuła, S., Szymanek, K., Wieczorek, K. (2021). Kwestionariusz Zachowań Przesądnych. Nieopublikowane materiały wewnętrzne. Warszawa: Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski.
17. Bargiel-Matusiewicz, K., Makuła, S., Szymanek, K., Wieczorek, K., Ziętalewicz, U., Psiuła, E. (2021). Struktura i właściwości psychometryczne Skali optymizmu poznawczego – badanie pilotażowe. W M. Huflejt-Łukasik, A. Pluta (red.), *Mechanizmy psychologiczne i społeczne warunkujące formułowanie ocen oraz podejmowanie działań* (s. 59 – 75). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri.
18. Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
19. Beckerman, N., Auerbach, C. (2011). PTSD and HIV in women: the role of gender in this dual diagnosis. *Women Health*, 51 (5), 497 – 510.
20. Bekele, T., Collins, E., Maunder, R., Gardner, S., Rueda, S., Golberman, J., Le, T., Hunter, J., Benoit, A., Rourke, S. (2018). Childhood Adversities and Physical and Mental Health outcomes in adults living with HIV: Findings from the Ontario HIV treatment network cohort study. *AIDS Research and Treatment*, 1, 1 – 17.
21. Bishop, G. (2000). *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
22. Bolock, J., Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. W A. Collins (red.), *Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota symposia on child psychology* (tom 13, s. 39 – 101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

23. Boroditsky, L. (2001). Does Language Shape Thought? Mandarin and English Speakers' Conceptions of Time. *Cognitive Psychology*, 43(1), 1 – 22.
24. Brambilla, P., Fagnani, C., Cecchetto, F., Medda, E., Bellani, M., Salemi, M., Picardi, A., Stazi, M. (2014). Genetic and environmental bases of the interplay between magical ideation and personality. *Psychiatry Research*, 215 (2), 453 – 459.
25. Brashier, N., Multhaup, K. (2017) Magical thinking decreases across adulthood. *Psychology and Aging*, 32 (8), 681 – 688.
26. Brewer, R., Hood, K. Bowen. B. (2022). Associations between experienced HIV stigma, resulting consequences and the HIV care continuum: Moderating effects of two resilience characteristics among persons living with HIV (PLWH) in Louisiana. *Racial and Ethnic Health Disparities*, 9, 9 – 22.
27. Brezing, C., Ferrara, M., Freudenreich, O. (2015). The syndemic illness of HIV and trauma: Implications for a trauma-informed model of care. *Psychosomatics*, 56 (2), 107 – 118.
28. Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6), 631 – 637.
29. Broojerdi, M., Asadi, J., Hassanzadch, R., Mirani, A. (2021). Modeling of belief in superstition based on personality traits mediated by locus of control in female students. *Journal of Research in Psychopathology*, 2 (3), 32 – 40.
30. Brooks, D., Brooks, R. (2021). A systematic review: what factors predict Post-Traumatic Stress Symptoms in ambulance personnel? *British Paramedic Journal*, 5 (4), 18 – 24.
31. Brown, L., Acuna, A., Osman, A., Williamson, L., Audet, C., Wilkins, M., Sales, J., Hill, S., Foster, J., Pettit, A., Pichon, L. (2025). Demystifying traumatic experiences and complex effects in people with HIV and post-traumatic stress disorder in Tennessee. *Health Equity*, 9 (1), 131 – 141.
32. Brown, M., Serovich, J., Laschober, T., Kimberly, J., Lescano, C. (2020). Ways of coping and perceived HIV-related Stigma among people living with HIV: Modern by sex and sexual orientation. *Psychology, Health and Medicine*, 25 (7), 867 – 878.
33. Bryden, G., Browne, M., Rockloff, M., Unsworth, C. (2018). Anti-vaccination and pro-CAMAttitudes both reflect magical beliefs about health. *Vaccine*. 36 (9), 1227 – 1234.

34. Camacho, G., Kalichman, S., Katner, H. (2019). Anticipated HIV-Related Stigma and HIV Treatment Adherence: The Indirect Effect of Medication Concerns. *AIDS and Behavior*, 24, 185 – 191.
35. Camargo, A., Casiraghi, L., Vargas, R., Trujillo, M. (2025). Psychological resilience and posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of the effects of intentional and unintentional trauma before the COVID-19 pandemic. *Middle East Current Psychiatry*, 32, 35.
36. Camellia, V. (2018). Mental health problem in HIV/AIDS patients. *Earth and Environmental Science, Purpose-Led Publishing*, 125, 15 – 18.
37. Cannon, W. (1928). Neural organization for emotional expression. W: M. Reymert (red.). *Feelings and emotions: The Wittenberg symposium*. Clark University Press.
38. Case, T., Fitness, J., Cairns, D., Stevenson, R. (2006). Coping with uncertainty: Superstitious strategies and secondary control. *Journal of Applied Social Psychology*, 34 (4), 848 – 871.
39. Chepkemai, S., Nyikavaranda, P., Semrau, M., Arcger, G., Pantelic, M. (2022). Resilience resources for mental health among people living with HIV: A mixed-method systematic review. *AIDS Care*, 36 (7), 849 – 863.
40. Chiu, Y., Liang, J., Hou, C., Tsai, C. (2016). Exploring the relationships between epistemic beliefs about medicine and approaches to learning medicine: a structural equation modeling analysis. *BioMed Central Medical Education*, 16, 1 – 12.
41. Chodkiewicz, J. (2010). Nadużywanie alkoholu przez młodych mężczyzn i młode kobiety – znaczenie czynników temperamentalnych i charakterologicznych. *Czasopismo Psychologiczne*, 16 (2), 181 – 188
42. Chodkiewicz, J. (2007). Zażywanie narkotyków przez młodzież. Znaczenie czynników temperamentalnych i charakterologicznych. *Wychowanie na co dzień*, 10 – 21.
43. Cholewińska, G., Puławska-Popielarz, K., Gąsiorowski J. (2013). Standardy opieki medycznej i psychoterapeutycznej dla pacjenta z infekcją HIV, uzależnionego od dożylnych środków odurzających W A. Horbana (red.) *Zasady Opieki nad osobami zakażonymi HIV* (s. 418-43). Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS.
44. Christiansen, D., Breke, E. (2020). Gender and sex-based contributors to sex differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 22 (4), 19.
45. Chudzik, A. (2021). Atrakcyjność internetowej magii. O myśleniu mityczno-magicznym we współczesnym świecie. *Media i społeczeństwo*, 15, 58 – 77.

46. Ciborowski, T. (1997). "Superstition" in collegiate baseball players. *The Sport Psychologist*, 11, 305 – 317.
47. Coady, D. (2012). What to believe now: Applying epistemology to contemporary issues. Wiley-Blackwell.
48. Colbert, A., Sereika, S., Erlen, J. (2013). Functional health literacy, mediation-talking self-efficacy and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (2), 295 – 304.
49. Colman, A., Parkinson, B. (1999). *Emocje i motywacja*. Wydawnictwo Zysk i Spółka.
50. Coventry, P., Meader, N., Melton, H., Holly, D., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N., Brown, J., Barbiu, C., Churchill, R., Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic: Systematic review and component network meta-analysis. *Public Library of Science Medicine*, 17 (8), 1003262.
51. Crapanzano, K., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., Kullar, R. (2018). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 10, 1 – 12.
52. Cyniak-Cieciura, M., Staniaszek, K., Popiel, A., Pragłowska, E., Zawadzki, B. (2017). The structure of PTSD symptoms according DSM-5 and ICD-11 proposal: A multi-sample analysis. *European Psychiatry*, 44, 179 – 186.
53. Cyniak-Cieciura, M., Zawadzki, B. (2021). The relationship between temperament traits and posttraumatic stress disorder symptoms and its moderators: Meta-analysis and meta-regression. *Trauma Violence Abuse*, 22 (4), 702 – 716.
54. Dale, S., Cohen, M., Weber, K., Cruise, R., Kelso, G., Brody, L. (2014). Abuse and resilience in relation to HAART medication adherence and HIV viral load among women with HIV in the United States. *AIDS Patient Care and STDs*, 28 (3), 136 – 143.
55. Dąbkowska, M. (2008). Rozpoznawanie zespołu stresu pourazowego. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 3 (2), 80 – 84.
56. De Santis, J., Florom-Smith, A., Vermeesch, A., Barroso, S., DeLeon, D. (2013). Motivation, management, and mastery: a theory of resilience in the context of HIV infection. *Journal of the American Psychiatry Nurses Association*, 19 (1), 36 – 46.

57. Diaz-Martinez, J., Tamargo, J., Delgado-Enciso, I., Liu, Q., Acuna, L., Leverde, E., Barbieri, M., Trepka, M., Campa, A., Siminski, S., Grobach, P., Baum, M. (2021). Resilience, Anxiety, Stress and Substance use patterns during COVID-19 Pandemic in the Mimi Adult Studies on HIV (MASH) Cohort. *AIDS and Behavior*, 25, 3658 – 3668.
58. Dolińska-Zygmunt, G. (2000). Podmiotowe wyznaczniki korzystania z praktyk medycyny alternatywnej. *Sztuka leczenia*, 4, 69 – 74.
59. Dragan, M. (2010). Alcohol dependence and PTSD comorbidity. Suicidal behavior in alcohol and drug abuse and dependence. *Nova Science Publishers*, 101 – 115.
60. Dragan, M. (2007). Współwystępowanie zaburzeń po stresie traumatycznym i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. *Roczniki Psychologiczne*, 10 (2), 39 – 55.
61. Dulin, A., Dale, S., Earnshaw, V., Fava, J., Mugavero, M., Napravnik, S., Howe, C. (2020). Resilience and HIV: A review of the definition and study of resilience. *AIDS Care*, 30, 6 – 17.
62. Dziuban, A., Król, A. (2016). Język, stereotypy, zmiana. O społecznych konsekwencjach nazywania. W Mijas, M., Dora, M., Brodzikowska, M., Żołądek S. (red.) *Język Media HIV*. (s.27-42) Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat”.
63. Earnshaw, V., Bogart, L., Dovidio, J., Williams, D. (2013). Stigma and racial/ethnic HIV disparities: Moving toward resilience. *American Psychologist*, 68 (8), 225 – 236.
64. Earnshaw, V., Chaudoir, S. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS Behav.* 13 (6), 1160 – 1177.
65. Earnshaw, V., Lang, S., Lippitt, M., H J., Chaudoir, S. (2015). HIV stigma and physical health symptoms: Do social support, adaptive coping and/or identity centrality act as resilience resources? *AIDS and Behavior*, 19 (1), 41 – 49.
66. Ebrahimzadeh, Z., Goodarzi, M., Joulaei, H. (2019). Predicting the antiretroviral medication adherence CD4 measure in patients with HIV/AIDS based on posttraumatic stress disorder and depression. *Iran Journal of Public Health*, 48, 139 – 146.
67. Eckblad, M., Chapman, L. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 215 – 225.

68. Emlet, C. (2006). „You’re awfully old to have this disease”: Experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS. *Gerontologist*, 46, 781 – 790.
69. Encyklopedia PWN. (11 listopad 2024 r.). *Optymizm*. <https://sjp.pwn.pl/sjp/optymizm;2569880.html>
70. Encyklopedia PWN. (11 listopad 2024 r.). *Przesqd*. <https://encyklopedia.pwn.pl/>
71. Endler, N, Parker, J. (1990). Special Issue: Advances in measuring life stress and anxiety: Conceptual and assessment issues. *Stress and Health*, 6 (3).
72. Escola-Gascon, A., Marin, F., Rusinol, J., Gallifa, J. (2020). Pseudoscientific beliefs and psychopathological risks increase after COVID-19 social quarantine. *Globalization and Health*, 16 (72), 1 – 11.
73. Ettorre, D., Pellicani, V., Ceccarelli, G. (2020). Post-traumatic stress disorder symptoms in healthcare workers: a ten-year systematic review. *Acta Biomed*, 91 (12), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8023102/>
74. European Center of Disease Prevention and Control. (15 wrzesień 2024 r.). *HIV Continuum of care Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Dublin-Continuum-of-HIV-care-2021-progress-report-final-with-covers-updated.pdf>.
75. Evangelii, M., Wroe, A. (2016). HIV disclosure anxiety: A systematic review and theoretical synthesis. *AIDS and Behavior*, 21 (1), 1 – 11.
76. Evans, D., Milanak, M., Medeiros, B., Ross, J. (2002). Magical beliefs and rituals in young children. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 43 – 58.
77. Fazeli, P., Moore, R., Vance, D. (2019). Resilience attenuates the association between neurocognitive functioning and everyday functioning in individuals aging with HIV in the Deep South. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34 (1), 72 – 78.
78. Fellows, R., Spahr, N., Byrd, D., Mindt, M., Morgello, S., Manhattan, H. (2015) Psychological trauma exposure and co-morbid psychopathologies in HIV+ Men and Women. *Psychiatry Research*, 230 (3), 770 – 776 .
79. Felson, R., Gmelch, G. (1979). Uncertainty and the use of magic. *Current Anthropology*, 20, 587 – 589.

80. Fife, B., Wright, E. (2000). Wymiarowość piętna: porównanie jego wpływu na jaźń osób chorych na HIV/AIDS i raka. *Journal of Health i zachowań społecznych*, 41 (1), 50 – 67.
81. Finkelstein-Fox, L., Park, C., Kalichman, S. (2019). Health benefits of positive reappraisal coping among people living with HIV/AIDS: A systematic Review. *Health Psychology Review*. 14 (3), 1 – 84.
82. Finn, S., Mejldal, A., Nielsen, A. (2023). The associations between public stigma and support for others' help-seeking for alcohol use disorder: a cross sectional study in the general Danish population. *Addiction Science and Clinical Practice*, 18 (1), 46.
83. Fletcher, F., Sherwood, N., Rcie, W., Yigit, I., Ross, S., Wilson, T., Weiser, S., Johnson, M., Kempf, M., Konkle-Paerker, D., Wingood, G., Turan, J., Turan, B. (2020). Resilience and HIV Treatment Outcomes Among Women Living with HIV in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *AIDS Patient Care STDS*, 34 (8), 356 – 366.
84. Fortunato, S., Danielis, M., Zanotti, R. (12 lipiec 2025). *Coping in women with breast cancer awaiting a surgical intervention: A cross-sectional study*. Cancer Care Research Online, https://journals.lww.com/cancercareresearchonline/fulltext/2024/07000/coping_in_women_with_breast_cancer_awaiting_a.1.aspx
85. Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden and build theory of positive emotions. *Am Psychologist*, 56, 218 – 226.
86. Freud, S. (1997). Psychopatologia życia codziennego; *Marzenia senne* (W. Szewczuk, Tłum.). Warszawa: PWN. (*Zur psychopathologie des alltagslebens* opublikowano w 1901 r.).
87. Freud, Z. (1993). *Totem i tabu* (R. Reszke, Tłum.). Warszawa: Wydawnictwo KR. (*Totem und Tabu* opublikowano w 1913 r.).
88. Friborg, O., Hjemdal, O. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Journal Methods Psychiatry*, 12(2), 65 – 76.
89. Folkman, S., Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55 (6), 647 – 654

90. Galliford, N., Furnham, A. (2017). Individual difference factors and beliefs in medical and political conspiracy theories. *Scandinavian Journal Psychology*, 1 (58/5).
91. Garcia-Leon, M., Perez-Marmol, J., Gonzalez-Perez, R., Garcia-Rios, M., Peralta-Ramirez, M. (2019). Relationship between resiliency and stress: Perceived stress, stressful life events, HPA axis response during a stressful task and hair cortisol. *Physiology and Behavior*, 1, 87 – 93.
92. Gardiner, P., Mitchell, S., Filippelli, A., Sadikova, E., White, L., Paasche-Orlow, M. (2013). Health literacy and complementary and alternative medicine use among underserved patients in a safety net hospital. *Journal of Health Communication*, 18(1).
93. Gard, T., Hoover, D., Shi, Q., Cohen, M., Mutimura, E., Adedimeji, A. (2013). The impact of HIV status, HIV disease progression, and post-traumatic stress symptoms on the health-related quality of life of Rwandan women genocide survivors. *Quality of Life Research*, 22 (8), 2073 – 84.
94. Gatchel, R., Baum, A., Krantz, D. (1989). An introduction to health psychology. Random House. New York Press.
95. Ghaffari, M., Morowatisharifabad, M., Jadgal, M., Mehrabi, Y., Alizadeh, S. (2021). The effectiveness of interventional based on the transactional model on improving coping efforts and stress moderators in hemodialysis patients in Tehran: a randomized controlled trial. *BMC Nephrology*, 22 (1), 1 – 11.
96. Gierdziewicz, A. (1970) Myślenie magiczne chorych psychicznie. *Psychiatria Polska*, 4 (3), 281 – 286.
97. Glick, P. i Fiske, S. (2001). An ambivalent alliance: hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. *American Psychologist*, 56 (2), 109 – 118.
98. Gloria, C., Faulk, K., Steinhardt, M. (2013). Positive affectivity predicts successful and unsuccessful adaptation to stress. *Motivation and Emotion*, 37(1), 185 – 193.
99. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
100. Gore-Felton, C., Koopman, C., Spiegel, D., Vosvick, M., Brondino, M., Winningham, A. (2006). Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 11 (5), 711 – 729.

101. Gramaglia, C., Gattoni, E., Gambaro, E. (2022). Anxiety, stress and depression in COVID-19 survivors from an Italian cohort of hospitalized patients: results from a 1-year follow-up. *Front Psychiatry*, 13.
102. Greiner, M., Dixon, L. (2021). The stigma of addiction. *Psychiatric Services*, 72 (9), 72901.
103. Grossman, P., Niemann, L., Schmidt S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic*, 1 (57), 35 – 43.
104. Gruszczyńska, E., Rzeszutek, M. (2019). Trajectories of health-related quality of life and perceived social support among people living with HIV undergoing antiretroviral treatment: Does gender matter? *Frontiers in Psychology*, 10, 1664.
105. Grygorczuk, A. (2008). Pojęcie stresu w medycynie i psychologii, *Psychiatria*, 5, 111 – 115.
106. Haerizadeh, M., Sumner, J., Birk, J., Gonzalez, C., Heyman-Kantor, R., Falzon, L., Gerhengoren, L., Shapiro, P., Kronish, I. (2020). Interventions for posttraumatic stress disorder symptoms induced by medical events: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 129, 109908.
107. Hansen, N., Vaughan, E., Cavanaugh, C., Connell, C., Sikkema, K. (2009). Health-related quality of life in bereaved HIV-positive adults: Relationships between HIV symptoms, grief, social support, and Axis II indication. *Health Psychology*, 28 (2), 249 – 257.
108. Hassanbeigi, A. , Askari, J., Hassanbeigi, D., Pourmovahed, Z. (2013). The Relationship between Stress and Addiction Procedia . *Social and Behavioral Sciences*, 84, 1333 – 1340.
109. Hatcher, A., Smout, E., Turan, J., Christofides, N., Stoecki, H. (2015). Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 29, 2183 – 2194.
110. Hearing, S., Meyer, C., Schulze, L., Conrad, E., Blecker, M., El-Haj-Mohamad, R., Geiling, A., Klusmann, H., Schumacher, S., Knaevelsrud, C., Engel, S. (2024). Sex and gender differences in risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Psychopathology and Clinical Science*, 133 (6), 429 – 444.

111. Heitzman, J. (2002). Psychiatryczna diagnoza zespołów pourazowych. *Psychiatria w Praktyce*, 2 (1), 10 – 15.
112. Heszen, I., Sęk, H. (2007). Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN.
113. Heszen-Niejodek, I., Ratajczak, Z. (1996). Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
114. Herek, G., Saha, S., Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS Base. *Applied Social Psychology*, (35), 41 – 54.
115. Hodgson, I. (2009). Piętno HIV: istota problemu. *Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS „Kontra”*, 1 (39).
116. Hornowska, E. (2003). Temperamentalne uwarunkowania zachowania. Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
117. Hou, J., Fu, J., Megan, S., Jiang, T., Guo, C., Wu, H., Bin, S., Zhang, T. (2020). Posttraumatic Stress Disorder and nonadherence to treatment in people living with HIV: A systematic disorder and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1 – 8.
118. Horne, R., Chapman, S., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., Cooper V. (2013). Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a metaanalytic review of the Necessity-Concerns Framework. *Public Library of Science*, 8 (12).
119. Horton, R. (1967). African traditional thought and Western science. *Africa*, 37 (1), 50 – 71.
120. Huang, P., Chen, W., Shiu, C., Yang, J., Zhao. (2024). Relationships between spirituality and mental stress in people living with HIV in China: A cross-sectional study. *Mental Health, Religion and Culture*, 26 (3), 276 – 289.
121. Huanga, Y., Luo, D., Chena, X., Zhang, D., Huanga, Z., Xiao, S. (2020). HIV-related stress experienced by newly diagnosed people living with HIV in China: A 1-year longitudinal study. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 17 (8), 2681 – 2696.
122. Hu, F., Liu, P., Jia, Y, Ge, M., Shen, L., Xia, X., Chen, H. (2024). Prevalence of mental health problems in people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *Psychology Health and Medicine*., 30 (3), 397 – 413.
123. Huzara, T. (2019). Zakażenie wirusem HIV jako czynnik zmiany w życiu. Stałość i zmienność w biografii. *Przełomy Biograficzne*, 53 – 70.

124. Infected Blood Inquiry. (13 sierpień 2025r.). *Expert Report to the Infected Blood Inquiry: HIV*. <https://www.infectedbloodinquiry.org.uk/reports/hiv-report.html>
125. International AIDS Society. (01 listopad 2024 r.). *Language matters*. <https://www.iasociety.org/language-matters>
126. Ironson, G., Kremer, H., Lucette, A. (2016) Relationship between spiritual coping and survival in patients with HIV. *International Journal of General Medicine*, 31 (9), 1068 – 1076.
127. Israelski, D., Prentiss, D., Lubega, S., Balmas, G., Garcia, P., Muhammad, M., Cummings, S., Koopman, C. (2007). Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 19 (2), 220 – 225.
128. Izdebski, Z. (2000). Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie Polskim. Zachowania seksualne. Wydawnictwo Naukowe PWN.
129. Jacobsen, L., Southwick, S., Kosten, T. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am Journal Psychiatry*, 158 (8), 1184 – 1190.
130. Jahoda, G. (1970). *The psychology of superstition*. Penguin Books.
131. Janowski, M., Biedrycka, M. (2014). Skuteczność psychoterapii Gestalt w zakresie regulacji emocji u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi/lękowymi. *Psychoterapia*, 4, 63 – 75.
132. Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2018). Cognitive processing of trauma as a predictor of negative and positive consequences of experienced traumatic events. *Advances in Psychiatry and Neurology*, 27 (4), 318 – 33.
133. Kagee, A. (2008). Application of the DSM-IV criteria to the experience of living with AIDS: Some concerns. *Journal of Health Psychology*, 13, 1008 – 1011.
134. Kalichman, S., Eaton, L., Kalichman, M., Cherry C. (2017). Medication beliefs mediate the association between medical mistrust and antiretroviral adherence among African Americans living with HIV/AIDS. *Journal Health Psychology*, 22 (3), 269 – 79.
135. Kalichman, S., Kalichman, M., Cherry, C. (2016). Medication beliefs and structural barriers to treatment adherence among people living with HIV infection. *Journal Health Psychology*, 31 (4), 383 – 95.

136. Kamińska-Otok, E. (2020). Jakość życia pacjentów zakażonych ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV). *Medycyna ogólna i Nauka o zdrowiu*, 2, 169 – 174.
137. Kampling, H., Kurse, J., Lampe, A., Nolte, T., Hettich, N., Brahler, E., Sachser, C., Frgert, J., Gingelmaier, S., Fonagy, P., Krakau, L., Zara, S., Riedl, D. (2022). Epistemic trust and personality functioning mediate the association between adverse childhood experiences and posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in adulthood. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1 – 12.
138. Kang, E., Rapkin, B., Remien, R., Mellins, C., Oh, A. (2005). Wielorakie wymiary piętna związanego z HIV i cierpienia psychicznego wśród Azjatów i mieszkańców wysp Pacyfiku żyjących z chorobą wirusową HIV. *AIDS i zachowanie*, 9 (2), 145 – 54.
139. Kang, S., Sponheim, S., Lim, K. (2020). Interoception underlies the therapeutic effects of mindfulness meditation for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 7 (8), 793 – 804.
140. Kaskutas, L. (2009). Alcoholics Anonymous effectiveness: Faith meets science. *Journal of addictive diseases*, 28 (2), 145 – 157.
141. Kathryn, M., Connor, J., Davidson, R. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression And Anxiety*, 18, 80 – 91.
142. Katra, G. (2020). Samoregulacja a samoocena i doświadczanie czasu. W K. Bargiel-Matusiewicz, M. Ledzińska (red.) *Psychologiczne mechanizmy regulacji z perspektywy zdrowia i choroby*. (s. 77-114) Liberi Libri.
143. Katz, S., Nevid, J. (2005). Risk factors associated with posttraumatic stress disorder symptomatology in HIV-infected women. *AIDS Patient Care STDS*, 19, 110 – 120.
144. Keinan, G. (1994). Effects of Stress and Tolerance of Ambiguity on Magical Thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (1), 48 – 55.
145. Keinan, G. (2002). The effects of stress and desire for control on superstitious behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, s.102-108.
146. Keinan, G. (2003). Magical thinking as a way of coping with stress. W: R. Jacoby i G. Keinan (red.), *Between stress and hope: From a disease-centered to*

- health-centred perspective* (s. 123 – 138). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
147. Kimerling, R., Calhoun, K., Forehand, R. (1999). Traumatic stress in HIV-infected women. *AIDS Education and Prevention*, 11 (4), 321 – 330.
148. Klonowicz, T. (2000). Konsekwencje katastrof dla funkcjonowania człowieka. Przegląd literatury. *Psychologia – Etologia – Genetyka*, 2, 69 – 103.
149. Kmiecik-Baran, K. (1995). HIV/AIDS alienacja oraz wsparcie i odrzucenie społeczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
150. Knights, M., Chatziagorakis, A., Buggineni, S. (2017). HIV infection and its psychiatric manifestations: a clinical overview. *British Journal of Psychiatry Advances* 22, 265 – 277.
151. Kołodziejczyk, A. (2004) Myślenie i magia. Kontrowersje wokół normatywności myślenia magicznego w dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 9 (5), 121 – 129.
152. Kołodziej, Ł. (2020). Programy redukcji szkód i ograniczenia picia alkoholu w domach pomocy społecznej jako alternatywa dla tradycyjnych oddziaływań abstynenckich. *Praca Socjalna*, 34, 93 – 116.
153. Koppel, B., Akfirat, G. (14 sierpień 2023). *Neurologic complications of HIV and AIDS. AIDS and other manifestations of HIV infection*. <https://www.sciencedirect.com/book/9780127640518/aids-and-other-manifestations-of-hiv-infection?via=ihub>
154. Korthuis, T., Zephyrin, L., Fleishman, J., Saha, S., Josephs, J., McGrath, M., Hellinger, J., Gebo, K. (2008). Health-related quality of life on HIV-infected patients: The role of substance use. *AIDS Patient Care STDS*, 22 (11), 859 – 867.
155. Kossowska, M., Hanusz, K., Trejtowicz, M. (2012). Skrócona wersja Skali Potrzeby Poznawczego Domknięcia. Dobór pozycji i walidacja skali/ Short version of the Need for Cognitive Closure Scale: Items selection and scale validation. *Psychologia Społeczna*, 7 (1), 89 – 99.
156. Kowalski, P., Litwin, P., Pankowski, D., Cierpka, A. (2016). Mity psychologiczne wśród studentów psychologii. *Edukacja*, 2 (137), 100 – 112.
157. Księżka-Koszalka, J. (2021). Psychological determinants of the use of complementary and alternative medicine – CAM. *Journal of Education*, 11 (12), 280 – 292.

158. Kremer, H., Ironson, G. (2014). Longitudinal spiritual coping with trauma in people living with HIV: Implications for health care. *AIDS Patient Care STDS*, 28 (3), 144 – 154.
159. Kruglanski, A. W., Orehek, E., Dechesne, M., Pierro, A. (2009). Three decades of lay epistemics: The why, how, and who of knowledge formation. *European Review of Social Psychology*, 20, 146 – 191.
160. Kummetat, J., Leonhard, A., Manthey, J., Speerforck, S., Schomerus, G. (2022). Understanding the association between alcohol stigma and alcohol consumption within Europe: A cross-sectional exploratory study. *European Addiction Research*, 28 (2), 446 – 454.
161. Kuratowska, Z. (1989). AIDS nowa choroba. Wiedza Powszechna.
162. Lamberty, P., Imhoff, R. (2018). Powerful Pharma and Its Marginalized Alternatives? *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (5), 255.
163. Lapierre, D. (1992). Więksi niż miłość. Państwowy Instytut Wydawniczy.
164. Lazarus, R, Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. SpringerVerlag.
165. Lazarus, R., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141 – 169.
166. Lee, J., Choi, H., Kim, J., Nam, J., Kang, H. Koh, S., Oh, S. (2016). Self-resilience as a protective factor against development of posttraumatic stress disorder symptoms in police officers. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 17, 28 – 58.
167. LeGrand, S., Reif, S., Sullivan, K., Mrray, K., Barlow, M., Whetten, K. (2015). A review of recent literature on trauma among individuals living with HIV. *Current HIV/AIDS Reports*, 12 (4), 397 – 405.
168. Leserman, J. (2008). Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 70 (5), 539 – 545.
169. Leszcz, M. (11 listopad 2023). *Group therapy for patients with medical illness*. American Journal of Psychotherapy. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200005>
170. Lichtenstein, B., Sturdevant, M., Mujumdar, A. (2010). Psychosocial stressors off families affected by HIV/AIDS: Implications for social work practice. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 9 (2), 130 – 152.

171. Liebschutz, J., Saitz, R., Brower, V., Keane, T., Lloyd-Travaglini C., Averbuch T., Samet J. (2007). PTSD in urban primary care: high prevalence and low physician recognition. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (6), 719 – 726.
172. Lier, A., Tarfa, A., Sheno, S., Kuo, I., Springer, S. (2024). HIV and Substance use disorders. *Infectious Disease Clinics of North America Journal*, 38 (3), 599 – 611.
173. Lightner, J. Rajabiun, S., Cabral, H., Flaherty, J., Shank, J., Brooks, R. (2021). Associations of internalized and anticipated HIV stigma with returning to work for persons living with HIV. *Public Library of Science*, 16 (6).
174. Link, B., Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27 (1).
175. Lis-Turlejska, M. (14 lipec 2024). *Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu; Współczesne kierunki badań*. Nowiny Psychologiczne. <https://psychologia.edu.pl/czytelnia/60-nowiny-psychologiczne/576-psychologiczne-konsekwencje-traumatycznego-stresu-8212-wspolczesne-kierunki-badan.html>
176. Lis-Turlejska, M., Dragan, M. (2002). Prevalence of traumatic events and posttraumatic symptomatology among alcohol dependent women. *Polish Psychological Bulletin*, 33, 13 – 21.
177. Litwic-Kaminska, K., Błachnio, A., Kapsa, I., Brzeziński, Ł., Kopowski, J., Stojkovic, M., Hinić, D., Krsmanvić, I., Ragni, B., Sulla, F., Limone, P. (2023). Resilience, positivity and social support as perceived stress predictors among university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (19), 6892.
178. Liu, H., Boyatzis, R. (2021). Focusing on resilience and renewal from stress: The role of emotional and social intelligence competencies. *Frontiers in Psychology*, 12, 685829.
179. Li, X., Wang, H., Williams, A., He, G. (2009). Stigma zgłoszone przez osoby żyjące z wirusem HIV w południowo-środkowych Chinach. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, 1, 22 – 30.
180. Lobato, E., Zimmerman, C. (2018). The psychology of (pseudo)science: Cognitive, social, and cultural factors W A. Kaufman, J. Kaufman (red.), *Pseudoscience: The conspiracy against science* (s. 21–43). The MIT Press.

181. Loge, C., Wang, Y., Kazemi, M., Hawa, R. Kaida, A., Conway, T., Webster, K., Pokomandy, A. (2018). Exploring social ecological pathways from resilience to quality of life among women living with HIV in Canada. *AIDS Care*, 30 (5), 67 – 75.
182. Lotfalizadeh, M., Sabzi, A., Farokhadian, J., Tebebordbar, N. (2025). Resilience and social isolation in people living with HIV: A case study in Iran. *BioMed Central Research Notes*, 18 (7), 1 – 6.
183. Machtinger, E., Wilson, T., Haberer, J., Weiss, D. (2012). Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. *AIDS Behavior*, 16 (8), 2091 – 2100.
184. Ma, H., Bu, M., Zhai, H., Li, B., Xiong, L. (2023). New insight into HIV-related psychological distress: A concept analysis. *Clinical Nursing Research*. 32 (1), 60 – 72.
185. Makara-Studzińska, M., Partyka, I., Ziemeck, P. (2012). Zespół stresu pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru. *Curr Probl Psychiatri*. 13 (2), 109 – 114.
186. Malinowski, B. (1990). Mit, magia, religia. Polskie Wydawnictwo Naukowe.
187. Manjunath, J., Ravishekar, H., Kumar, B., Anurag, K., Kasi, V. (2023). Revisiting “Do People Living with HIV/AIDS Have Better Quality of Life” – Findings from a Cross-Sectional Study. *Journal of Marine Medical Society*, 25 (1), 53 – 57.
188. Mason, J. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, 1, 6 – 12.
189. Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., Verbeek, J. (13 kwiecień 2023). *Zapobieganie stresowi zawodowemu u pracowników służby zdrowia*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 4. 10.1002/14651858.CD002892.pub2
190. Marshall, R., Beach, M., Saha, S. Mori, T., Loveless, M., Hibbard, J., Korthuis, P. (2013). Patient activation and improved outcomes in HIV-infected patients. *Journal of General Internal Medicine*, 28 (5), 668 – 674.
191. Martinez, A., Israelski, D., Walker, C., Koopman C. (2002). Posttraumatic stress disorder in women attending Human Immunodeficiency Virus Outpatient Clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, 16, 283 – 291.

192. Martin, L., Kagee, A. (2011). Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS Behavior*, 15 (1), 125 – 131.
193. Marshall, R., Beach, M., Saha, S., Mori, T., Loveless, M., Hibbard, J. H., Korthuis, P. (2013). Patient activation and improved outcomes in HIV-infected patients. *Journal of General Internal Medicine*, 28 (5), 668 – 674.
194. McGinty, G., Fox, R., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P. (2021). Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *European Psychiatry*, 64 (1), 1 – 9.
195. McGowan, J., Brown, J., Lampe, M., Smith, C., Rodger, A. (2017). Resilience and physical and mental well-being in adults with and without HIV. *AIDS and Behavior*, 22 (5), 1688 – 1698.
196. McLean, C., Fitzgerald, H. (2016) Treating posttraumatic stress symptoms among people living with HIV: A critical review of intervention trials. *Current Psychiatry Reports*, 18 (9), 1 – 9.
197. Mealer, M., Schmiede, S., Meek, P., (2018). The Connor-Davidson Resilience Scale in critical care nurses: A psychometric analysis. *Journal of Nursing Measurement*, 24 (1), 28 – 39.
198. Mei, S., Liang, L., Ren, H., Hu, J., Qin, Z., Cao, R., Li, C., Fei, J., Yuan, T. (2021). Association between perceived stress and posttraumatic stress disorder among medical Staff during COVID-19 epidemic in Wuhan city. *Frontier in Public Health*, 26 (9), 666460.
199. Meng, J., Tang, C., Xiao, X., Valimaki, M., Wang, H. (2021) Co-occurrence pattern of posttraumatic stress disorder and depression in people living with HIV: A latent profile analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 1 – 9.
200. Meng, L., Chen, D., Hu, P., Yao, M., Zhou, C., Li, X. (2023). A moderated mediation analysis of depression and age on the relationship between resilience and frailty among HIV-positive adults. *Aging and Public Health*, 11, 1 – 10.
201. Menon, S., Bhore, N. (2024) Association of resilience and quality of life among women living with HIV/AIDS: A cross-sectional study. *African Journal of Biological Sciences*, 6 (6), 8284 – 8307.

202. Miglani, M., Upadhyay, P., Mahajan, R. (2022). Psychological resilience, coping, and distress in admitted patients with COVID-19 infection. *Prim Care Companion CNS Disord*, 24.
203. Mijas, M., Dora, M. (2016). Znaczenie naznaczenia. Stygmatyzacja związana z HIV a zdrowie. W M. Mijas, M. Dora, M. Brodzikowska, S. Żołądek (red.) *Język Media HIV* (s.27-42) Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat”.
204. Mijas, M., Koziara, K., Dora, M. (2017). Stygmatyzacja związana z HIV a zdrowie zakażonych osób i postawy wobec wykonywania testów. *Seksuologia Polska*, 15 (2), 73 – 80.
205. Milewska-Buzun, M., Cybulski, M., Baranowska, A., Kózka, M., Paradowska-Stankiewicz, I. (2023). Discrimination and its impact on the quality of life of HIV-infected people in Poland on the example of the city of Białystok: a cross-sectional study. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 23 (3), 165 – 175.
206. Milewska-Buzun, M., Cybulski, M., Baranowska, A., Kózka, M., Paradowska-Stankiewicz, I. (2023). Quality of life in HIV-positive people in Poland treated in the city of Białystok cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 12 (17), 5593.
207. Milewska-Buzun, M., Cybulski, M., Baranowska, A., Kowalewska, B., Kózka, M., Paradowska-Stankiewicz, I. (2023). The mood disorders and suicidal thoughts and their impact on the quality of life among people living with HIV treated in Białystok, Poland: a cross-sectional study. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 23 (4), 307 – 317.
208. Morgan, E., Eludicello, J., Weber, E., Durate, N., Riggs, P., Delano-Wodd, L., Woods, S. (2012). Synergistic effects of HIV infection and older age on daily functioning. *AIDS Journal of Acquired immune deficiency Syndromes*, 61 (3), 341 – 348.
209. Mosiołek, A. (2022). Złożony zespół stresu pourazowego a zaburzenia osobowości – diagnostyka różnicowa. *Psychiatria po dyplomie*, 2.
210. Mróz, J. (2014). Prężność i poczucie stresu a typy zachowań i przeżyć związanych z pracą wśród pielęgniarek, *Hygeia Public Health* 49 (4), 857 – 863.

211. Musis, S., Nakasujja, N. (01 lipiec 2025). *Future Opportunities and Tools for Emerging Challenges for HIV/AIDS Control*. Psychiatric Problems in HIV Care. https://www.intechopen.com/chapters/82804?utm_source=chatgpt.com#
212. Namdiero-Walsh, A., Massoumi, R., Szarata, V., Watzlawik, M. (2022). Does magical thinking bind or separate us? A re-analysis of data from Germany, India, South Korea and Turkey. *Human Arenas*, 8, 188 – 214.
213. Neigh, G., Rhodes, S., Valdez, A., Jovanovic T. (2016). PTSD co-morbid with HIV: Separate but equal, or two parts of a whole? *Neurobiology of Disease*, 92, 116 – 123.
214. Nemeroff, C., Rozin, P. (2000). The Making of The Magical Mind: The Nature and Function of Sympathetic Magical Thinking. W K. Rosengreen, C. Johnson, P. Harris (red.), *Imagining the Impossible. Magical, Scientific, and Religious Thinking in Children*. Cambridge. Cambridge University Press.
215. Neuman, M, Obermeyer, C. (2013). Match Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS Behav*, 17 (5), 1796 – 1808
216. Nichols, T. (2017). The death of expertise. The campaign against established knowledge and why it matters. Oxford: University Press USA
217. Niedźwiedzka-Stadniuk, M., Nowakowska-Radiwonka, E., Kolenda, A., Marzec-Bogusławska, A. (2023). Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2021 roku. *Przegląd Epidemiologiczny*, 77 (4), 429 – 448.
218. Nightinagal, V., Sher, T., Mattson, M., Thilges, S., Hansen, N. (2011). The effects of traumatic stressors and HIV-related trauma symptoms on health and helath related quality of life. *AIDS and Behavior*, 15 (8), 1870 – 1878.
219. Ning, L., Niu, J., Bi, X., Yang, C., Liu, Z., Wu, Q., Ning, N., Liang, L., Liu, A., Hao, Y., Gao, L., Liu, C. (2020). The impacts of knowledge, risk perception, emotion and information on citizens' protective behaviors during the outbreak of COVID-19: A cross-sectional study in China. *BioMed Central Public Health*, 20, 1751.
220. Ninnoni, J., Nsatimba, F., Agyemang, S., Commey, I., Bennin, L., Agyare, E., Gyimah, L., Senya, K., Baddoo, N., Obiri-Yeboah, D. (2023). An exploratory qualitative study of the psychological effects of HIV diagnosis: The need for early

- involvement of mental health professionals to improve linkage to care. *BioMed Central Public Health*, 23, 2518.
221. Nolting, I., Morina, N., Hoppen, T., Tam, K., Kip, A. (2025). A meta-analysis on gender differences in prevalence estimates of mental disorders following exposure to natural hazards. *European Journal of Psychotraumatology*, 16 (1), 1 – 14.
222. Obbarius, N., Fischer, F., Liegl, G., Obbarius, A., Rose, M. (2021). A modified version of the transactional stress concept according to Lazarus and Folkman was confirmed in a psychosomatic inpatient sample. *Frontiers Psychology*. 12, 1 – 12.
223. Ogińska-Bulik, N. (2014). Prężność psychiczna a zadowolenie z życia osób uzależnionych od alkoholu. *Alcoholism and Drug Addiction*, 27 (4), 319 – 324.
224. Ogińska-Bulik, N. (2011). Rola prężności w zapobieganiu negatywnym skutkom stresu zawodowego. W L. Golińska, E. Bielawska-Batorowicz (red.) *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*. (s. 486-497) Wydawnictwo Uniwersytet Łódzki.
225. Ogińska-Bulik, N. (2010). Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15, 125 – 139.
226. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z., Lis-Turlejska, M., Merecz-Kot, D. (2023) Kwestionariusz PCL-5 – PTSD Checklist for DSM-5. Polska adaptacja. Warszawa: Pracownia testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
227. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2018). Polska adaptacja PTSD Checklist-5 for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne. *Przegląd Psychologiczny*, 61, 281 – 285.
228. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2023). Właściwości psychometryczne polskiej wersji Listy Zaburzeń po Stresie Traumatycznym według DSM-5 – PCL-5. *Psychiatria Polska*, 57, 607 – 619.
229. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Skala Pomiaru Prężności SPP-25, *Nowiny Psychologiczne*, 3.
230. Ogińska-Bulik, N. (2016). Ruminacje a negatywne i pozytywne skutki traumy u osób zakażonych wirusem HIV. *Psychiatria*, 13 (1), 8 – 16.

231. Ogińska-Bulik, N., Zadworna-Cieślak, M. (2014) Rola prężności psychicznej w radzeniu sobie ze stresem związanym z egzaminem maturalnym. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 19 (2), 7 – 24.
232. Olchowska-Kotala, A. (2009). Kto i dlaczego leczy się niekonwencjonalnymi metodami terapii? Wydawnictwo Adam Marszałek.
233. Oliver, J., Wood, T. (2014). Medical Conspiracy Theories and Health Behaviors in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 174 (5), 817.
234. Olley, B., Gxamaza, F., Seedat, S., Theron, H., Taljaard J., Reid, E., Reuter, H., Stein, D. (2003). Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients – the role of gender. *South Africa Medical Journal*, 93 (12), 928 – 931.
235. Olley, B., Zeier, M., Seedat, S. Stein, D. (2005). Post-traumatic stress disorder among recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care*, 17 (5), 550 – 557.
236. Olszewska-Turek, A., Laksowska-Wronarowicz, A., Pastuszek-Draxler, A., Starowicz-Filip A., Walczewska, J., Dudek, D., Bętkowska-Korpała, B. (2024). Prężność jako czynnik chroniący w rozwoju zespołu stresu pourazowego u pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 24 (2), 103 – 112.
237. Ong, A., Bergeman, C., Bisconti, T., Wallace, K. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J. Press Sociology and Psychology*, 91 (4), 730 – 749.
238. Pakenham, K., Rinaldis, M. (2002). Development of the HIV/AIDS stress scale. *Psychology and Health*, 17 (2), 203 – 219.
239. Peterson, C. (1978). Locus of control and belief in self-oriented superstitions. *The Journal of Social Psychology*, 105, 305 – 306.
240. Piaget, J. (1932). Jak sobie dziecko świat przedstawia. Zakłady Graficzne Ski Akc. Książnica-Atlas.
241. Pięta, M., Rzeszutek, M. (2023). The role of resilience in daily experiences of posttraumatic growth, affect, and HIV/AIDS stigma among people living with HIV. *Scientific Reports*, 13 (796), 1 – 11.
242. Pilecka, W. (2007). Psychospołeczne aspekty przewlekłej choroby somatycznej – perspektywa ekologiczna. Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne, IMPULS.

243. Piórowska, A., Basińska, M., Piórowski, K., Janicka, M. (2017). The Brief Resilience Coping Scale - polska adaptacja Krótkiej Skali Prężności Zaradczej. *Przegląd Pedagogiczny*, 1 (21), 215 – 226.
244. Plattner, I., Meiring, N. (2006). Living with HIV: the psychological relevance of meaning. *AIDS Care*, 18, 241 – 245.
245. Plopa, M., Markowski, R. (2010). Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS). Vizja Press and IT.
246. Płużyński, S. (1993). Myślenie magiczne. W S. Płużyński (red.), *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
247. Polimanti, R., Ratanatharathorn, A., Maihofer, A. (2019). Association of economic status and educational attainment with posttraumatic stress disorder. *JAMA Network Open*, 2 (5), 193447.
248. Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C., Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resiliency and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: A mixed methods systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11 (11), 012779.
249. Popiel, A. (2009). Zorientowana na traumę psychoterapia poznawczo-behawioralna zaburzeń stresowych pourazowych. *Psychiatria*, 6 (4), 124 – 133.
250. Popiel, A., Zawadzki, B. (2021). From research to the implementation of methods for the treatment and prevention of PTSD. *Przegląd Psychologiczny*, 64 (1), 129 – 144.
251. Porczyk, S. (21 lipiec 2023). *Zaburzenia stresowe pourazowe – PTSD*. Grupa Synapsis. <https://online.synapsis.pl/Zaburzenie-stresowe-pourazowe-PTSD.html>
252. Poręba-Chabros, A., Kolańska-Stronka, M., Mamcarz, P., Mamcarz, I. (2022). Cognitive appraisal of the disease and stress level in lung cancer patients. The mediating role of coping styles. *Supportive Care in Cancer*, 30, 4797 – 4806.
253. Puri, B., Hall, A., Ho, R. (2014). Adjustment Disorder. W: B. Puri, A. Hall, R. Ho (red.), *Revision Notes in Psychiatry* (wyd. 3, s. 486). CRC Press.
254. Purohit, V., Rapaka, R., Shurtleff, D. (2011). Drugs of abuse, dopamine and HIV-Associated Neurocognitive Disorders/HIV-Associated Dementia. *Molecular Neurobiology*, 44, 102 – 110.

255. Pużyński, S. (1993). Myślenie magiczne. W S. Pużyński (red.), *Leksykon psychiatrii*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
256. Rasmus, P., Makowski, M., Stetkiewicz-Lewandowicz, A., Sobów, T., Machała, W. (2013). Poczucie koherencji a występowanie zaburzeń po stresie traumatycznym w grupie zawodowych żołnierzy uczestniczących w misji wojskowej poza granicami kraju - doniesienie wstępne. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 7, 27 – 36.
257. Rendina, H., Millar, B., Parsons, J. (2018). The critical role of internalized HIV-related stigma in the daily negative affective experiences of HIV-positive gay and bisexual men. *Journal of Affective Disorders*, 227, 289 – 297.
258. Reykowski, J. Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1966.
259. Riedl, D., Kampling, H., Nolte, T., Kirchhoff, C., Kruse, J., Sachser, C., Fegert, J., Gundel, H., Brahler, E., Grote, V., Fischer, M., Lampe, A. (2024). Utilization of mental health provision, epistemic stance and comorbid psychopathology of individuals with complex posttraumatic stress disorders (CPTSD) – results from a representative German observational study. *Journal of Clinical Medicine*, 13 (10), 2725.
260. Ríos, M., Carrillo, C., Sabuco, E. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *Journal Psychology Research*, 5 (1), 88 – 95.
261. Rivera-Picony, C., Benavente-Cuesta, M., Quevedo-Aguado, M., Rodriguez-Munoz, P. (2022). Differences in resilience, psychological well-being and coping strategies between HIV patients and diabetics. *Healthcare*, 10 (2), 266.
262. Rogala, M., Brzyski, P., Donesch-Jeżo, E., Biechowska, D., Kowalska-Bobko, I., Kozela, M., Koziara, K. (2023). Analiza odczuć pacjentów z HIV/AIDS i HCV w kontakcie z przedstawicielami zawodów medycznych. Ocena dokonana na podstawie przypadków stygmatyzacji i dyskryminacji. *Psychiatria Polska*, 329, 1 – 22.
263. Rosengreen, K., Johnson, C., Harris, P. (2000). Imagining the Impossible. Magical, Scientific, and Religious Thinking in Children. *Magical Thinking*. Cambridge University Press.
264. Rudoloff, J., Hutmacher, F., Appel, M. (2022). Beliefs about the nature of knowledge shape responses to the pandemic: Epistemic beliefs, the dark factor of

- personality and COVID-19-related conspiracy ideation and behavior. *Journal of Personality*, 90 (6), 937 – 955.
265. Rudski, J., Lischner, M., Albert, L. (1999). Superstitious rule generation is affected by probability and type of outcome. *The Psychological Record*, 49, 245 – 260.
 266. Rzeszutek, M., Dragan, M. Lis-Turlejska, M., Schier, K., Holas, P., Drabarek, K., Hoy, A., Pięta, M., Poncyliusz, C., Michałowska, M., Wdowczyk, G., Borowska, N., Szumiał, S. (2023). Exposure to self-reported traumatic events and probable PTSD in a national sample od Poles: Why does Poland's PTSD prevalence differ from other national estimates? *Public Library of Science One*, 18 (7).
 267. Rzeszutek, M., Gruszczyńska, E., Pięta, M., Malinowska, P. (2021). HIV/AIDS stigma and psychological well-being after 40 years of HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12.
 268. Rzeszutek, M. (2011). Medyczne i demograficzne determinanty nasilenia symptomów traumy związanej z zespołem HIV/AIDS. *Psychologia-Etiologia-Genetyka*, 24, 27 – 44.
 269. Saher, M., Lindeman, M. (21 lipiec 2022). *Alternative medicine: A psychological perspective*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.04>
 270. Sales, J., Anderson, K., Livingston, M., Garbarino, S., Hedera, S., Rose, E., Carlson, M., Kalokhe, A. (2024). Experiences of childhood, intimate partner, non-partner and hate crime-related violence among a sample of people living with HIV in the epicenter of the U.S. HIV epidemic. *Frontiers in Public Health*, 12, 1 – 11.
 271. Samochowiec, A., Wojciechowski, B., Samochowiec, J. (2004). Rola myślenia magicznego w obronie przed lękiem. *Psychiatria*, 1 (1), 17 – 22.
 272. Sanaeinasab, H., Saffari, M., Hashempour, M.m Zarchi, A., Alghamidi, W., Koenig, H. (2017). Effect of a transactional model education program on coping effectiveness in women with multiple sclerosis. *Brain and Behavior*, 7 (10), 1 – 9.
 273. Sapir, E. (1978). Kultura, język, osobowość. Państwowy Instytut Wydawniczy.
 274. Sarani, A., Mousavi, S., Salahi, S., Hasani, F., Abdar, Z., Sheikhbardsiri, H. (2020). Emotional intelligence and self-efficacy among deputy's administrative

- Staff of Kerman University of Medical Sciences. *Journal Education Health Promotion*, 9 (1), 105.
275. Sassoon, S., Fama, R., Le Berre, A., Muller-Oehring, E., Zahr., N., Pfefferbaum, A., Sullivan, E. (2024). Influence of childhood trauma, HIV infection, alcohol use disorder, and resilience on health-related quality of life in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 163, 230 – 239.
 276. Schincariol, A., Orru, G., Otgaar, H., Sartori, G., Scarpazza, C. (2024). Posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence: An umbrella review. *Psychological Medicine*, 54, 4021 – 4034.
 277. Schützler, L., Witt, C. (2014). Internal health locus of control in users of complementary and alternative medicine: a cross-sectional survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine.*, 14 (1), 1 – 9.
 278. Selye, H. (1960). *Stres życia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
 279. Semmer, N. (2006). Personality, stress, and coping. W M. Vollrath (red.) *Handbook of Personality and Health*. (s. 73-113) John Wiley and Sons Ltd.
 280. Steup, M. (20 sierpień 2025) *Epistemology*.
<https://plato.stanford.edu/entries/epistemology/>
 281. Shayegi, S., Wang, L., Magee, C., Budu, M., Kooij, K., Honer, W., Hogg, R., Montaner, J., Lima, V. (2025). Healthcare utilisation in people living with HIV: The role of substance use, mood/anxiety disorders and unsustained viral suppression – a retrospective cohort study in British Columbia, Canada, 2001 – 2019. *British Medical Journal Open*, 15 (3), 088818.
 282. Sherr L., Nagra N., Kulubaya G. (2011). HIV infection associated post-traumatic stress disorder and posttraumatic growth — a systematic review. *Psychology and Health Medicine*, 16, 612 – 629.
 283. Sheikhbardsiri, H., Sheikhbardsiri, H., Mahani, S., Mohamadi, M. Emotional intelligence and learning strategies of postgraduate students at Kerman University of Medical Sciences in the southeast of Iran. *Journal Education Health Promotion*, 9 (1), 66.
 284. Siemaszko, A. (1993). *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*. Polskie Wydawnictwo Naukowe.
 285. Silva, R., Rosendo da Silva, R., Rodrigues, I., Lino de Souza Neto, V., Oliveira da Silva B., Souza F. (2018). Coping strategies of people living with AIDS in face of the disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1 – 9.

286. Simbay, L., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., Meketo, A. (2007). Zinternalizowane piętno, dyskryminacja i depresja wśród mężczyzn i kobiet żyjących z HIV/AIDS w Kapsztadzie w Republice Południowej Afryki. *Sociology Science and Medicine*, 64 (9), 1823 – 1831.
287. Simoni, J., Pantalone, W., Plummer, M., Huagn, B. (2007). A randomized controlled trial of a peer support intervention targeting antiretroviral medication adherence and depressive symptomatology in HIV-positive men and women. *Health Psychology*, 26 (4), 488 – 449.
288. Sinclair, V., Adams, S., Dietrich, M. (2020). Associations between changes in resilience coping and posttraumatic stress disorder symptoms. *Research in Nursing and Health*, 43 (3), 255 – 262.
289. Singh, O., Sarkhel, S., Sarkar, S. (2022). Management of psychiatric disorders with HIV and dermatological disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 23 (64), 449 – 457.
290. Siril, H., Fawiz, M., Todd, J., Wyatt, M., Kilewo, J., Were, N., Kaaya, S. (2018). Hopefulness fosters affective and cognitive constructs for actions to cope and enhance quality of life among people living with HIV in Dar Es Salaam, Tanzania. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 16 (2), 140 – 148.
291. Skalski, S., Dobrakowski, P., Wsilewska, A. (2022). Resilience and Coping with Stress vs. Trauma Effects in People Living with HIV. *Kultura i Edukacja*, 2 (136), 78 – 95.
292. Skinner, B. (1948). 'Superstition' in the pigeon. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 168 – 172.
293. Skov, R., Sherman, S. (1986). Information-gathering processes: Diagnosticity, hypothesis-confirmatory strategies, and perceived hypothesis confirmation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22 (2), 93 – 121.
294. Sołtys, M., Woźniewicz, A. (2016) Resiliency and subjective health assessment. Moderating role of selected psychosocial variables. *Health Psychology Report*, 4 (2), 137 – 145.
295. Sosnowski, T., Wiech, M. (2006). Przesądność i próba jej pomiaru: Kwestionariusz Otwartości Przekonań. *Roczniki Psychologiczne*, 9 (1), 181 – 204.

296. Spies, G., Afifi, T., Archibald, S., Fennema-Notestine, C., Sareen, J., Seedat, S. (2012). Mental health outcomes in HIV and childhood maltreatment: A systematic review. *Systematic Reviews*, 1 (30), 1 – 28.
297. Stavrova, O., Mackel, A. (2017). The role of magical thinking in forecasting the future. *British Journal of Psychology*, 108 (1), 148 – 168.
298. Stächele, T., Domes, G., Wekenborg, M., Penz, M., Kirschbaum, C., Heinrichs, M. (2020). Effects of a 6-week Internet-Based Stress Management Program on perceived stress, subjective coping skills and sleep quality. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 463.
299. Stahl, T., Prooijen, J. (2018). Epistemic rationality: Skepticism toward unfounded beliefs requires sufficient cognitive ability and motivation to be rational. *Personality and Individual Differences*, 122, 155 – 163.
300. Stahl, T., Turner, J. (2021). Epistemic values and Big Five: Personality characteristics of those who ascribe personal and moral value to epistemic rationality. *Public Library of Science One*, 16 (10), 1 – 13.
301. Strelau, J. (1996). *Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem*. W I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.). *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 88-132). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
302. Strelau, J., Zawadzki, B., Oniszczenko, W., Sobolewski, A. Kwestionariusz PTSD – wersja czynnikowa (PTSD-C): konstrukcja narzędzia do diagnozy głównych wymiarów zespołu stresu pourazowego. *Przegląd Psychologiczny*, 45 (2), 149 – 176.
303. Strudzińska, M., Partyka, I., Ziemecki, P. (2012). Zespół Stresu Pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru. *Curr Probl Psychiatry*, 13 (2), 109 – 114.
304. Stynes, R. (1998). Suicide-talk in HIV-AIDS therapy: Rhetoric or intent? *Venereology*, 11 (4), 15 – 25.
305. Subbotsky, E. (2001). Causal explanations of events by children and adults: Can alternative causal models coexist in one mind? *British Journal of Developmental Psychology*, 19 , 23 – 46.
306. Sun, Y., Song, B., Zhen, C., Zhang, C., Cheng, J., Jiang, T. (2023). The mediating effect of psychological resilience between social support and

- anxiety/depression in people living with HIV/AIDS: A study from China. *BioMed Central Public Health*, 23, 2461.
307. Swami, V., Furnham, A., Smyth, N., Weis, L., Lay, A., Clow, A. (2016). Putting the stress on conspiracy theories: Examining association between psychological stress, anxiety and belief in conspiracy theories. *Personality and Individual Differences*, 99, 72 – 76.
 308. Svedholm, A., Lindeman, M. (2012). Healing, Mental Energy in the Physics Classroom: Energy Conceptions and Trust in Complementary and Alternative Medicine in Grade 10–12 Students. *Science and Education*, 22 (3).
 309. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). (01 lipiec 2025 r.) *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Jedenasta Rewizja (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse11>
 310. Szewczuk, W. (1985). Myślenie magiczne. W W. Szewczyk (red.), *Słownik psychologiczny* (wyd. 2). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
 311. Tang, C., Goldsamt, L., Meng, J., Xiao, X., Zhang, L., Williams, A., Wang, H. (2020). Global estimate of the prevalence of post-traumatic stress disorder among adults living with HIV: a systematic review and meta-analysis Global estimate of the prevalence of post-traumatic stress disorder among adults living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal Open*, 1 – 11.
 312. Theuninck, A., Lake, N., Gibson, S. (2010). HIV-related posttraumatic stress disorder: Investigating the traumatic events. *AIDS Patient Care and STDs*, 24, 485 – 491.
 313. Timko, C., Laudet, A., Moos, R. (2014). Newcomers to Al-Anon family groups: Who stays and who drops out? *Addictive behaviors*, 39 (6), 1042 – 1049.
 314. Tomaszewski, T. (1963). Wstęp do psychologii. Wydawnictwo Polskie Wydawnictwo Naukowe.
 315. Uchnats, Z. (1997). Prężność osobowa: empiryczna typologia i metoda pomiaru. *Roczniki Filozoficzne*, 45, 27 – 51.
 316. UNAIDS terminology guidelines. (03 lipiec 2025r.). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-terminology-guidelines_en.pdf.

317. Updegraff, J., Taylor, S., Kemeny, M., Wyatt, G. (2002). Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Press Sociology and Psychology*, 28, 382 – 394.
318. Vilaplana-Perez, A., Sidorchuk, A., Perez-Vigil, A., Brander, G., Sevilla-Cermeno, L., Valdimarsdottir, U., Song, H., D’Onofrio, B., Larsson, H., Garcia-Soriano, G., Cruz, F. (2020). Assessment of posttraumatic stress disorder and educational achievement in Sweden. *JAMA Network Open*, 8 (12), 2028477.
319. Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Tavakoli, A., Philips, K., Jackson, K. (2007). Social support, coping and medication adherence among HIV-positive women with depression living in rural areas of the Southeastern United States. *AIDS Patient Care STDs*, 21 (9), 667 – 680.
320. Wang, D., Deng, Q., Ross, B., Wang, M., Liu, Z., Wang, H., Ouyang, X. (2022). Mental health characteristics and their associations with childhood trauma among subgroups of people living with HIV in China. *BioMed Central Psychiatry*, 22 (13), 1 – 8.
321. Wang, G. (2022). The relationship between coping and expressed emotion in substance users. *Journal of Clinical Medicine*, 11 (19), 5766.
322. Wang, L., Fang, R., Chen, C., Coa, C. (2023). A comparison of ICD-11 and DSM-5 criteria of PTSD among Chinese trauma-exposed adolescent samples. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1 – 5.
323. Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B., Schnurr, P. (2013) The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Measurement instrument]. National Center for PTSD.
324. Weinstein, T., Li, X. (2016) The relationship between stress and clinical outcomes for persons living with HIV/AIDS: A systematic review of the global literature. *AIDS Care*, 28 (2), 160 – 169.
325. Wieczorek, Ł. (2015) Stigmatisation of alcohol dependent persons and alcohol treatment system in Warsaw and local community. *Alcoholism and Drug Addiction*, 28 (2), 103 – 117.
326. Williams, L., Irvin, H., (1991). A study of paranormal belief, magical ideation as an index of schizotypy and cognitive style. *Personality and Individual Differences*, 12 (12), 1339 – 1348.
327. Williams, R., Davis, M., Millsap, R. (2002). Development of the cognitive processing of trauma scale. *Clin Psychol Psychother*, 9, 349 – 360.

328. Wingo, A., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A., Bradley, B, Ressler K. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal Affective Disorder* , 126, 411 – 414.
329. Wintterlin, F., Hendriks, F., Mede, N., Bromme, R., Metag, J., Schafer, M. (2022). Predicting Public trust in science: The role on basic orientations toward science, preceived trustworthiness of scientists and experiences with science. *Frontiers in Communication*, 6, 1 – 13.
330. World Health Organization. (14 sierpień 2025 r.). *Interrnational statistical classification of diseases and related health problems*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#2070699808>
331. World Health Organization. (18 sierpień 2025r.). *Post-traumatic stress disorder*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
332. Yalcin-Siedentopf, N., Pichler, T., Welte, A., Hoertnagl, C., Klasen, C., Kemmler, G., Siedentopf, C., Hofer, A. (2020)Sex matters: Stress perception and the relevance of resilience and perceived social support in emerging adults. *Women's Mental Health*, 24, 403 – 411.
333. Yang, L., Wong, L., Grivel, M., Hasin, D. (2017). Stigma and substance use disorder: An international phenomenon. *Current Opinion in Psychiatry*, 30 (5), 378 – 388.
334. Yates, H., Matthew, R., Lee, S. (2023). Engaging women living with HIV in Counseling and Research: Qualitative findings from the solution-focused wellness for HIV (SFWH) Intervention for women. *Families in Society*, 104 (3), 321 – 331.
335. Yiaslas, T., Kamen, C., Arteaga, A., Lee, S., Briscoe-Smith, A., Koopman, C., Gore-Felton, C. (2014). The relationship between sexual trauma, peritraumatic dissociation, posttraumatic stress disorder, and HIV-related health in HIV-positive men. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15 (4), 420 – 435.
336. Young-Wolff, K., Sarovar, V., Sterling, S., Leibowitz, A., McCaw, B., Hare, C., Silverberg, M., Satre, D. (2019). Adverse childhood experiences, mental health, substance use and HIV-related outcomes among persons with HIV. *AIDS Care*, 31 (10), 1241 – 1249.
337. Yuan, G., Tam, C., Xueying, Y., Shan, Q., Xioming, L., Shen, Z., Zhou, Z. (2023) Associations Between Internalized and Anticipated HIV Stigma and

- Depression Symptoms Among People Living with HIV in China: A four-wave Longitudinal Model. *AIDS and Behavior*, 27 (12), 4052 – 4061.
338. Yu, C., Wu, Y., Zhang, Y., Li, M., Xie, X., Xie, L. (2024). Hope level associated factors among older people living with HIV/AIDS: A cross-sectional study. *Public Mental Health*, 12, 1 – 7.
339. Zahng, J., Zahng, J., Zhou, M., Yu, N. (2018). Neighborhood characteristics and older adults' well-being: The roles of sense of community and personal resilience. *Social Indicators Research*, 137 (3), 949 – 963.
340. Załuski, M. (2015). Radzenie sobie z chorobą skoncentrowane na tworzeniu znaczenia. Część I – ponowna ocena strategii radzenia sobie z chorobą. *Journal of the Polish Nurses Association*, 4 (22), 528 – 532.
341. Zawadzki, B., Popiel, A. (2012). Temperamental traits and severity of PTSD symptoms. *Journal of Individual Differences*, 33 (4), 257 – 267.
342. Zawadzki, B., Popiel, A., Pragłowska, E. (2021). Temperamentalna reaktywność emocjonalna a objawy pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD): Podsumowanie wyników badań własnych prowadzonych w pierwszych dwudziestych latach XXI wieku. W: M. Dragan, M. Rzeszutek (red.), *Zaburzenia związane z traumą. Uwarunkowania i zapobieganie* (s. 67 – 69). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
343. Zeng, C., Li, X, Qiao, S., Shen, Z., Zhou, Y. (2022). Anticipated stigma and medication adherence among people living with HIV: the mechanistic roles of medication support and ART self-efficacy. *Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 32 (8), 1014 – 1022.
344. Zieliński, A., Baumann-Popczyk, A., Sadkowska-Todys, M. (2014). Choroby zakaźne – epidemiologia i profilaktyka. Alfa Medica Press.
345. Żuk, G. (2010). Językowy obraz świata w polskiej lingwistyce przełomu wieków. W M. Karwatowska, A. Siwiec (red.). *Przeobrażenia w języku i komunikacji medialnej na przełomie XX i XXI wieku* (s.239-257) Wydawnictwo Drukarnia Best Print.