

Pacjent onkologiczny w roli dawcy wsparcia

When the oncological patient gives support

Karolina Jakitowicz, Mariola Bidzan

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Psychoonkologia 2016; 20 (3): 105–111

DOI: 10.5114/pson.2016.64962

Adres do korespondencji:

Karolina Jakitowicz
Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 4
80-309 Gdańsk
e-mail: kjakitowicz@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: W procesie radzenia sobie z chorobą onkologiczną istotną rolę odgrywa wsparcie społeczne. Celem prezentowanego badania jest określenie znaczenia wsparcia, jakie pacjent daje swoim bliskim, i jaki ma ono związek z radzeniem sobie z chorobą onkologiczną oraz jakością życia.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 35 pacjentów powyżej 18. roku życia (18 kobiet i 17 mężczyzn) z chorobą nowotworową krwi, leczonych chemioterapią i poddanych transplantacji szpiku kostnego. Badanie przeprowadzono metodą kwestionariuszową z wykorzystaniem: autorskiego kwestionariusza wsparcia otrzymywanego i dawanego, zarówno emocjonalnego, jak i instrumentalnego, *Skali przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej* – Mini-MAC w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz Drabiny Cantrila.

Wyniki: Prezentowane badanie ukazuje korzystny obraz mechanizmu wsparcia dawanego innym w kontekście choroby nowotworowej. Wykazano istotny związek wsparcia dawanego z destruktywnymi strategiami radzenia sobie, a nie wykazano związku ze strategiami konstruktywnymi. Wyniki jakości życia wskazują na pewną niespójność. W kontekście pracy psychologicznej z pacjentami chorymi onkologicznie warto uwzględnić rolę, jaką odgrywa wsparcie, które chory daje swoim bliskim.

Abstract

Introduction: In the process of coping with the oncological disease important role is played by social support. The aim of this study is to determine the importance of the role of the social support offered by the patient.

Material and methods: The study included 35 patients over 18 years of age (18 women and 17 men), suffering from the blood cancer, receiving chemotherapy and treated with bone marrow transplantation. The study was conducted using the questionnaire method with the following questionnaires: author's questionnaire received and given support, both emotional and instrumental, Mental Scale Adjustment to Cancer Diseases – Mini-MAC in adaptation Z. Juczyński and Cantril Ladder.

Results: The present study shows a favorable picture of the given support mechanism in the context of cancer. Given support is significantly associated with a destructive coping strategies, and it was no connection with constructive strategies. The results of the quality of life show some inconsistency. In the context of psychological work with oncological patients given support should be taken into account, the role played by the patients who give support their relatives is significantly important.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie ze stresem, jakość życia, stres, nowotwór.

Key words: social support, coping skills, quality of life, psychological stress, cancer.

Wstęp

Jednym z podstawowych aspektów funkcjonowania osób cierpiących z powodu choroby nowotworowej jest naturalna potrzeba wsparcia i poszukiwanie go. W badaniach nad wsparciem prowadzonych od lat 60. XX wieku wykazano, że wsparcie społeczne, o ile jest zgodne z potrzebą odbiorcy, ma dobroczynny wpływ na radzenie sobie w kryzysie [1–5], a jego nadrzędnym celem jest opanowanie i rozwiązanie sytuacji kryzysowej. Wyróżnia się różne rodzaje wsparcia, tj. wsparcie emocjonalne, instrumentalne, informacyjne, materialne, duchowe. Ponadto wsparcie można podzielić na otrzymane i spostrzegane [6]. W literaturze przedmiotu mówi się również o wsparciu jako buforze wobec kryzysu, ponieważ bierze ono udział w mechanizmie stresu i radzenia sobie, zmniejszając nasilenie stresu [7]. W prezentowanym badaniu wsparcie społeczne analizowane jest w procesie doświadczenia choroby nowotworowej. Jest ujmowane funkcjonalnie, a jego głównym celem jest ocena związku wsparcia danego z radzeniem sobie z chorobą nowotworową.

Wsparcie społeczne

W ujęciu funkcjonalnym wsparcie to „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej” [6, s. 18]. Interakcja ta może być jedno- lub dwustronna, o stałym lub zmiennym kierunku dawca–biorca, a jej celem jest „ogólne podtrzymanie, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenie do rozwiązywania problemu i przezwyciężenia trudności” [6, s. 18]. W dostępnej literaturze wyróżniane są różne rodzaje wsparcia: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, materialne, duchowe [6]. Na potrzeby tego artykułu szczegółowym rozważaniom poddane zostaną jedynie dwa rodzaje wsparcia. Pierwszym z nich jest wsparcie emocjonalne, które występuje najczęściej (mimo że może nie być kluczowe dla rozwiązania sytuacji problemowej) i daje możliwość „przewietrzenia emocji”, co prowadzi do obniżenia napięcia, smutku i budzi nadzieję na lepszą przyszłość. Drugim uwzględnionym rodzajem wsparcia jest wsparcie instrumentalne, definiowane jako wymiana informacji lub modelowanie zachowań zaradczych o konkretnych sposobach radzenia sobie poprzez wymianę sposobów postępowania, informacji czy dóbr materialnych [6].

Z funkcjonalnego punktu widzenia wsparcie podzielono na otrzymywane i spostrzegane. Wsparcie otrzymywane jest faktycznie otrzymanym wsparciem, natomiast wsparcie spostrzegane to przekonanie o dostępności wsparcia. Zarówno wsparcie postrzegane, jak i otrzymywane wpływają na poziom spostrzegania zdarzeń i ich konsekwencji, mogą się także wiązać ze strategiami radzenia sobie [5, 8].

Radzenie sobie z chorobą nowotworową

Duży obszar zainteresowań badaczy obejmuje radzenie sobie z chorobą nowotworową [9–13] rozumiane jako „poznawcze i behawioralne wysiłki zmierzające do sprostania specyficznym wymagom zewnętrznym i/lub wewnętrznym, które w ocenie jednostki nadwyrężają możliwości, jakimi ona dysponuje” [11, s. 41]. Różnorodność i wieloetapowość reakcji emocjonalnych na diagnozę i leczenie choroby nowotworowej współwystępuje z wielorakimi strategiami radzenia sobie. Watson i wsp. wyróżnili pięć strategii radzenia sobie. Są to: duch walki związany z niższym nasileniem dystresu, zaprzeczanie/unikanie, fatalizm/stoicka akceptacja, bezradność–beznadziejność, lękowe zaabsorbowanie, które wiążą się z występowaniem objawów depresyjnych u osób doświadczających choroby nowotworowej [14]. Doświadczenie stresu w chorobie nowotworowej powoduje uruchomienie strategii radzenia sobie, których celem jest zmniejszenie doświadczanego stresu.

Jakość życia w chorobie nowotworowej

Doświadczenie choroby onkohematologicznej stawia chorych w trudnej psychologicznie, fizycznie i społecznie sytuacji. Pacjenci poddawani są długotrwałemu leczeniu, zmagają się z doświadczeniem izolacji, bólu, trudnych emocji, które przeplatane są nadzieją na wyzdrowienie [15]. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest pojęciem wielowymiarowym, stworzonym na potrzeby oceny jakości szeroko rozumianego funkcjonowania pacjentów przebywających w warunkach szpitalnych, i nie tylko. Obejmuje ona takie obszary, jak: funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne, społeczne oraz objawy choroby i skutki leczenia. Dodatkowo istotne w ocenie, poza objawami choroby i efektami ubocznymi leczenia, jest ujęcie postawy chorego wobec siebie, własnej choroby i sposób radzenia sobie [16–19]. Wprowadzenie pojęcia jakości życia do nauk medycznych doprowadziło do lepszej współpracy na linii lekarz–pacjent i odejścia od w pełni zależnej i podległej roli chorego wobec personelu medycznego.

Chory w roli dawcy wsparcia

Zagadnienie zachowań prospołecznych rozumianych jako działania skierowane wobec innego człowieka bez własnych korzyści, a nawet z doświadczeniem straty stanowi ugruntowaną wiedzę z zakresu psychologii [6, 20]. Brown i wsp. przeprowadzili badanie podłużne trwające 5 lat w grupie 423 par małżeńskich powyżej 65. roku życia i analizowali, na ile wsparcie dawane lub otrzymywane wpływa na długość życia. Badaczka wykazała, że istotnym czynnikiem, który zmniejsza śmiertelność, jest wsparcie dawane bliskim [21]. Choroba onkologiczna dotyka nie tylko samego chorego, lecz także (w mniejszym lub większym stopniu) jego bliskich, rodzinę, znajomych, całą sieć społeczną, która go otacza. Rzadko się zdarza, aby pacjenci wchodzili w rolę dawcy wsparcia, a tym bardziej robili to ze świadomością, że ich aktywność w tym obszarze może być istotnym czynnikiem pomocnym w codziennym zmaganiu się z chorobą. Nieczęsto też w środowisku specjalistów medycyny czy psychologii powyższe zagadnienie jest poruszane w pracy z pacjentem. Literatura przedmiotu skupia się głównie wokół tematyki wsparcia, jakie pacjent otrzymuje od swoich bliskich [2–4, 22, 23]. Pomijana jest rola wsparcia dawanego przez chorego cierpiącego z powodu choroby nowotworowej. Celem prezentowanego badania było zweryfikowanie, czy chorzy onkologiczni dają wsparcie, a jeśli tak, to czy ma ono istotny związek z ich radzeniem sobie z chorobą.

Material i metody

Ze względu na złożoność leczenia hematologicznego w badaniu wykorzystano narzędzia pozwalające na sprawne, nieobciążające badanych zarówno psychicznie, jak i fizycznie wypełnienie trzech kwestionariuszy, tj.:

1. Autorski kwestionariusz wsparcia otrzymanego i dawanego, zarówno emocjonalnego, jak i instrumentalnego, opracowany na podstawie kwestionariusza wykorzystanego przez Brown i wsp. [21] został stworzony na potrzeby prezentowanego badania. Służy on do oceny wsparcia dawanego (wsparcie dawane przez chorego innym) i otrzymywanego (wsparcie otrzymywane przez chorego od innych), emocjonalnego i instrumentalnego w relacji z rodziną oraz w relacji z osobami niebędącymi członkami rodziny, np. przyjaciółmi, znajomymi, sąsiadami. W ramach wsparcia instrumentalnego osoby badane wybierały konkretne czynności, które wykonały, aby wesprzeć innych. Następnie pod każdym pytaniem oceniali dodatkowo na skali liniowej od 1

do 10, na ile czują, że wspierały inne osoby, oraz na ile czuły się wspierane przez innych. W ramach wsparcia emocjonalnego osobom badanym został przedstawiony opis wsparcia emocjonalnego. Następnie badani odpowiadali na pytanie, czy wspierali lub byli wspierani emocjonalnie. W kolejnym kroku, również pod każdym pytaniem, badani oceniali na skali liniowej od 1 do 10, na ile czują, że wspierali inne osoby oraz na ile czuły się wspierani. Poniżej przedstawiono przykładowe pytania dla każdego rodzaju i kierunku wsparcia w zależności od relacji oraz opis wsparcia emocjonalnego.

Wsparcie instrumentalne dawane rodzinie

Czy pomagałeś/aś bezinteresownie (bez korzyści finansowych, materialnych) członkom rodziny w wymienionych poniżej obszarach? *Zaznacz w tabelce odpowiedzi przy każdym twierdzeniu.*

| | |
|--|---------|
| Transport, codzienne sprawy do załatwienia, zakupy | TAK/NIE |
| Prace domowe | TAK/NIE |
| Opieka nad dzieckiem | TAK/NIE |
| Inne, jakie?..... | TAK/NIE |

Zaznacz na linii, w jakim stopniu czuleś/aś się pomocny/a, gdzie 0 oznacza czuję/am, że w ogóle nie jestem pomocny/a, a 10 – czuję/am się w pełni pomocny/a.

0 _____ 10

Wsparcie instrumentalne otrzymywane od rodziny

Czy członkowie rodziny pomagali Ci (bez korzyści finansowych, materialnych) w wymienionych poniżej obszarach? *Zaznacz w tabelce odpowiedzi przy każdym twierdzeniu.*

| | |
|--|---------|
| Transport, codzienne sprawy do załatwienia, zakupy | TAK/NIE |
| Prace domowe | TAK/NIE |
| Opieka nad dzieckiem | TAK/NIE |
| Inne, jakie?..... | TAK/NIE |

Zaznacz na linii, w jakim stopniu czuleś/aś, że członkowie rodziny pomagają Ci, gdzie 0 oznacza czuję/am, że w ogóle mi nie pomagają, a 10 – czuję/am, że w pełni mi pomagają.

0 _____ 10

Opis wsparcia emocjonalnego: „Wsparcie emocjonalne – oparte na emocjach okazywanie empatii, życzliwości, zainteresowania, troski, zrozumienia drugiej osobie. Wsparcie emocjonalne możemy

kierować wobec osób zarówno najbliższych, np. współmałżonek, jak i przyjaciół, znajomych itd.”.

Wsparcie emocjonalne dawane osobom spoza rodziny

Czy wspierałeś/aś emocjonalnie przyjaciół, znajomych, sąsiadów lub inne osoby, które znasz (niebędące członkami twojej rodziny)?

TAK / NIE

Zaznacz na linii, w jakim stopniu czułeś/aś, że jesteś wspierający/a (emocjonalnie) wobec przyjaciół, znajomych, sąsiadów lub innych osób, które znasz (niebędących członkami twojej rodziny), gdzie 0 oznacza czułem/am, że w ogóle nie jestem wspierający/a, a 10 – czułem/am, że jestem w pełni wspierający/a.

0 _____ 10

Wsparcie emocjonalne otrzymywane od osób spoza rodziny

Czy przyjaciele, znajomi, sąsiedzi lub inne osoby, które znasz (niebędące członkami twojej rodziny), wspierali cię emocjonalnie?

TAK / NIE

Zaznacz na linii, w jakim stopniu czułeś/aś, że przyjaciele, znajomi, sąsiedzi lub inne osoby, które znasz (niebędące członkami twojej rodziny), są wspierający wobec ciebie, gdzie 0 oznacza czułem/am, że w ogóle nie są wspierający, a 10 – czułem/am, że są w pełni wspierający.

0 _____ 10

Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej – Mini-MAC w adaptacji Z. Juczyńskiego, która zawiera 29 stwierdzeń opisujących cztery strategie radzenia sobie, tj.: zaabsorbowanie lękowe i bezradność–beznadziejność (reprezentują destruktywny styl radzenia sobie) oraz duch walki i pozytywne przewartościowanie (reprezentują konstruktywny styl radzenia sobie) [24].

Drabina Cantrila do oceny jakości życia – uznano to narzędzie za mało obciążające w wykonaniu dla pacjentów. Skala ta składa się dwóch pytań, gdzie badany ocenia swoje ogólne zadowolenie z życia w skali od 0 do 10 obecnie oraz za 3 lata [7, 25].

W badaniu wzięło udział 35 pacjentów (18 kobiet i 17 mężczyzn) Kliniki Hematologii i Transplantologii UCK w Gdańsku leczonych chemioterapią lub będących na etapie transplantacji komórek krwiotwórczych, w wieku powyżej 18 lat (średni wiek

$M = 39,64$, $SD = 12,79$). Dwie osoby badane zostały wykluczone z analizy statystycznej ze względu na brak wariacji w udzielanych odpowiedziach. Wszystkie osoby badane wyraziły zgodę na przeprowadzenie badania.

Wyniki

Założeniem prezentowanego badania było zweryfikowanie, czy wsparcie dawane, zarówno emocjonalne, jak i instrumentalne, wzmacnia konstruktywne radzenie sobie z chorobą i poprawia obecną jakość życia chorego oraz czy wsparcie otrzymywane, jak również dawane ma związek z radzeniem sobie z chorobą. Przeanalizowano oddzielnie wpływ wsparcia (niezależnie od jego rodzaju – emocjonalne vs instrumentalne, oraz relacji – bliskie vs dalekie) na sposoby radzenia sobie ze stresem. Następnie dokonano analiz, uwzględniając zarówno rodzaj wsparcia, jak i rodzaj relacji.

Na skali destruktywnych strategii radzenia sobie grupa badana uzyskała $M = 24,06$, $SD = 6,96$, a na skali konstruktywnych strategii radzenia sobie – $M = 45,57$, $SD = 5,42$. Jednocześnie jakość życia wyniosła średnio $M = 6,43$, $SD = 1,86$, a ocena jakości życia za 3 lata – $M = 9,03$, $SD = 1,29$.

Niezależnie od rodzaju relacji i kierunku wsparcia. Wsparcie emocjonalne jest istotnym predyktorem destruktywnego radzenia sobie, obniża wyniki na skali destruktywnej strategii radzenia sobie ($\beta = -0,4$, $p = 0,028$, $R^2 = 0,14$, $p = 0,028$). Wsparcie instrumentalne nie było istotnym predyktorem destruktywnych strategii radzenia sobie. Podobnie w wypadku strategii konstruktywnych wsparcie instrumentalne oraz emocjonalne nie okazały się istotnymi predyktorami (tab. 1).

Niezależnie od rodzaju wsparcia i relacji. Żaden z rodzajów wsparcia, tj. dawane lub otrzymywane, nie okazały się istotnymi predyktorami strategii konstruktywnych lub destruktywnych. Jedynie wsparcie otrzymywane wykazało istotność na poziomie tendencji ($\beta = -0,3$, $p = 0,07$, $R^2 = 0,1$, $p = 0,07$) obniżającą wpływ na destruktywne radzenie sobie (tab. 2).

Rodzaj relacji, kierunek wsparcia, niezależnie od rodzaju wsparcia. Wsparcie otrzymywane od rodziny jest istotnym predyktorem destruktywnego radzenia sobie z chorobą ($M = 24,78$, $SD = 8,11$), obniża wyniki na skali destruktywnej strategii radzenia sobie ($\beta = -0,59$, $p = 0,032$, $R^2 = 0,13$, $p = 0,032$). Wyniki dla wsparcia danego rodzinie oraz wsparcia otrzymywanego i danego znajomym nie były istotne statystycznie (tab. 3).

Rodzaj wsparcia, rodzaj relacji, kierunek wsparcia. Wsparcie instrumentalne otrzymywane od rodziny istotnie przewiduje nasilenie destruktywnej

Tabela 1. Wyniki analizy regresji dla rodzaju wsparcia i strategii radzenia sobie ze stresem**Table 1.** The results of the regression analysis for the type of support and coping strategies

| Rodzaj wsparcia | Konstruktywne strategie | | | Destruktywne strategie | | |
|-------------------------|-------------------------|-------|------|------------------------|-------|------|
| | β | t | p | β | t | p |
| wsparcie emocjonalne | -0,06 | -0,46 | 0,65 | -0,40 | -2,30 | 0,03 |
| wsparcie instrumentalne | -0,09 | -0,67 | 0,51 | -0,12 | -0,67 | 0,51 |

Tabela 2. Wyniki analizy regresji dla kierunku wsparcia i strategii radzenia sobie ze stresem**Table 2.** The results of the regression analysis for the support direction and coping strategies

| Kierunek wsparcia | Konstruktywne strategie | | | Destruktywne strategie | | |
|----------------------|-------------------------|-------|------|------------------------|-------|------|
| | β | t | p | β | t | p |
| wsparcie dawane | -0,03 | -0,21 | 0,83 | -0,15 | -0,92 | 0,36 |
| wsparcie otrzymywane | -0,1 | -0,71 | 0,48 | -0,32 | -1,86 | 0,07 |

Tabela 3. Wyniki analizy regresji dla kierunku wsparcia, rodzaju relacji i strategii radzenia sobie ze stresem**Table 3.** The results of the regression analysis for the support direction, type of relationship and coping strategies

| Rodzaj relacji i kierunek wsparcia | Konstruktywne strategie | | | Destruktywne strategie | | |
|------------------------------------|-------------------------|-------|------|------------------------|-------|------|
| | β | t | p | β | t | p |
| wsparcie dawane rodzinie | 0,32 | 0,81 | 0,43 | -0,42 | -1,50 | 0,14 |
| wsparcie otrzymywane od rodziny | -0,17 | -0,44 | 0,66 | -0,59 | -2,24 | 0,03 |
| wsparcie dawane znajomym | -0,37 | -1,22 | 0,23 | -0,04 | -0,16 | 0,88 |
| wsparcie otrzymywane od znajomych | 0,03 | 0,09 | 0,93 | -0,25 | -0,76 | 0,45 |

strategii radzenia sobie, obniżając wyniki na skali destruktywnej strategii radzenia sobie ($\beta = -1,28$, $p = 0,01$, $R^2 = 0,18$, $p = 0,01$). Wsparcie emocjonalne dawane rodzinie jest istotnym predyktorem destruktywnego radzenia sobie, obniża wyniki na skali destruktywnej strategii radzenia sobie ($\beta = -1,36$, $p = 0,01$, $R^2 = 0,19$, $p = 0,01$). Żaden inny rodzaj wsparcia emocjonalnego lub instrumentalnego w relacji dalekiej lub bliskiej, jak również dawane czy otrzymywane wsparcia nie okazał się istotny. Podobnie nie wykazano, by jakkolwiek rodzaj wsparcia dawane lub otrzymywane w zależności od relacji był istotnym predyktorem konstruktywnych strategii radzenia sobie (tab. 4).

Jakość życia. Nie wykazano zależności pomiędzy obecną jakością życia a wsparciem niezależnie od rodzaju wsparcia i relacji. Stwierdzono natomiast, że na jakość życia za 3 lata pozytywnie wpływa wsparcie instrumentalne dawane rodzinie ($\beta = 0,37$, $p = 0,0001$, $R^2 = 0,46$, $p = 0,0001$) oraz wsparcie emocjonalne otrzymywane od znajomych ($\beta = 0,32$, $p = 0,007$, $R^2 = 0,21$, $p = 0,007$). Wyniki te, choć istotne, wydają się jednak wymagać dalszego pogłębienia w kolejnych badaniach przy jednoczesnej zmianie metodologii pomiaru jakości życia, by można było jednoznacznie określić rodzaj relacji pomiędzy

rodzajem wsparcia oraz jego kierunkiem a jakością życia obecnie oraz w przeszłości.

Omówienie

Na obecnym etapie badań możliwe jest wskazanie kierunku, w jakim zmierzają wyniki. Uzyskane dane ujawniają podobny korzystny mechanizm działania wsparcia dawane innym, jaki został ukazany w badaniach Brown, gdzie wykazano mniejszą śmiertelność wśród badanych, którzy deklarowali udzielanie wsparcia emocjonalnego współmałżonkom [21]. Ukazuje się dość wyrazisty schemat związku wsparcia z destruktywnymi strategiami radzenia sobie pacjenta z chorobą onkohematologiczną. Wsparcie otrzymywane (instrumentalne), ale również wsparcie dawane (emocjonalne) rodzinie istotnie zmniejsza nasilenie destruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą. Nie wykazano związku wsparcia z konstruktywnymi strategiami, co wydaje się również ciekawym zjawiskiem. Brak związku tego rodzaju strategii z pozostałymi zmiennymi może wskazywać, że konstruktywne strategie radzenia sobie prezentują osoby, które nie poszukują, nie muszą lub nie chcą otrzymywać i dawać wsparcia na ta-

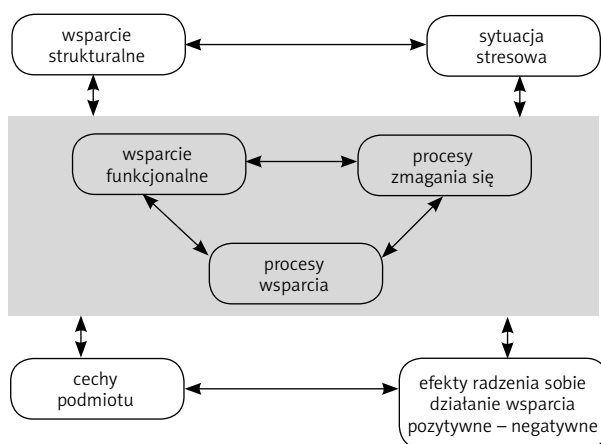
Tabela 4. Wyniki analizy regresji dla rodzaju wsparcia, relacji, kierunku wsparcia i strategii radzenia sobie ze stresem
Table 4. The results of the regression analysis for the type of support, relationship, support direction and coping strategies

| Rodzaj wsparcia, relacji i kierunek wsparcia | Konstruktywne strategie | | | Destruktywne strategie | | |
|--|-------------------------|-------|------|------------------------|-------|------|
| | β | t | p | β | t | p |
| wsparcie instrumentalne dawane rodzinie | 0,66 | 1,19 | 0,24 | 0,25 | 1,35 | 0,19 |
| wsparcie instrumentalne otrzymywane od rodziny | -0,05 | -0,07 | 0,94 | -1,28 | -2,73 | 0,01 |
| wsparcie instrumentalne dawane znajomym | -0,47 | -1,07 | 0,29 | 0,27 | 1,75 | 0,09 |
| wsparcie instrumentalne otrzymywane od znajomych | -0,37 | -0,84 | 0,41 | 0,07 | 0,36 | 0,72 |
| wsparcie emocjonalne dawane rodzinie | 0,37 | 0,55 | 0,59 | -1,36 | -2,71 | 0,01 |
| wsparcie emocjonalne otrzymywane od rodziny | -0,28 | -0,42 | 0,68 | 0,01 | 0,06 | 0,95 |
| wsparcie emocjonalne dawane znajomym | -0,46 | -1,02 | 0,31 | -0,09 | -0,44 | 0,66 |
| wsparcie emocjonalne otrzymywane od znajomych | 0,50 | 0,89 | 0,38 | -0,01 | -0,06 | 0,96 |

kim istotnym poziomie, jak wymagają tego osoby posługujące się destruktywnymi strategiami.

Znaczący w wyjaśnianiu zaistniałych relacji w prezentowanym badaniu może być model funkcjonowania wsparcia społecznego w sytuacji stresu Sęk [6]. Model ten prezentuje szereg zależności związanych z korzystaniem ze wsparcia. Jednym z istotnych obszarów tego modelu, uwzględniającym cechy osobowościowe, są cechy podmiotu sprzyjające lub utrudniające korzystanie ze wsparcia (ryc. 1).

Na podstawie omawianego modelu można postawić hipotezę, że osoby badane posługujące się konstruktywnymi strategiami radzenia sobie to



Rycina 1. Model funkcjonowania wsparcia w sytuacji stresu (Sęk H, Cieślak R, 2004, s. 22)

Figure 1. Model of support in stressful situation (Sęk H, Cieślak R, 2004, p. 22)

osoby wewnątrzsterowne (autonomiczne), oczekujące mniej wsparcia i/lub potrafiące wykorzystywać niewielkie wsparcie. Z kolei osoby zewnątrzsterowne potrzebują więcej wsparcia, ale jednocześnie potrafią je w mniejszym stopniu wykorzystać. Można przypuszczać, że są to osoby o destruktywnych strategiach radzenia sobie. Tego rodzaju hipotezy pozostają do zweryfikowania w dalszych badaniach nad zjawiskiem chorych onkologicznie w roli dawców wsparcia jako czynnika wspomagającego ich radzenie sobie z nowotworem. Prezentowane badanie ma też pewne ograniczenia metodologiczne, a interpretacji wyników oceny jakości życia należy dokonywać z pewną dozą ostrożności. Nadrzędnym założeniem procedury badania było wykorzystanie takich narzędzi, które są powszechnie stosowane do pomiaru analizowanych czynników, a jednocześnie nie będą nadmiernie obciążać chorych zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Wyniki uzyskane w analizie jakości życia wskazują na pewną niespójność, która prawdopodobnie wynika z funkcjonalności Drabiny Cantrila. Zazwyczaj Drabina Cantrila służy jako narzędzie przesiewowe. W przypadku gdy jest wykorzystywana w badaniach naukowych, współwystępuje z inną skalą jakości życia [7, 25]. Zaleceniem do dalszych badań jest zastosowanie, mimo wszystko, skali, która będzie wymagała od chorych więcej skupienia i zaangażowania, ale pozwoli na uzyskanie bardziej trafnych wyników w toku analizy danych (np. EORTC QLQ-C30). Mechanizmy towarzyszące pojęciu wsparcia społecznego są bardzo złożone i wieloaspektowe. Tym

bardziej działanie wsparcia staje się interesującym zjawiskiem, które pozwoli w praktyce na lepsze zrozumienie funkcjonowania chorych w sytuacji kryzysowej, jaką jest rozpoznanie choroby nowotworowej, a także na rozwój jakości profesjonalnej pomocy psychologicznej. Chorzy do momentu rozpoznania choroby odgrywają swoje stałe role, m.in. matki, ojca, dziecka, przyjaciela, w następstwie otrzymując i dając wsparcie. Z doświadczeń w pracy z pacjentami chorymi onkologicznie wynika, że często dotychczasowe role uznane są przez samych chorych, a nawet ich bliskich jako niemożliwe do wypełnienia w procesie leczenia. Istnieje stereotyp prowadzący do wycofania osoby, u której rozpoznano chorobę onkologiczną, z istotnych obszarów jej życia, gdyż od teraz jej jedynym zadaniem jest skupienie się na chorobie i leczeniu. Jednym z wielu ważnych założeń pracy psychologicznej z pacjentem onkologicznym jest wskazywanie i wzmocnienie pacjenta w procesie leczenia, ale także w rolach, które były pełnione przez niego do momentu rozpoznania choroby. Poszerzenie wiedzy chorych o wadze ich życiowych ról, m.in. o roli dawcy wsparcia, jest prawdopodobnie jednym z elementów pracy psychologicznej, który warto, aby został wprowadzony np. poprzez psychoedukację, motywowanie i aktywizację chorych w ich codziennym życiu.

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Sęk H, Cieślak R (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005; 7-10.
- Rodrigue JR, Pearman TP, Moreb J. Morbidity and mortality following bone marrow transplantation: predictive utility of pre-BMT affective functioning, compliance and social support stability. *Int J Behav Med* 1999; 6: 241-254.
- Syrjala KL, Langer SL, Abrams JR i wsp. Recovery and long-term function after hematopoietic cell transplantation for leukemia and lymphoma. *JAMA* 2004; 29: 2335-2343.
- Rini C, Redd WH, Austin J. Effectiveness of partner social support predicts enduring psychological distress after hematopoietic stem cell transplantation. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79: 64-74.
- Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005; 49-67.
- Sęk H. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005; 11-28.
- Sęk H. Pomoc psychologiczna w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. W: Sęk H (red.). *Psychologia kliniczna*. Tom 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006; 246-255.
- Ogińska-Bulik N. The role of social support in posttraumatic growth in people struggling with cancer. *Health Psychology Report* 2013; 1: 1-8.
- Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Ann Rev Psychol* 2004; 55: 745-774.
- Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1207-1221.
- Bidzan M, Smutek J, Zielonka A i wsp. Strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu narządów rodnych. *Psychoonkologia* 1998; 3: 41-47.
- Tschuschke V, Hertenstein B, Arnold B i wsp. Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation: results of a prospective study. *J Psychosom Res* 2001; 50: 277-285.
- Grukke N, Bailer H, Tschuschke V i wsp. Coping strategies, changes in coping intensity during bone marrow transplantation, and relationships with long-term survival – results of a prospective study. *Psychooncology* 1998; 7: 4.
- Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010; 2: 60-69.
- Jakitowicz K, Piekarska A. Czynniki psychologiczne istotne w procesie transplantacji komórek krwiotwórczych. *Psychoonkologia* 2014; 1: 1-7.
- Leppert W, Forycka M, De Walden-Gałuszko K i wsp. Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia* 2014; 1: 17-29.
- Schumacher A, Kessler T, Buchner T i wsp. Quality of life in adult patients with acute myeloid leukemia receiving intensive and prolonged chemotherapy – a longitudinal study. *Leukemia* 1998; 12: 586-592.
- Redaelli A, Stephens JM, Brandt S i wsp. Short- and long-term effects of acute myeloid leukemia on patient health-related quality of life. *Cancer Treat Rev* 2004; 30: 103-117.
- Andrykowski MA, Bishop MM, Hahn EA i wsp. Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2005; 23: 599-608.
- Wojciszke B. Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006.
- Brown SL, Nesse RM, Vinokur AD, Smith DM. Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychol Sci* 2003; 14: 320-327.
- Gulla B. Transplantacja serca. Problemy adaptacji psychologicznej. Wydawnictwo UJ, Kraków 2010.
- Wrona-Polańska H. Twórcze zmaganie się ze stresem. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego. Wydawnictwo UJ, Kraków 2011.
- Juczyński Z. NPPPZ – Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
- Basińska K. Ocena wyników leczenia oraz jakości życia chorych po intensywnej terapii w stanach zagrożenia życia. Rozprawa doktorska, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2005. http://pbc.gda.pl/Content/5945/basinska_krystyna_062162.pdf (02.08.2016).