

# Twardość psychiczna i wsparcie społeczne a wzrost pourazowy u chorych z nowotworem – doniesienie wstępne

*Hardiness, social support, and posttraumatic growth among oncological patients – preliminary report*

Mariusz Cieślak<sup>1</sup>, Karolina Jakitowicz<sup>1</sup>, Joanna Kozaka<sup>1</sup>, Mariola Bidzan<sup>1</sup>, Anna Kizewska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański

<sup>2</sup>Klinika Hematologii i Transplantologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

*Psychoonkologia* 2017, 21 (1): 22–28

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.70124>

## Adres do korespondencji:

mgr Mariusz Cieślak  
Instytut Psychologii  
Uniwersytet Gdański  
ul. Jana Bażyńskiego 8  
80-309 Gdańsk  
e-mail: [cieslak.m@onet.com.pl](mailto:cieslak.m@onet.com.pl)

## Streszczenie

**Wstęp:** Doświadczenie choroby nowotworowej jest niezwykle trudnym i traumatycznym przeżyciem zarówno dla samego chorego, jak i jego bliskich. Badania z ostatnich lat wskazują, że doświadczenie traumy w wyniku choroby nowotworowej może prowadzić nie tylko do negatywnych, lecz także pozytywnych skutków definiowanych jako wzrost potraumatyczny (PTG).

**Cel pracy:** Celem badania była próba odpowiedzi na pytanie, jaką rolę we wzroście potraumatycznym odgrywa twardość psychiczna i wsparcie społeczne oraz jaki jest związek między twardością psychiczną i wsparciem społecznym w odniesieniu do PTG.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 41 chorych na nowotwory powyżej 18. roku życia ( $M = 54,24$ ,  $SD = 13,25$ ). Badani byli leczeni w Klinice Hematologii i Transplantologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku oraz na Oddziale Rehabilitacji Onkologicznej Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku. Do przeprowadzenia badania wykorzystano następujące narzędzia: *Inwentarz potraumatycznego rozwoju* – PTGI, *Skalę twardości psychicznej* – HRHS oraz *Berlińskie skale wsparcia społecznego* – BSSS.

**Wyniki i wnioski:** Prezentowane badanie wskazało na pozytywny wpływ wsparcia społecznego i twardości psychicznej związanej ze zdrowiem na wzrost potraumatyczny u chorych kobiet. Wsparcie społeczne pozytywnie koreluje z wynikiem ogólnym wzrostu potraumatycznego. Podobnie twardość psychiczna okazała się umiarkowanie ważnym czynnikiem dla zmian wzrostowych. Uzyskane rezultaty są wynikami wstępnymi.

## Abstract

**Introduction:** The experience of cancer is an extremely heavy and traumatic experience for both the patient and his/her loved ones. Recent studies have shown that traumatic cancer experience can lead not only to negative but also positive effects defined as posttraumatic growth (PTG).

**The aim of the study** is to answer the question of what role is played by hardiness and social support according to PTG and what the relationship is between hardiness and social support for PTG.

**Material and methods:** The study included 41 cancer patients over 18 years old ( $M = 54.24$ ,  $SD = 13.25$ ), treated at the Department of Haematology and Transplantology, UCK in Gdansk and at the Department of Oncology Rehabilitation at the Regional Centre of Oncology in Gdansk. The study was conducted using the questionnaire method with the following questionnaires: *Posttrau-*

*matic Growth Inventory PTGI, the Health Related Hardiness Scale – HRHS, and the Berlin Social Support Scales – BSSS.*

**Results and conclusions:** This study indicated a positive role of social support and mental health in terms of health for posttraumatic growth among cancer patients. Social support positively correlates with the general result of posttraumatic growth. Similarly, hardiness proved to be a moderately important factor for posttraumatic growth. The results are preliminary.

**Słowa kluczowe:** wsparcie społeczne, nowotwór, wzrost potraumatyczny, twardość psychiczna.

**Key words:** social support, cancer, posttraumatic growth, hardiness.

## Wstęp

Występowanie wydarzeń o charakterze traumatycznym w dzisiejszych czasach jest dość powszechne. Z amerykańskich danych wynika, że dotyczą one ponad 60% mężczyzn i 50% kobiet na świecie [1]. Badania polskie, przeprowadzone na grupie studentów uczelni wyższych wskazały również na wysokie współczynniki występowania takich zdarzeń – 75,6% badanych studentów zadeklarowało, że doświadczyło co najmniej jednego wydarzenia o takim charakterze, a 16,5% deklaroowało ich cztery lub pięć [1]. Do wydarzeń traumatycznych, zmieniających życie ludzi możemy zaliczyć np. stratę ukochanej osoby, przewlekłą lub ostrą chorobę, wypadek, uraz czy katastrofę naturalną. Żadne z wyżej wymienionych czy nieco podobnych do powyższych wydarzeń nie pozostaje obojętne dla człowieka. Od dawna wiadomo, że mogą one prowadzić do wystąpienia licznych zaburzeń lub patologii [2]. Jednak od pewnego czasu pojawia się coraz więcej dowodów w literaturze naukowej, że takie wydarzenia również mogą dawać możliwości i zapoczątkowywać pojawienie się pozytywnych zmian wzrostowych zwanych potraumatycznym wzrostem czy rozwojem (*post-traumatic growth* – PTG) [3].

## Zjawisko wzrostu potraumatycznego u osób z nowotworem

Wszelkie wydarzenia o stresującym charakterze doświadczane przez ludzi często powiązane są z cierpieniem i bólem. Każde z takich zdarzeń może, ale nie musi prowadzić do występowania patologicznych reakcji oraz licznych uszczerbków zdrowotnych. Takie wydarzenia również mogą skłaniać ludzi do zmiany swojego dotychczasowego życia, przewartościowania go oraz do odkrycia nowej tożsamości [2, 4–6]. Istotą koncepcji występowania zmian wzrostowych w wyniku doświadczenia traumy są wszelkie pozytywne zmiany, jakie pojawiają się na skutek jej przeżycia [7]. Pozytywne zmiany w wyniku doświadczonej trau-

my odnoszą się przede wszystkim do zmian w relacjach z innymi ludźmi, postrzeganiu siebie i swojego życia, docenianiu go oraz do zmian w sferze duchowej [3]. Dane z przeprowadzonych badań wskazują na występowanie pozytywnych zmian wzrostowych w wyniku choroby onkologicznej u 30–90% pacjentów, szczególnie na wczesnym etapie diagnozy i leczenia [8–10]. Także badania Mystakidou i wsp. [9] wskazały na związek PTG z doświadczeniem choroby onkologicznej. Zmiany zaobserwowano głównie w poprawie relacji z innymi oraz większym docenianiu życia. Polskie badania Ogińskiej-Bulik [10] przeprowadzone na grupie kobiet zmagających się z chorobą onkologiczną ujawniły występowanie pozytywnych zmian wzrostowych w tej grupie (u 50% badanych kobiet w stopniu wysokim, u 25% w przeciętnym, u 25% niskim).

## Twardość psychiczna i wsparcie społeczne a występowanie zmian wzrostowych w wyniku doświadczenia choroby onkologicznej

Zjawisko wzrostu potraumatycznego powstaje w wyniku wzajemnego oddziaływania czynników zewnętrznych oraz uwarunkowań podmiotowych, co dobrze wpisuje się w transakcyjne rozumienie stresu, obecne np. w koncepcji Lazarusa i Folkman [11]. Warto wyraźnie podkreślić modyfikację pierwotnego modelu koncepcji transakcyjnej, którą wprowadziła Folkman [11], poszerzając model o radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Ponadto takie ujęcie sytuacji zmagania się z chorobą zagrażającą życiu akcentuje, przez długi czas pomijaną, rolę emocji pozytywnych. Ramy prezentowanej pracy nie pozwalają na szerokie przytoczenie tego modelu, ale ta perspektywa rozumienia sytuacji przekraczających możliwości radzenia sobie wydaje się tu bardzo użyteczna [5, 12–15]. Do czynników zewnętrznych należą rodzaj, intensywność i czas, który upłynął od wydarzenia traumatycznego, a do podmiotowych – zmienne społeczno-demograficzne, osobowość

jednostki oraz jej przekonania i strategie radzenia sobie [2]. W przypadku czynników zewnętrznych warunkujących występowanie PTG wyniki badań dostępne w literaturze nie dają jednoznacznych odpowiedzi. Z badań przeprowadzonych przez Tedeshiego i Calhouna [16] wynikało, że najwyższy wynik PTG zaobserwowano u studentów doświadczających wielu sytuacji o charakterze traumatycznym, najniższe zaś u ofiar przestępstw w Afryce Południowej. W przypadku intensywności traumy i jej związku z PTG niektórzy badacze [2] wskazują na zależność prostoliniową, natomiast inni, np. Linley i Joseph [17], na zależność krzywoliniową. Jeżeli chodzi o czas, to uzyskane rezultaty badawcze również nie dają jednoznacznych odpowiedzi. Tedeschi i Calhoun [7] wskazują na okres od 2 tygodni do 2 miesięcy po doświadczeniu traumy, natomiast z licznych analiz badań przeprowadzonych przez Linley i Joseph [17] wynika, że zmiany wzrostowe mogą wystąpić nawet po ośmiu latach.

W występowaniu zmian wzrostowych o pozytywnym charakterze istotną rolę wydaje się odgrywać wsparcie społeczne. Wsparcie społeczne, o ile jest zgodne z potrzebą odbiorcy, korzystnie wpływa na radzenie sobie w sytuacji kryzysu życiowego [18–23]. W kontekście teorii wzrostu potraumatycznego warunkiem pojawienia się zmian wzrostowych jest umiejętność mobilizowania wsparcia [24]. W literaturze przedmiotu wsparcie społeczne rozumiane jest jako bufor wobec kryzysu, ponieważ zmniejsza ono nasilenie stresu i jego skutki [25]. Dodatkowo jest to czynnik, który zwiększa szanse na wystąpienie zjawiska potraumatycznego wzrostu. Dotychczasowe badania dały sprzeczne wyniki, które nadal podlegają dyskusji wśród badaczy. Badania prowadzone przez Linleya i Josepha [17] wykazały, że wsparcie społeczne nie jest powiązane z PTG. Wskazują jedynie na związek satysfakcji, którą człowiek wynosi z otrzymywanego wsparcia. Z kolei inne badania [25, 26] wykazały, że u jednostki, która może skorzystać ze wsparcia społecznego, zwiększają się szanse na radzenie sobie z sytuacją kryzysową, co zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się zmian wzrostowych. Podobne obserwacje opisali także Bellizzi i Blank [4], których badania uwiaryściły, iż aktywne radzenie sobie, pozytywne przewartościowanie, planowanie i właśnie korzystanie ze wsparcia emocjonalnego oferowanego przez bliskich było znacząco związane z wysokim poziomem wzrostu pourazowego.

Przyczyn zmian wzrostowych badacze poszukują również w uwarunkowaniach podmiotowych, do których zaliczamy cechy osobowości, doświadczane emocje, duchowość, religijność, optymizm, nadzieję, prężność, poczucie koherencji, własnej

wartości i skuteczności oraz twardość psychiczną [2, 27]. Na potrzeby tego artykułu szczegółowym rozważaniom poddana zostanie jedynie twardość psychiczna związana ze zdrowiem.

Jednym z założeń pojęcia twardości psychicznej jest fakt, że stresujące wydarzenia są częścią życia. Aby móc się rozwijać, niezbędne jest skuteczne radzenie sobie z nimi [28]. Według Kobasy [29] osoby, które pozostają zdrowe pomimo oddziaływania silnego stresu, posiadają takie cechy osobowości, które są definiowane jako twarde (odporne). Twardość psychiczna rozumiana jako jedna z cech osobowości warunkuje występowanie zmian wzrostowych. Istnieją trzy elementy, które tworzą ten konstrukt psychologiczny: zaangażowanie, czyli przekonanie o sensie podejmowanych działań, kontrola podejmowanych działań oraz traktowanie wydarzeń życiowych jako wyzwania [2, 30].

## Cel badań

Celem podjętych badań było ustalenie związku między wsparciem społecznym, twardością psychiczną związaną ze zdrowiem a poziomem wzrostu potraumatycznego u pacjentów zmagających się z chorobą onkologiczną.

Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy u pacjentów onkologicznych występują pozytywne zmiany rozumiane jako wzrost potraumatyczny? Jeśli tak, to w jakim nasileniu?

2. Czy wsparcie społeczne oraz twardość psychiczna związana ze zdrowiem mają związek z wystąpieniem wzrostu potraumatycznego w tej grupie chorych?

W prowadzonym badaniu nie postawiono kierunkowych hipotez badawczych ze względu na jego eksploracyjny charakter.

## Osoby badane i metody

W badaniu wzięło udział 41 chorych z nowotworami (16 kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi, 16 kobiet z chorobami krwi, 9 mężczyzn z białaczką) leczonych w Klinice Hematologii i Transplantologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz na Oddziale Rehabilitacji Onkologicznej Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku. Badanie prowadzono wśród pacjentów powyżej 18. roku życia (średni wiek wyniósł  $M = 54,24$ ,  $SD = 13,25$ ). Ze względu na małą liczebność grupy oraz dużą heterogeniczność zrezygnowano w analizach z dzielenia jej pod względem płci czy rozpoznania.

W badaniu wykorzystano trzy narzędzia kwestionariuszowe:

- *Berlińskie skale wsparcia społecznego* – BSSS,
- *Skalę twardości psychicznej związanej ze zdrowiem* – HRHS,
- *Inwentarz potraumatycznego rozwoju* – PTGI.

### ***Berlińskie skale wsparcia społecznego* – BSSS**

Wsparcie społeczne w prezentowanym badaniu mierzono za pomocą *Berlińskich skal wsparcia społecznego* (*Berlin Social Support Scales* – BSSS) autorstwa Schwarzera w polskiej adaptacji Łuszczynskiej, Kowalskiej, Mazurkiewicz i Schwarzera [31]. Narzędzie BSSS jest przeznaczone do badania zarówno osób zdrowych, jak i chorych. Kwestionariusz zbudowany jest z pięciu podskal: spostrzegane dostępne wsparcie (8 pozycji: 4 pozycje – wsparcie informacyjne, 4 pozycje – wsparcie emocjonalne), zapotrzebowanie na wsparcie (4 pozycje), poszukiwanie wsparcia (5 pozycji), aktualnie otrzymywane wsparcie (15 pozycji), wsparcie ochraniające (6 pozycji). Na skali wsparcia ochraniającego odpowiedzi udzielają osoby dające wsparcie. W niniejszym badaniu grupą badaną były osoby chore, otrzymujące wsparcie, dlatego na potrzeby badania wykorzystano wszystkie wyżej wymienione skale poza skalą oceniającą wsparcie ochraniające.  $\alpha$  Cronbacha dla poszczególnych rodzajów wsparcia mieści się w przedziale od 0,71 do 0,90 [31].

### ***Skala twardości psychicznej związanej ze zdrowiem* – HRHS**

*Skala twardości psychicznej związanej ze zdrowiem* (*Health Related Hardiness Scale* – HRHS) w oryginalnej wersji została opracowana przez Pollocka. Została ona zaadaptowana do warunków polskich przez Dymecką i wsp. [32]. Skala HRHS została opracowana do pomiaru twardości psychicznej u osób z problemami zdrowotnymi. Zbudowana jest z 34 pozycji testowych. Osoba badana ocenia dane stwierdzenie na sześciostopniowej skali typu Likerta, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie zgadzam się, 6 – zdecydowanie zgadzam się. Maksymalna liczba punktów, którą można uzyskać, to 204, a minimalna 34. Im wyższy wynik, tym wyższy jest poziom twardości psychicznej związanej ze zdrowiem. Dodatkowo skala mierzy trzy elementy twardości psychicznej: zaangażowanie (7 pozycji), kontrola (14 pozycji), wyzwanie (13 pozycji).  $\alpha$  Cronbacha dla całej skali wynosi 0,89 [32].

### ***Inwentarz potraumatycznego rozwoju* – PTGI**

Kwestionariusz *Inwentarza potraumatycznego rozwoju* (*Posttraumatic Growth Inventory*) – PTGI autor-

stwa Tedeschiego i Calhouna w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [3], przeznaczony jest do pomiaru pozytywnych zmian wzrostowych pojawiających się w wyniku doświadczanych wydarzeń o traumatyzującym charakterze. Zbudowany jest z dwóch części: część pierwsza odnosi się do wyboru wydarzenia traumatycznego, jakiego doświadczyła osoba badana, oraz do czasu, który upłynął od tego zdarzenia. Część druga zbudowana jest z 21 stwierdzeń ocenianych na sześciostopniowej skali, gdzie 0 oznacza, że osoba badana nie doświadczyła takiej zmiany w wyniku kryzysu, 5 – doświadczyła tej zmiany w bardzo dużym stopniu. Na potrzeby badania zrezygnowano z części pierwszej, a wykorzystano tylko część drugą. Narzędzie mierzy wynik ogólny zmian wzrostowych (wynik ogólny jest sumą wszystkich 21 pozycji testowych) oraz cztery czynniki: zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi, docenianie życia oraz zmiany w sferze duchowej. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi własnościami psychometrycznymi.  $\alpha$  Cronbacha dla całej skali wynosi 0,93, natomiast dla poszczególnych wymiarów mieści się w przedziale od 0,63 do 0,87 [3].

**Tabela 1.** Średnie wartości i odchylenia standardowe wzrostu potraumatycznego, wsparcia społecznego i twardości psychicznej związanej ze zdrowiem

**Table 1.** Mean values and standard deviations of post-traumatic growth, social support, and mental hardiness related to health

Analizowane zmienne	M	SD
wzrost potraumatyczny – ogółem	71,41	15,85
zmiany w percepcji siebie	26,43	7,48
zmiany w relacjach z innymi	27,02	5,59
większe docenianie życia	11,58	2,75
zmiany duchowe	5,34	2,51
spostregane dostępne wsparcie emocjonalne	14,60	1,71
spostregane dostępne wsparcie instrumentalne	15,17	1,39
zapotrzebowanie na wsparcie	11,23	2,16
poszukiwanie wsparcia	15,34	3,46
aktualnie otrzymywane wsparcie emocjonalne	33,17	4,30
aktualnie otrzymywane wsparcie instrumentalne	11,00	1,61
aktualnie otrzymywane wsparcie informacyjne	6,78	1,55
zadowolenie z otrzymywanego wsparcia	3,80	0,60
twardość – ogółem	141,10	18,92
kontrola	52,73	9,83
zaangażowanie	29,65	4,66
wyzwanie	58,70	7,33

**Tabela 2.** Współczynniki korelacji między wsparciem społecznym, twardością psychiczną a potraumatycznym wzrostem w badanej grupie chorych

*Table 2. Correlation coefficients between social support, mental hardiness, and post-traumatic growth in investigated group of patients*

Wsparcie społeczne i twardość psychiczna	Wzrost potraumatyczny ogółem	Zmiany w percepcji siebie	Zmiany w relacjach z innymi	Większe docenianie życia	Zmiany duchowe
spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne	0,17	0,42**	0,22	0,19	0,29
spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne	-0,02	0,08	-0,05	0,03	-0,01
zapotrzebowanie na wsparcie	0,30	0,41**	0,19	0,48**	0,37*
poszukiwanie wsparcia	0,40**	0,47**	0,17	0,40**	0,43**
aktualnie otrzymywane wsparcie emocjonalne	0,08	0,34*	0,22	0,04	0,20
aktualnie otrzymywane wsparcie instrumentalne	0,25	0,40*	0,24	0,22	0,33*
aktualnie otrzymywane wsparcie informacyjne	0,42**	0,50**	0,35*	0,41**	0,51**
zadowolenie z otrzymywanego wsparcia	0,06	0,21	0,16	-0,02	0,14
twardość ogółem	0,38*	0,26	0,07	0,04	0,32*
kontrola	0,29	0,22	0,02	0,02	0,24
zaangażowanie	0,32*	0,21	0,09	0,02	0,26
wyzwanie	0,38*	0,25	0,11	0,07	0,33*

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

## Wyniki

W prezentowanej analizie wyników badań ustalono średnie wartości dla poszczególnych zmiennych (tab. 1), następnie obliczono współczynniki korelacji między nimi (tab. 2).

Rozkłady uzyskanych wyników zmiennych poddanych analizie są zbliżone do rozkładów normalnych, co upoważnia do stosowania testów parametrycznych. Średni poziom wzrostu potraumatycznego w badanej grupie kształtuje się na poziomie wartości 6 stena i wskazuje na przeciętny poziom tej zmiennej. Należy zwrócić uwagę, że uzyskany średni wynik ogólny PTG ( $M = 71,41$ ,  $SD = 15,88$ ) jest bliski wynikom wysokim ( $M = 73$ ). Po zastosowaniu testu  $t$  dla jednej próby, okazało się, że wyniki uzyskane w badanej grupie są wyższe niż wyniki, jakie uzyskano w grupie normalizacyjnej ( $M = 61,62$ ) [3] i różnica ta jest istotna statystycznie. Pogłębiona analiza uzyskanych rezultatów wskazała, że wysoki poziom potraumatycznego wzrostu reprezentuje 24 (61%) badanych pacjentów onkologicznych, średni poziom wzrostu potraumatycznego 13 (31%) osób, a niski 4 (8%).

W przypadku wsparcia społecznego, najwyższy średni wynik uzyskano dla wymiaru aktualnie otrzymywanego wsparcia emocjonalnego. Re-

zultat ten wyraźnie różni się od pozostałych uzyskanych wartości mierzonych kwestionariuszem BSSS. Najniższy wynik uzyskano zaś dla zadowolenia z otrzymywanego wsparcia.

Uzyskany wynik ogólny twardości psychicznej związanej ze zdrowiem odpowiada wartości 6 stena, co wskazuje na przeciętny poziom nasilenia tej zmiennej w badanej grupie. Również średnie wartości poszczególnych czynników twardości (kontrola, wyzwanie) odpowiadają wartości 6 stena. W przypadku zaangażowania wartość ta mieści się w przedziale 5–6 stena, co wskazuje na przeciętne nasilenie tej zmiennej.

W kolejnym kroku analizy ustalono zależności między wsparciem społecznym, twardością psychiczną a potraumatycznym wzrostem. Uzyskane współczynniki korelacji przedstawia tabela 2.

Uzyskane współczynniki korelacji Pearsona wskazują na istnienie pozytywnych zależności o umiarkowanej sile pomiędzy ogólnym wynikiem wzrostu potraumatycznego mierzonego za pomocą kwestionariusza PTGI a poszukiwaniem wsparcia oraz aktualnie otrzymywanym wsparciem informacyjnym. Z zaprezentowanych danych wynika również, że występują istotne korelacje pomiędzy poszczególnymi czynnikami wzrostu potraumatycznego a analizowanymi wymiarami społecznego wsparcia. Dodatkowo korelacje o umiar-

kowej sile występują między zmianami w percepcji siebie a aktualnie otrzymywanym wsparciem informacyjnym, poszukiwaniem wsparcia, spostrzeganym dostępnym wsparciem emocjonalnym, zapotrzebowaniem na wsparcie, aktualnie otrzymywanym wsparciem instrumentalnym. Stwierdzono słabą siłę zależności pomiędzy zmianami w percepcji siebie i aktualnie otrzymywanym wsparciem emocjonalnym. Ponadto dodatnie korelacje o umiarkowanej sile istnieją między większym docenianiem życia a zapotrzebowaniem na wsparcie, aktualnie otrzymywanym wsparciem informacyjnym i poszukiwaniem wsparcia. Korelacje o pozytywnym charakterze oraz umiarkowanej sile istnieją między zmianami duchowymi a aktualnie otrzymywanym wsparciem informacyjnym, poszukiwaniem wsparcia, zapotrzebowaniem na wsparcie i aktualnie otrzymywanym wsparciem instrumentalnym. Pozytywny związek o słabej sile zaobserwowano również między zmianami w relacjach z innymi a aktualnie otrzymywanym wsparciem informacyjnym.

Z zaprezentowanych w tabeli 2 współczynników korelacji wynika, że wynik ogólny potraumatycznego wzrostu o dodatnim kierunku, ale o słabej sile, koreluje również z wynikiem ogólnym twardości psychicznej związanej ze zdrowiem oraz z zaangażowaniem i wyzwaniem. Tylko jeden z czynników mierzonych przez kwestionariusz PTGI (zmiany duchowe) o pozytywnym kierunku oraz słabej sile koreluje z wynikiem ogólnym twardości psychicznej i wyzwaniem.

## Dyskusja i wnioski

Prezentowane badanie ma pewne ograniczenia metodologiczne. Przewaga kobiet w grupie badanej może wpływać na interpretację uzyskanych wyników pod kątem związku płci ze wsparciem społecznym. Z dostępnych obecnie badań wiadomo, że kobiety w większym stopniu niż mężczyźni korzystają ze wsparcia społecznego [33]. Ze względu na eksploracyjny charakter badań, małą liczebność i dużą różnorodność grupy oraz wykorzystanie nowego narzędzia do badania twardości psychicznej (polskiej adaptacji) zaprezentowane wyżej wyniki należy traktować z pewną dozą ostrożności.

Badanie na obecnym etapie wskazuje pewien kierunek. Okazało się, że czynnikami zwiększającymi szansę na pojawienie się wzrostu potraumatycznego są otrzymywane wsparcie informacyjne oraz poszukiwanie wsparcia. To, jak badana grupa postrzegała dostępne wsparcie zarówno emocjonalne, jak i instrumentalne, zapotrzebowanie na wsparcie oraz aktualnie otrzymywane wsparcie

emocjonalne i instrumentalne, nie było istotne dla wystąpienia zmian wzrostowych. Nieistotne okazało się również zadowolenie z otrzymywanego wsparcia. Uzyskane przez nas wyniki wskazują, że osoby, które charakteryzują się wyższym poziomem twardości psychicznej, mają szansę na doświadczenie większych zmian wzrostowych. Biorąc pod uwagę fakt, że do tej pory nie podjęto badań dotyczących zależności twardości psychicznej i PTG, można traktować zaprezentowane powyżej rezultaty badawcze jako wskazówkę do dalszych, pogłębionych badań. U osób traktujących sytuację choroby jako wyzwanie i angażujących się w ten proces zaobserwowano wyższy poziom PTG. Im bardziej osoby badane traktowały swoją chorobę jako wyzwanie i im mocniej się angażowały, tym bardziej można by oczekiwać, że ujawni się wzrost potraumatyczny.

Uzyskane rezultaty badawcze częściowo potwierdzają wyniki prezentowane w dostępnej literaturze dotyczące wsparcia społecznego [25, 26, 34]. Jednak w obecnie dostępnej literaturze przedmiotu brakuje jakichkolwiek danych na temat zależności między twardością psychiczną a PTG u osób z chorobą nowotworową. Jedynie badania Dekel i wsp. [35] przeprowadzone na grupie żołnierzy ujawniły związek twardości z objawami zespołu stresu pourazowego. Osoby z wyższym poziomem twardości prezentowały mniej objawów zespołu stresu pourazowego. Badania Dymeckiej [36] obejmujące 137 chorych ze stwardnieniem rozsianym wskazują, że twardość związana ze zdrowiem jest skorelowana jedynie ze spostrzeganym wsparciem emocjonalnym. Nie wykazano natomiast związku twardości z pozostałymi elementami wsparcia społecznego. Nie stwierdzono także związku kontroli z żadnym rodzajem wsparcia społecznego. Zaobserwowano natomiast słabą dodatnią korelację zaangażowania ze wsparciem spostrzeganym i spostrzeganym wsparciem emocjonalnym. Z pozostałymi elementami wsparcia zaangażowanie nie było związane. Stwierdzono ponadto słabą dodatnią korelację pomiędzy wyzwaniem a spostrzeganym wsparciem emocjonalnym i poszukiwaniem wsparcia. Wszystkie związki twardości ze wsparciem społecznym były na poziomie słabym. Spostrzegane wsparcie informacyjne i zapotrzebowanie na wsparcie nie były skorelowane z twardością związaną ze zdrowiem ani z żadnym z jej elementów.

Warto nadmienić, że twardość psychiczna w swojej definicji jest nieco podobnym konstruktem do poczucia koherencji autorstwa Antonovsky'ego [37]. Prawdopodobnie z tego względu nie cieszy się ona tak dużym zainteresowaniem w badaniach naukowych jak poczucie koherencji

[31]. Podobieństwo obu konstruktów m.in. w zakresie zaangażowania i poczucia sensowności własnych działań [30, 37] może być jednak wskazówką do dalszych badań oraz interpretacji wyników.

## Oświadczenie

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Lis-Turlejska M. Psychologia następstwa stresu traumatycznego. W: Sęk H (red.) Psychologia kliniczna. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 121-134.
2. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy tzy zamieniają się w perły. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013.
3. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129-142.
4. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2006; 25: 47-56.
5. Lechner SC, Carver CS, Antoni MH. Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 828-840.
6. Kozaka J. The types of mental adjustment to ovarian cancer in context of the health related quality of life. W: Janowski K, Steuden S (red.). *Ill Person – Biopsychosocial Aspects*. Wydawnictwo CPPP, Lublin 2009; 191-204.
7. Tedeschi RG, Calhoun LG. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Linley PA, Joseph S (red.). *Psychologia pozytywna w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 230-248.
8. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.
9. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E i wsp. Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *Br J Health Psychol* 2008; 12: 633-646.
10. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne* 2010; 15: 125-139.
11. Folkman S. The case of positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping* 2008; 21: 3-14.
12. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 745-774.
13. Morrill EF, Brewer NT, O'Neil SC i wsp. The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms quality of life. *Psychooncology* 2008; 17: 948-953.
14. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010; 2: 60-69.
15. Ogińska-Bulik N. Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* 2015; 3: 88-96.
16. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004; 15: 1-18.
17. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *J Trauma Stress* 2004; 17: 11-21.
18. Sęk H, Cieślak R (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005; 7-10.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Jakitowicz K, Bidzan M. Pacjent w roli dawcy wsparcia. *Psychoonkologia* 2016; 20: 105-111.
24. Knoll N, Schwarzer R. Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005; 29-48.
25. Sęk H. Pomoc psychologiczna w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. W: Sęk H (red.). *Psychologia kliniczna. Tom 1*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006; 246-255.
26. Tedeschi RG, Calhoun LG. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Linley PA, Joseph S (red.). *Psychologia pozytywna w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 230-248.
27. Cieślak M, Bidzan M. Wzrost osobowy u młodzieży zmagającej się z chorobą nowotworową – charakterystyka zjawiska. *Psychoonkologia* 2015; 4: 152-160.
28. Maddi SR. Relevance of Hardiness Assessment and Training to the Military Context. *Mil Psychol* 2007; 19: 61-70.
29. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979; 37: 1-11.
30. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
31. Luszczyńska A, Kowalska M, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. Berlin Social Support Scales (BSSS): Polish Version of bass and preliminary results on its psychometric properties. *Studia Psychologiczne* 2006; 44: 17-27.
32. Dymecka J, Bidzan M, Borucka-Kotwica A i wsp. Adaptacja polskiej wersji Skali Twardości Psychicznej Związanej ze Zdrowiem. *Nazwa Czasopisma* 2017 (w druku).
33. Greenglass E. Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005; 138-151.
34. Nenova M, DuHamel K, Zemon V i wsp. Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psychooncology* 2013; 22: 195-202.
35. Dekel R, Solomon Z, Ginzburg K i wsp. Radzenie sobie w sytuacji niewoli wojennej. Wpływ osobowości na zespół stresu pourazowego. W: Strelau J (red.). *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 264-280.
36. Dymecka J. Zasoby psychospołeczne a przystosowanie do choroby i jakość życia osób ze stwardnieniem rozsianym. Niepublikowana praca doktorska wykonana pod kierunkiem prof. dr hab. Marioli Bidzan. Instytut Psychologii UG, Gdańsk 2016.
37. Antonovsky A. *Rozwiktanie tajemnicy zdrowia*. Fundacja IPN, Warszawa 1996.