

WSPARCIE SPOŁECZNE A OCENA WŁASNEJ CHOROBY, NASILENIE OBJAWÓW DEPRESYJNYCH I AKCEPTACJA ŻYCIA Z CHOROBAŃ U KOBIET PO MASTEKTOMII*

Konrad Janowski¹, Małgorzata Tatala², Tomasz Jedynak²,
Agata Księżpolska¹, Beata Głowacka¹

¹ Wydział Psychologii, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie
Department of Psychology, University of Finance and Management in Warsaw

² Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Institute of Psychology, The John Paul II Catholic University of Lublin

SOCIAL SUPPORT, DISEASE-RELATED APPRAISALS, DEPRESSIVE
SYMPTOMS AND ACCEPTANCE OF LIFE WITH DISEASE IN WOM-
EN WHO UNDERWENT MASTECTOMY

Summary. Being affected with cancer is a source of high stress for the patient. The effectiveness of coping with this stress is dependent of various factors, among which social support may play an important role. Social support has been reported as beneficial for psychological functioning in people coping with a disease. The objective of this study was to verify whether levels of perceived social support are associated with adjustment in women who had had mastectomy and whether types of social support are specifically linked to particular indices of adjustment. Seventy women with a history of mastectomy completed: Disease-Related Social Support Scale, Beck Depression Inventory, Disease-Related Appraisals Scale and Acceptance of Life with the Disease Scale. Women who reported higher levels of perceived social support revealed statistically significantly lower levels of depressive symptoms, more intensely appraised their disease terms of challenge and value, and less intensely in terms of obstacle/loss, and revealed higher acceptance of life with the disease. Regression analysis showed that spiritual support was the type of support which significantly accounted for the variance in majority of adjustment indices. It can be stated that social support is a significant factor lowering the risk of depressive symptoms and increasing the chances of optimal psychosocial functioning in women who underwent mastectomy.

Key words: social support, spiritual support, mastectomy, depression, cognitive appraisal

*Artykuł powstał w okresie, gdy dr Konrad Janowski otrzymywał stypendium naukowe z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Adres do korespondencji: Konrad Janowski, e-mail, janowski@vizja.pl

Wprowadzenie

Pojawienie się w życiu człowieka choroby nowotworowej jest wydarzeniem szczególnie zagrażającym i stresującym, a leczenie i rehabilitacja związane z chorobą nowotworową znacząco wpływają niemal na wszystkie sfery życia osoby nią dotkniętej (Ganz i in., 2011). Nowotwór piersi stanowi jeden z częstszych typów nowotworów u kobiet, a jego leczenie wiąże się zazwyczaj z koniecznością amputacji piersi (Brewster, Helzlsouer, 2001). Kobiety, które przeszły zabieg mastektomii, często przeżywają trudne zmiany emocjonalne oraz problemy związane z obrazem własnego ciała (Dunn i in., 2011). Mastektomia wciąż przez wiele kobiet jest traktowana jako symbol oszpececia, okaleczenia ciała, utraty własnej kobiecości i atrakcyjności (Koopman i in., 2001; Keefe, Gremore, 2011; Haloua i in., 2013).

Radzenie sobie ze stresem choroby jest złożonym i dynamicznym procesem, a jego efektywność można oceniać, analizując różne wskaźniki funkcjonowania psychospołecznego, jak np.: nasilenie objawów depresyjnych (Vahdaninia, Omidvari, Montazeri, 2010), akceptację życia z chorobą (Wang i in., 2015) czy też subiektywną percepcję sytuacji choroby (Millar i in., 2005). Osiągnięcie optymalnego poziomu funkcjonowania psychospołecznego jest ważnym wskaźnikiem skuteczności radzenia sobie ze stresem choroby, co dla wielu kobiet po zabiegu mastektomii pozostaje ogromnym wyzwaniem. Dotychczasowe badania pokazały, że po 6 miesiącach od zabiegu mastektomii około 9% kobiet ujawnia ciężką depresję, a kolejne 9% umiarkowaną depresję (Giardini i in., 2013). W innym badaniu wykazano, że 22% pacjentek ujawniało depresję 18 miesięcy po zabiegu mastektomii (Vahdaninia, Omidvari, Montazeri, 2010). U wielu kobiet występują także problemy związane z brakiem akceptacji własnej sytuacji egzystencjalnej, podczas gdy aprobata nieuniknionych strat uznawana jest za ważny wskaźnik optymalnego funkcjonowania u pacjentów z chorobą nowotworową (Mack i in., 2008). Należy jednak również zaznaczyć, że zmaganie się z chorobą nowotworową prowadzić może także do poprawy funkcjonowania psychologicznego i do uzyskania integracji na poziomie wyższym niż przed chorobą, co najczęściej określa się jako potraumatyczny wzrost (Ogińska-Bulik, 2010).

W radzeniu sobie ze stresem choroby nowotworowej ważnym zasobem jest wsparcie społeczne, a wyniki badań empirycznych potwierdzają, że potrzeba takiego wsparcia zwiększa się u kobiet z nowotworem piersi (Makabe, Nomizu, 2007; Wałachowska, Janowski, Tatala, 2009; Tatala i in., 2013). Wsparcie społeczne rozumiane jest w psychologii jako pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych (Sęk, Cieślak, 2004). Z uwagi na funkcję wsparcia, można wyodrębnić ich kilka rodzajów: 1) wsparcie emocjonalne, 2) informacyjne (poznawcze), 3) instrumentalne, 4) rzeczowe (materialne) i 5) duchowe. Pierwsze polega na przekazywaniu wspieranej osobie pozytywnych emocji, takich jak: okazywanie troski, uspokajanie, podtrzymywanie na duchu. Drugie służy zrozumieniu sensu stresowych wydarzeń, ich przyczyn oraz pomaga nadać znaczenie działaniom. Trzecie polega na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania, jest swojego rodzaju instruktażem. Kolejne wyraża się w świadczeniu namacalnej pomocy materialnej i finansowej. Ostatnie odnosi się do świadczenia pomocy ukierunkowanej na od-

nalezienie lub wzmocnienie poczucia sensu życia, cierpienia, choroby, przemijania, śmierci (Sęk, Cieślak, 2004).

W paradygmacie badawczym ujmującym przewlekłą chorobę jako źródło stresu, podkreśla się, że efektywność radzenia sobie z tym stresem zależy od wielu czynników, spośród których jednym z ważniejszych jest wsparcie społeczne (Maes, Leventhal, de Ridder, 1996; Heszen, 2013). Wyniki badań wykazują, iż wyższy poziom wsparcia społecznego wiąże się najczęściej z bardziej pozytywnymi wskaźnikami funkcjonowania jednostki, w tym także z bardziej pozytywnymi wskaźnikami zdrowia somatycznego (np. Bøen, Dalgard, Bjertness, 2012; Wei i in., 2012).

W odniesieniu do kobiet z nowotworem piersi uważa się, że spostrzegane wsparcie społeczne może przyczyniać się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa oraz do zmniejszenia poziomu lęku, depresji i poczucia wyobcowania (Yeşilbalkan, 2010). Pacjentki z nowotworem piersi, które otrzymują większe wsparcie społeczne, lepiej stosują się do zaleceń lekarzy i bardziej angażują w proces leczenia (Keefe, Gremore, 2011; Yarek, Stanton, Maly, 2012). Przejawiają także większą nadzieję, akceptację choroby i skuteczniejsze radzenie sobie z nią. Uczestnictwo w grupach samopomocowych sprzyja uzyskiwaniu cennych i praktycznych informacji (Fors i in., 2011; Tatala i in., 2013). Ponadto, wyższy poziom wsparcia społecznego spostrzegany przez pacjentów z chorobą nowotworową związany jest z większym prawdopodobieństwem ujawnienia się pozytywnych zmian w osobowości, określanych w literaturze przedmiotu jako potraumatyczny wzrost (Ogińska-Bulik, 2012, 2013). Warto jednak zauważyć, że rola wsparcia społecznego w zmaganiu się z chorobą nie zawsze bywa jednoznacznie pozytywna. Wsparcie społeczne wiązać się może także ze skutkami niekorzystnymi adaptacyjnie, co najczęściej jest spowodowane nieadekwatnością otrzymywanego wsparcia do potrzeb danej osoby (Łuszczczyńska, 2004). Niekorzystny wpływ tzw. negatywnego wsparcia społecznego udokumentowano m.in. u chorych na nowotwór piersi (Shiozaki i in., 2011).

Mechanizmy oddziaływania wsparcia społecznego na stan zdrowia i funkcjonowanie psychologiczne nadal pozostają przedmiotem naukowej debaty (Gerich, 2014; Smyth i in., 2014), a zwłaszcza nie do końca poznane są szczegółowe zależności pomiędzy wsparciem społecznym a różnymi aspektami funkcjonowania kobiet po mastektomii. W niniejszym artykule pragniemy skupić się na związkach między wsparciem społecznym a trzema wskaźnikami funkcjonowania psychospołecznego kobiet po zabiegu mastektomii: nasileniu objawów depresyjnych, subiektywnej ocenie sytuacji choroby i akceptacji życia z chorobą. Ford, Barrow i Stohl (1996) zaproponowali model ujmujący zależności pomiędzy wsparciem społecznym a doświadczeniem własnej choroby przez kobiety z nowotworem piersi. Model ten postuluje, że spostrzegane wsparcie społeczne jest czynnikiem pomagającym chorym kobietom, ponieważ modyfikuje percepcję subiektywnych doświadczeń związanych z chorobą. Wyniki badań wymienionych autorów dostarczają argumentów za słusznością hipotezy, że ważną funkcją wsparcia społecznego jest zmiana subiektywnej oceny doświadczeń związanych z chorobą. Wydaje się zatem ważnym określenie, jakie subiektywne znaczenia przypisywane chorobie wykazują związek ze spostrzeganym wsparciem społecznym. Inni badacze wskazywali ponadto, że

wsparcie społeczne doświadczane przez kobiety chore na raka piersi może być ważnym czynnikiem zmniejszającym nasilenie objawów depresyjnych (Lee i in., 2011). Badania przeprowadzone przez Lee i współpracowników (2011), wśród kobiet po upływie roku od przeprowadzonego zabiegu mastektomii, pokazały, że niski poziom wsparcia emocjonalnego był jednym z ważniejszych predyktorów wystąpienia u nich symptomów depresji. Z kolei inne badania pokazały, że wsparcie społeczne wiązać się może z wyższym poziomem akceptacji choroby u kobiet po mastektomii (Malicka i in., 2015).

Metodologia badań

Cel badań i operacjonalizacja zmiennych

Celem badań była ocena zależności pomiędzy spostrzeganym wsparciem społecznym a funkcjonowaniem psychospołecznym kobiet, które przeżyły zabieg mastektomii. W pracy postawiono następujące pytania badawcze: 1) Czy istnieje związek pomiędzy poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego a jakością funkcjonowania psychospołecznego u kobiet po zabiegu mastektomii? 2) Czy różne aspekty funkcjonowania u kobiet ujawniają specyficzne związki z poszczególnymi typami wsparcia?

Poziom funkcjonowania psychospołecznego badanych kobiet zoperacjonalizowano poprzez wskaźniki, którymi są:

1. Subiektywna ocena sytuacji choroby – założono, że o lepszym funkcjonowaniu psychospołecznym świadczy wyższa ocena sytuacji choroby w kategoriach wartości i wyzwania. O gorszym funkcjonowaniu psychospołecznym świadczą natomiast wyższe oceny sytuacji choroby w kategoriach zagrożenia, przeszkody/straty i krzywdy oraz przypisywanie chorobie ogólnie większego znaczenia.
2. Stopień akceptacji życia z chorobą – założono, że o lepszym funkcjonowaniu psychospołecznym świadczy wyższa akceptacja swojego życia z chorobą, na co składają się: wyższa satysfakcja z życia pomimo choroby, pogodzenie się z faktem chorowania oraz większy dystans do choroby.
3. Nasilenie objawów depresyjnych – założono, że o lepszym funkcjonowaniu psychospołecznym świadczy mniejsze nasilenie objawów depresyjnych.

W badaniu zastosowano narzędzia kwestionariuszowe, są to:

Skala Wsparcia w Chorobie, autorstwa Brachowicz, Janowskiego i Sadowskiej, składa się z 30 pozycji, które opisują różne typy spostrzeganego wsparcia społecznego, jakie może uzyskiwać człowiek w sytuacji choroby. Respondenci ustosunkowują się do treści każdej pozycji na 4-stopniowej skali. W efekcie badania uzyskuje się wyniki liczbowe w podskalach odpowiadających pięciu funkcjonalnym typom wsparcia społecznego: wsparcie emocjonalne, materialne, duchowe, instrumentalne oraz informacyjne. Poprzez zsumowanie wyników obejmujących wszystkie pozycje testowe, uzyskuje się globalny wskaźnik spostrzeganego wsparcia społecznego. Wyższe wartości uzyskanych wskaźników liczbowych oznaczają wyższe spostrzeganie wsparcie społeczne (Brachowicz, 2008). W niniejszym badaniu uzyskano

wysokie wskaźniki rzetelności dla poszczególnych podskal (*alfa* w przedziale 0,82 do 0,88) oraz bardzo wysoki wskaźnik rzetelności *alfa* = 0,95 dla wyniku ogólnego.

Przykładowe pozycje testowe:

- *Są ludzie, którzy doradzają mi, gdy nie wiem jak postępować.*
- *Jeżeli tego potrzebuję, są ludzie, którzy wspomagają mnie materialnie.*
- *Są ludzie, których obecność uspokaja mnie.*

Skala Oceny Własnej Choroby, autorstwa Janowskiego i Steuden, jest kwestionariuszowym narzędziem samoopisu mierzącym ocenę poznawczą sytuacji własnej choroby. Mierzy nasilenie subiektywnego spostrzegania własnej choroby w sześciu kategoriach znaczeniowych, jako: zagrożenia, korzyści, przeszkody/straty, krzywdy, wyzwania, wartości, ponadto mierzy także poziom ogólnego znaczenia przypisywanego chorobie. Kwestionariusz ten składa się z 47 pozycji testowych, do których badany ustosunkowuje się na skali 5-stopniowej. Wyższe wartości uzyskanych wskaźników liczbowych oznaczają silniejsze spostrzeganie własnej choroby w danej kategorii znaczeniowej. Skala posiada ustalone właściwości psychometryczne i charakteryzuje się satysfakcjonującymi i wysokimi wskaźnikami rzetelności (Janowski i in., 2009). Współczynniki rzetelności *alfa* Cronbacha uzyskane w niniejszym badaniu były dla większości podskal satysfakcjonujące lub wysokie i wahały się od 0,73 dla podskali wyzwanie do 0,87 dla podskali przeszkoda/strata. Jedyne dla podskali korzyść uzyskano niesatysfakcjonujący współczynnik rzetelności (*alfa* = 0,55), dlatego też wykluczono wyniki tej podskali z dalszych analiz.

Przykładowe pozycje testowe:

Choroba jest dla mnie:

- *czymś, co wzbudza we mnie poczucie zagrożenia,*
- *niesprawiedliwością, która mnie spotkała,*
- *motywacją do zmagania się z przeciwnościami.*

Skala Akceptacji Życia z Chorobą autorstwa Janowskiego i Steuden ma formę kwestionariusza samoopisu, składającego się z 20 pozycji, wobec których osoba badana ustosunkowuje się na skali 4-stopniowej, przy czym wyższe wyniki oznaczają wyższą akceptację życia z chorobą. Akceptację życia z chorobą rozumie się jako postawę przejawiającą się pogodzeniem się z faktem chorowania, poczuciem zadowolenia z życia pomimo uciążliwości związanych z chorobą oraz utrzymaniem emocjonalnego i poznawczego dystansu wobec faktu choroby. Skala składa się z trzech podskal wyodrębnionych w drodze analizy czynnikowej, są to: 1) satysfakcja z życia pomimo choroby, 2) pogodzenie się z chorobą i 3) dystansowanie się wobec choroby. Właściwości psychometryczne analizowane w badaniach standaryzacyjnych skali okazały się bardzo dobre (Janowski i in., 2012). W niniejszym badaniu uzyskano wysokie i bardzo wysokie wartości wskaźników rzetelności: *alfa* = 0,92 dla satysfakcji z życia; *alfa* = 0,90 dla pogodzenia się z chorobą; *alfa* = 0,83 dla dystansowania się wobec choroby i *alfa* = 0,95 dla wyniku ogólnego.

Przykładowe pozycje testowe:

- *Zachowuję pogodę ducha nawet wbrew chorobie.*
- *Nauczyłem się już żyć z moją chorobą.*
- *Akceptuję swoją sytuację, nawet jeśli czasami jest mi trudno.*

Inwentarz Depresji Becka to przesiewowy kwestionariusz samoopisu mierzący nasilenie objawów depresyjnych (Beck i in., 1961). Jest jednym z najczęściej na świecie stosowanych narzędzi do badania symptomatologii depresyjnej. Na Inwentarz składa się 21 kategorii opisujących cztery poziomy nasilenia różnych objawów depresji. Osoba badana zaznacza w każdej kategorii to stwierdzenie, które najbardziej odzwierciedla jej stan. Wyższe wyniki wskazują na większe nasilenie objawów depresyjnych. Inwentarz posiada doskonale udokumentowane właściwości psychometryczne, które były przedmiotem licznych badań na całym świecie (por. Janowski, 2009). W niniejszym badaniu uzyskano bardzo wysoki wskaźnik zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha (0,95).

Osoby badane

W badaniach wzięło udział 70 kobiet, które przeszły zabieg mastektomii w związku z leczeniem nowotworu piersi. Badane rekrutowane były za pośrednictwem grup Amazonek w Warszawie i Olsztynie w latach 2011-2012. Osoby badane były szczegółowo informowane o celu i przedmiocie badania podczas spotkań grupy Amazonek. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Z udziału w badaniu wykluczano kobiety, które zadeklarowały, iż chorują na inne niż nowotwór piersi somatyczne choroby przewlekłe (np. cukrzycę, reumatoidalne zapalenie stawów), na poważne zaburzenia psychiczne (psychotyczne) lub neurologiczne (padaczkę). Kobiety, które wyraziły zgodę na udział w badaniu otrzymywały zestaw kwestionariuszy do wypełnienia i uzupełniały je w obecności psychologa prowadzącego badanie. W przypadku zgłoszenia wątpliwości lub pytań, psycholog indywidualnie udzielał wyjaśnień. Projekt badawczy uzyskał aprobatę Komisji Etycznej w Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania w Warszawie.

Wiek osób badanych wahał się od 26 do 87 lat, średnia wieku wyniosła $M = 56,52$ lat ($SD = 14,18$). Najbardziej liczną (około 34% całej próby) podgrupę wiekową stanowiły kobiety w wieku 56-65 lat, kobiety powyżej 65 roku stanowiły około 23% całej próby. Około 57% badanych było mężatkami, około 23% było stanu wolnego i po około 10% rozwódkami i wdowami. Około 59% badanych zadeklarowało, iż są w związku ze stałym partnerem, a około 41% zadeklarowało brak stałego partnera. U około 58% badanych kobiet czas, który upłynął od momentu postawienia diagnozy oraz od momentu zabiegu mastektomii wynosił ponad 3 lata.

Analizy statystyczne

Do analizy współzmienności zastosowano współczynnik korelacji *r*-Pearsona. Do porównań średnich w dwóch grupach wykorzystano test *t*-Studenta dla prób niezależnych. W przypadku braku spełnienia warunku homogeniczności wariancji grup, stosowano poprawkę testu *t* Cochrań-Coxa. Do analiz porównujących średnie w więcej niż dwóch grupach wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. W celu ustalenia specyficznych zależności pomiędzy typami wsparcia społecznego a wskaźnikami funkcjonowania zastosowano metodę analizy regresji krokowej.

Wyniki

Uzyskane wyniki badań pozwalają na wyodrębnienie w percepcji wsparcia społecznego i oceny własnej choroby bardziej szczegółowych aspektów. Zostaną one zaprezentowane w dalszej części artykułu.

Spostrzeganie wsparcie społeczne a zmienne socjodemograficzne i kliniczne – analizy wstępne

Wiek badanych okazał się korelować istotnie statystycznie z globalnym wskaźnikiem spostrzeganego wsparcia społecznego ($r = 0,26$; $p < 0,05$). Stan cywilny okazał się różnicować istotnie statystycznie poziom wsparcia społecznego. Najniższe wskaźniki wsparcia uzyskały kobiety stanu wolnego ($M = 85,19$; $SD = 14,92$) i rozwódki ($M = 87,57$; $SD = 15,37$), wyższe wskaźniki wsparcia uzyskały mężatki ($M = 94,37$; $SD = 15,33$), a najwyższe – wdowy ($M = 110,43$; $SD = 8,44$), a wynik testu ANOVA wykazał istotną statystycznie różnicę pomiędzy porównywanymi grupami ($F = 5,19$; $df = 3$; $p < 0,01$). Test *post hoc* Tukeya wykazał, że różnice istotne statystycznie zachodzą pomiędzy podgrupą wdów a mężatkami ($p < 0,05$), pannami ($p < 0,01$) i rozwódkami ($p < 0,05$). Przy podziale badanych kobiet na posiadające i nieposiadające stałego partnera, zastosowany test *t*-Studenta nie wykazał istotnej statystycznie różnicy w poziomie wsparcia społecznego pomiędzy porównywanymi grupami ($t = -0,19$; $p > 0,05$). Kobiety, u których chorobę zdiagnozowano ponad 3 lata wcześniej deklarowały wyższy poziom wsparcia społecznego ($M = 98,32$; $SD = 14,31$) niż kobiety, u których od postawienia diagnozy minęło nie więcej niż 3 lata ($M = 85,97$; $SD = 15,75$), a różnica była istotna statystycznie ($t = 3,41$; $p < 0,01$). Podobnie, istotnie wyższy globalny poziom wsparcia społecznego stwierdzono u kobiet o dłuższym (> 3 lata) okresie od zabiegu mastektomii ($M = 97,02$; $SD = 14,54$) w porównaniu do kobiet z krótszym (≤ 3 lata) okresem, który minął od zabiegu mastektomii ($M = 87,79$; $SD = 16,71$; $t = 2,46$; $p < 0,05$).

Spostrzeganie wsparcie społeczne a wskaźniki funkcjonowania psychospołecznego – analiza korelacyjna

Wsparcie społeczne okazało się istotnie korelować dodatnio z dwoma kategoriami oceny własnej choroby – wyzwaniem i wartością oraz korelować ujemnie – z oceną choroby jako krzywdy i przeszkody/straty. Nie odnotowano istotnych związków pomiędzy wsparciem społecznym a oceną choroby w kategorii zagrożenia ani z ogólnym znaczeniem przypisywanym chorobie. Poziom spostrzeganego wsparcia społecznego istotnie statystycznie korelował dodatnio z poziomem akceptacji życia z chorobą, przy umiarkowanej sile współzmierności. Jedynym typem wsparcia, który nie okazał się istotnie związany z akceptacją życia z chorobą było wsparcie informacyjne w chorobie. Wsparcie społeczne okazało się także istotnie statystycznie korelować ujemnie z nasileniem objawów depresyjnych (tabela 1).

Tabela 1. Współczynniki korelacji *r*-Pearsona pomiędzy wsparciem społecznym a pozostałymi zmiennymi psychologicznymi

	Wsparcie duchowe	Wsparcie instrumentalne	Wsparcie informacyjne w chorobie	Wsparcie materialne	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie – wskaźnik ogólny
Ocena sytuacji choroby						
Zagrożenie	-0,18	-0,07	-0,23	-0,19	-0,20	-0,21
Przeszkoda/strata	-0,49***	-0,33**	-0,39***	-0,41***	-0,53***	-0,52***
Wyzwanie	0,59***	0,34**	0,32**	0,43***	0,52***	0,54***
Krzywdza	-0,34**	-0,24*	-0,30*	-0,26*	-0,43***	-0,38***
Wartość	0,46***	0,15	0,28*	0,34**	0,43***	0,40***
Znaczenie	-0,04	-0,05	-0,08	-0,02	-0,12	-0,07
Akceptacja życia z chorobą						
Wskaźnik ogólny	0,51***	0,44***	0,14	0,33**	0,50***	0,47***
Satysfakcja z życia	0,57***	0,41***	0,15	0,39***	0,56***	0,51***
Pogodzenie się z chorobą	0,48***	0,41***	0,08	0,25*	0,47***	0,42***
Dystansowanie się od choroby	0,35**	0,41***	0,15	0,28*	0,35**	0,38***
Objawy depresyjne	-0,52***	-0,29*	-0,34**	-0,40***	-0,51***	-0,50***

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

Wsparcie społeczne jako zmienna wyjaśniająca wariację we wskaźnikach funkcjonowania psychospołecznego

Przeprowadzono serię analiz regresji krokowych mających na celu wyjaśnienie, które typy spostrzeganego wsparcia społecznego w istotny sposób wyjaśniają wariację w poszczególnych wskaźnikach funkcjonowania psychospołecznego. W każdej przeprowadzonej analizie regresji jako zmienne niezależne wprowadzono pięć typów wsparcia społecznego, natomiast jako zmienną zależną wprowadzono kolejne wskaźniki funkcjonowania psychospołecznego: kategorie oceny sytuacji

choroby, nasilenie objawów depresyjnych oraz wskaźniki akceptacji życia z chorobą. Podsumowanie uzyskanych modeli regresyjnych zamieszczono w tabelach 2-4.

Tabela 2. Wyniki serii analiz regresji krokowych; jako zmienne zależne wprowadzono poszczególne kategorie oceny sytuacji choroby, jako zmienne niezależne – typy wsparcia społecznego

Zmienne zależne	Zmienne niezależne (typy wsparcia), które osiągnęły istotność statystyczną w modelu	Zmiana R^2	F dla modelu	Beta	t	p <
Ocena sytuacji choroby						
Przeszkoda/strata	Wsparcie emocjonalne	0,28	26,97	-0,53	-5,19	0,001
Wyzwanie	Wsparcie duchowe	0,34	35,49	0,59	5,96	0,001
Krzywdza	Wsparcie emocjonalne	0,18	15,10	-0,43	-3,89	0,001
Wartość	Wsparcie duchowe	0,21	18,20	0,69	4,74	0,001
	Wsparcie instrumentalne	0,06	12,27	-0,33	-2,28	0,05

Tabela 3. Wyniki serii analiz regresji krokowych; jako zmienne zależne wprowadzono poszczególne wskaźniki akceptacji życia z chorobą, jako zmienne niezależne – typy wsparcia społecznego

Zmienne zależne	Zmienne niezależne (typy wsparcia), które osiągnęły istotność statystyczną w modelu	Zmiana R^2	F dla modelu	Beta	t	p <
Akceptacja życia z chorobą						
Wskaźnik ogólny	Wsparcie duchowe	0,26	24,02	0,51	4,90	0,001
Satysfakcja z życia	Wsparcie duchowe	0,33	33,09	0,57	5,75	0,001
Pogodzenie się z chorobą	Wsparcie duchowe	0,22	20,51	0,48	4,53	0,001
Dystansowanie się wobec choroby	Wsparcie instrumentalne	0,17	13,64	0,41	3,69	0,001

Tabela 4. Wyniki analizy regresji krokowej; jako zmienną zależną wprowadzono wskaźnik nasilenia objawów depresyjnych, jako zmienne niezależne – typy wsparcia społecznego

Zmienna zależna	Zmienna niezależna (typ wsparcia), która osiągnęła istotność statystyczną w modelu	Zmiana R^2	F dla modelu	Beta	t	p <
Objawy depresyjne	Wsparcie duchowe	0,27	25,09	-0,52	-5,01	0,001

Dla większości wskaźników funkcjonowania psychospołecznego uzyskano istotne statystycznie modele regresyjne. Testowane modele okazały się nieistotne jedynie dla oceny własnej choroby w kategorii zagrożenia oraz dla ogólnego znaczenia nadawanego własnej chorobie.

Dla prawie wszystkich wskaźników funkcjonowania psychospołecznego, jeden typ wsparcia okazał się wystarczający dla wyjaśniania wariacji w danym wskaźniku. W przypadku oceny własnej choroby jako wartości, dwa typy wsparcia społecznego znalazły się jako istotne w modelu regresyjnym.

Wsparcie duchowe było tym typem wsparcia społecznego, który najczęściej okazywał się istotny dla wyjaśnienia wskaźników funkcjonowania badanych kobiet. Ten typ wsparcia okazał się istotnym predyktorem dla wyjaśnienia spostrzeżenia własnej choroby w kategoriach wyzwania i wartości, dla nasilenia objawów depresyjnych oraz dla ogólnego wskaźnika akceptacji życia z chorobą i dwóch jej podwymiarów: satysfakcji z życia i pogodzenia się z chorobą. W każdym z tych przypadków wyższe wsparcie duchowe było predyktorem bardziej optymalnych wartości we wskaźnikach funkcjonowania. Wsparcie emocjonalne okazało się istotnym statystycznie predyktorem spostrzeżenia choroby w kategoriach przeszkody/straty i krzywdy. W obu tych przypadkach, wyższe wsparcie emocjonalne pozwalało na przewidywanie słabszego spostrzeżenia choroby w tych kategoriach. Wsparcie instrumentalne z kolei okazało się istotnym statystycznie predyktorem oceny choroby jako wartości oraz dystansowania się wobec choroby. Wyższe wsparcie instrumentalne pozwalało przewidywać wyższe nasilenie dystansowania się od choroby, lecz niższe nasilenie oceny własnej choroby jako wartości.

Procent wyjaśnionej wariacji we wskaźnikach funkcjonowania psychospołecznego wahał się od około 17% dla dystansowania się wobec choroby do około 34% dla spostrzeżenia choroby jako wyzwania.

Dyskusja

Uzyskane przez nas wyniki badań potwierdzają, że poziom wsparcia społecznego u kobiet po zabiegu mastektomii jest ważnym zasobem osobistym, który wiąże się z jakością funkcjonowania psychospołecznego osiąganą w zmaganiu się z chorobą. Wstępne analizy związków między wsparciem a zmiennymi socjodemo-

graficznymi pokazały, że poziom spostrzeganego wsparcia może być zależny od takich zmiennych, jak: wiek (wsparcie rośnie wraz z wiekiem), stan cywilny (wyższy u wdów), okres, który upłynął od postawienia diagnozy i od zabiegu mastektomii (spozstrzegane wsparcie rośnie wraz z upływającym czasem). Dane te wydają się potwierdzać hipotezę, że osoby znajdujące się w trudniejszej sytuacji życiowej zazwyczaj skutecznie pozyskują (mobilizują) wsparcie społeczne w swoim otoczeniu (Sęk, Cieślak, 2004). Stąd też starsze kobiety czy wdowy mogą być spostrzegane jako osoby wymagające większego wsparcia i wsparcie takie otrzymują. Wraz z czasem upływającym od postawienia diagnozy i od zabiegu mastektomii może wzrastać z kolei ilość sytuacji i okazji sprzyjających doświadczeniu przejawów wsparcia społecznego od innych.

W przeprowadzonych analizach związków korelacyjnych między wsparciem a wskaźnikami funkcjonowania psychospołecznego, wsparcie okazało się być istotnie związane z oceną sytuacji choroby – dodatnio z kategoriami przystosowawczymi (wartość, wyzwanie), a ujemnie z nieprzystosowawczymi (przeszkoda/strata, krzywda). A zatem kobiety, które deklarowały wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego, ujawniały bardziej adaptacyjny wzorzec oceny poznawczej własnej choroby niż kobiety deklaruujące niższy poziom wsparcia. W innych badaniach pokazywano, iż taki profil oceny swojej choroby wiąże się z konstruktywnym, aktywnym stylem radzenia sobie ze stresem choroby, wyrażającym się w duchu walki oraz pozytywnym przewartościowaniu (por. Juczyński, 2001, s. 180-183). Wyniki naszego badania wskazały ponadto, że wyższe wsparcie społeczne korelowało istotnie z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych. Prawdopodobnie to może mieć znaczenie kliniczne, sugerując, że wyższe wsparcie społeczne stanowić może ważny czynnik chroniący przed rozwojem objawów klinicznej depresji u kobiet po mastektomii. Wsparcie społeczne okazało się również związane dodatnio z akceptacją życia z chorobą. Kobiety deklaruujące wysokie wsparcie społeczne wykazują wyższą akceptację swojego życia z chorobą, są bardziej zadowolone i czują się szczęśliwsze pomimo choroby, w większym stopniu potrafią także pogodzić się z faktem chorowania, utrzymując przy tym dobre samopoczucie. Poziom spostrzeganego wsparcia społecznego okazał się zatem istotnym korelatem lepszego funkcjonowania we wszystkich trzech mierzonych wskaźnikach.

Wyniki te korespondują z innymi doniesieniami z literatury przedmiotu, wskazując na pozytywne funkcje wsparcia społecznego w zmaganiach się ze stresem choroby nowotworowej oraz zabiegiem mastektomii. Denewer i współpracownicy (2011) wykazali w próbie ponad trzystu kobiet z rakiem piersi po zabiegu mastektomii, że wyższy poziom wsparcia społecznego był istotnym predyktorem większej nadziei u chorych. W innym badaniu Sammarco (2009) wykazała, że wyższy poziom wsparcia społecznego był jednym z istotnych czynników związanych z wyższą jakością życia kobiet chorujących na raka piersi. Udział kobiet po mastektomii w spotkaniach grupy wsparcia wiązał się również z ich większym zadowoleniem z życia oraz lepszym dobrostanem (Antle, Collins, 2009). W kontekście danych z literatury przedmiotu, wyniki naszego badania pokazują kolejne sfery funkcjonowania kobiet po mastektomii, ujawniające pozytywne związki ze wsparciem społecznym.

Interesującym rezultatem niniejszego badania jest wynik, pokazujący, iż wsparcie duchowe jest najważniejszym typem wsparcia społecznego wykazującym związek z analizowanymi wskaźnikami funkcjonowania kobiet po mastektomii. W niniejszym badaniu wsparcie duchowe operacjonalizowane było w postaci twierdzeń, takich jak: *Są ludzie, którzy pomagają mi poszukiwać sensu życia w chorobie, Są ludzie, którzy pomagają mi zachować siłę duchową, Otrzymuję pomoc duchową, gdy jej potrzebuję*, a więc odwołujących się do poczucia sensu życia i siły duchowej. Tak rozumiane wsparcie duchowe okazało się najistotniejszym predyktorem optymalnego funkcjonowania zarówno w sferze poznawczej oceny sytuacji choroby, nasilenia objawów depresyjnych, jak i akceptacji życia z chorobą. Wydaje się zatem, że rola wsparcia duchowego, w porównaniu do innych typów wsparcia, może być szczególnie ważna w sytuacji choroby nowotworowej, która stanowi bezpośrednio zagrożenie dla życia, wywołuje kryzys wartości, może pobudzać do zadawania pytań o sens życia i śmierci (Levy i in., 1992; Tatala, 2003). W tym kontekście zapotrzebowanie na wsparcie duchowe osób chorych może być szczególnie istotne, na co też wskazują wyniki licznych badań w różnych krajach (Cicero i in., 2008; Banning i in., 2009; Alqaissi, Dickerson, 2010). W metaanalitycznym przeglądzie publikacji dotyczących doświadczeń młodych kobiet chorujących na raka piersi, Adams i współpracownicy (2011) wykazali, że potrzeba wsparcia duchowego była jedną z częściej pojawiających się potrzeb wyrażanych przez te kobiety. W badaniu jakościowym, Roff i współpracownicy (2009) zidentyfikowali cztery źródła, z których kobiety chore na nowotwór piersi oczekują wsparcia duchowego. Źródłami tymi są: Bóg, członkowie wspólnoty religijnej, członkowie rodziny, przyjaciele oraz pracownicy służby zdrowia. Warto podkreślić, że wyniki badań pokazują, że silna potrzeba wsparcia duchowego u kobiet z nowotworem piersi i po zabiegu mastektomii pojawia się niezależnie od kontekstu kulturowego i religijnego, np. wśród badanych wyznających religię muzułmańską (Alqaissi, Dickerson, 2010) czy judaistyczną (Ben-Arye i in., 2012).

Możliwe jest także, że zapotrzebowanie na wsparcie duchowe i jego pozytywne związki z funkcjonowaniem, wyrażające się w pozytywnej ocenie sytuacji choroby, mniejszym nasileniu objawów depresyjnych czy też większej akceptacji życia z chorobą, mogą być specyficzne dla choroby nowotworowej piersi (lub dla grupy chorób nowotworowych), podczas gdy w innych jednostkach chorobowych ważniejsze stają się inne typy wsparcia. Na przykład, w badaniach nad rolą wsparcia społecznego dla funkcjonowania chorych na łuszczycę, najważniejszym typem wsparcia było wsparcie rzeczowe (materialne), które okazało się istotnym predyktorem zarówno większej akceptacji życia z chorobą, wyższej jakości życia, jak i mniejszego nasilenia objawów depresyjnych (Janowski i in., 2012). W tym kontekście wyniki niniejszego badania pokazują, że zapewnienie kobietom po zabiegu mastektomii wsparcia duchowego może być jednym z ważniejszych celów pomocy psychologicznej, gdyż ten typ wsparcia w sposób szczególnie wiąże się z bardziej optymalnym funkcjonowaniem chorych.

Warto jednak zaznaczyć, że istnieją w literaturze przedmiotu doniesienia, które wskazują, że zależności pomiędzy duchowością i religijnością a adaptacją do cho-

roby u kobiet po zabiegu mastektomii mogą być niejednoznaczne. Gall i współpracownicy (2009) w badaniu prospektywnym wykazali na przykład brak znaczących zależności pomiędzy różnymi aspektami duchowości a przystosowaniem. Pokazali jednocześnie, że kobiety, które przed zachorowaniem wykazywały słabsze zaangażowanie w sprawy duchowe/religijne, po zachorowaniu ujawniały głębsze wątpliwości i konflikty wewnętrzne o treści duchowej/religijnej niż kobiety, które przed zachorowaniem cechowały się większym zaangażowaniem religijnym/duchowym.

Spośród pozostałych typów wsparcia społecznego, wsparcie emocjonalne okazało się istotnym predyktorem dwóch kategorii oceny własnej choroby – jako przeszkody/straty oraz jako krzywdy. Związki wsparcia emocjonalnego z tymi kategoriami oceny własnej choroby były ujemne, to znaczy wyższe wsparcie emocjonalne pozwalało na przewidywanie mniejszego nasilenia tych ocen. W tym kontekście można wysunąć przypuszczenie, że wsparcie emocjonalne jest zasobem chroniącym (protekcyjnym) przed negatywnym wartościowaniem choroby nowotworowej (przeszkoda/strata, krzywda), natomiast wsparcie duchowe jest zasobem wzmacniającym pozytywne wartościowanie własnej choroby (wyzwanie, wartość).

Godny uwagi jest także wynik uzyskany przez nas w analizie regresji, pokazujący, iż wsparcie instrumentalne jest negatywnym predyktorem oceny choroby jako wartości. Generalnie uznaje się, iż spostrzeganie sytuacji choroby nowotworowej jako wartości (odnajdywanie pozytywnych aspektów w sytuacji choroby) jest wskaźnikiem dobrego przystosowania oraz że jest to istotny element tzw. syndromu wzrostu potraumatycznego (por. Ogińska-Bulik, 2013). Tymczasem w naszym badaniu wyższy poziom wsparcia instrumentalnego okazał się być predyktorem słabszej oceny choroby w kategorii wartości. Wynik ten prawdopodobnie ujawnia możliwość istnienia tzw. negatywnego wsparcia (Łuszczczyńska, 2004), czy też niedopasowania wsparcia do potrzeb osoby chorej. Interpretując ten wynik, można przypuszczać, że osoby spostrzegające wyższe wsparcie instrumentalne (podpowiedzi sposobów rozwiązywania konkretnych problemów związanych z chorobą i leczeniem) są mniej zmotywowane do nadawania swojej chorobie znaczenia wyższych wartości. Możliwe jest także, iż poczucie deprivacji wsparcia instrumentalnego jest motywatorem generowania radzenia sobie ze stresem choroby poprzez strategię polegającą na zmianie znaczenia sytuacji choroby poprzez przewartościowanie. Wynik ten wymaga z pewnością weryfikacji w przyszłych badaniach.

Interpretując zależności uzyskane w badaniu, należy jeszcze zasygnalizować, że wprawdzie traktowaliśmy wsparcie społeczne jako predyktor dla wskaźników funkcjonowania psychospołecznego w chorobie (wsparcie społeczne wprowadzaliśmy do modeli regresyjnych jako zmienną niezależną), to jednak nie jest to jedyny możliwy kierunek wyjaśniania stwierdzonych zależności. Uzyskiwanie wyższego wsparcia społecznego może prowadzić do lepszego funkcjonowania u osób chorych czy to w efekcie bezpośrednim, czy też pośrednio – poprzez łagodzenie skutków stresu (por. Gerin i in., 1995). Zależność tę tłumaczyć można, przyjmując odwrotny kierunek, np. osoby lepiej funkcjonujące mogą być skuteczniejsze w pozyskiwaniu wsparcia lub też subiektywnie spostrzegać dostępne wsparcie jako wyższe. Większość autorów zajmujących się wsparciem społecznym uznaje, że wzajemne

zależności między poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego a jakością funkcjonowania w chorobie są dwukierunkowe (Sarason, Sarason, 2009). Także w odniesieniu do wyników niniejszego badania, możliwa jest interpretacja nie tylko zakładająca, że wyższe wsparcie duchowe prowadzi do lepszego funkcjonowania, ale także interpretacja przyjmująca, że osoby lepiej funkcjonujące (tzn. bardziej pozytywnie wartościujące chorobę, mające mniejsze nasilenie objawów depresyjnych i wyższą akceptację życia z chorobą) aktywniej poszukują wsparcia duchowego, które z kolei pomagać im może w radzeniu sobie ze stresem choroby, np. poprzez przewartościowanie znaczenia choroby (por. Curtis i in., 2004; Mattioli, Repinski, Chappy, 2008).

Analizując znaczenie uzyskanych przez nas wyników, należy także uwzględnić ograniczenia związane z tym badaniem. Przede wszystkim próba kobiet, które wzięły udział w naszym badaniu jest znacznie zróżnicowana z uwagi na wiek, a także zmienne kliniczne (np. okres od postawienia diagnozy, okres od zabiegu mastektomii). Jak pokazaliśmy, zmienne te mogą mieć związek z poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego, a jednocześnie wchodzić ze sobą w interakcje, czego w naszym badaniu w pełni nie kontrolowaliśmy. W naszej próbie ponadto znalazła się znaczna część osób w okresie średniej i późnej dorosłości, u których ryzyko zaburzeń depresyjnych jest wyższe, co mogło znaleźć przełożenie w uzyskaniu podwyższonych wskaźników objawów depresyjnych. Należy także pamiętać, że inne zmienne, niekontrolowane w tym badaniu, także mogą mieć udział w percepcji wsparcia społecznego, a także funkcjonowania psychospołecznego kobiet. W szczególności w naszym badaniu nie kontrolowaliśmy form terapii, którym niektóre badane, zwłaszcza te o krótkim okresie od zabiegu mastektomii, mogły być aktualnie poddawane (np. chemioterapii, radioterapii). Uwzględnienie wszystkich tych zmiennych i ich interakcji wymaga zaprojektowania w przyszłości dalszych badań, na większej liczbie próbie.

Literatura cytowana

- Adams, E., McCann, L., Armes, J., Richardson, A., Stark, D., Watson, E., Hubbard, G. (2011). The experiences, needs and concerns of younger women with breast cancer: a meta-ethnography. *Psycho-Oncology*, 20, 851-861.
- Alqaissi, N.M., Dickerson, S.S. (2010). Exploring common meanings of social support as experienced by Jordanian women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 33, 353-361.
- Antle, B., Collins, W.L. (2009). The impact of a spirituality-based support group on self-efficacy and well-being of African American breast cancer survivors: A mixed methods design. *Social Work & Christianity*, 36, 286-300.
- Banning, M., Hafeez, H., Faisal, S., Hassan, M., Zafar, A. (2009). The impact of culture and sociological and psychological issues on Muslim patients with breast cancer in Pakistan. *Cancer Nursing*, 32, 317-324.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Ben-Arye, E., Schiff, E., Steiner, M., Keshet, Y., Lavie, O. (2012). Attitudes of patients with gynecological and breast cancer toward integration of complementary medicine in cancer care. *International Journal of Gynecological Cancer*, 22, 146-153.
- Bøen, H., Dalgard, O., Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 12, 27.
- Brachowicz, M. (2008). *Psychologiczne uwarunkowania radzenia sobie ze stresem niepłodności* (Niepublikowana rozprawa doktorska). Lublin: Instytut Psychologii, KUL.
- Brewster, A., Helzlsouer, K. (2001). Breast cancer epidemiology, prevention, and early detection. *Current Opinion in Oncology*, 13, 420-425.
- Cicero, M.V., Gullo, S., Lo Coco, G., Lo Verso, G. (2008). La percezione del supporto sociale ed emotivo nel processo di adattamento alla malattia: Uno studio con pazienti oncologici e loro caregivers. *Medicina Psicomatica*, 53, 19-24.
- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: A 1 year follow up. *Psychology, Health & Medicine*, 9, 456-475.
- Denewer, A., Farouk, O., Mostafa, W., Elshamy, K. (2011). Social Support and Hope Among Egyptian Women with Breast Cancer after Mastectomy. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 5, 93-103.
- Dunn, L.B., Cooper, B.A., Neuhaus, J., West, C., Paul, S., Aouizerat, B., Abrams, G., Edrington, J., Hamolsky, D., Miaskowski, C. (2011). Identification of Distinct Depressive Symptom Trajectories in Women Following Surgery for Breast Cancer. *Health Psychology*, 30, 683-692.
- Ford, L.A., Barrow, A.S., Stohl, C. (1996). Social support messages and the management of uncertainty in the experience of breast cancer: An application of problematic integration theory. *Communication Monographs*, 63, 189-207.
- Fors, E.A., Bertheussen, G.F., Thune, I., Juvet, L.K., Elvsaa, I.K., Oldervoll, L., Anker, G., Falkmer, U., Lundgren, S., Leivseth, G. (2011). Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psycho-Oncology*, 20, 909-918.
- Gall, T.L., Kristjansson, E., Charbonneau, C., Florack, P. (2009). A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 174-186.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Bower, J.E., Belin, T.R. (2011). Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29, 1101-1109.
- Gerich, J. (2014). Effects of social networks on health from a stress theoretical perspective. *Social Indicators Research*, 118, 349-364.
- Gerin, W., Milner, D., Chawla, S., Pickering, T.G. (1995). Social support as a moderator of cardiovascular reactivity in women: A test of the direct effects and buffering hypotheses. *Psychosomatic Medicine*, 57, 16-22.

- Giardini, A., Pisoni, C., Giorgi, I., Borelli, V., Scoccia, E., Majani, G. (2013). ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. *Supportive Care in Cancer*, 21, 2453-2460.
- Haloua, M.H., Krekel, N.M., Winters, H.A., Rietveld, D.H., Meijer, S., Bloemers, F.W., van den Tol, M.P. (2013). A systematic review of oncoplastic breast-conserving surgery: current weaknesses and future prospects. *Annals of Surgery*, 257, 609-620.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Janowski, K. (2009). Wybrane metody oceny depresji w praktyce lekarskiej. *Medycyna i Życie*, 2 (3), 11-17.
- Janowski, K., Steuden, S., Kuryłowicz, J., Nieśpiałowska-Steuden, M. (2009). The Disease-Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation. W: K. Janowski, S. Steuden (red.), *Biopsychosocial aspects of health and disease* (t. 1, s. 108-125). Lublin: CPPP Scientific Press.
- Janowski, K., Steuden, S., Pietrzak, A., Krasowska, D., Kaczmarek, Ł., Chodorowska, G. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 304, 421-432.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Keefe, J., Gremore, T.M. (2011). Stress Buffering Effects of Daily Spousal Support on Women's Daily Emotional and Physical Experiences in the Context of Breast Cancer Concerns. *Health Psychology*, 30, 20-30.
- Koopman, C., Angell, K., Turner-Cobb, J.M., Kreshka, M.A., Donnelly, D., McCoy, R., Turkseven, A., Graddy, K., Giese-Davis, J., Spiegel, D. (2001). Distress, Coping, and Social Support Among Rural Women Recently Diagnosed with Primary Breast Cancer. *The Breast Journal*, 7, 25-33.
- Lee, M.K., Park, S., Lee, E.S., Ro, J., Kang, H.S., Shin, K.H., Lee, K.S., Chung, K.W., Kim, S.W., Yun, Y.H. (2011). Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 19, 1379-1392.
- Levy, S.M., Lathrop, T.H., Herberman, R.B., Lee, J., McFeeley, S., Kirkwood, J. (1992). Mastectomy Versus Breast Conservation Surgery: Mental Health Effects at Long-Term Follow-Up. *Health Psychology*, 11, 349-354.
- Łuszczczyńska, A. (2004). Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 190-205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mack, J., Nilsson, M., Balboni, T., Friedlander, R.J., Block, S.D., Trice, E., Prigerson, H.G. (2008). Peace, Equanimity, and Acceptance in the Cancer Experience (PEACE): validation of a scale to assess acceptance and struggle with terminal illness. *Cancer*, 112, 2509-2517.
- Maes, S., Leventhal, H., de Ridder, D.T.D. (1996). Coping with chronic diseases. W: M. Zeidner, N.S. Endler (red.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (s. 221-251). New York: Wiley.

- Makabe, R., Nomizu, T. (2007). Social support and psychological and physical states among Japanese women with breast cancer before and after breast surgery. *Oncology Nursing Forum*, 34, 883-889.
- Malicka, I., Kozłowska, A., Woźniewski, M., Rymaszewska, J., Szczepańska-Gieracha, J. (2015). The role of social support in women's health and recovery processes. *Psychology, Health & Medicine*, 1-11.
- Mattioli, J.L., Repinski, R. Chappy, S.L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 35, 822-829.
- Millar, K., Purushotham, A., McLatchie, E., George, W., Murray, G. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 335-342.
- Ogińska-Bulik, N. (2010). Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15, 125-139.
- Ogińska-Bulik, N. (2012). Osobowy wzrost u nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*, 1, 1-8.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). The role of social support in people struggling with cancer. *Health Psychology Report*, 1, 1-8.
- Roff, S., Cassandra, L.L., Nelson-Gardell, E., Pleasants, D., Heather, M. (2009). Spiritual support and African American breast cancer survivors. *Affilia: Journal of Women & Social Work*, 24, 285-299.
- Sammarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: a comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing*, 32, 347-356.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R. (2009). Social support: Mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 113-120.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2004). 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.
- Shiozaki, M., Hirai, K., Koyama, A., Inui, H., Yoshida, R., Tokoro, A. (2011). Negative support of significant others affects psychological adjustment in breast cancer patients. *Psychology & Health*, 26, 1540-1551.
- Smyth, J.M., Zawadzki, M.J., Santuzzi, A.M., Filipkowski, K.B. (2014). Examining the effects of perceived social support on momentary mood and symptom reports in asthma and arthritis patients. *Psychology & Health*, 29, 813-831.
- Tatala, M. (2003). Kryzysy rozwojowe w świetle problematyki jakości życia. *Psychologia Rozwojowa*, 8, 4, 81-89.
- Tatala, M., Janowski K., Wałachowska, K., Król, K., Serej, B. (2013). Jakość życia kobiet w aspekcie przeżywania choroby nowotworowej gruczołu piersiowego. *Horyzonty Psychologii*, 3, 163-171.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 355-361.
- Wałachowska, K., Janowski, K., Tatala, M. (2009). The efficacy of three interventions modifying stereotypes and prejudice towards people with schizophrenia. *Polish Psychological Bulletin*, 4, 96-102.

- Wang, Y., Zhu, X., Yang, Y., Yi, J., Tang, L., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y. (2015). What factors are predictive of benefit finding in women treated for non-metastatic breast cancer? A prospective study. *Psycho-Oncology*, 24, 533-539.
- Wei, Y., Chu, H., Chen, C., Hsueh, Y., Chang, Y., Chang, L., Chou, K. (2012). Support groups for caregivers of intellectually disabled family members: effects on physical-psychological health and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1666-1677.
- Yarez, B., Stanton, A.L., Maly, R.C. (2012). Breast Cancer Treatment Decision Making Among Latinas and Non-Latina Whites: A Communication Model Predicting Decisional Outcomes and Quality of Life. *Health Psychology*, 31, 553-554.
- Yeşilbalkan, Ö.U. (2010). Patients 'self-reports and caregivers' perception of symptoms in Turkish cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 119-124.

Streszczenie. Choroba nowotworowa stanowi dla chorego źródło silnego stresu. Efektywność radzenia sobie z tym stresem zależy od licznych czynników, wśród których znaczącą rolę odgrywać może wsparcie społeczne.

Celem prezentowanych badań było zweryfikowanie, czy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego wiąże się z jakością funkcjonowania psychospołecznego u kobiet po mastektomii oraz czy typy wsparcia społecznego są specyficznie powiązane ze wskaźnikami funkcjonowania.

Zbadano 70 kobiet po zabiegu mastektomii za pomocą Skali Wsparcia w Chorobie, Inwentarza Depresji Becka, Skali Oceny Własnej Choroby oraz Skali Akceptacji Życia z Chorobą.

Kobiety, które deklarowały wyższe wsparcie społeczne, miały istotnie niższy poziom symptomów depresyjnych, wyższe wartości oceny choroby w kategoriach wyzwania i wartości, a niższe jako przeszkody/straty, a także ujawniły wyższą akceptację życia z chorobą. Analiza regresji wykazała, że wsparcie duchowe najlepiej tłumaczyło wariancję w większości wskaźników funkcjonowania.

Można stwierdzić, że wsparcie społeczne jest istotnym czynnikiem zmniejszającym ryzyko objawów depresyjnych i zwiększającym szanse optymalnego funkcjonowania psychospołecznego u kobiet po mastektomii.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, wsparcie duchowe, mastektomia, depresja, ocena poznawcza

Data wpłynięcia: 1.05.2015

Data wpłynięcia po poprawkach: 29.05.2015

Data zatwierdzenia do druku: 20.12.2015