

Spostrzegane wsparcie społeczne – miejsce i rola w przystosowaniu do choroby nowotworowej*

Joanna Król**

Instytut Psychologii Uniwersytet Szczeciński

Teresa Rzepa

Uniwersytet SWPS, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

Agata Milik

Centrum Interwencji Kryzysowej FDN w Gdańsku

Maria Ligocka

Instytut Psychologii Uniwersytet Szczeciński

Anna Kołodziejska

Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

PERCEIVED SOCIAL SUPPORT – THE PLACE AND THE ROLE IN THE ADAPTATION TO CANCER

Aim of the study: Assessing the role of perceived social support for people struggling with cancer in conjunction with such basic internal resources as dispositional optimism and sense of self-efficacy, the level of adjustment to cancer. Method: The Social Support Questionnaire (F-SozU K-22, Fydrich et al, 1999; polish adaptation by Juczyński), the Mini-Mental Adjustment to Cancer (mini-MAC) Scale (Watson, Law, dos Santos, Greer, Baruch, Bliss; polish adaptation by Juczyński), the Generalised Self-Efficacy Scale (Schwarzer, Jerusalem, Juczyński), the Life Orientation Test LOT-R (Scheier, Carver, Bridges; polish adaptation by Poprawa and Juczyński). Results: personal resources: perceived social support, sense of self-efficacy and dispositional optimism are associated to each other. Results showed better adaptation to illness (fighting spirit) and equally lower fear and helplessness levels after patients were attaching a higher value to perceived social support and its dimensions (emotional and practical support and social integration). Moreover, the level of perceived social support depends on the place of hospitalization. Conclusions: External and internal personal resources such as perceived social support, optimism and sense of self-efficacy perform significant function in adjustment to cancer. The place of hospitalization is also significant.

Key words: the perceived social support, optimism, sense of self-efficacy, adjustment to cancer, place of hospitalization

WPROWADZENIE

Choroba nowotworowa niesie ze sobą liczne konsekwencje psychospołeczne. Pierwszymi reakcjami emocjonalnymi na diagnozę są lęk, przygnębienie, smutek, przerażenie, złość. Z biegiem czasu następuje poszukiwanie sposobów radzenia sobie z konsekwencjami choroby (Weis, 2008; De Walden-Gałusko, 2015) oraz adaptacji do długofalowych zmian w zakresie jakości życia (Juczyński, 2001). W takich sytuacjach życiowych zwykło się korzystać z wewnętrznych i zewnętrznych zasobów osobistych. Do zasobów wewnętrznych zalicza się potencjał osobowościowy, motyw, doświadczenie życiowe, nabyte umiejętności,

siłę walki, stosunek do własnej osoby, poziom samooceny, poczucie własnej skuteczności i umiejscowienia kontroli zdrowia, dyspozycyjny optymizm itp. Do zasobów zewnętrznych włącza się rodzinę, sąsiadów, przyjaciół, środowisko pracy, styl wypoczynku, instytucje doradcze, grupy wsparcia, personel medyczny, zasoby materialne czy status socjoekonomiczny (Borys, 2007; Kirenko i Byra, 2011; Mehl, 2011).

Pojęcie wsparcia społecznego zyskało na wartości w latach 70. XX wieku, gdy dowiedziono, że osoby otoczone rodziną, posiadające przyjaciół i znajomych, należące do różnych organizacji, łatwiej radzą sobie ze stresem (Cobb, 1976; House, 1981; Nowakowski, 2004). Wsparcie społecz-

** Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Joanna Król, Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński, ul. Krakowska 69, 71-017 Szczecin.

joanna.krol1@univ.szczecin.pl

* Niektóre wyniki przeprowadzonego badania przedstawiono w formie posterów podczas X Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Zdrowia (Gdańsk, 15-17.05.2015) oraz 12 Ogólnopolskiej Konferencji Psychoonkologicznej (Gdańsk, 17-19.09.2015).

ne należy rozumieć jako pomoc udzielaną (i otrzymywaną) w trudnych sytuacjach życiowych, powiązaną z zasobami osobistymi oraz ze strategiami radzenia sobie ze stresem (Szlachta, 2009; Sęk i Cieślak, 2012). Na wsparcie społeczne składa się wsparcie strukturalne (sieci społeczne) i funkcjonalne, rozumiane jako interakcja podejmowana w sytuacji trudnej i zawierająca wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i materialne (Szlachta, 2009; Knoll i Schwarzer, 2012; Sęk i Cieślak, 2012; Kurpas i in., 2014). Wsparcie społeczne dzieli się także na otrzymywane (*received social support*) i spostrzegane (*perceived social support*). Wsparcie otrzymywane opiera się na indywidualnej ocenie rodzaju i ilości uzyskanej pomocy (Goodwin i in., 2004), zaś spostrzegane – na przekonaniach danej osoby co do możliwości uzyskania wsparcia: od kogo, gdzie, w jaki sposób i na jakiej zasadzie (Sęk i Cieślak, 2012; Cieślak i Eliasz, 2012).

W trudnej sytuacji życiowej spowodowanej chorobą nowotworową ważny jest każdy rodzaj wsparcia (Sęk i Cieślak, 2012). Dzięki wsparciu zmniejsza się natężenie lęku, niepokoju i przygnębienia na rzecz zwiększenia poczucia bezpieczeństwa, stabilności i przewidywalności (Michałowska-Wieczorek, 2006).

W odwołaniu do dotychczasowych ustaleń postanowiono sprawdzić, jaką rolę w procesie adaptacji do choroby nowotworowej odgrywa spostrzegane wsparcie społeczne, w powiązaniu z podstawowymi zasobami wewnętrznymi, tj. dyspozycyjnym optymizmem i poczuciem własnej skuteczności oraz w kontekście miejsca hospitalizacji. Zatem zweryfikowano zależności zachodzące między: 1) spostrzeganym wsparciem społecznym a optymizmem i poczuciem własnej skuteczności, 2) spostrzeganym wsparciem społecznym a przystosowaniem do choroby, 3) miejscem hospitalizacji a wymienionymi zmiennymi. Założono, że wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego wiąże się z wyższym poziomem optymizmu i poczucia własnej skuteczności; oraz że im wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego, tym lepsze przystosowanie do choroby i odwrotnie. Założono także, iż miejsce hospitalizacji różnicuje poziom wymienionych zmiennych.

METODA BADAWCZA

OSOBY BADANE

Badanie zostało przeprowadzone wśród 146 osób hospitalizowanych w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie. Pacjentów rekrutowano z trzech oddziałów: radioterapii (48 osób), chirurgii onkologicznej (48 osób) i onkologii klinicznej (50 osób). W badanej grupie było 43 mężczyzn i 103 kobiety w wieku od 18 do 68 ($M=50.0$) lat. Średni wiek rozpoznania choroby wynosił 49.35 lat; a czas, który upłynął od rozpoznania choroby do dnia badania, mieścił się w granicach od 1 do 48 ($M=10.6$) miesięcy. Badane osoby miały wykształcenie podstawowe (10.4%), zawodowe (27.8%), średnie (44.4%) i wyższe (17.4%). Większość (58.2%) była aktywna zawodowo i mieszkała w Szczecinie (71.7%). 83.6% osób po-

zostawało w związku małżeńskim/partnerskim, a 89.7% posiadało co najmniej jedno dziecko.

SPOSÓB PRZEPROWADZANIA BADAŃ

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Szczecińskiego (nr KB 4/2015) i zostało przeprowadzone przez psychologów. Wszystkie osoby badane wyraziły pisemną zgodę na udział w jednorazowym badaniu indywidualnym.

ZASTOSOWANE NARZĘDZIA

Do badania zastosowano: Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (F-SozU K-22, Fydrich i in., 1999, polska adaptacja: Juczyński), Skalę Przystosowania do Choroby Nowotworowej Mini-MAC (Watson, Law, dos Santos, Greer, Baruch, Bliss, polska adaptacja: Juczyński), Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES (Schwarzer, Jerusalem, Juczyński), Test Orientacji Życiowej LOT-R (Scheier, Carver, Bridges; polska adaptacja: Poprawa i Juczyński), a także autorską ankietę socjodemograficzną.

Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (KWS) umożliwia pomiar ogólnego poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego oraz jego wymiarów, tj.: wsparcia emocjonalnego (WE), czyli współodczuwania i akceptacji ze strony innych osób; wsparcia praktycznego (WP), czyli konkretnej pomocy w codziennych sytuacjach; interakcji społecznej (IS), czyli posiadania kręgu przyjaciół i wspólnego działania. KWS składa się z 22 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się za pomocą 5-stopniowej skali (Fydrich i in., 1999; Juczyński, praca nie opublikowana).

Mini-MAC składa się z 29 twierdzeń, badających cztery strategie przystosowawcze do sytuacji choroby, tj.: zaabsorbowanie lękowe (choroba spostrzegana jako zagrożenie); duch walki (choroba jako osobiste wyzwanie); bezradność-beznadziejność (bezsilność i bierne poddanie się chorobie); pozytywne przewartościowanie (reorganizowanie problemu w celu odnalezienia nadziei i zadowolenia z życia) (Juczyński, 2001). Rzetelność skali mierzona współczynnikiem α Cronbacha wyniosła w przeprowadzonym badaniu .7; dla skali zaabsorbowanie lękowe – .85; ducha walki – .71; bezradności-beznadziejności – .81; pozytywnego przewartościowania – .53.

GSES składa się z 10 twierdzeń i mierzy siłę ogólnego przekonania o skuteczności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (Juczyński, 2001). Rzetelność skali mierzona współczynnikiem α Cronbacha w przeprowadzonym badaniu wyniosła .89.

LOT-R zawiera 10 stwierdzeń (6 ma wartość diagnostyczną), służących do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu, tj. zgeneralizowanego oczekiwania pozytywnych zdarzeń (Juczyński, 2001). Rzetelność skali mierzona współczynnikiem α Cronbacha w przeprowadzonym badaniu wyniosła .55.

Analizę danych statystycznych wykonano za pomocą pakietu IBM SPSS Statistics.

REZULTATY

Ogólny wskaźnik spostrzeganego wsparcia społecznego (WO) wyniósł $M=91.71$ punktów ($SD=13.54$). Badani pacjenci ocenili następująco jego wymiary: wsparcie emocjonalne – $M=28.9$ ($SD=4.86$), praktyczne – $M=34.36$ ($SD=5.36$), integracji społecznej – $M=29.13$ ($SD=5.02$). Ustalono (test Kolmogorowa-Smirnowa), że rozkład wyników był zbliżony do rozkładu normalnego. W badanej grupie nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic między spostrzeganym wsparciem społecznym a płcią, okresem od zachorowania, pozostawaniem w związku, liczbą potomstwa i miejscem zamieszkania. Zaobserwowano natomiast statystycznie istotny ($p=.028$), choć słaby ($r=-.18$) ujemny związek między wiekiem badanych a wymiarem interakcji społecznych. Starsi badani postrzegali interakcje społeczne jako mniej satysfakcjonujące niż młodsi. Ponadto, na wszystkich wymiarach spostrzeganego wsparcia społecznego osoby niepracujące osiągnęły statystycznie istotne, niższe wyniki niż osoby aktywne zawodowo.

Ustalono, iż ogólny wskaźnik spostrzeganego wsparcia społecznego oraz jego wymiary są statystycznie istotnie związane z optymizmem i poczuciem własnej skuteczności. Podobny związek zaobserwowano z adaptacją do choroby w ramach wymiarów: zaabsorbowanie lękowe (ZL), duch walki (DW) i beznadzieść-beznadzieja (BB). Brak statystycznie istotnych związków dotyczy pozytywnego przewartościowania (Tabela 1).

Tabela 1

Wyniki korelacji między spostrzeganym wsparciem społecznym (ogólny wskaźnik) i jego poszczególnymi wymiarami a poczuciem własnej skuteczności (PWS), dyspozycyjnym optymizmem (DO), adaptacją do choroby w zakresie zaabsorbowania lękowego (ZL), ducha walki (DW), beznadzieści-beznadziei (BB) i pozytywnego przewartościowania (PP)

		PWS	DO	ZL	DW	BB	PP
Wsparcie Emocjonalne	r Pearsona	.256**	.395**	-.255**	.184*	-.365**	.159
	Istotność	.002	.000	.002	.028	.000	.060
Wsparcie Praktyczne	r Pearsona	.275**	.221**	-.176*	.241**	-.323**	.137
	Istotność	.001	.008	.037	.004	.000	.105
Integracja Społeczna	r Pearsona	.235**	.287**	-.192*	.190*	-.369**	.047
	Istotność	.005	.001	.022	.024	.000	.576
Ogólny wskaźnik wsparcia	r Pearsona	.287**	.330**	-.227**	.225**	-.392**	.130
	Istotność	.001	.000	.007	.007	.000	.135

Źródło: badanie własne, ** $p<.01$, * $p<.05$

Statystycznie istotne różnice zaobserwowano pomiędzy ogólnym wskaźnikiem spostrzeganego wsparcia społecznego oraz jego wymiarem emocjonalnym i integracją społeczną a miejscem hospitalizacji, tj. oddziałem radioterapii (RT), chirurgii onkologicznej (CHIR) i onkologii klinicznej (ONK). Spostrzegane wsparcie społeczne (na wszystkich wymiarach) najwyżej ocenili pacjenci z oddziału onkologii klinicznej, a ich oceny okazały się (w sposób statystycznie istotny) różne w porównaniu do

ocen wystawionych przez pacjentów z oddziału radioterapii (Tabela 2).

Wśród pacjentów z oddziału radioterapii (RT) zaobserwowano statystycznie istotne, dodatnie związki między ogólnym wskaźnikiem spostrzeganego wsparcia społecznego oraz wsparciem emocjonalnym i praktycznym a optymizmem, a także między ogólnym wskaźnikiem spostrzeganego wsparcia i wsparciem praktycznym a duchem walki. Natomiast między wszystkimi wymiarami spostrzeganego wsparcia społecznego a beznadzieścią-beznadzieją stwierdzono statystycznie istotne związki ujemne. Nie zaobserwowano istotnych związków między spostrzeganym wsparciem społecznym a poczuciem własnej skuteczności, zaabsorbowaniem lękowym i pozytywnym przewartościowaniem (Tabela 3).

Wśród pacjentów z oddziału chirurgii onkologicznej (CHIR) zaobserwowano statystycznie istotny, dodatni związek między wszystkimi wymiarami spostrzeganego wsparcia społecznego a poczuciem własnej skuteczności. Stwierdzono także statystycznie istotne związki ujemne między ogólnym wskaźnikiem spostrzeganego wsparcia oraz wsparciem emocjonalnym i praktycznym a zaabsorbowaniem lękowym i beznadzieścią-beznadzieją (Tabela 3).

Wśród pacjentów z oddziału onkologii klinicznej (ONK) stwierdzono statystycznie istotny, dodatni związek wszystkich wymiarów spostrzeganego wsparcia społecznego z dyspozycyjnym optymizmem oraz z poczuciem wła-

snej skuteczności (dla wsparcia emocjonalnego i ogólnego wskaźnika, dla pozostałych wymiarów – poziom tendencji statystycznej). Odnotowano statystycznie istotne, ujemne zależności między wszystkimi wymiarami spostrzeganego wsparcia społecznego a poczuciem beznadzieści-beznadziei oraz taki sam związek między zaabsorbowaniem lękowym a integracją społeczną (Tabela 3).

W celu pogłębienia analiz i ustalenia predyktorów przystosowania do choroby nowotworowej wykonano mo-

Tabela 2

Wyniki ANOVA i testów post-hoc dla porównania różnic pomiędzy miejscem hospitalizacji: oddział radioterapii (RT), chirurgii onkologicznej (CHIR), onkologii klinicznej (ONK) a średnimi poziomami spostrzeganego wsparcia społecznego: emocjonalne (WE), praktyczne (WP), integracja społeczna (IS), ogólny wskaźnik wsparcia (WO)

	grupa (i)	N	M	SD	F	df	p	Grupa (i) × (j)	Mi-Mj	p
WE	RT	48	27.27	4.251	3.449	2.00	.034	RT × CHIR	-.604	.810
	CHIR	48	27.88	5.197				RT × ONK	-2.458*	.034
	ONK	48	29.73	4.841				CHIT × ONK	-1.854	.042
	Ogółem	144	28.29	4.860						
WP	RT	48	33.38	5.135	1.487	2.00				
	CHIR	47	34.45	5.963						
	ONK	48	35.25	4.888						
	Ogółem	143	34.36	5.362						
IS	RT	48	27.46	5.044	5.222	2.00		RT × CHIR	-1.813	.167
	CHIR	48	29.27	4.941				RT × ONK	-3.208*	.004
	ONK	48	30.67	4.637				CHIT × ONK	-1.396	.343
	Ogółem	144	29.13	5.019						
WO	RT	48	88.10	12.660	3.901	2.00		RT × CHIR	-3.258	.457
	CHIR	47	91.36	14.670				RT × ONK	-7.542*	.017
	ONK	48	95.65	12.390				CHIT × ONK	-4.284	.260
	Ogółem	143	91.71	13.540						

Źródło: badanie własne, * $p < .05$

dele regresji wielozmiennowej metodą krokową (Tabela 4). Ustalono, że najsilniejszym predykatorem dla wszystkich strategii adaptacyjnych jest poczucie własnej skuteczności. Ponadto, dla poszczególnych strategii najlepszymi predyktorami okazały się: wsparcie emocjonalne (dla zaabsorbowania lękowego); wsparcie praktyczne (dla ducha walki); wsparcie emocjonalne, integracja społeczna i dyspozycyjny optymizm (dla bezradności-beznadziei); wsparcie emocjonalne i integracja społeczna (dla pozytywnego przewartościowania).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Ustalono, że wśród osób hospitalizowanych z powodu nowotworu wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego wiąże się z wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności i optymizmu. Ponadto zaobserwowano związek spostrzeganego wsparcia społecznego z przystosowaniem do choroby nowotworowej.

Z dotychczasowych badań wynika, że wyższy poziom optymizmu wiąże się z mniejszym prawdopodobieństwem wystąpienia objawów depresyjnych, lękowych i świadczących o bezradności oraz z jednoczesnym wzrostem poczucia własnej skuteczności i skłonności do zachowań prozdrowotnych, a co za tym idzie – z poprawą jakości życia (Juczyński, 2001). Optymizm wyraża zgeneralizowane oczekiwanie pozytywnych zdarzeń, stąd też wpływa na samopoczucie, odporność psychiczną i stan fizyczny człowie-

ka, uprawdopodobnia osiąganie sukcesów oraz radzenie sobie ze stresem (Scheier i Carver, 1985; Juczyński, 2001; Poprawa, 2001; Seligman, 2005; Jabłoński i in., 2008). Ponadto optymizm okazał się moderatorem związku między wsparciem społecznym i lękiem, ponieważ zauważono, że u pacjentów z niskim poziomem optymizmu wsparcie społeczne powoduje spadek poziomu lęku. Takiego zjawiska nie zaobserwowano u pacjentów z wysokim poziomem optymizmu (Applebaum i in., 2013).

Poczucie własnej skuteczności oznacza zdolność do sprawowania kontroli nad wydarzeniami życiowymi (Bandura, 1997; Juczyński, 2001; Heszen i Sęk, 2007), polegającą m.in. na efektywnym wykorzystywaniu zasobów poznawczych, umiejętnym redukowaniu napięcia emocjonalnego, koncentracji na pozytywnych emocjach, skutecznym radzeniu sobie ze stresem czy na dbałości o własne zdrowie (Maddux i Lewis, 1995; Schwarzer, 1997; Kościelak, 2010). W trakcie zmagania się z chorobą nowotworową poczucie własnej skuteczności sprzyja poszukiwaniu efektywnych sposobów radzenia sobie z trudną sytuacją, a jednym z nich jest możliwość pozyskania wsparcia społecznego. W przeprowadzonym badaniu poczucie skuteczności okazało się najsilniejszym predykatorem dla wszystkich strategii adaptacji do choroby nowotworowej.

Badanie pokazało, iż spostrzegane wsparcie społeczne wiąże się z adaptacją do choroby w taki sposób, że im wyższy poziom wsparcia emocjonalnego, praktycznego i integracji społecznej, tym większy duch walki i jedno-

Tabela 3

Wyniki korelacji między spostrzeganym wsparciem społecznym (ogólny wskaźnik) i jego poszczególnymi wymiarami oraz poczuciem własnej skuteczności (PWS), dyspozycyjnym optymizmem (DO), adaptacją do choroby w zakresie zaabsorbowania lękowego (ZL), ducha walki (DW), bezradności-beznadziei (BB) i pozytywnego przewartościowania (PP) a miejscem hospitalizacji: oddział radioterapii (RT), chirurgii onkologicznej (CHIR), onkologii klinicznej (ONK)

			PWS	DO	ZL	DW	BB	PP
RT	Wsparcie Emocjonalne	<i>r</i> Pearsona	.050	.429**	-.137	.186	-.400**	.171
		Istotność	.734	.003	.352	.206	.005	.244
	Wsparcie Praktyczne	<i>r</i> Pearsona	.130	.295*	-.005	.335*	-.304*	.111
		Istotność	.377	.044	.971	.020	.036	.452
	Integracja Społeczna	<i>r</i> Pearsona	.038	.234	-.136	.217	-.430**	-.015
		Istotność	.797	.114	.358	.138	.002	.921
	Ogólny wskaźnik wsparcia	<i>r</i> Pearsona	.085	.357*	-.102	.285*	-.429**	.097
		Istotność	.566	.014	.488	.050	.002	.513
CHIR	Wsparcie Emocjonalne	<i>r</i> Pearsona	.346*	.195	-.385**	.193	-.310*	.110
		Istotność	.016	.184	.008	.193	.034	.461
	Wsparcie Praktyczne	<i>r</i> Pearsona	.399*	.062	-.339*	.183	-.332*	.069
		Istotność	.006	.678	.021	.224	.024	.648
	Integracja Społeczna	<i>r</i> Pearsona	.342*	.058	-.202	.180	-.252	.031
		Istotność	.017	.696	.173	.227	.088	.838
	Ogólny wskaźnik wsparcia	<i>r</i> Pearsona	.396**	.084	-.324*	.185	-.316*	.071
		Istotność	.006	.576	.028	.220	.033	.639
OMK	Wsparcie Emocjonalne	<i>r</i> Pearsona	.298*	.535**	-.226	.161	-.375**	.150
		Istotność	.042	0	.122	.279	.009	.321
	Wsparcie Praktyczne	<i>r</i> Pearsona	.258	.295*	-.209	.226	-.326*	.234
		Istotność	.080	.042	.153	.126	.024	.117
	Integracja Społeczna	<i>r</i> Pearsona	.278	.507**	-.287*	.186	-.441**	.053
		Istotność	.059	0	.048	.210	.002	.724
	Ogólny wskaźnik wsparcia	<i>r</i> Pearsona	.321*	.515**	-.279	.218	-.440**	.170
		Istotność	.028	0	.055	.140	.002	.259

Źródło: badanie własne, ** $p < .01$, * $p < .05$

częściej mniejsze zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność-beznadzieja. To ustalenie potwierdza wyniki innych badań, świadczących o tym, że im mniej spostrzeganego wsparcia społecznego deklarują pacjenci, tym występuje u nich większe poczucie bezradności i beznadziejności (Michałowska-Wieczorek, 2006); oraz im wyższy poziom optymizmu, tym słabsze zaabsorbowanie lękowe oraz silniejsze pozytywne przewartościowanie (Kozłowska, 2013). Jeszcze inne badania ujawniły związek spostrzeganego wsparcia społecznego ze wzrostem satysfakcji życiowej, spadkiem natężenia stresu i konstruktywnymi strategiami radzenia sobie z nim u pacjentów chorych na nowotwór (Taheri i in., 2014). Spostrzegane wsparcie społeczne może również wywoływać tendencję do traktowania choroby jako wyzwania i tym samym zwiększać aktywność na rzecz leczenia i rekonwalescencji (Cicero i in., 2009). Wsparcie społeczne wykazuje ponadto związek z lepszym przystosowaniem do życia po interwencjach

chirurgicznych (Boinon i in., 2014) oraz z mniejszym ryzykiem wystąpienia PTSD u pacjentów nowotworowych (Costa-Requena i in., 2014), a także ułatwia podejmowanie decyzji i angażowanie się w ochronę zdrowia podczas remisji choroby (Forsythe i in., 2014). Według badań longitudinalnych, spostrzegane wsparcie społeczne jest pozytywnym predykatorem jakości życia u kobiet chorych na nowotwór piersi (Leung, Pachana i McLaughlin, 2014).

Ponadto ustalono, że pacjenci przebywający na oddziale onkologii klinicznej najwyżej ocenili spostrzegane wsparcie społeczne, i to w zakresie wszystkich jego wymiarów. Te różnice w stosunku do pacjentów hospitalizowanych na oddziale (głównie) radioterapii i chirurgii onkologicznej można wyjaśniać odmiennością: strategii diagnostyczno-terapeutycznych, organizacji pracy i rytmu dnia, relacji z personelem medycznym, sposobów profesjonalnego wsparcia, atmosfery panującej na oddziale itp. Mimo że przedstawione wyniki stanowią je-

Tabela 4

Modele krokowej regresji wielozmiennowej najlepiej wyjaśniające poszczególne strategie przystosowania do choroby z perspektywy wsparcia, poczucia skuteczności i dyspozycyjnego optymizmu

Zmienna zależna	Predykatory	R	R ²	F	df	beta	t
ZL	Poczucie skuteczności	.37	.13	10.44***	2.13	-.25	-3.08**
	Wsparcie emocjonalne					-.21	-2.56*
DW	Poczucie skuteczności	.39	.15	11.88***	2.13	.30	3.65***
	Wsparcie praktyczne					.18	2.20*
BB	Poczucie skuteczności	.52	.27	12.44***	4.13	-.31	-3.94***
	Wsparcie emocjonalne					-.12	-1.10
	Dyspozycyjny optymizm					-.14	-1.69
	Integracja społeczna					-.16	-1.53
PP	Poczucie skuteczności	.29	.08	3.97**	3.13	.24	2.82**
	Wsparcie emocjonalne					.19	1.61
	Integracja społeczna					-.14	-1.19

Źródło: badania własne, *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$;

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – bezradność – beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie

dynie wycinek problematyki uwarunkowań spostrzeganego wsparcia społecznego, to jednak sugerują konieczność przeprowadzenia pogłębionego badania, zogniskowanego na różnicach psychospołecznego funkcjonowania pacjentów onkologicznych na poszczególnych oddziałach szpitalnych oraz, co szczególnie istotne, na źródłach i przyczynach tych różnic. Takie badanie warto byłoby poszerzyć o charakterystykę zarówno personelu medycznego, jak i interakcji „pracownik medyczny – pacjent”. Jest to szczególnie istotne w przypadku konstruowania i wdrażania zestawu oddziaływań pomocowych, służących adaptacji chorych onkologicznie do trudnej sytuacji życiowej.

WNIOSKI

1. Uzyskane wyniki poszerzają wiedzę na temat znaczenia i uwarunkowań spostrzeganego wsparcia społecznego w odniesieniu do osób hospitalizowanych z powodu nowotworu.
2. Wyniki przeprowadzonego badania mogą stanowić punkt wyjścia do opracowania oddziaływań pomocowych uwzględniających rolę zasobów osobistych w procesie adaptacji do choroby nowotworowej.
3. Uzyskane wyniki mogą być podstawą do projektowania szczegółowych form spostrzeganego wsparcia społecznego, zróżnicowanych zależnie od miejsca hospitalizacji.

LITERATURA

Applebaum, A., Stein, E., Lord-Bessem, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2014). Optimism, social support and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23, 299-306.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

Boinon, D., Sultan, S., Charles, C., Stulz, A., Guilemeau, C., Delaloge, S., Dauchy, S. (2014). Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support. *Psycho-Oncology*, 23, 291-298.

Borys, B. (2007). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4, 1, 44-52.

Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., Lo Verso, G. (2009). The role attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1045-1052.

Cieślak, R., Elias, A. (2012). Wsparcie społeczne a osobowość, W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne stres i zdrowie* (s. 68-90). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 2, 300-314.

Costa-Requena, G., Ballester-Arnal, R., Qureshi, A., Gil F. (2014). A One-Year Follow-Up of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptom and Perceived Social Support in Cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 89-93.

De Walden-Gałuszko, K. (2015). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Forsythe, L.P., Alfano, C.M., Kent, E.E., Weaver, K.E., Bellizzi, K., Arora, N., Aziz, N., Keel, G., Rowland, J.H. (2014). Social support, self-efficacy for decision-making and follow-up care use in long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 23, 788-796.

Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G., Brähler, E. (1999). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45, 4, 212-216.

Goodwin, R., Costa, P., Adonu, J. (2004). Social support and its consequences: Positive and deficiency values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, 43, 465-474.

- Heszen, I., Sęk, H. (red.). (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- House, J. (1981). *Work, stress and social support*. London: Addison-Wesley.
- Jabłoński, M., Furgal, M., Dudek, D., Zięba, A. (2008). Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 42, 5, 749-765.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juczyński, Z. *Kwestionariusz Wsparcia Społecznego – F-SozU K-22 – podręcznik* (praca nie opublikowana).
- Kirenko, J., Byra, S. (2011). *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2012). Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne stres i zdrowie* (s. 29-48). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kościelak, R. (2010). *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kozińska, B. (2013). Przywiązanie a strategię przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w grupie kobiet z rakiem piersi. *Psychoonkologia*, 1, 1-9.
- Kurpas, D., Piotrowski, P., Marciniak, D., Kasprzak, M., Mroczek, B., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., Karakiewicz, B., Bielska, D., Kiejna, A. (2014). Wsparcie społeczne a wybrane wskaźniki stanu zdrowia pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Psychiatria Polska*, 48, 5, 941-960.
- Leung, J., Pachana, N.A., McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23, 1014-1020.
- Maddux, J.E., Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment. Basic principles and issues. W: J.E. Maddux (red.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (s. 37-68). New York: Plenum Press.
- Mehl, U. (2011). Przegląd metod terapeutycznych. W: M. Dorfmueller, H. Dietzfelbinger (red), *Psychoonkologia. Diagnostyka – Metody terapeutyczne* (s. 189-198). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Michałowska-Wieczorek, I. (2006). Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*, 10, 2, 51-56.
- Nowakowski, M. (2004). Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów. W: J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* (s. 292-300). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103-141). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies, *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175-205). Warszawa: PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2012). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11-28). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Seligman, M.E.P. (2005). *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*. Poznań: Media Rodzina.
- Szlachta, E. (2009). Próba adaptacji i walidacji polskiej wersji The Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) – Kwestionariusz Spostrzeganego Wsparcia. *Przegląd Psychologiczny*, 52, 4, 433-451.
- Taheri, A., Ahadi, H., Kashani, F., Kermani, R. (2014). Mental hardness and social support in life satisfaction of breast cancer patients. *Social and Behavior Sciences*, 159, 406-409.
- Weis, J. (2008). Psychoonkologia – podstawy teoretyczne i koncepcje leczenia. W: C. Unger, J. Weis (red), *Onkologia. Niekonwencjonalne i wspomagające sposoby terapii – strategie terapeutyczne* (s. 50-75). Wrocław: Wydawnictwo MedPharm Polska.