

Wsparcie i radzenie sobie ze stresem jako moderatory związku stresu i jakości życia osób transpłciowych

Rafał Gerymski*

Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski, Opole

SUPPORT AND COPING AS MODERATORS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED STRESS AND THE QUALITY OF LIFE OF TRANSGENDER PEOPLE

This study was conducted in order to verify the role of social support and coping strategies as moderators of the relationship between perceived stress and the subjective well-being of transgender people, which is lower than cisgender people. 355 people took part in this study (124 transgender people and 231 cisgender people) between age of 18 and 53. Subjective well-being has been operationalized using the Satisfaction With life Scale SWLS. Measurement of the perceived stress was made using the Perceived Stress Scale PSS-10. Coping strategies were examined using the Mini-COPE inventory. Additionally, two subscales of the Berlin Social Support Scales BSSS were used to measure received and perceived social support. Transgender people scored on the SWB scale significantly lower than cisgender people. Received and perceived social support did not turn out to be a significant moderators of the relationship between perceived stress and the subjective well-being. Only one of the coping strategies turned out to be an significant moderator of this relationship – venting of emotions.

Key words: transgenderism, perceived stress, quality of life, social support, coping strategies

WPROWADZENIE

Z transpłciowością mamy do czynienia podczas gdy tożsamość płciowa lub zachowanie danej osoby nie są adekwatne do jej płci biologicznej (*American Psychological Association*, 2011; Robacha, 2018). Kobiety transpłciowe (znane jako M/K – urodzone jako mężczyźni, identyfikujące się z płcią żeńską) oraz mężczyźni transpłciowych (znani jako K/M – urodzeni jako kobiety, identyfikujący się z płcią męską) często cechuje poczucie niezadowolenia i nieszczęścia spowodowane ich płcią biologiczną (Benjamin, 1966; Sullivan, Bradley i Zucker, 1995). Korzystają oni z operacji medycznych i terapii hormonalnej w celu korekty płci biologicznej tak, by była jak najbardziej podobna do tej, z którą się utożsamiają (Fajkowska-Stanik, 2001; Lew-Starowicz, 2010). Medyczna operacja zmiany płci polega najczęściej na usunięciu lub augmentacji piersi oraz pozbyciu się niechcianych narządów płciowych i zastąpieniu ich pożądanymi (Lew-Starowicz, 2010). Problemy z dostępnością do opieki zdrowotnej, mała liczba wykwalifikowanych specjalistów w Polsce (Dynarski i Jąderek, 2015) oraz stygmatyzacja ze strony służby zdrowia (Kowalczyk, Rodzinka i Krzystanek, 2016) sprawiają, że nie wszystkie osoby transpłciowe dokonują korekty. Operacyjna korekta płci może pozytywnie wpły-

wać na poczucie jakości życia osób transpłciowych (Abramowitz, 1986; Fajkowska-Stanik, 2001; Lawrence 2003; Murad i in., 2010; Bancroft, 2011) – które ma charakter introspekcyjny i subiektywny oraz stanowi odzwierciedlenie osobistych doświadczeń, a ich ocena (ewaluacja życia) przekłada się na ocenę życia (Derbis, 2000; Kowalik 2000). Należy jednak pamiętać, że nawet po pewnym czasie może pociągać za sobą komplikacje zdrowotne (da Silva i in., 2016) i tym samym negatywnie kształtować poczucie jakości życia osób transpłciowych.

Chociaż w rozumieniu dostępnych klasyfikacji transpłciowość nie jest chorobą (*American Psychological Association*, 2011), to też nie jest zgodna z tradycyjną definicją zdrowia. Zdrowie nie oznacza jedynie braku choroby, lecz stan psychicznego, społecznego i fizycznego dobrostanu (Schipper, 1990). Niezgodność płci biologicznej z tą identyfikowaną może zaburzać funkcjonowanie w tych sferach (Gerymski, 2017) i tym samym negatywnie wpływać na jakość życia tych osób (Tatarkiewicz, 1979; Schipper, 1990; Trzebiatowski, 2011; Wnuk i in., 2013). Transpłciowość może stanowić problem zarówno natury psychicznej (poczucie „bycia w nie swoim ciele”), fizycznej (wymagana korekta narządów płciowych oraz stosowania terapii hormonalnej w celu uzyskania zgodności z płcią psychiczną) jak i społecznej (problemy dotyczące służby zdrowia). Według Czapińskiego (2000) poczucie jakości życia (PJŻ) wyznaczane jest za pomocą oceny indywidualnego systemu doświadczeń życiowych jednostki i poszczególnych aspektów jej życia. Zaburzenie funk-

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Rafał Gerymski, Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski, Plac Staszica 1, 45-061 Opole. rafal.gerymski@uni.opole.pl

cjonowania sfery psychicznej, fizycznej lub społecznej, zgodnie z modelem HRQoL (*Health Related Quality of Life*, Schipper, 1990; Wnuk i in., 2013), będzie negatywnie kształtować poczucie jakości życia osób transpłciowych. Na tej podstawie należałoby stwierdzić, że osoby transpłciowe będą wykazywały się niższym PJŻ w stosunku do populacji ogólnej, czyli osób cisplciowych – o zgodnej tożsamości płciowej z ich płcią biologiczną (Sigusch, 1995; Cava, 2016). Potwierdzają to dane badaczy holenderskich (Motmans, Meier, Ponnet i T'sjoen, 2012), amerykańskich (Ainsworth i Spiegel, 2010) jak i również badanie pilotażowe przeprowadzone w Polsce na mężczyznach transpłciowych (Gerymski, 2017).

Zgodnie z definicją stresu Lazarusa i Folkman (1984) niezgodność płci biologicznej z tą identyfikowaną oraz dyskryminacja na tle tożsamości płciowej (transfobia; Lombardi, 2009) mogą być formami dystresu mającymi negatywny wpływ na PJŻ osób transpłciowych. Stres ma związek z jakością życia człowieka oraz jest związany ze wsparciem społecznym (Cohen i Wills, 1985; Barreira, 1986; Helgeson, 2003), które to odgrywa istotną rolę w kształtowaniu jakości życia człowieka (Friedland, Renwick i McColl, 1996; Amir, Roziner, Knoll i Neufeld, 1999; Bastardo i Kimberlin, 2000; Sammarco, 2001; Głębocka i Szarzyńska, 2005). W sytuacji występowania wysokiego poziomu stresu, wsparcie społeczne działa jak bufor efektów tego stresu, dzięki czemu jednostka doświadczająca silnego stresu i posiadająca spore wsparcie społeczne może funkcjonować tak samo dobrze jak jednostka, która go nie doświadcza (Cohen i Wills, 1985; Helgeson, 2003). Bastardo i Kimberlin (2000) sprawdzili jaki związek istnieje pomiędzy jakością życia związaną ze zdrowiem a wsparciem społecznym w przypadku pacjentów klinicznych dotkniętych wirusem HIV. Udowodnili, że wsparcie społeczne jest istotnie powiązane z funkcjonowaniem fizycznym, zdrowiem psychicznym, witalnością czy zdrowiem ogółem (Bastardo i Kimberlin, 2000). Friedland i współpracownicy (1996) potwierdzili tę zależność wśród pacjentów z HIV i AIDS. Wykazano ją także w przypadku grupy osób transpłciowych, ukazując istotną rolę wsparcia ze strony osób bliskich w kształtowaniu jakości życia tych osób (Erich, Tittsworth, Dykes i Cabuses, 2008; Weyers i in., 2009).

Skutki dystresu mogą być również niwelowane przy pomocy nabytych form radzenia sobie ze stresem (copingu), które kształtują jakość życia jednostki (Czapiński, 1985). Strategie takie jak poszukiwanie wsparcia czy ukierunkowanie na rozwiązywanie problemów mogą obniżać odczuwany dystres – z kolei strategie unikowe takie jak wycofanie czy myślenie życzeniowe mogą go wzmacniać (Bokszczanin, 2003). Strategie copingu również odgrywają istotną rolę w ocenie wpływu dyskryminacji na dobrostan osób transpłciowych (Nuttbrock i in., 2010). Te z nich, które są ukierunkowane na emocje stanowią najlepszy predyktor zdrowia psychicznego tych osób (Grossmann, D'augelli i Frank, 2011).

Dostępne badania na innych grupach niż osoby transpłciowe pokazują, że wybrane strategie radzenia sobie ze

stresem oraz wsparcie społeczne moderują relację pomiędzy bodźcami stresogennymi a poczuciem jakości życia. Strategie zorientowane na rozwiązywanie problemów okazały się być istotnym moderatorem relacji między wiktymizacją a emocjonalnym dobrostanem (Riley, Wright, Bokszczanin, Essau, 2017). Badania na afroamerykańskich studentach pokazują istotną rolę wsparcia jako moderatora relacji stresu i PJŻ (Barnes i Lightsey, 2005). Interakcja odczuwanego stresu oraz wsparcia społecznego była istotna statystycznie również na podstawie danych uzyskanych w badaniu innej grupy studentów (Chao, 2011). Brakuje natomiast danych potwierdzających tę relację na grupie osób transpłciowych.

CEL BADANIA I HIPOTEZY

Celem przedstawionego badania była weryfikacja wsparcia społecznego i strategii radzenia sobie ze stresem jako moderatorów relacji odczuwanego stresu i poczucia jakości życia osób transpłciowych. Na podstawie przytoczonej literatury sformułowano następujące hipotezy:

- H1: Poczucie jakości życia osób transpłciowych będzie niższe niż PJŻ populacji ogólnej.
- H2: Wsparcie społeczne będzie związane z odczuwanym stresem i poczuciem jakości życia osób transpłciowych.
- H3: Wsparcie społeczne będzie moderowało relację odczuwanego stresu i poczucia jakości życia osób transpłciowych.
- H4: Strategie radzenia sobie ze stresem będą związane z odczuwanym stresem i poczuciem jakości życia osób transpłciowych.
- H5: Strategie radzenia sobie ze stresem będą moderowały relację odczuwanego stresu i poczucia jakości życia osób transpłciowych.

METODA

W celu dotarcia do osób transpłciowych postanowiono skontaktować się z polskimi instytucjami walczącymi o prawa osób transpłciowych oraz dostarczającymi informacji i wiedzy na temat tożsamości płciowej. Skontaktowano się m.in. z fundacją „Trans-Fuzja” czy przedstawicielami „Kampanii Przeciw Homofobii”. Wysłano również zapytania do większych ośrodków świadczących pomoc psychologiczną i medyczną osobom transpłciowym. Żadna z oficjalnych polskich organizacji nie wyraziła zgody lub nie ustosunkowała się do prośby o pomoc w dotarciu do tychże osób. W związku z tym poproszono administrację dwóch największych forów internetowych o tematyce tożsamości płciowej (transseksualizm.pl oraz transpomoc.pl) o możliwość rekrutacji osób badanych za pośrednictwem ich stron internetowych. Administracja tych stron wyraziła chęć pomocy w badaniu. Osoby cisplciowe rekrutowano za pośrednictwem mediów społecznościowych.

W badaniu wzięło udział 356 osób, w tym 124 osób transpłciowych między 18 a 53 rokiem życia ($M=23.60$;

$SD=6.32$). Osoby badane wypełniały kwestionariusze za pośrednictwem specjalnie przygotowanej do tego platformy, mającej na celu zapewnienie osobom badanym pełnej anonimowości. Poinformowano badanych o możliwości przerwania wypełniania kwestionariuszy w dowolnym momencie. Wszystkie osoby badane wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu.

NARZĘDZIA

Operacjonalizacji poczucia jakości życia dokonano za pomocą Skali Satysfakcji z Życia SWLS (Juczyński, 2012), będącej polską adaptacją *The Satisfaction with Life Scale* (Diener i in., 1985). Na skalę składa się z 5 pytań, na które badani odpowiadają za pomocą siedmiostopniowej skali (1 – „zdecydowanie się nie zgadzam”; 4 – „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”; 7 – „zgadzam się całkowicie”). W wersji oryginalnej narzędzie wykazuje się bardzo dobrą rzetelnością (α -Cronbacha=.87; Diener i in., 1985; Juczyński, 2012). Współczynniki rzetelności obliczone na podstawie danych własnych również potwierdzają rzetelność tego narzędzia (α -Cronbacha=.88; ω -McDonalda=.88).

Dodatkowo skorzystano z polskiej adaptacji Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 Cohena i współpracowników (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). Na narzędzie składa się 10 pytań, co do których osoby badane ustosunkowują się za pomocą pięciostopniowej skali (0 – „nigdy”; 4 – „bardzo często”). Oryginalna wersja tego narzędzia wykazuje się dobrą rzetelnością (α -Cronbacha od .78 do .86; Cohen i in., 1983; Cohen i Williamson, 1988, za: Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). w badaniu własnym narzędzie osiągnęło bardzo dobre właściwości psychometryczne (α -Cronbacha=.89; ω -McDonalda=.89).

Wykorzystano również dwie skale należące do Berlińskich Skali Wsparcia Społecznego BSSS Schwarzera i Schulza (2003) w polskiej adaptacji Łuszczyńskiej i współpracowników (2006) – postrzeganego i otrzymywanego wsparcia. Skala Spostrzeganego Dostępnego Wsparcia składa się z 8 pytań mierzących postrzegane wsparcie instrumentalne i emocjonalne za pomocą czterostopniowej skali (1 – całkowicie nieprawdziwe; 4 – całkowicie prawdziwe). Skala ta wykazuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi zarówno w wersji oryginalnej (α -Cronbacha=.85; Schwarzer i Schulz, 2003) jak i w badaniu własnym (α -Cronbacha=.95; ω -McDonalda=.95). Skala aktualnie otrzymywanego wsparcia składa się z 14 pytań dotyczących wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego oraz informacyjnego, a także jednego pytania badającego satysfakcję z otrzymywanego wsparcia społecznego, do których badani ustosunkowują się za pomocą tej samej czterostopniowej skali (Łuszczyńska i in., 2006). Skala ta ma bardzo dobre wskaźniki psychometryczne zarówno w badaniu własnym (α -Cronbacha=.94; ω -McDonalda=.94) jak i w wersji oryginalnej (α -Cronbacha=.83; Schwarzer i Schulz, 2003).

Pomiaru stosowanych przez badanych strategii copingu dokonano za pomocą Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE w adaptacji Ju-

czyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009). Narzędzie to stanowi skróconą wersję Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem COPE autorstwa Carvera, Scheiera i Weintraub (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). Na narzędzie składa się 14 skal przedstawiających różne rodzaje strategii: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne wartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, wsparcie emocjonalne partnera, wsparcie emocjonalne przyjaciół, odwracanie uwagi, zaprzeczenie, wyładowanie, obwinianie siebie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). Do 28 pytań badających 14 rodzajów strategii radzenia sobie ze stresem badani ustosunkowują się za pomocą czterostopniowej skali (0 - prawie nigdy tak nie postępuję; 3 - prawie zawsze tak postępuję). Zarówno w badaniu własnym (α -Cronbacha=.71; ω -McDonalda=.74) jak i oryginalnej wersji narzędzia inwentarz ten wykazuje się dobrymi wskaźnikami psychometrycznymi (α -Cronbacha=.70; Carver, 1997; Nunnally i Bernstein, 1994, za: Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009).

WYNIKI

Na wstępie postanowiono zweryfikować hipotezę traktującą o niższym poczuciu jakości życia osób transpłciowych w stosunku do osób cispłciowych. Dodatkowo poddano analizie również poziom odczuwanego stresu oraz otrzymywanego i postrzeganego wsparcia. Analiza ANOVA wykazała występowanie statystycznie istotny różnic w przypadku wszystkich czterech zmiennych. Dokładne dane przedstawia Tabela 1.

Tabela 1
Porównanie grup osób badanych przy użyciu analizy ANOVA (N=355)

	$F_{3,331}$	p	η^2	$\eta^2 p$	ω^2
Poczucie jakości życia	21.60	<.001	.164	.164	.156
Odczuwany stres	5.41	.001	.047	.047	.038
Otrzymywane wsparcie	7.86	<.001	.066	.066	.058
Postrzegane wsparcie	8.56	<.001	.072	.072	.063

Analiza *post-hoc* HSD Tukey'a (zob. Tabela 2) wskazała na statystycznie istotne różnice w poczuciu jakości życia pomiędzy kobietami cispłciowymi (\bar{x} =20.82; SD =5.97) a kobietami transpłciowymi (\bar{x} =15.80; SD =6.25) oraz mężczyznami cispłciowymi (\bar{x} =21.82; SD =5.75) a mężczyznami transpłciowymi (\bar{x} =15.46; SD =7.54). Osoby transpłciowe uzyskiwały niższe wyniki skali SWLS niż osoby cispłciowe. Wyniki te pozwalają uznać H1 za potwierdzoną. Nie zaobserwowano istotnych różnic w PJŻ pomiędzy kobietami transpłciowymi a mężczyznami transpłciowymi oraz kobietami cispłciowymi i mężczyznami cispłciowymi. Co więcej, zaobserwowano, że mężczyźni transpłciowi (\bar{x} =22.80; SD =10.10) uzyski-

Tabela 2
Wyniki analizy *post-hoc* HSD Tukey'a (N=355)

		Poczucie jakości życia			Odczuwany stres			Otrzymywane wsparcie			Postrzegane wsparcie		
		\bar{x} diff.	t_{331}	p_{Tukey}	\bar{x} diff.	t_{331}	p_{Tukey}	\bar{x} diff.	t_{331}	p_{Tukey}	\bar{x} diff.	t_{331}	p_{Tukey}
K	M	-99	-1.13	.671	1.80	1.57	.395	3.99	2.82	.026	1.64	1.95	.210
	M/K	5.02	4.29	<.001	-1.58	-1.03	.730	6.27	3.32	.006	4.56	4.06	<.001
	K/M	5.37	5.78	<.001	-2.97	-2.45	.071	6.69	4.45	<.001	3.73	4.17	<.001
M	M/K	6.01	5.11	<.001	-3.38	-2.20	.125	2.28	1.20	.628	2.92	2.58	.050
	K/M	6,36	6.77	<.001	-4.77	-3.89	<.001	2.70	1.78	.287	2.09	2.31	.098
M/K	K/M	.35	.29	.992	-1.39	-.88	.817	.42	.21	.997	1.17	-.71	.892

K – kobieta; M – mężczyzna; M/K – kobieta transpłciowa; K/M – mężczyzna transpłciowy; \bar{x} diff. – różnica średniej

wali istotnie wyższe wyniki skali odczuwanego stresu w stosunku do mężczyzn cisplciowych (\bar{x} =18.10; SD =7.45). W przypadku otrzymywanego wsparcia społecznego kobiety cisplciowe otrzymywały istotnie wyższe wyniki (\bar{x} =47.00; SD =9.18) w stosunku do kobiet transpłciowych (\bar{x} =40.70; SD =10.60) i mężczyzn transpłciowych (\bar{x} =40.30; SD =12.60). Postrzegane wsparcie społecznie różnicowało istotnie osoby cisplciowe i transpłciowe. Kobiety cisplciowe (\bar{x} =26.40; SD =5.40) uzyskiwały istotnie wyższe wyniki w stosunku do kobiet transpłciowych (\bar{x} =21.80; SD =6.36) i mężczyzn transpłciowych (\bar{x} =22.70; SD =7.38), a mężczyźni cisplciowi (\bar{x} =24.70; SD =5.59) w stosunku do kobiet transpłciowych.

W kolejnym kroku postanowiono zweryfikować związek poczucia jakości życia, odczuwanego stresu, wsparcia społecznego oraz stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem dla grupy osób transpłciowych. Odczuwany stres był istotnie, silnie i ujemnie związany z poczuciem jakości życia. Otrzymywane i postrzegane wsparcie społeczne były istotnie, umiarkowanie i dodatnio związane z jakością życia a ujemnie z poziomem odczuwanego stresu. Wśród strategii radzenia sobie ze stresem tylko strategie poczucie humoru oraz zajmowanie się czymś innym okazały się być związane w sposób nieistotny zarówno z poczuciem jakości życia jak i odczuwanym stresem. Nie zaobserwowano związku odczuwanego stresu ze strate-

Tabela 3
Wyniki analizy korelacji r Pearsona wybranych zmiennych dla grupy osób transpłciowych (N=124)

	Poczucie jakości życia		Odczuwany stres	
	r	p	r	p
Odczuwany stres	-.66	<.001	–	–
Otrzymywane wsparcie	.48	<.001	-.34	<.001
Postrzegane wsparcie	.49	<.001	-.37	<.001
Coping - Aktywne radzenie sobie	.53	<.001	-.54	<.001
Coping - Planowanie	.52	<.001	-.47	<.001
Coping - Pozytywne przewartościowanie	.47	<.001	-.40	<.001
Coping - Akceptacja	.31	<.001	-.33	<.001
Coping - Poczucie humoru	.09	.299	-.13	.157
Coping - Zwrot ku religii	.21	.019	-.07	.422
Coping - Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	.38	<.001	-.22	.013
Coping - Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	.23	.011	-.16	.068
Coping - Zajmowanie się czymś innym	.07	.441	.09	.314
Coping - Zaprzeczenie	-.23	.009	.30	.001
Coping - Wylądowanie	-.30	.001	.62	<.001
Coping - Zażywanie substancji psychoaktywnych	-.20	.030	.29	.001
Coping - Zaprzestanie działań	-.53	<.001	.60	<.001
Coping - Obwinianie siebie	-.55	<.001	.55	<.001

Tabela 4
Wyniki bootstrappowanej analizy moderacji z użyciem makra PROCESS dla grupy osób transpiciowych (N=124)

	<i>b</i>	<i>SE_{boot}</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LLCI_{boot}</i>	<i>ULCI_{boot}</i>	<i>F_{3,120}</i>	<i>p</i>	<i>R²</i>	<i>zmiana R²</i>
Odczuwany stres	-.44	.05	-8.22	<.001	-.544	-.333				
Otrzymywane wsparcie	.18	.04	4.38	<.001	.096	.257	43.83	<.001	.52	
Interakcja	-.01	.01	-1.39	.167	-.013	.001				.01
Odczuwany stres	-.43	.06	-7.75	<.001	-.539	-.320				
Potrzymane wsparcie	.28	.07	4.09	<.001	.147	.422	42.34	<.001	.51	
Interakcja	-.01	.01	-.99	.323	-.021	.007				.01
Odczuwany stres	-.43	.06	-6.99	<.001	-.553	-.309				
Aktywne radzenie sobie	1.93	.67	3.06	.003	.682	3.179	38.72	<.001	.49	
Interakcja	.07	.06	1.18	.242	-.045	.178				.01
Odczuwany stres	-.42	.06	-6.95	<.001	-.543	-.303				
Planowanie	2.19	.62	3.52	<.001	.960	3.435	39.81	<.001	.50	
Interakcja	-.01	.06	-.12	.904	-.129	.115				.01
Odczuwany stres	-.45	.06	-7.84	<.001	-.559	-.334				
Pozytywne przewartościowanie	1.91	.57	3.36	.001	.782	3.039	38.99	<.001	.49	
Interakcja	-.01	-.05	-.11	.913	-.107	.096				.01
Odczuwany stres	-.50	.06	-8.41	<.001	-.621	-.385				
Akceptacja	.98	.73	1.34	.181	-.465	2.426	33.33	<.001	.45	
Interakcja	.02	.07	.31	.758	-.128	.175				.01
Odczuwany stres	-.51	.05	-9.33	<.001	-.618	-.402				
Poczucie humoru	.04	.64	.07	.946	-.235	1.322	32.83	<.001	.45	
Interakcja	-.08	.07	-1.18	.238	-.210	.052				.01
Odczuwany stres	-.53	.06	-8.82	<.001	-.642	-.407				
Zwrot ku religii	1.47	.62	2.37	.019	.245	2.703	35.60	<.001	.47	
Interakcja	-.04	.11	-.34	.731	-.249	.175				.01
Odczuwany stres	-.48	.05	-9.05	<.001	.858	2.889				
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	1.87	.51	3.65	.845	-.137	.111	39.98	<.001	.49	
Interakcja	-.01	.06	-.19	<.001	-.553	-.309				.01
Odczuwany stres	-.43	.06	-6.99	<.001	-.553	-.308				
Poszukiwanie wsparcia instrumental.	1.93	.63	3.06	.002	.682	3.178	38.72	<.001	.49	
Interakcja	.06	.05	1.17	.242	-.045	.178				.01
Odczuwany stres	-.53	.05	-10.01	<.001	.636	-.426				
Zajmowanie się czymś innym	1.12	.57	1.96	.051	-.008	2.253	34.56	<.001	.46	
Interakcja	.04	.06	.68	.494	-.078	.161				.01
Odczuwany stres	-.52	.06	-9.16	<.001	-.635	-.409				
Zaprzeczenie	-.17	.67	-.29	.797	-1.495	1.151	34.41	<.001	.45	
Interakcja	-.04	.07	-.65	.516	-.187	.094				.01
Odczuwany stres	-.64	.07	-9.50	<.001	-.771	-.505				
Wyładowanie	1.67	.70	2.37	.019	.273	3.061	37.29	<.001	.49	
Interakcja	-.12	.06	-2.09	.038	-.233	-.006				.02
Odczuwany stres	-.52	.06	-9.39	<.001	-.633	-.413				
Zażywanie substancji psychoaktywnych	.11	.52	.21	.932	-.927	1.149	32.37	<.001	.45	
Interakcja	-.04	.05	-.81	.418	-.149	.063				.01

Odczuwany stres	-.44	.07	-6.55	<.001	-.574	-.308			
Zaprzestanie działań	-1.37	.65	-2.12	.036	-2.655	-.090	36.10	<.001	.47
Interakcja	-.05	.06	-.82	.413	-.168	.069			.01
Odczuwany stres	-.42	.06	-6.92	<.001	-.540	-.299			
Obwinianie siebie	-1.98	.57	-3.49	<.001	-3.101	-.854	41.04	<.001	.50
Interakcja	-.09	.06	-1.71	.089	-.204	.015			.01

giami zwrotu ku religii oraz poszukiwania wsparcia instrumentalnego. Dokładne dane zostały przedstawione w Tabeli 3. Na tej podstawie można uznać H2 za potwierdzoną, a H4 za częściowo potwierdzoną.

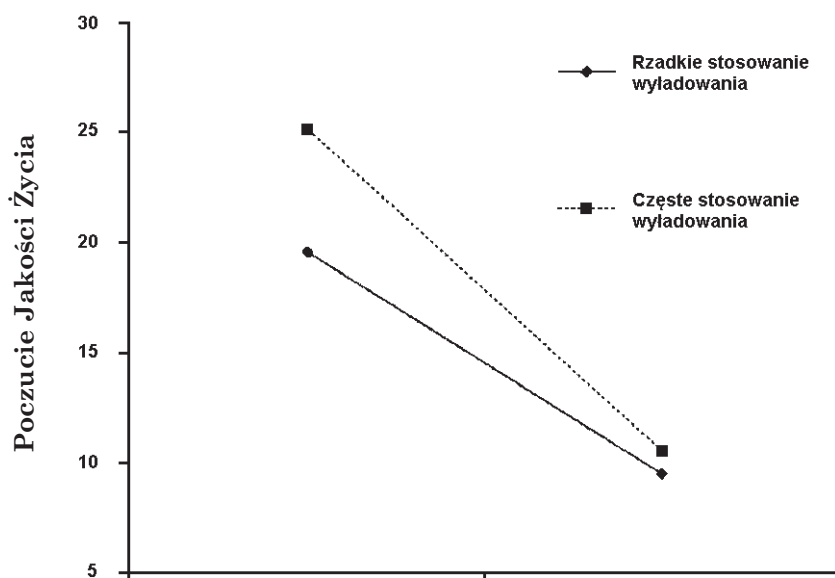
W celu weryfikacji hipotez moderacyjnych posłużono się makrem PROCESS w wersji 3.2 (Hayes, 2017). Zastosowano metodę bootstrappingu z zadeklarowaną liczbą prób 5000 (Preacher i Hayes, 2008) z użyciem metody *bias-corrected and accelerated* (BCa; MacKinnon, Lockwood i Williams, 2004). Dokładne dane przedstawia Tabela 4.

Analiza wykazała, że zarówno otrzymywane jak i postrzegane wsparcie społeczne nie stanowiły statystycznie istotnych moderatorów relacji odczuwanego stresu i poczucia jakości życia. Na 14 strategii radzenia sobie ze stresem tylko jedna okazała się być statystycznie istotnym moderatorem – wyładowanie. Efekt moderacyjny skali wyładowanie wyjaśnia 49% wariancji. Jest on istotny statystycznie w przypadku niskiej ($b=-.54$; $SE=.08$; $t=-7.15$; $p<.001$; $LLCI=-.684$; $ULCI=-.388$), umiarkowanej ($b=-.64$; $SE=.07$; $t=-9.50$; $p<.001$; $LLCI=-.771$; $ULCI=-.505$) i wysokiej wartości moderatora ($b=-.74$; $SE=.09$;

$t=-8.19$; $p<.001$; $LLCI=-.919$; $ULCI=-.561$). Interakcje zostały zobrazowane na Rycinie 1. W przypadku niskiego poziomu odczuwanego stresu osoby transpłciowe stosujące strategie wyładowanie cechuje wyższe PJŻ. Gdy poziom odczuwanego stresu jest wysoki to skuteczność tej strategii jest znacznie słabsza i wpływ odczuwanego stresu na PJŻ jest większy. Na podstawie powyższych wyników należy uznać H3 za niepotwierdzoną a H5 za potwierdzoną częściowo.

DYSKUSJA WYNIKÓW I PODSUMOWANIE

Badanie miało na celu weryfikację wsparcia społecznego i strategii radzenia sobie ze stresem jako moderatorów relacji odczuwanego stresu i poczucia jakości życia osób transpłciowych. Potwierdzono niektóre ze sformułowanych hipotez. Osoby transpłciowe uzyskiwały niższe wyniki skali SWLS w stosunku do osób cisplciowych. Odczuwany stres, postrzegane i otrzymywane wsparcie społeczne oraz większość strategii copingu było związanych z poczuciem jakości życia osób transpłciowych. Wsparcie społeczne oraz 13 strategii radzenia sobie ze



Ryc. 1. Interakcja strategii wyładowanie oraz odczuwanego stresu jako predyktorów poczucia jakości życia osób transpłciowych (N=124)

stresem nie okazało się być statystycznie istotnymi moderatorami relacji odczuwanego stresu i PJŻ tychże osób. Tylko strategia wyladowanie istotnie nasilała wpływ stresu na poczucie jakości życia osób transpłciowych.

Porównania międzygrupowe wykazały, że osoby transpłciowe charakteryzowały się niższym PJŻ w stosunku do osób cisplciowych, co jest zgodne z danymi przedstawionymi we wstępie teoretycznym. Transpłciowość powoduje przewlekły dyskomfort psychiczny już od wieku przedszkolnego (Hędzelek, 2010). Osoby transpłciowe mogą czuć wstręt w stosunku do własnej cielesności, co zapewne przekłada się na ich poczucie jakości życia (Hędzelek, 2010). Jest to zgodne z modelem *Health Related Quality of Life*, w którym to również sfera fizyczna stanowi o subiektywnej ocenie życia (Trzebiatowski, 2011).

Osoby transpłciowe w Polsce zmagają się z dyskryminacją nawet na tle opieki zdrowotnej – odmawia się im wykonania badań, kieruje kobiety transpłciowe na męskie oddziały szpitalne czy też narusza poufność ich informacji osobistych (Kowalczyk, Rodzinka i Krzystanek, 2016) – tym samym odmawia im się osiągnięcia pełni zdrowia. Transfobia może z kolei prowadzić do powstawania problemów natury psychicznej. Prawdopodobnie stanowi to uzasadnienie wyższych wyników odczuwanego stresu osób transpłciowych w stosunku do osób cisplciowych. Członkowie społeczności LGBT częściej doświadczają samotności niżeli osoby heteroseksualne (Kowalczyk, Rodzinka i Krzystanek, 2016). Może to oznaczać, że nie posiadają oni wystarczającej ilości wsparcia, która mogłaby niwelować negatywny wpływ przewlekłego stresu na ich PJŻ, co tym samym sprawia, że charakteryzują się oni gorszym dobrostanem w stosunku do populacji ogólnej.

Kobiety transpłciowe nie wykazywały się istotnie wyższym poziomem odczuwanego stresu w stosunku do kobiet cisplciowych. Z kolei mężczyźni transpłciowi wykazywali się istotnie wyższym poziomem odczuwanego stresu w stosunku do mężczyzn cisplciowych. Być może spowodowane jest to tym, że upodobnienie się do mężczyzny przez kobiety może być znacznie trudniejsze niż w sytuacji odwrotnej. Mężczyźni transpłciowi, zwłaszcza Ci niepodlegający korekty płci, obwiązują często swoją klatkę piersiową w celu ukrycia piersi. Bez stosowania terapii hormonalnej nie są w stanie zapuścić zarostu na twarzy – który stanowi jeden ze stereotypów męskości. Dodatkowo mogą wybierać ubrania o zbyt dużych rozmiarach, w celu ukrycia kobiecej figury. Istnieje możliwość, że codzienne przygotowania i ukrywanie własnego ciała dostarczają mężczyznom transpłciowym dużej ilości dystresu. W przypadku kobiet transpłciowych sytuacja jest zupełnie inna – starają się one wyeksponować atuty kobiecości. Jeśli nie podejmują korekty płci, to mogą stosować wkłady biustonoszowe czy też specjalne wkładki powiększające biodra i pośladki. Nie ukrywają one swojego ciała, tak jak zdają się to robić mężczyźni transpłciowi, a starają się je dodatkowo wyeksponować – co może pozytywnie wpływać na ich funkcjonowanie.

Niestety, kwestie te nie stanowią przedmiotu zainteresowania badaczy zajmujących się transpłciowością, dlatego należy traktować powyższe przemyślenia jedynie jako propozycję wyjaśnienia uzyskanych wyników.

Zaobserwowano również, że kobiety transpłciowe korzystały istotnie mniej wsparcia w stosunku do kobiet cisplciowych. Nie zaobserwowano podobnej relacji pomiędzy mężczyznami transpłciowymi a mężczyznami cisplciowymi. Burke i Weir (1978) zwracają uwagę, że kobietom znacznie bardziej zależy na akceptacji ze strony innych. Potwierdzałyby to zdanie Głębockiej i Szarzyńskiej (2005) mówiące o tym, że kobiety są bardziej nastawione na budowanie sieci więzi społecznych i relacji emocjonalnych – w przeciwieństwie do mężczyzn, którzy to mniej skupiają się na budowaniu relacji opartych na bliskości emocjonalnej. Z uwagi na poszukiwanie szerokiej sieci wsparcia społecznego, kobiety transpłciowe mogą być bardziej narażone na rozczarowanie pozyskiwanym wsparciem w stosunku do mężczyzn transpłciowych, którzy mogą podlegać potencjalnie mniejszemu wpływowi braku akceptacji ze strony innych. Dane empiryczne dostarczone przez badania podłużne pozwalają stwierdzić, że kobiety są bardziej czule na negatywny wpływ wsparcia społecznego o niskiej jakości (Kendler, Myers i Prescott, 2005). Tym samym kobiety transpłciowe mogą postrzegać otrzymywane i postrzegane wsparcie społeczne bardziej krytycznie niż robią to mężczyźni transpłciowi.

Brak istotności testowanego modelu moderacyjnego odczuwanego i postrzeganego wsparcia społecznego zdaje się mieć swoje uzasadnienie zarówno od strony statystycznej jak i psychologicznej. Baron i Kenny (1986) twierdzą, że moderacja jest najbardziej widoczna wtedy, gdy związek zmiennej niezależnej i moderatora ma znamiona związku słabego oraz, gdy związek zmiennej niezależnej z zależną jest nieistotny statystycznie. Założenia te nie zostały spełnione w przypadku uzyskanych danych, gdyż relacje pomiędzy zmiennymi przyjmowały znamiona związków o umiarkowanej sile. Od strony psychologicznej zaś wyjaśnienia może dostarczać hipoteza buforowania. Jak podają Cohen i Wills (1985), wsparcie społeczne jest istotnym i ważnym moderatorem tylko wtedy, gdy istnieje związek pomiędzy rodzajem otrzymywanego wsparcia a źródłem stresu. Na podstawie przedstawionych danych nie wiadomo, co jest źródłem stresu osób transpłciowych, jednakże można przypuszczać, że w większości przypadków będzie to ich tożsamość płciowa – a dokładniej niezgodność płci biologicznej z tą psychologiczną. Być może źródło otrzymywanego przez nich wsparcia społecznego nie jest adekwatne do tego stresora. Nie zbadano jakiego rodzaju wsparcia oczekują osoby badane ani też z jakich źródeł pochodzi otrzymywane przez nich wsparcie. Nie wiadomo również, na ile uzyskiwane przez nich wsparcie, jest skuteczne. Być może osoby transpłciowe oczekują wsparcia ze strony wykwalifikowanych specjalistów. Jak wspomniano we wstępie, są one dyskryminowane przez służbę zdrowia, więc realnie otrzymywane przez nich wsparcie może nie być tym, którego pożądamy. Wyni-

ki te zdaje się potwierdzać nieistotna moderacja strategii radzenia sobie ze stresem związanych z pozyskiwaniem wsparcia.

Tylko jedna ze strategii radzenia sobie ze stresem okazała się być istotnym moderatorem relacji odczuwanego stresu i poczucia jakości życia – wyładowanie. Polega ono na uzewnętrznianiu swoich negatywnych emocji (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009) i jest uważana za strategię dysfunkcyjną (Carver, Scheier i Weintraub, 1989). Zdaniem Blaneya i współpracowników (1997) stosowanie tej strategii jest związane ze zwiększającym się wraz z upływem czasu poziomem dystresu. Chociaż dzielenie się uczuciami jest czymś pozytywnym i pożądanym to wyrażanie uczuć negatywnych może destruktywnie wpływać na jednostkę, jeśli sposób, w jaki są one wyrażane, wywołuje jej dalsze cierpienie (Turner-Cobb i in., 2002).

Pozostałe strategie mogą być nieskuteczne, gdyż niezgodność płci biologicznej z tą identyfikowaną wymaga specyficznej formy oddziaływania – takiej jak wspomniane wcześniej wsparcie ze strony specjalistów. Przy założeniu, że poczucie jakości życia osób transpłciowych będzie zależne od ich dążeń do osiągnięcia identyfikowanej płci, to badane strategie radzenia sobie ze stresem nie pomagają w tym bezpośrednio. Tylko strategia wyładowanie może być związana bezpośrednio z identyfikacją płciową. Prawdopodobnie osoby transpłciowe uzewnętrzniają swoje emocje związane z ich płciowością, co może przypominać im o nieadekwatności ich płci biologicznej z tą identyfikowaną. Mogą to potwierdzać uzyskane wyniki analizy moderacji pokazujące, że stosowanie tej strategii nasila oddziaływanie odczuwanego stresu jako predyktora poczucia jakości życia osób transpłciowych.

W przypadku dalszych badań warto się zastanowić nad zmianą operacjonalizacji niektórych zmiennych. Należałoby dokonać dogłębszej eksploracji PJŻ osób transpłciowych, przy użyciu Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia KPJŻ autorstwa Straś-Romanowskiej, Oleszkowicz i Frąckowiaka (2004) badającego obszary PJŻ związane ze sferą psychofizyczną, psychospołeczną, podmiotową i metafizyczną. Warto również zastosować Skalę Wsparcia Społecznego autorstwa Kmiecik-Baran (1995), pozwalającą na ocenę rodzajów otrzymywanego wsparcia społecznego. Powinno się również wziąć pod uwagę wpływ dyskryminacji na poczucie jakości życia osób transpłciowych, która to zdaniem Lombardi (2009), stanowi istotny moderator jakości życia dorastających osób transpłciowych.

LITERATURA

- Abramowitz, S.I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 2, 183-189.
- Ainsworth, T.A., Spiegel, J.H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research, 19*, 7, 1019-1024.
- American Psychological Association. (2011). Answers to your questions about transgender people, gender identity, and gender expression. Pozyskano z: <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.aspx>
- Amir, M., Roziner, I., Knoll, A., Neufeld, M.Y. (1999). Self-efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia, 40*, 2, 216-224.
- Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Bastardo, Y.M., Kimberlin, C.L. (2000). Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *Aids Care, 12*, 5, 673-684.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology, 14*, 4, 413-445.
- Barnes, P.W., Lightsey Jr, O.R. (2005). Perceived racist discrimination, coping, stress, and life satisfaction. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 33*, 1, 48-61.
- Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 6, 1173.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. Nowy Jork: The Julian Press, Inc. Publishers.
- Blaney, N.T., Goodkin, K., Feaster, D., Morgan, R., Millon, C., Szapocznik, J., Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early HIV-1 infection: The role of life stressors, social support and coping. *Psychology and Health, 12*, 5, 633-653.
- Bokszczanin, A. (2003). The role of coping strategies and social support in adolescent's well-being after a flood. *Polish Psychological Bulletin, 34*, 2, 67-72.
- Burke, R.J., Weir, T. (1978). Sex differences in adolescent life stress, social support, and well-being. *The Journal of Psychology, 98*, 2, 277-288.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*, 1, 92-100.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 2, 267-283.
- Cava, P. (2016). Cisgender and cissexual. W: N. Naples, N. R.C. Hoogland, M. Wickramasinghe, W.C.A. Wong (red.), *The Wiley Blackwell encyclopedia of gender and sexuality studies* (s. 1-4). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Chao, R.C.L. (2011). Managing stress and maintaining well-being: Social support, problem-focused coping, and avoidant coping. *Journal of Counseling & Development, 89*, 3, 338-348.
- Cohen, S. Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 4, 385-396.
- Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 2, 310-357.
- Czapiński, J. (1985). *Wartościowanie-zjawisko inklinacji pozytywnej*. Wrocław: Ossolineum.

- Czapiński, J., Panek, T. (2000). *Diagnoza społeczna 2000. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- da Silva, D.C., Schwarz, K., Fontanari, A.M.V., Costa, A.B., Massuda, R., Henriques, A.A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T.E., Lobato, M.I.R. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 6, 988-993.
- Derbis, R. (2000). *Doświadczenie codzienności: poczucie jakości życia, swoboda działania, odpowiedzialność, wartości osób bezrobotnych*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1, 71-75.
- Dynarski, W., Jąderek, I. (2015). *Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce – raport z badań*. Warszawa: Fundacja Trans-Fuzja.
- Erich, S., Tittsworth, J., Dykes, J., Cabuses, C. (2008). Family relationships and their correlations with transsexual well-being. *Journal of GLBT Family Studies*, 4, 4, 419-432.
- Fajkowska-Stanik, M. (2001). *Transseksualizm i rodzina: przekaz pokoleniowy wzorów relacyjnych w rodzinach transseksualnych kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.
- Friedland, J., Renwick, R., McColl, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 8, 1, 15-32.
- Gerymski, R. (2017). Influence of the sex reassignment on the subjective well-being of transgender men – results of the pilot study and discussion about future research. *Przegląd Seksuologiczny*, 4, 52, 10-16.
- Głębocka, A., Szarzyńska, M. (2005). Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska*, 13, 4, 255-259.
- Grossman, A.H., D'augelli, A.R., Frank, J.A. (2011). Aspects of psychological resilience among transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, 8, 2, 103-115.
- Hayes, A.F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Nowy Jork: Guilford Publications.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 1, 25-31.
- Hędzalek, D. (2010). Postępowanie psychologiczne i medyczne w procesie korekty płci u osób transseksualnych. W: M., Cybulski, W., Strzelecki (red.), *Psychologia w naukach medycznych* (s. 125-132). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kendler, K.S., Myers, J., Prescott, C.A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2, 250-256.
- Kmiecik-Baran, K. (1995). Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 38, 201-214.
- Kowalczyk, R., Rodzinka, M., Krzystanek, M. (2016). *Zdrowie LGBT – przewodnik dla kadry medycznej*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.
- Kowalik, S. (2000). Jakość życia psychicznego. W: R., Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia* (s. 11-32). Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Lawrence, A.A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 4, 299-315.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nowy Jork: Springer Publishing Company.
- Lew-Starowicz, Z. (2010). *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lombardi, E. (2009). Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia. *Journal of Homosexuality*, 56, 8, 977-992.
- Łuszczynska, A., Mazurkiewicz, M., Kowalska, M., Schwarzer, R. (2006). Berlińskie skale wsparcia społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne*, 44, 3, 17-27.
- MacKinnon, D.P., Lockwood, C.M., Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 1, 99-128.
- Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., T'sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 3, 743-750.
- Murad, M.H., Elamin, M.B., Garcia, M.Z., Mullan, R.J., Murad, A., Erwin, P.J., Montori, V.M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72, 2, 214-231.
- Nuttbrock, L., Hwang, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47, 1, 12-23.
- Preacher, K.J., Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Robacha, A. (2018). Transseksualizm. W: M., Lew-Starowicz, Z., Lew-Starowicz, V., Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 287-298). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24, 3, 212-219.
- Schwarzer, R., Schulz, U. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49, 2, 73-82.
- Riley, F., Wright, M., Bokszczanin, A., Essau, C.A. (2017). Poly-victimization in Polish adolescents: Risk factors and the moderating role of coping. *Journal of Interpersonal Violence*. Advance online publication. doi: 10.1177/0886260517696868
- Schipper, H. (1990). Quality of life: principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8, 2-3, 171-185.
- Sigusch, V. (1995). Transsexual wish and and cis-sexual defense. *Psyche*, 49, 9-10, 811-837.

- Straś-Romanowska, M., Oleszkiewicz, A., Frackowiak, T. (2004). *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia*. Wrocław: Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Sullivan, C.B.L., Bradley, S., Zucker, K.J. (1995). Gender identity disorder (transsexualism) and transvestitism. W: V.B., Van Hasselt, M., Hersen (red.), *Handbook of adolescent psychopathology: a guide to diagnosis and treatment* (s. 528-558). Nowy Jork: Lexington Books.
- Tatarkiewicz, W. (1979). *O szczęściu*. Warszawa: PWN.
- Trzebiatowski, J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46, 1, 25-31.
- Turner-Cobb, J.M., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israelski, D., Spiegel, D. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 4, 337-353.
- Wnuk, M., Zielonka, D., Purandare, B., Kaniewski, A., Klimberg, A., Ulatowska-Szostak, E., Palicka, E., Zarzycki, A., Kaminiarz, E. (2013). Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia*, 48, 1, 10-16.
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 3, 752-760.