

Ocena wpływu wsparcia społecznego na psychiczne przystosowanie do choroby nowotworowej pacjentów w trakcie leczenia paliatywnego lub radykalnego

Evaluation of the impact of social support on mental adjustment to cancer during palliative or radical treatment

Julia Wyszomirska¹, Maksymilian Gajda², Jacek Janas², Mariusz Gomulski², Jerzy Wydmański³

¹Zakład Psychologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, NZOZ Ośrodek Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych w Katowicach

²Szpital Specjalistyczny im. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej

³Zakład Radioterapii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

Psychoonkologia 2014; 3: 89–96

Adres do korespondencji:

mgr Julia Wyszomirska
NZOZ Ośrodek Wczesnej Diagnostyki
i Leczenia Chorób Nowotworowych
ul. Fliegera 16
40-960 Katowice
e-mail: julia.wyszomirska@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Przystosowanie do choroby nowotworowej można traktować jako szczególną strategię radzenia sobie ze stresem. Czynnikiem, który może odgrywać rolę bufora wobec sytuacji trudnych, jest wsparcie społeczne. Celem badania była ocena zależności między subiektywnym spostrzeganiem różnych wymiarów wsparcia społecznego i stosowaniem konstruktywnych bądź destrukcyjnych strategii adaptacyjnych w sytuacji choroby nowotworowej u pacjentów w trakcie terapii paliatywnej lub radykalnej.

Materiał i metody: Zbadano 89 chorych na nowotwory złośliwe w trakcie leczenia paliatywnego ($n = 60$) lub radykalnego ($n = 29$). Wykorzystano dwa narzędzia samoopisowe: Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC oraz Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS).

Wyniki i wnioski: Badane grupy pacjentów różnią się pod względem relacji między poszczególnymi wymiarami wsparcia społecznego oraz ich wpływem na korzystanie ze strategii konstruktywnych lub destrukcyjnych w przystosowaniu do choroby nowotworowej. Dla przystosowania do choroby nowotworowej nie jest szczególnie istotne, jak osoba chora ocenia aktualnie otrzymywane wsparcie, ale jak spostrzega jego dostępność w sytuacji, kiedy będzie potrzebne. W obu badanych grupach siła wpływu spostrzeganych możliwości otrzymania wsparcia na przystosowanie do choroby jest różna. Silniejszy pozytywny wpływ widoczny jest w grupie chorych leczonych paliatywnie, u których wiąże się z korzystaniem z konstruktywnych strategii. U chorych w trakcie terapii radykalnej ogranicza się on do mniejszej tendencji do używania strategii destrukcyjnych.

Abstract

Background: Adjustment to cancer can be treated as a particular form of coping strategies. Social support is a factor which can play a role as a buffer against difficult situations and stress. The aim of the study was to evaluate the relation between the subjective evaluation of different dimensions of social support and the constructive or destructive adaptive style of coping in cancer patients in palliative or radical treatment.

Material and methods: The study involved 89 cancer patients who were treated palliatively (60 patients) or radically (29 patients). Two self-report tools were

used: the Mental Adjustment to Cancer Mini-MAC and Berlin Social Support Scales (BSSS).

Results and conclusions: The examined groups of patients differ in terms of the relations between particular dimensions of social support and their influence on the use of constructive or destructive coping strategies in adjustment to cancer. For the adjustment to cancer, it is not particularly essential how the patient evaluates the actually received social support, but how they perceive its availability in an emergency situation. In both examined groups, the influence of perceived available social support on adjustment to illness is different. A stronger positive influence can be seen in the group of patients in palliative treatment, in whom it relates to the use of constructive coping strategies. In patients in radical treatment, it is connected with a lower tendency to the use of destructive coping strategies.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, przystosowanie do choroby nowotworowej, przystosowanie psychologiczne, radzenie sobie ze stresem, terapia paliatywna, nowotwór.

Key words: social support, mental adjustment to cancer, psychological adjustment, coping, palliative therapy, cancer.

Wstęp

Po odkryciu prozdrowotnych i buforowych funkcji wsparcia społecznego podjęto intensywne badania w celu określenia jego znaczenia dla funkcjonowania ludzi w sytuacjach stresowych i kryzysowych. Okazało się, że zależności między wsparciem a stanem zdrowia nie są tak jednoznaczne i bezpośrednie, jak powszechnie sądzono, a wpływ wsparcia społecznego na zdrowie jest pośredni i skorelowany z wieloma innymi czynnikami [1]. Najbardziej popularna hipoteza dotycząca wpływu wsparcia społecznego na zdrowie zakłada, że może ono korzystnie działać w sytuacjach dystresu, gdy służy jako bufor wobec negatywnego oddziaływania sytuacji stresowych [2]. Spostrzegane wsparcie społeczne może wpływać na procesy przebiegu i subiektywne doświadczanie stresu, zmieniać ocenę typu strata i zagrożenie na ocenę typu wyzwanie lub zmniejszać nasilenie negatywnych ocen pierwotnych [1].

Przystosowanie do choroby nowotworowej oznacza radzenie sobie z jej bezpośrednimi następstwami, a w dłuższej perspektywie konieczność poradzenia sobie z bardziej ogólnymi zmianami w jakości życia. Postawiona diagnoza, wznowa choroby nowotworowej, informacje dotyczące leczenia – to impulsy wzbudzające silne, przykre emocje, wśród których dominuje lęk, złość oraz smutek. W celu odzyskania równowagi psychicznej poprzez zmniejszenie intensywności przykrych uczuć wyzwalane są działania obronne. Wydaje się, że różne strategie radzenia sobie z chorobą mają różne znaczenie adaptacyjne w zależności od fazy choroby. Najczęściej we wczesnych fazach dominuje nadzieja na powrót do zdrowia połączona z nastawieniem zadaniowym, a w fazie zaawansowanej przeważa nastawienie

emocjonalne przejawiające się próbami zmniejszenia nasilenia przykrych uczuć. Sposób podejścia do choroby zmienia się, gdy leczenie nie przynosi oczekiwanych efektów. W tej sytuacji najbardziej przystosowawcza wydaje się strategia przewartościowania, a najbardziej destrukcyjne jest poczucie bezradności, przekonanie, że nie ma się żadnego wpływu na bieg zdarzeń [3].

Adaptacja do choroby bywa traktowana jako szczególna forma strategii radzenia sobie ze stresem, dotycząca konkretnej, wyjątkowo obciążającej sytuacji. Dlatego można się spodziewać znaczącego wpływu wsparcia społecznego na psychiczne przystosowanie do choroby. W badaniach zainteresowano się wpływem dwóch odmiennych sytuacji psychologicznych związanych z rodzajem leczenia onkologicznego na relacje między różnymi rodzajami subiektywnie ocenianego wsparcia społecznego a przystosowaniem do choroby nowotworowej. Głównym celem była ocena relacji między subiektywną oceną różnych rodzajów wsparcia społecznego i strategiami przystosowania do choroby. Podjęto się także określenia zależności między poszczególnymi wymiarami wsparcia społecznego oraz wsparciem buforującym i przystosowaniem do choroby.

Material i metody

Badaniem objęto grupę 89 chorych na różne nowotwory złośliwe, w tym 45 kobiet i 44 mężczyzn w wieku od 36 do 86 lat (mediana oraz średnia 63 lata) w trakcie leczenia paliatywnego ($n = 60$) lub radykalnego ($n = 29$). Analizowano zmienne demograficzne oraz medyczne, o których wiadomo, że mogą znacząco wpływać na wyniki. Większość badanych miała wykształcenie średnie lub zawodowe, była w stałym związku (małżeńskim

lub partnerskim) i miała dwoje dzieci. Zmienne medyczne stanowiły rodzaj nowotworu, przebieg dotychczasowego leczenia onkologicznego, aktualny rodzaj terapii, choroby współwystępujące oraz ocena stanu sprawności w skali Zubroda. W tabelach 1. i 2. przedstawiono charakterystykę kliniczną oraz społeczno-demograficzną badanych chorych.

W badaniach wykorzystano narzędzia samoopisowe: Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC oraz Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (*Berlin Social Support Scale – BSSS*). Mini-MAC jest skróconą wersją oryginalnego narzędzia – *Mental Adjustment to Cancer Scale* – i służy do pomiaru strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową [4, 5]. Adaptacji narzędzia do polskich warunków dokonał Juczyński [6]. Skala może być stosowana do oceny przystosowania się do choroby na różnych jej etapach lub w celu ujęcia dynamiki zmian zachodzących podczas leczenia. Badany ocenia w czterostopniowej skali, w jakim stopniu podane stwierdzenia odnoszą się do niego w chwili obecnej. Polska wersja narzędzia zawiera 29 stwierdzeń

i mierzy cztery strategie radzenia sobie:

- 1) zaabsorbowanie lękowe – wyrażające niepokój spowodowany chorobą, postrzeganą jako zagrożenie wywołujące niedający się opanować lęk, który sprawia, że każda zmiana jest interpretowana jako sygnał pogorszenia stanu zdrowia;
- 2) duch walki – przejawiający się mobilizacją do aktywnego zmagania się z chorobą, traktowania jej jako wyzwania i podejmowania działań, które ją zwalczają;
- 3) bezradność – beznadziejność – bierność poddanie się chorobie, poczucie zagubienia i bezsilności;
- 4) pozytywne przewartościowanie – przeorganizowanie problemu choroby w taki sposób, aby przy świadomości jej powagi znaleźć nadzieję i satysfakcję z dotychczasowego życia. Poprzez chorobę uświadomiona zostaje wartość życia i jego przeżywania [6].

Skala BSSS to zestaw narzędzi służących do oceny poznawczych i behawioralnych wymia-

Tabela 1. Kliniczna charakterystyka pacjentów
Table 1. Clinical characteristics of patients

	Liczba	%
Rodzaj leczenia		
paliatywne	60	67,4
radikalne	29	32,6
Aktualny schemat leczenia		
chemioterapia	65	73,0
radioterapia	19	21,3
chemioterapia i radioterapia	5	5,7
Wynik w skali Zubroda		
0	45	50,6
1	38	42,7
2	4	4,5
3	1	1,1
4	1	1,1
Rozpoznanie wg ICD-10		
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	24	27,0
nowotwór złośliwy odbytnicy	19	21,3
nowotwór złośliwy sutka	13	14,6
nowotwór złośliwy jelita grubego	12	13,5
inne nowotwory złośliwe	21	23,6
Najczęstsze choroby współistniejące		
nadciśnienie tętnicze	32	36,0
choroba niedokrwienna serca	16	18,0
cukrzyca	11	12,4

Tabela 2. Charakterystyka społeczno-demograficzna pacjentów
Table 2. Social and demographic characteristics of patients

	Liczba	%
Wiek		
80–90	3	3,4
70–79	16	18
60–69	45	50,6
50–59	18	20,2
40–49	4	4,5
30–39	3	3,4
Płeć		
kobiety	45	50,5
mężczyźni	44	49,5
Wykształcenie		
podstawowe	14	15,1
zawodowe	31	34,8
średnie	30	33,7
wyższe	13	14,6
brak danych	1	1,1
Stan cywilny		
małżeństwo lub związek nieformalny	66	74,1
samotny	22	24,8
brak danych	1	1,1
Dzieci		
bezdzietni	9	10,1
jedno	17	19,1
dwoje	48	54,5
troje	10	11,3
czworo i więcej	5	5,6

rów wsparcia społecznego. Oryginalna, niemiecka wersja składa się z pięciu skal do badania wsparcia społecznego oraz jednej, którą bada się bliskich osoby badanej [7]. W badaniach własnych użyto polskiej wersji kwestionariusza BSSS opracowanej przez Łuszczynską, Kowalską, Schwarzera i Schultz [8]. Wykorzystano pięć skal:

- 1) spostrzegane dostępne wsparcie – subiektywne przeświadczenie, bez określonego momentu w czasie, dostępności wsparcia ze strony innych ludzi. W skali tej wyróżniono wsparcie emocjonalne i instrumentalne [2];
- 2) zapotrzebowanie na wsparcie – potrzeba wykorzystania wsparcia w sytuacji kryzysowej;
- 3) poszukiwanie wsparcia – częstotliwość i zakres poszukiwania pomocy;
- 4) aktualnie otrzymywane wsparcie – spostrzeganie pomocy udzielanej aktualnie przez innych ludzi [7]. Wyróżniono w niej wsparcie emocjonalne, instrumentalne i informacyjne oraz zadowolenie z otrzymywanego wsparcia [8];
- 5) wsparcie buforująco-ochronne – chronienie bliskich przed negatywnymi wiadomościami [7].

Analizę statystyczną wykonano przy użyciu pakietu Statistica (wersja 10). W celu oceny siły zależności między zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji r -Pearsona. Za istotne statystycznie korelacje przyjęto wartości testu spełniające warunek: $p < 0,05$.

Wyniki

Zmienne demograficzne oraz medyczne nie różnicowały badanych pod względem wysokości wyników w poszczególnych skalach Mini-MAC i BSSS.

Zależności między wymiarami wsparcia społecznego

Rodzaj leczenia onkologicznego (paliatywne lub radykalne) nie okazał się czynnikiem różnicującym pod względem wyników uzyskanych w skalach BSSS, jednak zależności między poszczególnymi rodzajami wsparcia społecznego były odmienne w obu badanych grupach.

Wyniki uzyskane w grupie chorych leczonych paliatywnie wskazują na pozytywne korelacje między spostrzeganym wsparciem i jego poszukiwaniem ($r = 0,43$) oraz otrzymywaniem wsparcia społecznego ($r = 0,52$) (tab. 3.). Pacjenci wykazujący większe zapotrzebowanie na wsparcie intensywniej go poszukują, otrzymują i częściej dostrzegają możliwości jego uzyskania w porównaniu z pacjentami cechującymi się niską potrzebą wsparcia. Pacjenci wykazujący większe zapotrzebowanie na wsparcie intensywniej go poszukują ($r = 0,69$), częściej otrzymują ($r = 0,42$) i dostrzegają możliwości jego uzyskania ($r = 0,32$) w porównaniu z pacjentami cechującymi się niską potrzebą wsparcia. Ostatnia z wymienionych pozytywnych korelacji jest widoczna między wszystkimi rodzajami spostrzeganego i otrzymywanego wsparcia społecznego w obu badanych grupach. Badania nie ujawniły znaczących związków między wsparciem buforująco-ochronnym a pozostałymi rodzajami wsparcia społecznego. Jedynie w grupie chorych leczonych paliatywnie uzyskano słabą pozytywną korelację między poszukiwaniem wsparcia a poziomem wsparcia buforującego ($r = 0,29$).

Tabela 3. Korelacje między poszczególnymi rodzajami wsparcia społecznego w grupie chorych leczonych paliatywnie, $p < 0,05$
Table 3. Correlation between dimensions of social support in the group of patients in palliative treatment, $p < 0.05$

Zmienna	Spostrzegane	Zapotrzebowanie	Poszukiwanie	Otrzymywane	Satysfakcja
Spostrzegane	–	0,319663	0,432712	0,523937	0,420304
Zapotrzebowanie	0,319663	–	0,689483	0,423875	0,368861
Poszukiwanie	0,432712	0,689483	–	0,594853	0,494697
Otrzymywane	0,523937	0,423875	0,594853	–	0,910745
Buforujące	0,024782	0,128431	0,298756	0,048902	0,028005

Tabela 4. Korelacje między poszczególnymi rodzajami wsparcia społecznego w grupie chorych leczonych radykalnie, $p < 0,05$
Table 4. Correlation between dimensions of social support in the group of patients in radical treatment, $p < 0.05$

Zmienna	Spostrzegane	Zapotrzebowanie	Poszukiwanie	Otrzymywane	Satysfakcja
Spostrzegane	–	0,478355	0,147548	0,560630	0,324709
Zapotrzebowanie	0,478355	–	0,422802	0,358833	0,151943
Poszukiwanie	0,147548	0,422802	–	0,167563	0,042547
Otrzymywane	0,560630	0,358833	0,167563	–	0,886453
Buforujące	0,087727	–0,158748	–0,222824	–0,138214	–0,203854

Wsparcie społeczne a przystosowanie do choroby nowotworowej

Dalszej analizie poddano związek między wynikami uzyskanymi w skalach BSSS i nasileniem cech poszczególnych strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej. Podobnie jak w przypadku rezultatów uzyskanych w analizie zależności między poszczególnymi rodzajami wsparcia społecznego nie wykazano istotnych różnic między grupami badawczymi w żadnej z badanych cech, ale zanotowano różnice w związkach pomiędzy wynikami uzyskanymi w skalach BSSS i przystosowaniem do choroby nowotworowej.

W grupie chorych leczonych paliatywnie (tab. 5.) spostrzegane wsparcie społeczne ($r = 0,36$) oraz jego poszukiwanie ($r = 0,36$) wiązały się ze stosowaniem konstruktywnych strategii przystosowania do choroby. Z kolei wysoka punktacja w skali

wsparcia buforującego korelowała z destrukcyjnymi strategiami przystosowania ($r = 0,32$). W grupie leczonych radykalnie uchwycono inne zależności (tab. 6.). Im wyższy był poziom potrzeby wsparcia, tym wyższe były wyniki w skali duch walki ($r = 0,52$). W przeciwieństwie do wyników uzyskanych przez osoby w trakcie leczenia paliatywnego nie uchwycono związków między oceną dostępności wsparcia i konstruktywnymi postawami wobec choroby. Spostrzegane wsparcie społeczne negatywnie korelowało ze stosowaniem destrukcyjnych strategii adaptacyjnych ($r = -0,5$), zarówno zaabsorbowania lękowego ($r = -0,46$), jak i bezradności ($r = -0,43$). Próby chronienia bliskich przed przykrymi wiadomościami nie korelowały z żadną z badanych strategii przystosowawczych.

W obu grupach badawczych nie wykazano wpływu realnie otrzymywanego wsparcia na psychiczne przystosowanie do choroby.

Tabela 5. Związek między wsparciem społecznym a przystosowaniem do choroby w grupie pacjentów leczonych paliatywnie, $p < 0,05$
Table 5. Relationship between social support and mental adjustment to cancer in the group of patients in palliative treatment, $p < 0.05$

Zmienna	Konstruktywne	Duch walki	Przewartościowanie	Destrukcyjne	Zaabsorbowanie lękowe	Bezradność – beznadziejność
Spostrzegane	0,360556	0,336880	0,272964	-0,067950	-0,038019	-0,141686
- emocjonalne	0,374161	0,275748	0,347108	-0,076412	-0,075890	-0,102743
- instrumentalne	0,282895	0,309688	0,174944	-0,134701	-0,094613	-0,214072
Zapotrzebowanie	0,236128	0,209105	0,188722	0,096104	0,125507	0,100349
Poszukiwanie	0,362306	0,307626	0,300995	0,122976	0,144599	0,053970
Otrzymywane	0,134847	0,187609	0,048815	0,005792	0,039665	-0,073301
- emocjonalne	0,090885	0,168179	-0,003182	-0,104112	-0,066908	-0,178653
- instrumentalne	0,127864	0,140102	0,078961	0,121691	0,152508	0,042872
- informacyjne	0,276250	0,249415	0,216657	-0,001681	-0,005318	-0,025311
Satysfakcja	0,083460	0,057899	0,080546	0,044386	0,049750	0,013426
Buforujące	0,010215	-0,053784	0,062486	0,328984	0,282390	0,364131

Tabela 6. Związek między wsparciem społecznym a przystosowaniem do choroby w grupie pacjentów leczonych radykalnie, $p < 0,05$
Table 6. Relationship between social support and mental adjustment to cancer in the group of patients in radical treatment, $p < 0.05$

Zmienna	Konstruktywne	Duch walki	Przewartościowanie	Destrukcyjne	Zaabsorbowanie lękowe	Bezradność – beznadziejność
Spostrzegane	0,002637	0,324652	-0,205813	-0,501302	-0,464824	-0,432017
- emocjonalne	-0,038142	0,237771	-0,206441	-0,500132	-0,476458	-0,410930
- instrumentalne	0,037384	0,371316	-0,187620	-0,459306	-0,414976	-0,413046
Zapotrzebowanie	0,380247	0,526309	0,188987	-0,105124	-0,002725	-0,240175
Poszukiwanie	0,256134	0,381015	0,110207	0,236530	0,179254	0,267087
Otrzymywane	-0,133729	0,148792	-0,281904	-0,268880	-0,250655	-0,229603
- emocjonalne	-0,111815	0,151715	-0,253327	-0,277427	-0,282370	-0,199412
- instrumentalne	-0,161630	0,066483	-0,267580	-0,184743	-0,134561	-0,217208
- informacyjne	-0,083937	0,251650	-0,279057	-0,286219	-0,235342	-0,294101
Satysfakcja	-0,256070	-0,003470	-0,353725	-0,198945	-0,184566	-0,171295
Buforujące	-0,033269	-0,107584	0,023170	-0,070505	-0,057237	-0,073606

Dyskusja

Rezultaty uzyskane przez pacjentów w trakcie terapii paliatywnej są zbieżne z wynikami wcześniejszych badań i potwierdzają pozytywną zależność między potrzebą wsparcia społecznego a jego poszukiwaniem, oceną dostępności wsparcia i jego otrzymywaniem. Można wnioskować, że w tej grupie chorych istnieją efektywne mechanizmy regulujące zależności między poszczególnymi wymiarami wsparcia społecznego. Im bardziej dana osoba potrzebuje wsparcia, tym intensywniej do niego dąży oraz zauważa wiele możliwości jego uzyskania. Finalnie w trudnej sytuacji, jaką jest choroba nowotworowa, rzeczywiście uzyskuje satysfakcjonujący poziom wsparcia. Warto pamiętać, że ta grupa chorych jest najbardziej narażona na zaburzenia emocjonalne, stanowiące konsekwencję choroby i jej leczenia. Wyniki badań dodatkowych, które wskazują na brak efektów dotychczasowego leczenia oraz dalszy niepomyślny przebieg choroby, nawet mimo braku objawów jej progresji, powodują wysoki poziom stresu, a przy małym wsparciu społecznym mogą prowadzić do przyjęcia destrukcyjnych postaw wobec choroby [9, 10]. Wyżej przedstawione zależności nie odnoszą się do chorych w trakcie intensywnego leczenia radykalnego. Oczywiście zaskakujący brak związku między rodzajami wsparcia społecznego w grupie pacjentów leczonych radykalnie nie pozwala na automatyczne wysunięcie twierdzenia o nieistnieniu takich zależności. Może on wynikać ze stosunkowo małej próby osób badanych lub wiązać się z działaniem innej, nieuwzględnionej w badaniach zmiennej pośredniczącej.

Odnosząc się do modeli teoretycznych oraz licznych badań dotyczących wsparcia społecznego i zdrowia, w interpretacji wyników badań przyjęto, że wsparcie społeczne będzie wpływało jako moderator na przystosowanie do choroby. Warto jednak pamiętać, że relacja ta nie zawsze jest tak oczywista i spotyka się badania wskazujące na zależność dwukierunkową między otrzymywanym, spostrzeganym wsparciem społecznym i przystosowaniem do choroby czy radzeniem sobie ze stresem. Przykładowo – lepsze przystosowanie pacjenta do choroby może powodować wzrost wsparcia społecznego, a dystres pacjenta wycofanie emocjonalne i negatywne nastawienie bliskich do chorego [11, 12]. Podejmowano także badania, w których manipulowano zmienną otrzymywane wsparcie społeczne, np. oceniając wpływ uczestnictwa w grupach wsparcia czy w grupach psychoedukacyjnych – wsparcie informacyjne [13, 14] – oraz efektywność różnych strategii psycho terapeutycznych [15]. Przeciwny kierunek, wpływ

radzenia sobie w sytuacji choroby na wsparcie społeczne, nie jest dotąd dobrze poznany. Prace eksperymentalne wykazały, że osoby, które źle radzą sobie ze stresem, nie wyzwalają motywacji do udzielania wsparcia u osób postronnych. Jeżeli osoby w trudnej sytuacji nie podejmują działań, by samemu sobie pomóc, nie mogą się spodziewać, że ludzie zainwestują własny wysiłek w wspieranie ich. W przeciwieństwie do nich, ludzie starający się przewyciężyć trudności bardziej skłaniają innych do pomocy. Dowodzą tego prace psychologii społecznej na temat motywacji osób udzielających wsparcia. W innych badaniach wykazano, że poczucie własnej skuteczności stanowi instrument poprawy funkcjonowania sieci społecznych i osiągnięcia wsparcia [16].

Wsparcie społeczne może umożliwiać zmianę sposobu odbioru i doświadczania rzeczywistości oraz inicjować proces restrukturyzacji poznawczej, więc również wpływać na odbiór choroby, leczenia i sytuacji z nimi związanych, a w konsekwencji przystosowanie do choroby nowotworowej. W omawianych badaniach subiektywna ocena różnych rodzajów wsparcia społecznego w odmienny sposób wpływa na korzystanie ze strategii przystosowawczych do choroby w zależności od tego, czy pacjenci są objęci terapią paliatywną czy radykalną. Znajdują się oni bowiem w odmiennej sytuacji psychologicznej. Potwierdzono dotychczasowe rezultaty uzyskane przez innych autorów, ale są one wyraźne jedynie w grupie chorych objętych terapią paliatywną. Wysoki poziom poszukiwania wsparcia oraz poczucie, że gdy będzie ono potrzebne, to realnie się pojawi, wpływa na częstsze korzystanie z konstruktywnych strategii przystosowania się do choroby nowotworowej. Pozytywny wpływ przekonania o możliwości uzyskania wsparcia u chorych leczonych radykalnie także jest widoczny, ale ogranicza się do słabszej tendencji do korzystania z destrukcyjnych strategii adaptacyjnych. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy chory ma przekonanie, że uzyska konkretną, instrumentalną pomoc. Takie poczucie sprzyja stosowaniu strategii duch walki.

W obu grupach nie wykazano wpływu aktualnie otrzymywanego wsparcia na preferowanie którejkolwiek ze strategii przystosowawczych. Niektórzy badacze wskazują, że w przeciwieństwie do spostrzeganego wsparcia społecznego efekt otrzymywanego wsparcia nie jest jednoznaczny [17, 18]. Nawet jeśli osoba udzielająca wsparcia będzie się starała rozszerzyć jego zakres i ilość, nie oznacza to, że tyle samo wsparcia otrzyma jego adresat. Przepływ wsparcia od dostarczyciela do odbiorcy może zależeć od różnych cech obu stron. Coriell i Cohen [19] doszli do wniosku, że relacje intymne w związku między osobą udzielającą wsparcia

a jego adresatem wiązały się z większą zgodnością w ocenie wsparcia udzielanego i otrzymywanego. Z kolei badania Schwarzer i Knoll [20] dostarczają dowodów na diadyczne wzory wsparcia społecznego. Ilość otrzymywanego wsparcia deklarowana przez osoby je otrzymujące nie jest taka sama jak ilość wsparcia dostarczanego, deklarowana przez partnerów. Ponadto odbiorcy potrzebują czasu, aby rozpoznać i ocenić udzielane im wsparcie. Dlatego wsparcie można rozpatrywać jako odroczone w czasie fenomen [21]. Oprócz tego niektóre badania wskazują, że wsparcie społeczne źle dopasowane do indywidualnych potrzeb pacjenta może powodować gorsze przystosowanie [22]. Sugeruje to większy wpływ antycypacji zachowań osób, na które pacjenci liczą, niż oceny ich aktualnych działań. Dlatego niektórzy autorzy rozważają, czy spostrzegane wsparcie jest cechą osobowości [23], wiąże się z poczuciem przywiązania, poziomem optymizmu [24] i nie należy go traktować tylko jako zewnętrznych zasobów [25].

W grupie pacjentów w trakcie terapii radykalnej ciekawy wydaje się związek między potrzebą korzystania ze wsparcia, zaangażowaniem w jego poszukiwanie a pozytywnymi wzorcami przystosowania do choroby nowotworowej, szczególnie najbardziej pożądaną w ich aktualnej sytuacji zdrowotnej aktywną strategią duch walki. W grupie osób leczonych paliatywnie nie zanotowano takiej zależności.

Pacjenci w trakcie terapii paliatywnej intensywnie zabiegający o wsparcie używają obu konstruktywnych strategii przystosowawczych. Przypuszcza się, że osoby chętniej i częściej korzystające z tych strategii potrzebują innych ludzi, ich szeroko rozumianej obecności i pomocy, aby móc walczyć z chorobą lub przekształcać swoje podejście do sytuacji choroby, cieszyć się, czerpać satysfakcję ze zdarzeń niezwiązanych z chorobą.

Rola wpływu podejmowania prób ochrony bliskich przed negatywnymi informacjami jest zauważalna wyłącznie w grupie pacjentów objętych terapią paliatywną. Z jednej strony chorzy podejmują wysiłki, aby zagwarantować sobie pomoc i wsparcie innych osób, a jednocześnie starają się ukrywać przed nimi informacje mogące powodować przykre myśli i uczucia. Zauważa się tu paradoks, ponieważ łatwo sobie wyobrazić, że unikając ujawniania nieprzyjemnych uczuć oraz zatajając prawdę o swoim stanie zdrowia i codziennym funkcjonowaniu, trudno uzyskać adekwatną do potrzeb pomoc. Można się spodziewać, że osoby, u których taka zależność się pojawia, są nastawione bardziej na wsparcie w konkretnych sytuacjach, konieczne w danej chwili, bardziej instrumentalne niż emocjonalne i proszą o wykonanie określonych czynności, powierzają

zadania. Jednak na obecnym etapie to tylko niepewne domniemanie. W naszych badaniach im większe wysiłki chorzy podejmowali, aby ukrywać swoje cierpienie i ochronić dobre samopoczucie bliskich, tym większy odczuwali lęk, bezradność, niemoc, rozpacz, a sytuację oceniali jako beznadziejną. Inna próba interpretacji wyników sugeruje, że im gorzej spostrzega się sytuację, tym więcej jest do ukrycia. Wydaje się, że można to sprawdzić, zachęcając chorych do ujawniania uczuć i obserwując, jaki ma to wpływ na ich podejście do choroby, leczenia oraz ich nastrojów. Uzasadniają to wyniki badań dotyczących subiektywnej oceny czynników pomocnych w radzeniu sobie w sytuacji choroby, wpływu intymnych, szczerych rozmów na nastrojów czy poziom lęku [26, 27].

Wnioski

Badane grupy pacjentów różnią się pod względem relacji między poszczególnymi wymiarami wsparcia społecznego oraz ich wpływu na korzystanie ze strategii konstruktywnych lub destrukcyjnych w przystosowaniu do choroby nowotworowej. Wyniki uzyskane w grupie pacjentów leczonych radykalnie w większym stopniu odbiegają od rezultatów przedstawianych w podobnych badaniach w porównaniu z wynikami uzyskanymi w grupie chorych leczonych paliatywnie, dlatego należy do nich podchodzić z ostrożnością.

U pacjentów postawionych w skrajnie trudnej sytuacji, w której wskaźniki medyczne nie pozwalają na optymizm co do dalszych efektów leczenia (leczenie paliatywne), lepiej działa samoregulujący się mechanizm wsparcia społecznego niż u pacjentów leczonych radykalnie. Gdyby jednak wynik został potwierdzony w innych badaniach, na większej liczbie chorych, taka sytuacja byłaby dość skomplikowana w kontekście interwencji psychologicznych ukierunkowanych na poprawę w zakresie poszukiwania, realnego otrzymywania i spostrzegania wsparcia społecznego.

Spośród wszystkich badanych wymiarów wsparcia społecznego najważniejszym dla adaptacji do choroby nowotworowej wydaje się spostrzegane wsparcie społeczne. W obu badanych grupach siła wpływu oceny dostępności wsparcia na przystosowanie do choroby jest różna. Bardziej pozytywny wpływ widoczny jest w grupie chorych leczonych paliatywnie, u których wiąże się z korzystaniem z konstruktywnych strategii. U chorych w trakcie terapii radykalnej ogranicza się do mniejszej tendencji do używania strategii destrukcyjnych.

W obu grupach nie wykazano jednoznacznego wpływu aktualnie otrzymywanego wsparcia na preferowanie którejkolwiek ze strategii przysto-

sowawczych. Nieważne ile, jakiego typu wsparcia osoba otrzymuje w momencie zachorowania, trwania choroby, ważne jak spostrzega możliwości jego dostępności. Rezultaty te zgodne są z wynikami niektórych badań, w których efekt otrzymywanego wsparcia nie był ani jednoznaczny, ani silny.

Uzyskane wyniki badań w niewielkim stopniu przyczyniają się do określenia roli, a tym bardziej mechanizmów wsparcia ochronnego w przystosowaniu do choroby nowotworowej. Jednak wyznaczają one niektóre kierunki poszukiwań. Prawdopodobnie chronienie bliskich przed negatywnymi informacjami może nasilać poczucie bezradności i poziom lęku. W przedstawionych badaniach ocenie podlegały tylko zachowania mające na celu chronienie bliskich pacjenta przed przykrymi informacjami, emocjami, a więc wsparcie udzielane przez chorych innym osobom. W kolejnych badaniach należałoby ocenić również obustronne relacje między wsparciem buforująco-ochronnym w diadach pacjent – osoba udzielająca wsparcia i ich związek z adaptacją do choroby.

Wartościowe wydaje się opracowanie badań eksperymentalnych, które pozwoliłyby na coraz trafniejsze opisy kierunków wpływu między wsparciem społecznym a korzystaniem z określonych strategii radzenia sobie z chorobą.

Piśmiennictwo

- Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H, Cieślak R (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011; 11-28.
- Knoll N, Schwarzer R. Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. Sęk H, Cieślak R (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011; 29-48.
- De Walden-Gatuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 49-58.
- Watson M, Santos dos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC: further development of Mental Adjustment to Cancer Scale. *J Psychosoc Oncol* 1994; 12: 33-46.
- Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988; 18: 203-209.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009; 167-178.
- Łuszczynska A, Kowalska M, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS). Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne* 2006; 44: 17-27.
- http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_pol.htm
- Merluzzi TV, Martinez-Sanchez MA. Assessment of self-efficacy and coping with ovarian cancer: development and validation of the cancer behaviour inventory. *Health Psychology* 1997; 16: 163-170.
- Mielcarek P, Kozaka J. Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkologia* 2006; 10: 9-14.
- Brady SS, Helgeson VS. Social support and adjustment to recurrence of breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 1999; 17: 37-55.
- Manne S, Alfieri T, Taylor K, Dougherty J. Preferences for spousal support among individuals with cancer. *J Appl Soc Psychol* 1999; 29: 722-749.
- Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M i wsp. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719-1726.
- Helgeson V S, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology* 1996; 15: 135-148.
- Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94: 558-584.
- Schwarzer R, Knoll N. Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *Int J Psychol* 2007; 42: 243-252.
- Boehmer S, Łuszczynska A, Schwarzer R. Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety Stress Coping* 2007; 20: 61-75.
- De Leeuw JRI, De Graeff A, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: a prospective study. *Psycho-Oncology* 2000; 9: 20-28.
- Coriell M, Cohen S. Concordance in the face of a stressful event: When do members of a dyad agree that one person supported the other? *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 289-299.
- Schwarzer R, Knoll N. Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *Int J Psychol* 2007; 42: 243-252.
- Kenny DA. Models of non-independence in dyadic research. *J Soc Pers Relat* 1996; 13: 279-294.
- Reynolds JS, Perrin NA. Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology* 2004; 23: 425-430.
- Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 1028-1039.
- Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51-56.
- Dunkell-Schetter C, Bennet T. Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support. W: Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR (red.). *Social Support: An Interactional view*. Wiley and Sons, New York 1990: 267-296.
- Scott JL, Halford K, Ward BG. United we stand?: The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 1122-1135.
- Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005; 330: 702.