

Zasoby osobiste a wzrost po traumie u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka

Personal resources and posttraumatic growth of parents struggling with cancer disease of their child

Nina Ogińska-Bulik

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Psychoonkologia 2017, 21 (1): 9–16

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.70122>

Adres do korespondencji:
prof. Nina Ogińska-Bulik
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii
Uniwersytet Łódzki
ul. Smugowa 10/12
91-433 Łódź
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

Streszczenie

Wstęp: Wśród uwarunkowań potraumatycznego wzrostu istotną rolę odgrywają zasoby osobiste. Podjęte badania miały na celu ustalenie, czy u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka występują pozytywne zmiany potraumatyczne, oraz określenie, jaką rolę w tym procesie pełnią takie zasoby osobiste, jak poczucie sensu życia, duchowość i spostrzegane wsparcie społeczne.

Materiał i metody: Analizie poddano wyniki 47 osób (87,2% stanowiły kobiety) w wieku 22–51 lat ($M = 35,42$, $SD = 6,70$) – rodziców chorych dzieci. W badaniach wykorzystano *Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju*, *Test Poczucia Sensu Życia*, *Kwestionariusz Samopoznania* oraz *Skalę Wsparcia Społecznego*.

Wyniki i wnioski: W badanej grupie rodziców wystąpiły pozytywne zmiany wynikające ze zmagania się z chorobą nowotworową dziecka. Blisko 45% badanych ujawniło wysoki poziom potraumatycznego wzrostu. Największe zmiany zaobserwowano w zakresie doceniania życia. Wszystkie analizowane zasoby były dodatnio powiązane, choć słabo, z potraumatycznym wzrostem. Szczególną rolę w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych należy przypisać duchowości. Rozwijanie zasobów u osób zmagających się z traumą może zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia potraumatycznego wzrostu.

Abstract

Introduction: Personal resources play an essential role among determinants of the posttraumatic growth. The study looks for positive posttraumatic changes occurring in parents struggling with cancer disease of their child and the role of personal resources, it is purpose in life, spirituality and perceived social support in this process.

Material and methods: Results of 47 persons (87.2% women), aged 25-51 years ($M = 35.42$, $SD = 6.70$) who were the parents of sick children, were analyzed. *The Posttraumatic Growth Inventory*, *the Purpose in Life Test*, *the Self-description Questionnaire* and *the Social Support Scale* were used in the study.

Results and conclusions: In the surveyed parents, positive changes occurred as a result of struggling with cancer of the child. Nearly 45% of respondents revealed high level of posttraumatic growth. The biggest changes were observed in appreciation of life. All the analyzed resources were positively associated, although weakly, with posttraumatic growth. A special role in the occurrence of positive posttraumatic changes should be attributed to spirituality. Developing resources, in people struggling with the trauma may increase the likelihood of posttraumatic growth.

Słowa kluczowe: potraumatyczny wzrost, zasoby osobiste, rodzice, dzieci, rak.

Key words: posttraumatic growth, personal resources, parents, children, cancer.

Wstęp

Rozpoznanie choroby nowotworowej własnego dziecka jest niewątpliwie dla rodziców silnym stresem. Źródłem tego stresu może być sama diagnoza choroby, jej powaga czy stopień zagrożenia dla życia, pobyt w szpitalu, powtarzające się zabiegi i procedury medyczne, a także niekorzystne rokowanie [1]. Ze względu na to, że choroba nowotworowa jest chorobą zagrażającą życiu, może być zaliczana do zdarzeń o charakterze traumatycznym. Tego typu doświadczenia pociągają za sobą wiele niekorzystnych następstw, przejawiających się w różnych obszarach funkcjonowania. U wielu rodziców zmagających się z chorobami somatycznymi dziecka, w tym nowotworowymi, stwierdza się występowanie objawów depresji i stresu pourazowego [2–4].

Proces zmagania się z chorobą nowotworową może jednak, oprócz negatywnych konsekwencji, wiązać się również z występowaniem pozytywnych zmian, składających się na wzrost potraumatyczny. Zjawisko to zostało już dość dobrze opisane w polskiej literaturze [5–7]. Na wzrost po traumie składają się trzy kategorie pozytywnych zmian, którymi są zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej [8–10].

Na występowanie wzrostu po traumie u rodziców dzieci chorych somatycznie wskazuje przegląd badań przedstawiony przez Picoraro i wsp. [11]. Prowadzone, choć nieliczne, badania dostarczyły także dowodów na występowanie pozytywnych zmian u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. Z badań Barakat [12], którymi objęto 150 nastolatków w wieku 11–19 lat (co najmniej po roku od rozpoczęcia leczenia i bez stwierdzonego nawrotu choroby) oraz ich rodziców, wynika, że prawie 90% matek dzieci chorych onkologicznie ujawniło co najmniej jedną pozytywną zmianę wynikającą z choroby dziecka, a blisko połowa zauważyła cztery lub więcej takich korzyści. W grupie ojców ok. 80% doświadczyło jednej zmiany, a 1/4 – czterech lub więcej.

Występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka potwierdzają również polskie badania [13, 14]. Najwięcej pozytywnych zmian odnosiło się do doceniania życia.

Warto podkreślić, że wzrost po traumie nie pojawia się od razu – wymaga czasu i jest związany z poczuciem dyskomfortu oraz występowaniem negatywnych emocji. Na dalszym etapie może jednak prowadzić do odkrywania nowych, nieznanych dotąd aspektów dotyczących własnego „ja” i swoich relacji z innymi. Etap ten można określić jako proces przebudowy własnego życia. Pojawie-

nie się pozytywnych zmian świadczy o „przepracowaniu” traumy i jest przejawem skuteczności poradzenia sobie z nią. Potraumatyczny wzrost może więc być traktowany jako końcowy efekt z reguły bolesnego procesu zmagania się z kryzysem wywołanym doświadczeniem choroby.

Wśród czynników determinujących występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych wskazuje się na znaczenie posiadanych przez jednostkę zasobów osobistych [5, 6, 8, 9, 15]. Zasobami, które sprzyjają występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych wynikających z doświadczenia choroby, są m.in. duchowość, poczucie sensu życia i spostrzegane wsparcie społeczne.

Rolę duchowości jako zasobu sprzyjającego występowaniu wzrostu po traumie wynikającego ze zmagania się z przewlekłymi chorobami somatycznymi wykazano w badaniach Ogińskiej-Bulik [16]. Na znaczenie duchowości u rodziców dzieci chorych onkologicznie zwracają uwagę Schneider i Mannel [17], a także Papaikonomou [18]. Brakuje natomiast badań wskazujących na rolę poczucia sensu życia w pojawianiu się pozytywnych skutków w tej grupie osób. Dostępne dane odnoszące się do innych wydarzeń o charakterze traumatycznym potwierdziły jednak znaczenie tego zasobu w procesie wzrostu po traumie [5, 19]. Podkreśla się również korzystny wpływ wsparcia społecznego na proces adaptacji rodziców do choroby dziecka [20] oraz na występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych wynikających ze zmagania się z chorobą nowotworową [21].

W Polsce brakuje badań analizujących rolę zasobów osobistych i społecznych w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u rodziców, których dziecko jest chore na raka.

Podjęte badania miały na celu ustalenie, czy u rodziców, którzy zmagają się z chorobą nowotworową dziecka, występuje potraumatyczny wzrost, oraz określenie, jaką rolę w jego występowaniu pełnią posiadane zasoby osobiste. Uwzględniono poczucie sensu życia, duchowość i spostrzegane wsparcie społeczne. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy i jakiego rodzaju pozytywne zmiany po traumie dostrzegają u siebie rodzice dzieci chorych onkologicznie?
2. Czy wiek rodziców, ich wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz płeć chorego dziecka i jego status mają wpływ na poziom występujących zmian potraumatycznych?
3. Czy istnieje związek między zasobami a potraumatycznym wzrostem?
4. Które z zasobów posiadanych przez rodziców pozwalają na przewidywanie potraumatycznego wzrostu?

Założono, zgodnie z koncepcją Tedeschiego i Calhouna [9, 10], że posiadane przez osoby dorosłe zasoby będą dodatkowo powiązane z nasileniem wzrostu po traumie. Są one traktowane jako punkt wyjścia złożonego procesu, jakim jest wzrost potraumatyczny.

Material i metody

Badaniami objęto rodziców zmagających się z chorobami nowotworowymi (różnego rodzaju nowotwory) swoich dzieci¹. Z wyjściowej puli 60 osób do analiz włączono wyniki 47, z tego zdecydowaną większość (87,2%) stanowiły kobiety (część mężczyzn odmówiła udziału w badaniach, w niektórych przypadkach brak było ojca w rodzinie). Wiek badanych mieścił się w zakresie 24–51 lat ($M = 35,42$ roku, $SD = 6,70$). Osoby badane reprezentowały dwie grupy, z których pierwszą stanowili rodzice dzieci znajdujących się pod opieką poradni onkologicznej ($n = 30$), a drugą rodzice dzieci będących pod opieką hospicjum ($n = 17$). W większości przypadków (68,1%) chorym dzieckiem był chłopiec.

Badania przeprowadzono na terenie poradni przyszpitalnej dla dzieci chorych onkologicznie oraz w dwóch łódzkich hospicjach dla dzieci. Badanym wyjaśniono cel badań oraz poinformowano o ich anonimowości. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej Komisji Bioetyki. W badaniach wykorzystano 4 narzędzia pomiaru, tj. *Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju*, *Test Sensu Życia*, *Kwestionariusz Samoopisu do pomiaru duchowości* oraz *Skalę Wsparcia Społecznego*.

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – IPR (*Posttraumatic Growth Inventory* – PTGI), którego autorami są Tedeschi i Calhoun, został zaadaptowany do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [22]. Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego negatywnego wydarzenia życiowego/traumatycznego² (np. „Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie tego, co jest w życiu ważne”), do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając odpowiedzi od *nie doświadczyłem tej zmiany* (0 pkt) do *doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu* (5 pkt). Im wyższa punktacja, tym wyższe nasilenie pozytywnych zmian. Uzyskane wyniki można wyrazić w skali stenowej. W polskiej wersji inwentarza mierzy 4 czynniki składające się na rozwój po traumie. Są to: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe. Wynik ogólny jest

sumą czterech wymienionych czynników. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik α Cronbacha wynosi 0,93 (dla poszczególnych czynników od 0,63 do 0,87) i jest nieco wyższy niż dla wersji oryginalnej.

Test Sensu Życia (*Purpose in Life Test* – PIL) Crumbaugh i Maholicka, w wersji skróconej, opracowanej przez Życińską i Januszka [23], obejmuje 6 stwierdzeń (z 20 znajdujących się w wersji oryginalnej) dotyczących celów życiowych, sensu życia, afirmacji życia. Z testu, na drodze analiz, usunięto pozycje z kategorii dotyczących śmierci i samobójstwa, odpowiedzialności za podjęte działania oraz oceny siebie. Wykluczone zostały także pozycje o charakterze afektywnym. Dzięki takim zmianom pomiar poczucia sensu życia nie ma związku z lękiem i objawami somatycznymi depresji. Test pozwala na określenie subiektywnego stanu psychicznego osoby związanego z odczuwaniem podmiotowej satysfakcji z życia. Osoba badana ustosunkowuje się do podanych twierdzeń, posługując się 7-punktową skalą. Narzędzie ma strukturę jednoczynnikową. Uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik α Cronbacha wynosi 0,85.

Kwestionariusz Samoopisu, autorstwa Heszen-Niejodek, Gruszczyńskiej i Metlak [24], służy do pomiaru duchowości, rozumianej jako zasób jednostki. Zawiera 20 pytań z 5-punktową skalą odpowiedzi (od 1 – *zdecydowanie nie*, do 5 – *zdecydowanie tak*). Kwestionariusz mierzy trzy aspekty duchowości, tj.: religijność, czyli poziom wykorzystywania praktyk religijnych w codziennym życiu, wrażliwość etyczną, odnoszącą się do poziomu postawy etycznej, oraz harmonię, wyrażającą poczucie przynależności do świata, postrzeganie go jako przyjaznego, poczucie wewnętrznego spokoju i radości. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom duchowości odczuwanej przez badanych. Kwestionariusz ma zadowalające właściwości psychometryczne.

Skala Wsparcia Społecznego (F-SozU K-22) została skonstruowana przez Fydricha i Sommera. Polskiej adaptacji tego narzędzia dokonał Juczyński [25]. Skala koncentruje się na spostrzeganym wsparciu pochodzącym od różnych osób. Dotyczy więc subiektywnego przekonania badanego odnośnie do wsparcia ze strony innych lub oszacowania jego dostępności. Zastosowana w badaniach skrócona wersja skali zawiera 22 pozycje (pełna wersja obejmuje 54 itemy) tworzące trzy podskale: wsparcie emocjonalne, mierzące akceptację ze strony innych, dzielenie uczuć, okazywanie współczucia, wsparcie praktyczne mierzące pomoc praktyczną w codzien-

¹Badania zostały przeprowadzone przez Katarzynę Gołotę w ramach seminarium magisterskiego.

²W przypadku badanych osób wydarzeniem traumatycznym była diagnoza choroby nowotworowej dziecka.

nych problemach, jak np. pożyczanie pieniędzy lub rzeczy, odciążanie z obowiązków oraz integracja społeczna, czyli posiadanie kręgu przyjaciół, udział we wspólnych przedsięwzięciach, znajomość z ludźmi o podobnych zainteresowaniach. Osoba badana odpowiada na podane stwierdzenia w kategoriach doświadczenia, posługując się 5-punktową skalą: od 1 – *zupełnie mnie nie dotyczy* do 5 – *całkowicie mnie dotyczy*. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej z podskal, zgodnie z kluczem. Suma punktów wszystkich trzech podskal obrazuje spostrzegane wsparcie społeczne. Im wyższy wynik, tym większe wsparcie. Narzędzie charakteryzują zadowalające właściwości psychometryczne.

W badaniach wykorzystano również ankietę zawierającą pytania o wiek i płeć badanych, miejsce zamieszkania, wykształcenie, a także o to, które dziecko w rodzinie (najstarsze, najmłodsze, średnie) choruje oraz jego płeć.

Wyniki

W kolejnych krokach analizy danych przedstawiono średnie uwzględnionych w badaniu zmiennych, zróżnicowanie potraumatycznego wzrostu ze względu na wiek badanych, ich wykształcenie, a także płeć i status chorego dziecka, związek między zasobami i wzrostem po traumie oraz wyznaczniki potraumatycznego wzrostu. Obliczeń dokonano za pomocą pakietu STATISTICA. Ze względu na speł-

niony warunek normalności rozkładów uwzględnionych w badaniu zmiennych w analizach zastosowano testy parametryczne. Do ustalenia różnic między średnimi wykorzystano test *t*-Studenta i test jednoczynnikowej analizy wariancji, a związki między zmiennymi ustalono za pomocą współczynników korelacji Pearsona. Do ustalenia wyznaczników potraumatycznego wzrostu wykorzystano analizę regresji (wersja krokowa postępująca). W tabeli 1 zamieszczono średnie uwzględnionych w badaniu zmiennych w grupie rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka.

Uzyskana przez badanych rodziców opiekujących się chorym dzieckiem średnia potraumatycznego wzrostu odpowiada wartości 6. stena, jest więc wynikiem przeciętnym. Odwołując się do opracowanych dla IPR norm [22], można wskazać, że 19,1% badanych rodziców uzyskało niski, 36,2% – średni i 44,7% – wysoki poziom pozytywnych zmian potraumatycznych. Sprawdzono również, w którym obszarze wzrostu po traumie występują największe zmiany. W tym celu uzyskane średnie poszczególnych czynników IPR podzielono przez liczbę przypadających na nie stwierdzeń. Największe zmiany ($p < 0,01$) badani rodzice uzyskali w czynniku 3 – docenianie życia ($M = 4,03$), w porównaniu z pozostałymi obszarami wzrostu po traumie, tj. zmianami w percepcji siebie ($M = 3,04$), w relacjach z innymi ($M = 3,27$) i zmianami w sferze duchowej ($M = 2,73$).

Sprawdzono, czy przynależność do jednej z dwóch grup (poradnia, hospicjum) różnicuje nasilenie potraumatycznego wzrostu uczestniczących w badaniu rodziców. Stwierdzono, że rodzice dzieci znajdujących się pod opieką poradni onkologicznej wykazują wyższy poziom wzrostu po traumie ($M = 70,33$, $SD = 13,76$) w porównaniu z rodzicami dzieci, które pozostawały pod opieką hospicjum ($M = 63,53$, $SD = 22,17$, $t = 1,30$), jednakże nie są to różnice istotne statystycznie.

Wiek rodziców wiąże się – choć słabo – z nasileniem pozytywnych zmian potraumatycznych wynikających ze zmagania się z chorobą dziecka. Uzyskane współczynniki korelacji wskazują na ujemne powiązania wieku z wynikiem ogólnym potraumatycznego wzrostu ($r = -0,33$, $p < 0,05$), zmianami w percepcji siebie ($r = -0,30$, $p < 0,05$) oraz docenianiem życia ($r = -0,33$, $p < 0,05$). Oznacza to, że wraz z wiekiem rodziców zmniejsza się poziom pozytywnych zmian.

Miejsce zamieszkania okazało się także powiązane z poziomem wzrostu po traumie. Mieszkańcy wsi i małych miast (poniżej 10 tys. mieszkańców) ujawnili nieco wyższy poziom zmian potraumatycznych ($M = 73,37$, $SD = 14,89$) w porównaniu z mieszkańcami średnich i dużych miast (powy-

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe analizowanych zmiennych

Table 1. Means and standard deviations of analyzed variables

Zmienna	M	SD
Potraumatyczny wzrost		
ogółem	67,87	17,35
zmiany w percepcji siebie	27,36	8,39
zmiany w relacjach z innymi	22,93	7,66
docenianie życia	12,10	2,55
zmiany duchowe	5,46	3,15
Poczucie sensu życia	33,29	5,66
Duchowość		
ogółem	75,57	10,28
postawa religijna	25,57	6,22
wrażliwość etyczna	29,19	3,05
harmonia	20,81	3,87
Wsparcie społeczne		
ogółem	82,95	14,42
wsparcie emocjonalne	25,85	5,00
wsparcie praktyczne	30,72	5,41
integracja społeczna	26,38	5,45

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

żej 10 tys. mieszkańców) ($M = 62,13$, $SD = 18,18$, $t = 2,32$, $p < 0,05$). Różnice istotne statystycznie dotyczyły również pozytywnych zmian w zakresie relacji z innymi (odpowiednio: $M = 25,62$, $SD = 5,37$ i $M = 20,13$, $SD = 8,75$, $t = 2,61$, $p < 0,05$).

Wykształcenie rodziców nie różnicowało w sposób istotny poziomu wzrostu po traumie (niższe, obejmujące podstawowe, zawodowe i średnie: $M = 66,04$, $SD = 18,1$, wyższe, obejmujące niepełne wyższe i wyższe: $M = 69,34$, $SD = 16,93$, $t = -0,64$).

Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie potraumatycznego wzrostu występującego u rodziców w zależności od płci chorego dziecka (gdy chorym dzieckiem był chłopiec: $M = 69,81$, $SD = 15,59$, gdy dziewczynka: $M = 63,73$, $SD = 20,61$, $t = 1,12$). Podobnie to, które dziecko było chore, nie wiązało się z nasileniem pozytywnych zmian potraumatycznych u badanych rodziców (jedynak: $M = 71,50$, $SD = 13,69$, najmłodsze: $M = 67,90$, $SD = 13,88$, średnie lub najstarsze: $M = 63,58$, $SD = 25,50$, $F = 0,66$).

Ze względu na zbyt małą liczebność badanych mężczyzn nie analizowano różnic w zakresie pozytywnych zmian potraumatycznych między rodzicami chorych dzieci.

Brak wyraźnego wpływu zmiennych socjodemograficznych na poziom pozytywnych zmian potraumatycznych zdecydował, że dalsze analizy, mające na celu ustalenie związku między zasobami a potraumatycznym wzrostem, przeprowadzono na całej grupie badanych.

W kolejnym kroku sprawdzono, czy poziom posiadanych przez rodziców zasobów osobistych i społecznych wiąże się z nasileniem potraumatycznego wzrostu. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Z przedstawionych współczynników korelacji wynika, że wszystkie z analizowanych zasobów wiążą się dodatnio z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych, choć odnoszących się do różnych obszarów. Poczucie sensu życia jest powiązane z występowaniem zmian w percepcji siebie. Duchowość wiąże się przede wszystkim ze zmianami w relacjach z innymi i sferą duchową, choć występuje zróżnicowanie tych związków w zależności od wymiarów wchodzących w jej skład. Z wymienionymi czynnikami wzrostu po traumie koreluje jedynie postawa religijna. Z kolei harmonia jest powiązana ze zmianami w percepcji siebie i relacjach z innymi. Natomiast wrażliwość etyczna nie wykazuje żadnych powiązań ze wzrostem po traumie.

Wsparcie społeczne wiąże się przede wszystkim ze zmianami w percepcji siebie i relacjach z innymi – dotyczy to integracji społecznej i wsparcia praktycznego oraz częściowo wsparcia emocjonalnego. Należy jednak podkreślić, że wartości uzyskanych współczynników korelacji są raczej niskie, co świadczy o słabym związku między zmiennymi. Żaden z analizowanych rodzajów wsparcia społecznego nie wiąże się z docenianiem życia i zmianami w sferze duchowej.

W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono, który z analizowanych zasobów pozwala na przewidywanie wystąpienia potraumatycznego wzrostu u rodziców chorych dzieci. W tym celu wykorzystano analizę regresji (wersja krokowa postępująca). Przeprowadzono dwa rodzaje takich analiz. W pierwszej zmiennymi wyjaśniającymi były wyniki ogólne uwzględnionych w badaniu zmiennych, tj. poczucia sensu życia, duchowości i wsparcia społecznego. W drugiej do zmiennych

Tabela 2. Współczynniki korelacji między zasobami a potraumatycznym wzrostem

Table 2. Correlation coefficients between resources and posttraumatic growth

Zasoby	Wzrost ogółem	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Poczucie sensu życia	0,29*	0,34*	0,16	0,21	0,12
Duchowość					
ogółem	0,28*	0,11	0,36**	0,05	0,35**
postawa religijna	0,24	0,05	0,29*	-0,01	0,50***
wrażliwość etyczna	0,04	-0,16	0,22	-0,01	0,10
harmonia	0,34*	0,34*	0,32*	0,15	0,06
Wsparcie społeczne					
ogółem	0,31*	0,29*	0,35**	0,19	-0,08
wsparcie emocjonalne	0,27	0,23	0,28*	0,17	0,03
wsparcie praktyczne	0,27	0,28*	0,34*	0,16	-0,20
integracja społeczna	0,30*	0,28*	0,33*	0,19	-0,05

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Cz. 1 – zmiany w percepcji siebie, Cz. 2 – zmiany w relacjach z innymi, Cz. 3 – docenianie życia, Cz. 4 – zmiany duchowe

wyjaśniających włączono, oprócz poczucia sensu życia, poszczególne czynniki wchodzące w skład duchowości i wsparcia społecznego. W obydwu przypadkach zmienną wyjaśnianą stanowił zarówno ogólny wynik potraumatycznego wzrostu, jak i poszczególne jego wymiary. Pierwszy rodzaj analiz nie ujawnił żadnych predyktorów dla wzrostu po traumie wyrażanego ogólnym wynikiem IPR. Natomiast bardziej szczegółowa analiza dotycząca poszczególnych jego wymiarów wskazała na predykcyjną rolę duchowości dla czynnika 4 potraumatycznego wzrostu, tj. pozytywnych zmian w sferze duchowej. Wyjaśnia ona 12% wariacji zmiennej zależnej ($\beta = 0,48$, $R^2 = 0,12$). Uzyskany wynik wskazuje, że im wyższy poziom duchowości, tym większe zmiany w sferze duchowej. Nie wykazano predyktorów dla pozostałych trzech obszarów składających się na wzrost po traumie.

Drugi rodzaj analiz potwierdził brak predyktorów dla ogólnego wyniku potraumatycznego wzrostu. Bardziej szczegółowa analiza wskazała na predykcyjną rolę wsparcia praktycznego oraz postawy religijnej. Wsparcie praktyczne okazało się predyktorem pozytywnych zmian w relacjach z innymi ($\beta = 0,31$, $R^2 = 0,12$), wyjaśniając 12% wariacji zmiennej zależnej. Ponadto wsparcie praktyczne wraz z postawą religijną pełniło predykcyjną rolę dla zmian w sferze duchowej, wyjaśniając łącznie 32% wariacji. Jednakże, o ile postawa religijna, której udział w predykcji wynosi 25% ($\beta = 0,53$, $R^2 = 0,25$), sprzyja występowaniu pozytywnych zmian w sferze duchowej, to wsparcie praktyczne zdaje się te zmiany hamować ($\beta = -0,27$, $R^2 = 0,07$).

Dodatkowym celem badań było sprawdzenie, czy uwzględnione w badaniu zasoby wewnętrzne, obejmujące poczucie sensu życia i duchowość, powiązane są z zasobem zewnętrznym, jakim jest wsparcie społeczne. Uzyskane współczynniki korelacji przedstawiono w tabeli 3.

Zasobem wewnętrznym, który w największym stopniu okazał się powiązany ze wsparciem społecznym, jest duchowość, a szczególnie jej wymiar, jakim jest harmonia. Koreluje ona ze wszystkimi rodzajami wsparcia, silniej ze wsparciem emocjonal-

nym i integracją społeczną, nieco słabiej ze wsparciem praktycznym. Korelacje wsparcia z poczuciem sensu życia są nieco słabsze i dotyczą dwóch rodzajów wsparcia, tj. emocjonalnego i integracji społecznej. Wszystkie korelacje mają charakter dodatni.

Omówienie wyników

Uzyskane wyniki badań wskazują, że doświadczenie choroby nowotworowej dziecka może być źródłem pozytywnych zmian potraumatycznych u opiekujących się nim rodziców.

Blisko połowa (44,7%) objętych badaniami rodziców ujawniła wysoki poziom wzrostu, a jedynie 19% wskazało na niski jego poziom. Rodzice opiekujący się dziećmi chorymi onkologicznie zaobserwowali u siebie najwięcej zmian w zakresie doceniania życia, co jest zgodne z wynikami innych badań [13, 14].

Uwzględnione w badaniu zmienne socjodemograficzne, takie jak wiek, wykształcenie rodziców, miejsce zamieszkania, kolejność urodzenia i płeć badanego dziecka, nie wpływały w sposób znaczący na poziom ujawnianego przez nich potraumatycznego wzrostu.

Uzyskane wyniki badań dostarczyły danych potwierdzających występowanie dodatniego związku między posiadanymi zasobami a wzrostem po traumie u osób zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. Jednakże posiadane przez badanych rodziców zasoby zdają się pełnić zróżnicowaną rolę w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych. Poczucie sensu życia okazało się powiązane z występowaniem pozytywnych zmian w percepcji siebie. Duchowość wiąże się przede wszystkim ze zmianami w relacjach z innymi i sferą duchową, a wsparcie społeczne ze zmianami w percepcji siebie i relacjach z innymi. Jedynym predyktorem wzrostu po traumie wyrażanego w postaci zmian w sferze duchowej okazała się duchowość. Rola duchowości jako czynnika sprzyjającego przystosowaniu się do choroby nowotworowej dziecka została wykazana także w innych badaniach [17, 18].

Tabela 3. Współczynniki korelacji między poczuciem sensu życia i duchowością a wsparciem społecznym
Table 3. Correlation coefficients between sense in life, spirituality and social support

Zmienna	Wsparcie ogółem	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie praktyczne	Integracja społeczna
Poczucie sensu życia	0,34*	0,35*	0,25	0,34*
Duchowość				
ogółem	0,43**	0,41**	0,28*	0,48***
postawa religijna	0,26	0,26	0,14	0,32*
wrażliwość etyczna	0,22	0,17	0,18	0,24
harmonia	0,55***	0,54***	0,39**	0,57***

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Duchowość umożliwia nadawanie sensu i znaczenia przeżytem zdarzeniom. Jest zasobem, który jest uruchamiany najczęściej w sytuacjach pozostających poza kontrolą jednostki i wtedy, gdy inne zasoby okazują się zawodne. Duchowość jest powiązana z radzeniem sobie opartym na znaczeniu. Ta forma radzenia sobie jest traktowana jako podstawowe źródło emocji pozytywnych, które mogą współtowarzyszyć sytuacjom stresowym. Warto dodać, że duchowość/religijność jest również powiązana z innymi zasobami osobistymi człowieka, które są uruchamiane w sytuacji doświadczania kryzysu, przede wszystkim z nadzieją czy optymizmem, co może dodatkowo sprzyjać zmianom wzrostowym.

Warto dodać, że inne badania dostarczyły dowodów wskazujących, że duchowość może chronić przed rozwojem objawów stresu pourazowego lub zmniejszać ich nasilenie. Ujemne zależności między duchowością a nasileniem objawów zespołu stresu pourazowego uzyskano m.in. w badaniach Afroamerykanek, które doświadczyły przemocy domowej [27] czy ofiar przestępstw seksualnych [28].

Uzyskane wyniki badań wskazują na ogólnie słabą rolę zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. Tym samym sugerują, że prawdopodobnie inne czynniki wpływają na występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych. Mogą nimi być strategie radzenia sobie, a także podejmowana w obliczu traumy aktywność poznawcza, ujawniana zarówno w ocenie poznawczej doznanej sytuacji (wyzwanie, krzywda/strata, zagrożenie), jak i ruminowania o doświadczonej sytuacji. Zdają się na to wskazywać wyniki badań, w których wykazano istotną rolę ruminacji, zwłaszcza o charakterze refleksyjnym, w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka [14].

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Nie analizowano wieku chorych dzieci ani rodzaju doświadczonych przez nich nowotworów. Nie jest wykluczone, że uwzględnienie tych zmiennych przyniosłoby inne rezultaty w zakresie poziomu wzrostu po traumie u rodziców tych dzieci. Nie analizowano negatywnych skutków doświadczonego zdarzenia, jakim była choroba onkologiczna dziecka, np. w postaci objawów stresu pourazowego. W badaniach zdecydowaną większość stanowiły kobiety – matki chorych dzieci. Można przypuszczać, że poziom wzrostu po traumie spowodowanej chorobą onkologiczną dziecka u matek jest wyższy niż u ojców. Świadczą o tym dotychczasowe wyniki badań, które wskazują, że kobiety czerpią większe korzyści z wyda-

żeń traumatycznych w porównaniu z mężczyznami [5, 8, 22].

Ocena występujących zmian była wynikiem samoopisu, co mogło w pewien sposób rzutować na otrzymane wyniki. Należy również zwrócić uwagę, że niektóre z analizowanych zmiennych mogły mieć wspólne źródło wariacji. Dotyczy to przede wszystkim duchowości i czynnika wzrostu po traumie, jakim są zmiany w sferze duchowej, a także wsparcia społecznego i zmian w relacjach z innymi. Badania miały charakter przekrojowy, co oznacza, że nie można w sposób jednoznaczny wnioskować o zależnościach przyczynowo-skutkowych. Możliwe jest więc, że posiadane zasoby są nie tyle przyczyną, co skutkiem efektywnego procesu zmagania się z traumą. Teza ta wymagałaby jednak przeprowadzenia badań o charakterze podłużnym, w których należałoby ocenić poziom posiadanych zasobów przed traumą i po traumie.

Pomimo przedstawionych ograniczeń uzyskane wyniki badań wnoszą nowe treści w zakresie uwarunkowań wzrostu potraumatycznego wynikającego ze zmagania się z chorobą nowotworową dziecka. Potwierdzają rolę posiadanych zasobów osobistych w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych, choć ich rola jest ograniczona.

Uzyskane wyniki badań mogą stanowić inspirację do dalszych poszukiwań, w których wśród czynników determinujących występowanie pozytywnych zmian warto byłoby uwzględnić wzajemne powiązania między posiadanymi zasobami, wykorzystywanymi strategiami radzenia sobie i podejmowaną w obliczu traumy aktywnością poznawczą. Interesujące byłoby również sprawdzenie (czego nie udało się ustalić w podjętych badaniach), czy rodzice, tj. matki i ojcowie, chorych dzieci wykazują podobne czy też raczej odmienne zmiany potraumatyczne. Zagadnienie to wydaje się ważne ze względu na możliwość wystąpienia tzw. rodzinnego wzrostu potraumatycznego, pojawiającego się w sytuacji, kiedy członkowie rodziny zmagają się ze wspólnym problemem [26].

Prezentowana problematyka może mieć również istotne znaczenie dla praktyki. Wyniki badań mogą być przydatne przede wszystkim w interwencji kryzysowej w stosunku do rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. W ramach pomocy psychologicznej udzielanej rodzicom chorych dzieci warto byłoby zwrócić uwagę na potrzebę kształtowania i rozwijania zasobów, szczególnie duchowości. Warto też pamiętać, że potraumatyczny wzrost to szansa na budowanie odporności i lepsze radzenie sobie z wyzwaniami życiowymi, które mogą wystąpić w przyszłości.

Wnioski

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. U rodziców w wyniku zmagania się z chorobą nowotworową dziecka występują pozytywne zmiany w postaci wzrostu po traumie.
2. Zasoby osobiste są dodatnio powiązane ze wzrostem po traumie.
3. Z analizowanych zasobów szczególną rolę w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych należy przypisać duchowości, a szczególnie jej wymiarowi, jakim jest religijność.
4. Kształtowanie i rozwijanie zasobów u rodziców, którzy doświadczyli traumy w związku z chorobą nowotworową dziecka, może się przyczynić do występowania u nich pozytywnych zmian potraumatycznych.

Oświadczenie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmienictwo

1. Devine K, Reed-Knight B, Loiselle K i wsp. Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach. *J Clin Psychol Med Settings* 2010; 17: 340-348.
2. Cernvall M, Skogseid E, Carlbring P i wsp. Experiential Avoidance and Rumination in Parents of Children on Cancer Treatment: Relationships with Posttraumatic Stress Symptoms and Symptoms of Depression. *J Clin Psychol Med Settings* 2016; 23: 67-76.
3. Kazak AE, Boeving CA, Alderfer MA i wsp. Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7405-7410.
4. Ljungman L, Cernvall M, Gronqvist H i wsp. Long-term positive and negative psychological late effects for parents of childhood cancer survivors: A systematic review. *PLoS One* 2014; 9: 1033-1040.
5. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy tzy zamieniają się w perły. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013.
6. Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015.
7. Ogińska-Bulik N. Rola ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* 2016; 20: 1-8.
8. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.
9. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004; 15: 1-8.
10. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. W: *Posttraumatic growth and culturally competent practice*. Weiss T, Berger R (red.). Hoboken, John Wiley 2010; 1-14.
11. Picoraro JA, Womer JW, Kazak AE, Feudtner C. Posttraumatic growth in parents and pediatric patients. *J Palliat Med* 2014; 17: 209-218.
12. Barakat L, Alderfer M, Kazak A. Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers. *J Pediatr Psychol* 2006; 31: 413-419.
13. Ogińska-Bulik N, Kobylarczyk M. Rozwój po traumie u dzieci chorych onkologicznie i ich rodziców. W: *Problemy psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości*. Szewczyk L, Kulik A (red.). Wydawnictwo Prokurat, Lublin 2014; 23-38.
14. Ogińska-Bulik N, Ciechomska M. Wzrost po traumie u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka – rola ruminacji. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2016.05002>.
15. Ogińska-Bulik N. Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* 2015; 19: 88-96.
16. Ogińska-Bulik N. Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatria i Psychoterapia* 2014; 10: 3-16.
17. Schneider MA, Mannell RC. Beacon in the storm: an exploration of the spirituality and faith of parents whose children have cancer. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2006; 29: 3-24.
18. Papaikononou M. Childhood cancer: a parent's perspective on social support with a case illustration. *J Child Adolesc Ment Health* 2007; 19: 65-73.
19. Felcyn-Koczevska M, Ogińska-Bulik N. Psychologiczne czynniki sprzyjające wystąpieniu potraumatycznego wzrostu u osób w żałobie. W: *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Ogińska-Bulik N, Miniszewska J (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012; 59-72.
20. Hoekstra-Webers JE, Jaspers JP, Mamps WA, Klip EC. Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients: a prospective longitudinal study. *J Pediatr Psychol* 2001; 26: 225-235.
21. Ogińska-Bulik N. The role of social support in people struggling with cancer. *Health Psychol Rep* 2013; 1: 1-8.
22. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129-142.
23. Życińska J, Januszek M. Test Sensu Życia (Purpose in Life Test – PILL) J.C. Crumbauha i L.T. Maholicka: analiza psychometryczna. *Czasopismo Psychologiczne* 2011; 17: 133-142.
24. Heszen-Niejodek I, Gruszczyńska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 47: 15-31.
25. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegląd Psychologiczny* 1999; 42: 43-56.
26. Berger R. Stress, trauma, and posttraumatic growth. Social context, environment and identities. Taylor and Francis, New York and London 2015.
27. Watlington C, Murphy C. The roles of religion and spirituality among African American survivors of domestic violence. *J Clin Psychol* 2006; 62: 837-857.
28. Krejci M, Thompson K, Simonich H i wsp. Sexual trauma, spirituality and psychopathology. *J Child Sex Abuse* 2004; 13: 85-103.