

Anna Kaczmarska, Helena Wrona-Polańska

Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

# Zasoby podmiotowe jako wyznaczniki zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę

*Subjective resources as health determinants in people supporting leukemia patients*

## Abstract

**Introduction.** The article presents problematic aspects related to subjective health level in people supporting leukemia patients and the relationship between their subjective resources and their health.

**Material and methods.** In the study the following has been used: estimation scales used to measure subjective level of health, as well as The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by Spielberger, Strelau, Tysarczyk and Wrześniewski, Sense of Coherence Scale (SOC-29) by Antonovsky, and Rosenberg Self Esteem Scale.

**Results.** As indicated by the results, respondents' subjective level of health is at an average level, 10 respondents have experienced health deterioration since the diagnosis of leukemia in a close relative was posted. Respondents are characterized by a low subjective quality of life. The relation between a high level of subjective health and a high sense of coherence, high self-esteem and lower level of trait anxiety has been demonstrated. A positive correlation between the time elapsed after a diagnosis and the level of health and self-esteem of respondents has been observed.

**Conclusions.** The ability to use and increase resources possessed by the respondents is crucial for their health. Psychological support is required not only by leukemia patients, but also people supporting those patients.

**Psychiatry 2016; 13, 2: 55–62**

**Key words:** health, resources, people supporting patients with leukemia

## Wstęp

Choroba nowotworowa to nowa i trudna sytuacja dla pacjenta, ale również dla osób z jego najbliższego otoczenia. Samo podejrzenie choroby, a później jej potwierdzenie wiąże się z przeżywaniem stresu przez osobę nią dotkniętą oraz jej bliskich. Choroby nowotworowe stanowią ogromne zagrożenie dla współczesnego człowieka. Szacuje się, że w Polsce obecnie choruje na nowotwór 130 tys. osób rocznie. Medycyna ratuje w ciągu roku około 30 tys. chorych [1]. Według „Prognoz zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe

w Polsce do 2025 roku” opracowanych przez Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie liczba zachorowań na nowotwór zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn będzie wzrastać. Pomimo znacznego postępu w medycynie w zakresie leczenia nowotworów, nadal w społeczeństwie występują silne negatywne i lękowe postawy związane z rakiem [2, 3]. Obecna sytuacja wymaga zmiany stereotypu myślenia dotyczącego równoważenia nowotworu ze śmiercią [3–5]. Negatywny obraz choroby potęguje lęk przed cierpieniem i śmiercią u samych chorych, jak również u osób wspierających. Lęk związany z zagrożeniem życia z powodu choroby nowotworowej i niska świadomość możliwości wyleczenia wiążą się z poczuciem stygmatyzacji chorobą. Choroba somatyczna powoduje znaczne zmiany w psychicznym i fizycznym funkcjonowaniu człowieka chorego oraz jego bliskich. Zmagają się oni

## Adres do korespondencji:

mgr Anna Kaczmarska  
Instytut Nauk o Wychowaniu  
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN  
ul. Ingardena 4, 30–060 Kraków  
tel.: 502 107 970  
e-mail: anna.kaczmarska@interia.eu

z niepewnością dotyczącą rokowania w chorobie, lękiem związanym z bezpośrednim zagrożeniem życia członka rodziny. Zarówno pacjent, jak i jego bliscy doświadczają poczucia osamotnienia, stanów depresyjnych, poczucia bezradności i braku kontroli. Choroba nowotworowa zaburza dotychczasowe funkcjonowanie rodziny, powodując ostry kryzys lub może być dodatkowym czynnikiem zaburzającym [6]. Z powodu choroby następuje reorganizacja w życiu rodzinnym i zawodowym, przewartościowanie systemu wartości, zmiana w zakresie pełnienia dotychczasowych ról [7]. Pacjentowi oraz jego bliskim często towarzyszy lęk, który dotyczy niepewności powrotu do zdrowia chorego. Wiąże się z dużym obciążeniem psychofizjologicznym dla chorego, jak również osób towarzyszących pacjentowi [8, 9].

W procesie radzenia sobie z trudną sytuacją, którą zdecydowanie stanowi diagnoza choroby nowotworowej, niezwykle istotne jest twórcze podejście do problemu, w którym szczególną rolę pełnią zasoby podmiotowe, behawioralne i sytuacyjne [10, 11]. Takie rozumienie radzenia sobie ze stresem w kontekście posiadanych zasobów jest zgodne z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia Wrony-Polańskiej z 2003 roku opierającym się na transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkmana oraz modelu salutogenezy Antonovsky'ego i twórczym rozwiązywaniu problemów (TRoP) Nęckiej. To jednostka jako kreator swojego zdrowia decyduje, czy dana sytuacja stresowa będzie postrzegana w kategoriach wyzwania, czy zagrożenia. Twórcze radzenie oznacza elastyczne podejście do problemu pozwalające człowiekowi na odzyskanie i utrzymanie zdrowia. W Funkcjonalnym Modelu Zdrowia Wrony-Polańskiej skuteczne radzenie sobie (zmaganie) ze stresem oraz wysoki poziom zasobów zapewniają utrzymanie zdrowia. Natomiast nieskuteczne radzenie sobie ze stresem prowadzi do utraty zdrowia. Sytuacja ta wynika z deficytów w zasobach, wiąże się z koncentracją na negatywnych emocjach oraz brakiem podejmowania zachowań prozdrowotnych.

Jakie czynniki psychologiczne warunkują zatem skuteczne radzenie sobie ze stresem i zachowanie zdrowia przez osoby zajmujące się chorymi na białaczkę? Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia podstawowym źródłem zdrowia jest osobowość prozdrowotna, czyli złożona zmienna reprezentująca zasoby poznawcze: poczucie koherencji, poczucie spostrzeganej kontroli — związane z pozytywną oceną zdarzeń i sytuacji, a także kontrolę wtórną — typu doznawania oraz pozytywną samoocenę. Osobowość prozdrowotna wiedzie trzema ścieżkami do zdrowia:

1) kompetencyjną — poprzez skuteczne strategie i obrony, co pozwala ocenić trudność jako zadanie do rozwiązania — dodatkowo jest wspomagana przez zdrowy styl życia;

2) napięciową — poziom zdrowia zależy w dużej mierze od przeżywanego stresu, skuteczne rozwiązywanie problemów redukuje napięcie stresowe;

3) emocjonalną — pozytywnych emocji, wspomagana przez osobowość prozdrowotną, a zasilana przez zasoby materialne i sytuacyjne.

Funkcjonalny Model Zdrowia wskazuje, że kluczową rolę w kreowaniu zdrowia mają zasoby podmiotowe poznawcze oraz skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem. Stres w życiu współczesnego człowieka jest wszechobecny. Zdrowie w świetle koncepcji systemowych określa się jako proces równoważenia wymagań zewnętrznych z zasobami jednostki [12]. Istotny wpływ na poziom zdrowia ma zatem skuteczne radzenie sobie ze stresem [13, 14]. Należy podkreślić, że stres nie tylko zaburza funkcjonowanie jednostki, może także prowadzić do rozwoju osobowości poprzez mobilizację zasobów [10, 11]. Choroba jest jednym z najbardziej stresogennych wydarzeń w życiu każdego człowieka. Wiadomość o ciężkiej chorobie dotyczącej własnej osoby lub kogoś bliskiego zwykle wywołuje negatywne emocje, poczucie zagrożenia, bezradność i lęk. Sytuacja choroby niewątpliwie wiąże się z przeżywaniem stresu, z którym w zależności od predyspozycji osobowościowych jednostka radzi sobie w różny sposób [15–17]. Ciężka choroba somatyczna zakłóca dotychczasowe życie chorego i osób mu towarzyszących. Choroba ma charakter procesu, jest dynamiczna i wprowadza wiele zmian. Zagrożenie zdrowia wywołuje poczucie destabilizacji, które w sposób bezpośredni lub pośredni może zagrażać zdrowiu poprzez zwiększanie poziomu przeżywanego stresu [11]. Nowa rola, w jaką wchodzi osoba wspierająca, wiąże się zwykle z nagłymi zmianami i bardzo trudnymi okolicznościami. Osoby bliskie zwykle nie mają żadnego przygotowania czy wsparcia z zewnątrz w zakresie pełnienia nowego zadania. Opieka nad osobą chorą na nowotwór ma charakter wyzwania, ze znacznymi psychicznymi i fizycznymi konsekwencjami. Sytuacja ta w znaczący sposób wpływa na jakość życia osób wspierających chorych [18]. Jak wskazują wyniki badań, osoby wspierające doświadczają lęku, poczucia zmęczenia, obciążenia opieką oraz poczucia niskiej jakości życia [19]. Zdarza się, że osoby wspierające często funkcjonują jako prawni i jednocześnie medyczni doradcy chorego. Od rodziny chorego często też oczekuje się podejmowania decyzji w zakresie leczenia, opieki czy finansów [20].

Istnienie związku pomiędzy występowaniem stresu a zdrowiem znajduje potwierdzenie w najbardziej znanej koncepcji stresu Lazarusa i Folkmana z 1984 roku, zgodnie z którą to percepcja jednostki decyduje o tym, czy mamy do czynienia ze stresem. Podmiot ocenia zarówno

wymagania stawiane przez otoczenie (ocena pierwotna), jak i własne możliwości radzenia sobie ze stresem (ocena wtórna). Nie jest ważny sam bodziec stresujący, ale interpretacja danej sytuacji i reakcja na nią jednostki [10]. O poziomie zdrowia będzie decydować transakcja pomiędzy stresorami a poziomem zasobów i sposobami radzenia sobie [21, 22]. Zasoby są czynnikiem motywującym w zakresie podejmowania działań na rzecz zdrowia człowieka. Szczególnie istotna jest samoocena, która pełni regulacyjną rolę zarówno w zdrowiu, jak i chorobie [11]. Pozytywna samoocena i samoakceptacja w zasadniczy sposób wpływają na skuteczne radzenie sobie ze stresem [23, 24]. Niskie i niestabilne poczucie własnej wartości prowadzi do biernej adaptacji do choroby, a w konsekwencji do narastania lęku i negatywnej samopercepcji [25].

Głównym metazasobem osobistym, który kieruje pozostałymi uogólnionymi zasobami człowieka jest poczucie koherencji i według Antonovsky'ego stanowi „klucz do zdrowia”. Zmienna ta pozytywnie wpływa na stan zdrowia i radzenie sobie ze stresem [26]. Wysokie poczucie koherencji pozwala człowiekowi na podjęcie aktywności w toku, której uruchomione zostają zasoby lub schematy poznawcze i kompetencje. Pozwalają one na obniżenie działania stresorów lub na ocenę ich jako bodźców pozytywnych albo jako bodźców zagrażających, ale stanowiących wyzwanie. Jeżeli jednostka ocenia trudną sytuację jako wyzwanie, wówczas podejmuje działania na rzecz jej rozwiązania [27]. Takie podejście powoduje, że napięcie nie zmienia się w chroniczny stres. Poczucie koherencji ma istotne znaczenie w zakresie utrzymania i pomnażania zdrowia. Zasób ten składa się z trzech komponentów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności, poczucia sensowności [18]. Zmienna ta ma charakter prozdrowotny i sprzyja skutecznemu radzeniu sobie ze stresem [28]. Choroba zatem jest efektem deficytu zasobów i nieskutecznego radzenia sobie ze stresem. Zdrowie natomiast procesem równoważenia możliwości jednostki z oczekiwaniami otoczenia. Jest to proces zależny od indywidualnych predyspozycji jednostki do radzenia sobie ze stresem w oparciu o posiadane zasoby podmiotowe i behawioralne [11].

### Cel badań

Badania mają charakter eksploracyjny. Ich celem było sprawdzenie, jaki jest poziom zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę oraz jakie występują związki pomiędzy zasobami podmiotowymi a zdrowiem badanych. Dodatkowo postawiono pytanie czy występuje związek pomiędzy poziomem zdrowia badanych, zasobami a czynnikiem temporalnym (czasem, który upłynął od diagnozy choroby u osoby bliskiej).

Model badawczy opiera się na Funkcjonalnym Modelu Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej, który wskazuje na szczególną rolę zasobów w radzeniu sobie z trudną sytuacją. Na jego podstawie zakłada się występowanie związku pomiędzy poziomem zdrowia osób wspierających chorych na nowotwór oraz poziomem zasobów podmiotowych.

Twórcze radzenie sobie ze stresem wiąże się zgodnie z holistyczno-funkcjonalnym modelem zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej [10] ze stosowaniem dostosowanych i elastycznych sposobów radzenia sobie sprzyjających rozwiązaniu problemu, gdzie istotną rolę odgrywają zasoby jednostki.

Bliskie osoby pacjentów chorujących na białaczkę doświadczają szczególnego rodzaju stresu, z którym radzą sobie w różny sposób w zależności od indywidualnej percepcji sytuacji oraz osobowych możliwości. Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia osoby charakteryzujące się wysokim poziomem zasobów będą lepiej radziły sobie z ową trudną sytuacją oraz charakteryzowały się wyższym poziomem zdrowia.

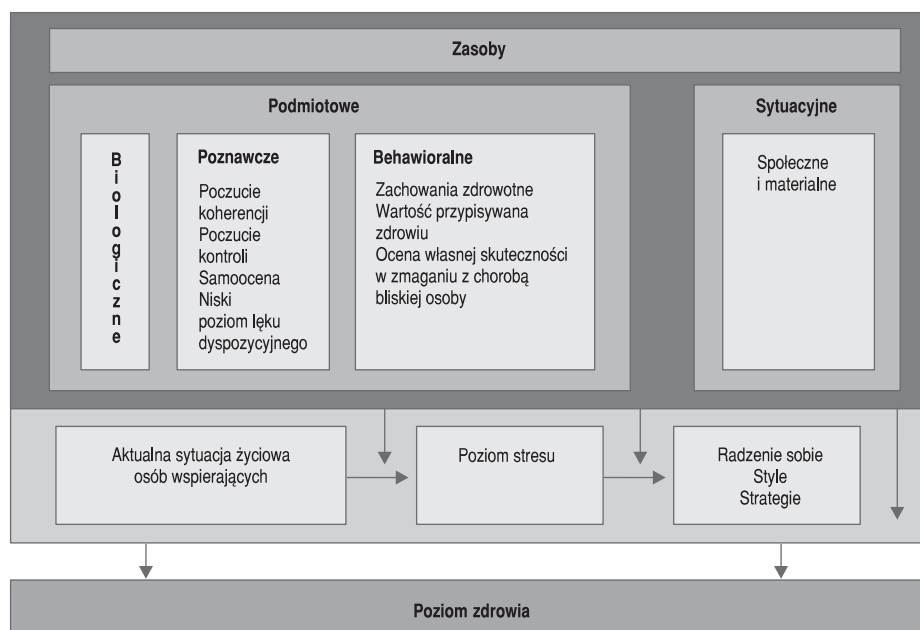
Zdrowie zostało zoperacjonalizowane przy użyciu następujących wskaźników: poczucia zdrowia, poczucia spokoju, poczucia braku lęku, poczucia jakości życia, poczucia braku zmęczenia. Wymienione wskaźniki składają się na ogólną zmienną „zdrowie”. Wśród zbadanych zasobów było: poczucie koherencji, samoocena, poziom lęku dyspozycyjnego oraz czas jaki upłynął od diagnozy choroby u osoby bliskiej. Założono, że niski poziom lęku dyspozycyjnego stanowi zasób jednostki w trudnej sytuacji, jaką jest choroba białaczkowa u osoby bliskiej.

### Charakterystyka badanej grupy

Grupę badawczą stanowiły osoby dorosłe wspierające pacjentów chorych na białaczkę w Katedrze Kliniki Hematologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego. Badaniem zostały objęte osoby, które wspierają pacjentów z diagnozą białaczki, pacjentów przygotowywanych do przeszczepu szpiku kostnego oraz pacjentów po zabiegu przeszczepienia szpiku kostnego. Przebadano osoby dorosłe, 16 kobiet i 14 mężczyzn, najmłodsza badana osoba miała 18 lat, najstarsza 68 lat. Najkrótszy czas od diagnozy choroby u osoby bliskiej wynosił 2 dni, najdłuższy 10 lat. Każda badana osoba wyraziła pisemną zgodę na udział w badaniu.

### Materiał i metody

W badaniu zastosowano skale szacunkowe, które zostały zaczerpnięte z *KWS Wrony-Polańskiej* [10]. Skale służą do badania 5 wyznaczników zdrowia: poczucia zdrowia, poczucia spokoju, poczucia braku lęku, poczucia jakości



Rycina 1. Dostosowany do celów niniejszej pracy model zdrowia i jego uwarunkowań Heleny Wrony-Polańskiej [10]  
 Figure 1. Adapted for the purposes of this study the model of health and its determinants by Helena Wrona-Polanska [10]

życia, poczucia braku zmęczenia. Pod stwierdzeniami znajdują się cyfry w porządku wzrastającym od 1 do 10. Cyfry 1 i 10 oznaczają skrajne nasilenie cechy, na przykład chory–zdrowy. Badany ma zaznaczyć, w którym miejscu aktualnie się znajduje, jednocześnie jest proszony o uzasadnienie swojego wyboru. Badany ma postąpić analogicznie w przypadku pozostałych wskaźników zdrowia.

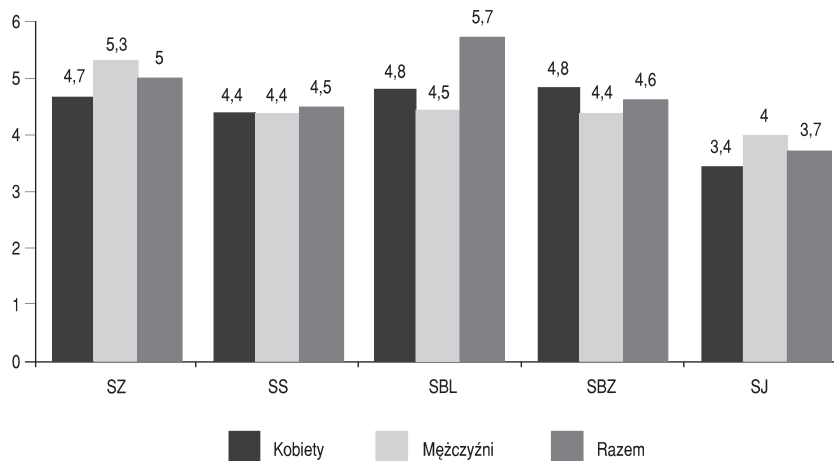
Do badania poziomu lęku zastosowano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) Spielberga, Strelau, Tysarczyk i Wrześniewskiego. Jest on adaptacją amerykańskiego testu *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), opracowanego przez Spielberga i Gorsucha i Lushene'a z 1970 roku. Inwentarz składa się z dwóch odrębnych podskal, zawierających po 20 twierdzeń każda. Pierwsza część STAI oznaczona jest symbolem X-1 i służy do pomiaru lęku-stanu, druga zaś X-2 do pomiaru lęku-cechy. Badany do poszczególnych twierdzeń ustosunkowuje się wybierając jedną z czterech skategoryzowanych odpowiedzi. Budowa STAI opiera się na rozróżnieniu między lękiem jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki a lękiem rozpatrywanym jako względnie stała cecha osobowości. Lęk jako stan charakteryzuje się dużą zmiennością w wyniku oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających.

W badaniach zastosowano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29, *Sense of Coherence Scale*) Antonovsky'ego, za pomocą którego bada się poczucie

koherencji, jest złożony z 29 pytań dotyczących różnych aspektów życia. Poczucie koherencji jest globalną orientacją człowieka, wyrażającą stopień, w jakim posiada on dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; dostępne są zasoby, które pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; wymagania te są wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania. Osoba badana ma za zadanie ustosunkować się do stwierdzeń na 7-stopniowej skali, przy czym krańce skali oznaczają: 1 — nigdy nie mam takiego poczucia, 7 — zawsze mam takie poczucie. Kwestionariusz Orientacji Życiowej składa się z trzech podskal:

- 1) poczucia zrozumiałości (PZR), zawiera 11 pytań i pozwala na uzyskanie maksymalnie 77 punktów,
- 2) poczucia zaradności (PZ), składa się z 10 pytań i pozwala na uzyskanie maksymalnie 70 punktów,
- 3) poczucie sensowności (PS), zawiera 8 pytań i pozwala na uzyskanie 56 punktów.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej mierzy ogólny poziom koherencji oraz wyżej wymienione czynniki składowe. Do pomiaru samooceny ogólnej została zastosowana Skala Samooceny Rosenberga. Zbudowana jest z 10 twierdzeń, z których 5 dotyczy oceny pozytywnej oraz tyle samo oceny negatywnej. Osoba badana ma zadanie ustosunkować się do poszczególnych twierdzeń na ska-



Skala samooceny: SZ — subiektywne poczucie zdrowia; SS — subiektywne poczucie spokoju; SBL — subiektywne poczucie braku lęku; SBZ — subiektywne poczucie braku zmęczenia; SJ — subiektywne poczucie jakości życia

Rycina 2. Rozkład wyników na skalach szacunkowych do badania zdrowia; wyniki zaprezentowano jako średnie  
 Figure 2. Distribution of results on the estimation scales for health research; The results are presented as a mean value

li dziesięciopunktowej, czy zgadza się z poszczególnym stwierdzeniem czy też nie. Twierdzenia pozytywne punktowane są od 1 — całkowicie nie zgadzam się do 10 — całkowicie zgadzam się, a stwierdzenia negatywne odwrotnie. Ogólny wynik skali stanowi suma punktów uzyskanych w poszczególnych twierdzeniach i waha się od 10 punktów (krańcowo zaniżona samoocena) do 100 (samoocena maksymalna). Skala Samooceny Rosenberga jest skalą jednowymiarową o wystarczającej rzetelności.

## Wyniki

### Poziom zdrowia badanych

Badani oceniają swój poziom zdrowia jako przeciętny. Dziesięć osób spośród badanych odczuwa pogorszenie swojego stanu zdrowia od momentu diagnozy choroby białaczkowej u osoby bliskiej, u 7 osób została postawiona diagnoza lekarska. Badani odznaczają się niskim poziomem jakości życia. Sytuacja ta dotyczy współmałżonków w 6 przypadkach, rodzeństwa w 3 przypadkach i córki w jednym przypadku. Średni poziom zdrowia badanych ilustruje rycina 2.

### Poziom zdrowia a zasoby

Występuje dodatnia korelacja pomiędzy poczuciem koherencji traktowanym jako metazasób a skalą samooceny. Im wyższe poczucie koherencji tym wyższe poczucie zdrowia u badanych (tab. 1). Związku nie zaobserwowano w przypadku poczucia zrozumiałości. Stwierdzono związek pomiędzy samooceną a poczuciem zdrowia u badanych. Osoby o wyższym poziomie samooceny charakteryzowała większa skłonność do oceniania jako wyższego poczucia zdrowia ( $r = 0,5769$ ,

$p = 0,0008$ ), spokoju ( $r = 0,4612$ ,  $p = 0,0103$ ) i jako niższego poczucia lęku ( $r = 0,4431$ ,  $p = 0,0142$ ). W przypadku poczucia jakości życia i poczucia zmęczenia korelacja nie wystąpiła.

Niski poziom lęku-cechy sprzyja wyższemu poczuciu zdrowia subiektywnego ( $r = 0,554$ ,  $p = 0,001$ ), spokoju ( $r = 0,704$ ,  $p = 0,000$ ), braku lęku ( $r = 0,623$ ,  $p = 0,000$ ), braku zmęczenia ( $r = 0,464$ ,  $p = 0,010$ ) i jakości życia ( $r = 0,406$ ,  $p = 0,026$ ).

### Czas od diagnozy

Istotne znaczenie dla poczucia zdrowia badanych ma czas od diagnozy białaczki u osoby bliskiej. Im dłuższy czas od diagnozy, tym wyższe poczucie zdrowia u badanych, związek ten obrazuje tabela 2.

Pozytywna korelacja wystąpiła pomiędzy czasem, który upłynął od diagnozy choroby u osoby bliskiej a wyższą samooceną badanych. W przypadku pozostałych zasobów tj. poczucia koherencji oraz niskiego poziomu lęku jako stanu nie stwierdzono związków z czynnikiem temporalnym (tab. 3).

### Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają założenie oparte na koncepcji Funkcjonalnego Modelu Zdrowia Wrony-Polańskiej [10], że poziom zdrowia jednostki zależy od posiadanych zasobów. W powyższym modelu akcentuje się podmiotowość człowieka w kontekście jego zdrowia. Podmiotowe rozumienie zdrowia oznacza aktywny udział człowieka w jego kreowaniu. Zasadnicze znaczenie w zakresie skutecznego działania ma subiektywne poczucie zdrowia [10].

**Tabela 1.** Współczynniki korelacji (*r* Pearsona) subiektywne poczucie zdrowia z poczuciem koherencji (SOC-29) w grupie osób wspierających chorych na białaczkę (*n* = 30)**Table 1.** Correlation coefficients (Pearson's *r*) between subjective health perception and Sense of Coherence (SOC-29) in a group of people supporting leukemia patients (*n* = 30)

	CH_Z	N_S	L_BL	Z_W	BPJ_PJ
PZR	0,2426	0,208	0,0035	0,0970	0,1575
	<i>p</i> = 0,1964	<i>p</i> = 0,9132	<i>p</i> = 0,9855	<i>p</i> = 6110	<i>p</i> = 0,4059
PZ	0,3911	0,4221	0,4294	0,3232	0,3824
	<i>p</i> = 0,0326	<i>p</i> = 0,0202	<i>p</i> = 0,0179	<i>p</i> = 0,0815	<i>p</i> = 0,0370
PS	0,5769	0,7115	0,6112	0,5279	0,3976
	<i>p</i> = 0,0008	<i>p</i> = 0,0000	<i>p</i> = 0,0003	<i>p</i> = 0,0027	<i>p</i> = 0,0295
SOC	0,4333	0,4477	0,4200	0,3748	0,3622
	<i>p</i> = 0,0167	<i>p</i> = 0,0131	<i>p</i> = 0,0209	<i>P</i> = 0,0413	<i>p</i> = 0,0492

*p* ≤ 0,05 (test dwustronny); PZR — poczucie zrozumiałości; PZ — poczucie zaradności; PS — poczucie sensowności; SOC — poczucie koherencji; CH — chory, Z-zdrowy; N — nerwowy; S — spokojny; L — lęk; BL — brak lęku; Z — zmęczony; W — wypoczęty; BPJ — brak poczucia jakości życia; PJ — poczucie jakości życia

**Tabela 2.** Współczynniki korelacji (*r* Pearsona) subiektywne poczucie zdrowia z czasem, jaki minął od diagnozy choroby u osoby bliskiej w grupie osób wspierających chorych na białaczkę (*n* = 30)**Table 2.** Correlation coefficients (Pearson's *r*) between subjective health perception and the time elapsed since the disease diagnosis of a close relative in the group of people supporting leukemia patients (*n* = 30)

	CH_Z	N_S	L_BL	Z_W	BPJ_PJ
Czas od diagnozy	0,5604	0,5435	0,5625	0,6337	0,3976
	<i>p</i> = 0,0012	<i>p</i> = 0,0019	<i>p</i> = 0,0012	<i>p</i> = 0,0001	<i>p</i> = 0,0295

*p* ≤ 0,05 (test dwustronny); CH — chory; Z — zdrowy; N — nerwowy; S — spokojny; L — lęk; BL — brak lęku; Z — zmęczony; W — wypoczęty; BPJ — brak poczucia jakości życia; PJ — poczucie jakości życia

**Tabela 3.** Współczynniki korelacji (*r* Pearsona) czasu, jaki minął od diagnozy choroby u osoby bliskiej z samooceną (Skala Samooceny M. Rosenberga) w grupie osób wspierających chorych na białaczkę (*n* = 30)**Table 3.** Correlation coefficients (Pearson's *r*) between the time elapsed since the disease diagnosis in a close relative and self-esteem (The Rosenberg Self-Esteem Scale) in a group of people supporting leukemia patients (*n* = 30)

	Samoocena
Czas od diagnozy	0,3884
	<i>p</i> = 0,0339

*p* ≤ 0,05 (test dwustronny)

Subiektywne poczucie zdrowia u badanych plasuje się na przeciętnym poziomie. Również na średnim poziomie jest poczucie spokoju, braku zmęczenia i lęku. Badani mają niskie poczucie jakości życia. Dziesięć

osób badanych wiąże pogorszenie stanu zdrowia z wystąpieniem choroby u osoby bliskiej, 7 osób ma postawioną diagnozę choroby. W badaniach wykazano związek pomiędzy poczuciem koherencji a wskaźnikami zdrowia. Istotna statystycznie korelacja nie wystąpiła w przypadku poczucia zrozumiałości a poszczególnymi wskaźnikami zdrowia. Wyniki badań przeprowadzonych wśród osób po przeszczepie szpiku kostnego wykazały najsilniejszy związek pomiędzy poczuciem koherencji, a zdrowiem oraz twórczym radzeniem sobie ze stresem [11]. Również wyniki badań Larssona [29], wskazują na występowanie silnej korelacji pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi, subiektywną oceną poziomu zdrowia i jakością życia. Przekonanie, że życie jest przewidywalne, sensowne i ustrukturalizowane jest kluczowe, aby człowiek miał motywację do podejmowania działań na rzecz zdrowia i mógł sprawnie funkcjonować.

Przeprowadzona analiza danych wskazuje na dodatnią korelację pomiędzy samooceną a zdrowiem osób wspierających chorych na białaczkę. Jak wskazują badania Wrony-Polańskiej [11] wśród osób chorych na białaczkę

poczucie własnej wartości jest zasadniczym zasobem podmiotowym mobilizującym do zmagania się z chorobą, a przez to prowadzącym do utrzymania i odzyskiwania zdrowia. Znaczenie samooceny rośnie szczególnie w sytuacjach nowych i stresowych. Nieadekwatna i niestabilna samoocena zmniejsza odporność na trudne sytuacje, obniża efektywność działania i utrudnia radzenie sobie ze stresem [30, 31]. Wysoka samoocena oraz silne poczucie koherencji, jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań, wiążą się z wysokim subiektywnym zdrowiem badanych. Jest to zgodne z koncepcją Antonovsky'ego, według której silne poczucie koherencji oraz wysoka samoocena determinują wysoki poziom zdrowia. Niewątpliwie niski poziom lęku dyspozycyjnego ma istotne znaczenia dla wyższego poczucia zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę. Niski poziom lęku jako cechy koreluje z wysokim subiektywnym poczuciem zdrowia, spokoju, braku poczucia zmęczenia, braku lęku oraz jakości życia. W niniejszym opracowaniu skupiono się na zmierzeniu związku pomiędzy lękiem jako cechą a zdrowiem badanych. Wyższy poziom lęku jako cechy wiąże się z wyższym poziomem lęku-stanu [32]. Znaczący dla subiektywnego poczucia zdrowia badanych jest również czynnik temporalny. Występuje związek pomiędzy czasem, który upłynął od diagnozy białaczki u osoby bliskiej, a poczuciem zdrowia, spokoju, braku zmęczenia, braku lęku i jakości życia. Czynnik ten wydaje się sprzyjać adaptacji do nowej sytuacji, jaką jest towa-

rzyszenie osobie chorej na białaczkę. Zaobserwowano także dodatnią korelację pomiędzy czasem od diagnozy choroby u osoby bliskiej a samooceną. Im dłuższy czas od pojawienia się choroby, tym wyższa samoocena badanych.

### Wnioski

Wyniki, które uzyskano na podstawie przeprowadzonych badań, wymagają weryfikacji z udziałem większej grupy osób wspierających chorych na białaczkę. Wykazano jednak, że w radzeniu sobie z trudną sytuacją szczególną rolę pełnią zasoby. Jak pokazują badania własne, dla zachowania zdrowia kluczowa jest umiejętność wykorzystania i pomnażania posiadanych zasobów.

W związku z powyższym konieczne jest wsparcie psychologiczne nie tylko pacjenta, ale również jego bliskich. Potrzebna jest pomoc psychologiczna w zakresie przetwarzania negatywnych emocji, jak również obniżenie napięcia emocjonalnego związanego z nową sytuacją, jaką jest choroba członka rodziny. Korzystne będą wszelkiego rodzaju techniki terapeutyczne pozwalające odreagować kumulowane napięcie oraz wzmocnić zasoby jednostki. Istotna będzie też psychoedukacja bliskich, która ułatwi adaptację do zmiany. Bardzo ważne jest wzmocnianie zasobów podmiotowych osób wspierających chorych na białaczkę, co powinno sprzyjać utrzymaniu zdrowia i skuteczniejszemu radzeniu sobie w sytuacji choroby osoby bliskiej.

### Streszczenie

**Wstęp.** W artykule prezentowana jest problematyka dotycząca subiektywnego poziomu zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę oraz związków występujących pomiędzy zasobami podmiotowymi a zdrowiem badanych.

**Materiał i metody.** W badaniu zastosowano skale szacunkowe służące do pomiaru subiektywnego poziomu zdrowia oraz Inwentarz Stanu i Cechy lęku (ISCL-STAI) Spilbergera, Strelau, Tysarczyk i Wrześniewskiego, Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego, Skalę Samooceny Rosenberga.

**Wyniki.** Jak wskazują wyniki badań, subiektywny poziom zdrowia badanych jest na przeciętnym poziomie, 10 badanych osób odczuwa pogorszenie swojego stanu zdrowia od momentu postawienia diagnozy białaczki u osoby bliskiej. Badani odznaczają się niskim poczuciem jakości życia. Wykazano związek pomiędzy wysokim subiektywnym poziomem zdrowia a wysokim poczuciem koherencji, wysoką samooceną oraz niższym poziomem lęku jako cechy. Stwierdzono występowanie dodatniej korelacji pomiędzy czasem, który upłynął od diagnozy a poziomem zdrowia i samooceną badanych.

**Wnioski.** Dla zdrowia badanych kluczowa jest umiejętność wykorzystania i pomnażania posiadanych zasobów. Wsparcia psychologicznego wymaga nie tylko pacjent, ale również osoby bliskie wspierające chorych.

**Psychiatria 2016; 13, 2: 55–62**

**Słowa kluczowe:** zdrowie, zasoby, osoby wspierające chorych na białaczkę

**Piśmiennictwo:**

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku. [http://www.onkologia.org.pl/doc/Prognozy\\_2025.pdf](http://www.onkologia.org.pl/doc/Prognozy_2025.pdf); 17.12.2012.
2. de Walden-Galuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
3. Nęcki Z., Górniak L. Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.) Zmagając się z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 100–122.
4. Cobb B. Rak, W: Garret J.F., Levine E.B. (red.). Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów. PZWL, Warszawa 1972.
5. Czarnecka-Iwańczuk M. Skojarzenia z chorobą nowotworową wśród studentów. *Pielęgniarstwo Polskie* 2011; 3: 144–149.
6. Wrona-Polańska H. Zmiany obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową. *Zeszyty Naukowe UJ. Prace psychologiczne* 1984; 1: 137–161.
7. Haley W.E. Family caregivers of elderly patients with cancer: understanding and minimizing the burden of care. *Journal Supportive Oncology*. 2003; 2: 25–29.
8. Pitceathly C., Maguire P. The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1517–1524.
9. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. Przewlekłe chory w domu. Fundacja hospicyjna, Gdańsk 2011.
10. Wrona-Polańska H. Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2003.
11. Wrona-Polańska H. Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
12. Sęk H. Psychologia wobec promocji zdrowia. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.), *Psychologia Zdrowia*. PWN, Warszawa 1997; 40–61.
13. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. PWN, Warszawa 1995.
14. Basińska B. Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 47: 109–119.
15. Susułowska M. Zagajenie. W: Diagnostyczne i terapeutyczne postępowanie psychologa wobec pacjenta chorego somatycznie. *Prace Psychologiczno-Pedagogiczne. Zeszyty Naukowe UJ* 1976; 25: 9–10.
16. Levy R.L., Olden K.W., Naliboff B.D. i wsp. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol* 2006; 130: 1447–1458.
17. Burgess L., Irvine F., Wallymahmed A. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care* 2010; 15: 129–140.
18. Glajchen, M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *Supportive Oncology* 2004; 2: 145–155.
19. Gaston-Johansson F., Lachica E.M., Fall-Dickson J.M., Kennedy M.J. Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum* 2004; 31: 1161–1169.
20. Vachon M.L.S. Psychosocial needs of patients and families. *Journal of Palliative Care* 1998; 14: 49–56.
21. Folkman S. The case for the positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping* 2008; 21: 3–14.
22. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003; 465–492.
23. Bishop G.D. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000.
24. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2010; 4: 44–52.
25. Wrona-Polańska H. Self-concept and adjustment to illness in leukemia patients. *Polish Psychological Bulletin* 1991; 22: 169–178.
26. Heszen I., Sęk, H. *Psychologia Zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
27. Sęk H. Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: Sęk H., Pasikowski T. (red.). *Zdrowie — stres — zasoby: o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001; 23–42.
28. Sęk H., Pasikowski T. Stres życiowy studentów — poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. Badania porównawcze i podłużne. W: Sęk H., Pasikowski T. (red.). *Zdrowie — stres — zasoby: o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001; 101–126.
29. Larsson G. Quality of life and health: impact of sense of coherence and view of-life. Paper presented at The 8th Conference of the European Health Psychology Society on Quality of life & Health Psychology, Alicante, Spain 2000.
30. Łukaszewski W. *Osobowość — struktura i funkcje regulacyjne*. PWN, Warszawa 1974.
31. Borucka A. and Ostaszewski K. Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2008; 12 (2 Pt 1): 587–597.
32. Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A., Fecenec, D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006.