

HELENA WRONA-POLAŃSKA

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Zdrowie jako wskaźnik procesu zmagania się z białaczką i przeszczepem

Z perspektywy 40 lat psychologicznych badań nad zdrowiem chorych z nowotworami krwi

Wprowadzenie do problematyki

Psychologiczne badania nad zdrowiem zostały podjęte dopiero w drugiej połowie ubiegłego stulecia wraz z rozwojem psychologii zdrowia (Matarazzo, 1980; Taylor, 1990).

W Polsce problematykę tę zainicjował i konsekwentnie rozwijał od lat 50. ubiegłego stulecia Julian Aleksandrowicz, uważany za nestora polskiej psychosomatyki, kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych, a później Kliniki Hematologii Akademii Medycznej w Krakowie, Prezes Komisji Ochrony Zdrowia Społecznego Oddziału Krakowskiego Polskiej Akademii Nauk i Prezes Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej.

Inspiracje te obejmowały różne obszary badań i oddziaływań promujących zdrowie. Jako lekarz Profesor Aleksandrowicz zajmował się nie tylko badaniem fenomenu zdrowia/choroby, ale także jego uwarunkowaniami – oddziaływaniem na zachowanie w kierunku edukacji prozdrowotnej („Klinika nie tylko leczy, ale uczy, jak żyć, by zachować zdrowie”), kształtowaniem świadomości prozdrowotnej przez „nasycanie umysłów młodzieży i dorosłych wiedzą o tym, co sprzyja zdrowiu jednostek i społeczeństwa” (Aleksandrowicz (red.), 1974; Aleksandrowicz, 1979), w tym wiedzą o zdrowej żywności (Aleksandrowicz, Gumowska, 1981), badaniami nad pierwiastkami życia (Aleksandrowicz, 1976), ochroną środowiska i relacjami społecznymi. Profesor Julian Aleksandrowicz jednoczył wokół siebie specjalistów z różnych dziedzin nauki i życia społecznego, poszukując nieustannie przyczyn i sposobów leczenia najgroźniejszych chorób nowotworowych krwi – białaczek. Takie podejście wynikało z interdyscyplinarnego i holistycznego traktowania człowieka chorego z całym bogactwem jego doświadczeń i osobowości, nie zaś patrzenia na chorego przez pryzmat chorego narządu. Wiązało się to także ze specyfiką chorób nowotworowych krwi, które mają charakter uogólniony, a więc atakują jednocześnie cały organizm człowieka, czyli układ krwiotwórczy, a nie pojedynczy narząd. W swoich wykładach, pogadankach i publikacjach zajmował

się specjalistycznymi problemami medycznymi. Wiedzę tę starał się również popularyzować w swoich publikacjach popularnonaukowych, zwłaszcza w ostatnich latach życia, w takich pracach jak np. *Wiedza stwarza nadzieję* (Aleksandrowicz, 1976) o pierwiastkach życia czy *Nie ma nieuleczalnie chorych* (Aleksandrowicz, 1982), tworząc wizję medycyny jutra, która miała przywrócić zdrowie choremu na białaczkę, a nie tylko usuwać objawy chorobowe.

W latach 80. ubiegłego stulecia wyleczenie białaczki wydawało się jeszcze utopią, lecz Profesor głęboko wierzył, że medycynie uda się to osiągnąć przy współpracy innych specjalistów. Zagadnienia zdrowia mają charakter interdyscyplinarny i wymagają organizowania interdyscyplinarnych zespołów badawczych oraz integrowania wyników w jedną spójną koncepcję zdrowia, jego mechanizmów i uwarunkowań. Taką wizję medycyny jutra w Polsce aktualnie realizuje prof. A.B. Skotnicki, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii im. Profesora Juliana Aleksandrowicza Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, który wprowadził wizjonerskie pomysły swego mistrza do praktyki naukowej i klinicznej, tworząc zespół leczący nowotwory krwi nowoczesnymi metodami transplantacji szpiku kostnego (*Bone Marrow Transplantation – BMT*) i komórek macierzystych (SCT) (ZKH, 2015). Dopiero dzięki tym metodom stało się możliwe odzyskanie zdrowia przez chorego, a właściwie jego „drugie narodziny”, ale nie mają one jeszcze powszechnego charakteru ze względu na różne ograniczenia, takie jak brak dawców czy wysoka śmiertelność (Hołowiecki, 2006).

Holistyczne podejście do zdrowia było możliwe dzięki włączeniu w połowie lat 70. ubiegłego stulecia do zespołu leczącego chorych z białaczką i innymi nowotworami krwi psychologa, który zajmował się diagnozowaniem i psychoterapią chorych oraz ich rodzin, a także badaniami naukowymi zmierzającymi do udzielenia odpowiedzi na pytanie, jak chorzy radzą sobie ze stresem wynikającym z choroby nowotworowej i hospitalizacji oraz jak można im w tym pomóc.

W zespole terapeutycznym na każdym etapie leczenia ważną funkcję pełnił psycholog, wspierający i podtrzymujący aktywność pacjenta oraz jego pozytywne emocje w zmaganiu się z chorobą. Jego znaczenie jest ważne także obecnie, w procesie transplantacji, który ma na celu powrót pacjenta do zdrowia (Wrona-Polańska, 1989, 1991, 2011, 2016; Lebedowicz, Skotnicki, 2005).

Celem pracy jest ukazanie psychologicznych mechanizmów zdrowia i choroby na podstawie badań chorych z białaczką leczonych tradycyjnie, osób zdrowych i chorych po przeszczepie szpiku kostnego. Zakłada się, że ich poziom zdrowia jest ważnym wskaźnikiem procesu zmagania się z białaczką i przeszczepem.

Psychologiczne mechanizmy zmagania się chorych z białaczką

Białaczki z punktu widzenia medycznego należą do najgroźniejszych chorób nowotworowych układu krwiotwórczego o uogólnionym charakterze i wieloczynni-

kowej etiologii. Atakują od razu cały organizm chorego, wymagają intensywnego i zróżnicowanego leczenia (Hołowiecki, 2006; Janicki, 2001; Skotnicki, Nowak, 1998; Witt i in., 2009).

Choroby nowotworowe znajdują się na drugim miejscu pod względem przyczyn zgonów, białaczki ostre zajmują natomiast szóste miejsce w wypadku mężczyzn, a siódme – w wypadku kobiet. Częściej występują one u mężczyzn (57%) niż u kobiet (Maj, Pawelski, 1995; Jaworska – www.fundacja.uj.pl).

Badacze koncentrujący się na etiologii białacek nadal poszukują czynnika urazowego i osobowości przedchorobowej, a ogólnie – udziału czynników psychologicznych w etiologii białacek (Ader i in., 1995; Edman i in., 2001; Loberiza i in., 2002; Parker i in., 2003). W latach 80. ubiegłego stulecia średnia przeżycia w białaczkach ostrych od rozpoznania wynosiła od czterech miesięcy do roku (Blicharski i in., 1983), a obecnie istnieje możliwość powrotu do zdrowia dzięki nowoczesnym metodom transplantacji szpiku kostnego czy komórek macierzystych z krwi obwodowej.

Pierwsze w Polsce badania psychologiczne prowadzone w nurcie psychosomatycznym (Aleksandrowicz i in., 1963) od lat 60. XX wieku skupiały się na wpływie czynników społecznych i niektórych cech osobowości chorych na różne typy białacek (Aleksandrowicz, Ćwiklicka, Płużek, 1971).

Autorskie badania własne prowadzone w nurcie somatopsychicznym od połowy lat 70. zmierzały do odpowiedzi na pytanie, jak chorzy radzą sobie z tym największym stresem, jakim jest choroba nieuleczalna – białaczka, i jak można im pomóc. Pytanie to stało się początkiem szeroko zakrojonych badań zmierzających do poznania i wyjaśnienia psychologicznych mechanizmów zmagania się chorych z białaczką.

Z psychologicznego punktu widzenia białaczka jest złożoną sytuacją stresową o charakterze zagrożenia biologicznego, psychologicznego, społecznego i duchowego.

Zagrożenie biologiczne, zdaniem A. Kępińskiego (1972), jest konsekwencją naruszenia I prawa biologicznego – zachowania życia i życia gatunku w wyniku postępującej, nieuleczalnej choroby. Zagrożenie życia w wyniku postępującej choroby nowotworowej, białaczki oraz niemożność realizacji dotychczasowych ról społecznych – rodzinnych i zawodowych – w wyniku choroby i hospitalizacji jest źródłem zagrożenia biologicznego i społecznego. Zagrożenie duchowe i psychiczne jest natomiast skutkiem odczuwania przez chorych napięcia wewnętrznego, potęgowanego przez negatywne i lękowe postawy związane z rakiem. Jak pokazują badania (Cobb, 1959; Wullimier, 1978; Nęcki, Górniak, 1999), w świadomości społecznej rak utożsamiany jest nadal ze śmiercią, co skutkuje niezgłaszaniem się na badania profilaktyczne. Niezwykle ważne jest zatem dążenie do zmiany negatywnego stereotypu choroby nowotworowej i poddawanie się badaniom profilaktycznym. W przypadku zachorowania dochodzi do tego jeszcze brak możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb człowieka chorego, realizacji planów i celów życiowych oraz utrata cenionych wartości osobistych, co potęguje

i tak już wysoki poziom przeżywanego lęku jako reakcji na zagrożenie, przy równoczesnym przekonaniu o braku możliwości skutecznego zareagowania (Cattell, 1972; Kępiński, 1977; Spielberger, 1972).

Za podstawę teoretyczną problematyki chorych z nowotworami krwi – białaczkami – została przyjęta teoria stresu psychologicznego R.S. Lazarusa i S. Folkmana (1984), która wykazała zróżnicowanie poziomu przeżywanego stresu u chorych w zależności od oceny sytuacji i własnej koncepcji choroby, która według M. Kulczyckiego (1971) składa się z odpowiedzi na pytania: Czym dana choroba jest?, Jak powstała? Jaki będzie jej przebieg?

Badania te udowodniły, że białaczka wiąże się z wysokim poziomem stresu/lęku, ale nie dla każdego takim samym (Wrona-Polańska, 1985). Było to inspiracją do poszukiwania czynników, od których zależy poziom przeżywanego lęku u chorego i sposób zmagania się z nim.

Obserwacje kliniczne, rozmowy z chorymi i badania własne wykazały, że nieuleczalnie chory zaczyna bilansować nie tylko swoje życie, zadając sobie pytania: „Czy ja się wyleczę, czy wrócę do pracy, czy zdążę wychować dzieci?“, ale także samego siebie, co wyraża się w pytaniu: „Co ja jeszcze jestem wart?“. Oznacza to, że poważna choroba somatyczna zmusza do bilansowania nie tylko własnego życia i zmiany dotychczasowych zachowań chorego, ale także dotyka tego, co najważniejsze, a równocześnie względnie stałe, a więc tożsamości człowieka, jego obrazu własnego „ja”.

Badania własne chorych z białaczką leczonych tradycyjnie w latach 80. ubiegłego stulecia wykazały, że nie ma jednolitego uniwersalnego sposobu chorowania czy zmagania się ze stresem, który sugerowała teoria adaptacji poznawczej S. Taylor (1983). Badania własne autorki potwierdziły, że radzenie sobie czy zmaganie się chorych ze stresem zależy od poziomu tego stresu i subiektywnej oceny sytuacji chorego dokonywanej przez pryzmat własnych możliwości, czyli zasobów. Około trzech czwartych badanych charakteryzowało się niskim poziomem lęku w wyniku stosowania mechanizmów zaprzeczania czy represjonowania lęku związanego z chorobą i hospitalizacją, jedną czwartą zaś stanowili badani przeżywający silny lęk (Wrona-Polańska, 1985).

Badania obrazu „ja” chorych za pomocą testu przymiotnikowego ACL Gougha i Heilbruna wykazały różnice w tym obrazie w zależności od sposobu zmagania się z lękiem, ujawniające się szczególnie we wzajemnych zależnościach między „ja” realnym i „ja” idealnym, które pełnią funkcję wskaźników społecznego przystosowania (Rogers, 1959, 1963). Chorzy przeżywający wysoki poziom lęku charakteryzowali się negatywnym obrazem „ja” realnego, nie akceptowali siebie i dążyli do zmiany, co znalazło odzwierciedlenie w nadmiernie wyidealizowanym, kompensacyjnym i niemożliwym do osiągnięcia „ja” idealnym, będącym wtórnym źródłem lęku o charakterze dezintegracyjnym.

Chorzy o niskim poziomie przeżywanego lęku w konsekwencji zaprzeczania czy represjonowania lęku związanego z chorobą i hospitalizacją cechowali się pozytywnym obrazem „ja” realnego, akceptowali siebie i nie dążyli do zmia-

ny, a jedynie do wzmocnienia samokontroli w zmaganiu się z chorobą (profile leżące). Rolę standardu regulacji zachowania tych chorych pełnił obraz „ja” realnego. Nieco wyidealizowany, ale zapewniający stałość „ja” i tożsamość chorych, obraz ten pełnił funkcję pozytywną, adaptacyjno-obronną (Wrona-Polańska, 1989). Pozytywny obraz „ja” sprzyjał akceptacji siebie w roli chorego, aktywności i podejmowaniu współpracy z zespołem leczącym. Chorzy z negatywnym obrazem „ja” nie akceptowali natomiast siebie w tej roli, cechowała ich bierność i brak współpracy z zespołem leczącym (Wrona-Polańska, 1991).

Przedstawione badania ukazały zależność między poziomem przeżywanego lęku i sposobami zmagania się z nim a obrazem samego siebie. Wysoki poziom lęku i jego adekwatna ocena prowadzi do dezintegracji obrazu „ja” chorych, podczas gdy zaprzeczanie i represjonowanie lęku prowadzi do ukształtowania nierealistycznego, ale pozytywnego obrazu „ja”, pełniącego funkcję adaptacyjno-obronną, zapewniającego stałość „ja” i jego pozytywny charakter, sprzyjający akceptacji siebie w roli chorego i podejmowaniu aktywności na rzecz własnego zdrowia. Autorskie badania, na tle teorii adaptacji poznawczej S. Taylor (1983), ukazały zróżnicowanie zachowań chorych z leukemią w zależności od poziomu przeżywanego lęku i stylu zmagania się z nim. Potwierdziły one istotną adaptacyjną rolę obrazu „ja” i mechanizmów represyjnych w zmaganiu się z lękiem u chorych z białaczką (Wrona-Polańska, 1984, 1985, 1989, 1991). Badania te miały duże znaczenie aplikacyjne. Stanowiły teoretyczną podstawę do konstruowania programów terapeutycznych nakierowanych na chorych i ich rodziny, personel medyczny i współpracę z lekarzem i ogólnie – zespołem leczącym. Udowodniły one, że najważniejsze w zmaganiu się z chorobą są akceptacja siebie w roli chorego oraz podjęcie współpracy z lekarzem i zespołem leczącym. Akceptacja siebie wyzwala pozytywne emocje mobilizujące do podjęcia działania, także do współpracy z zespołem leczącym.

Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia

Doświadczenia kliniczne w pracy z chorymi i wyniki badań własnych stały się inspiracją do poszukiwania psychologicznych mechanizmów zdrowia w celu oddziaływania na zdrowych w taki sposób, aby zapobiegać i przeciwdziałać zachorowaniu na nieuleczalne choroby – białaczki. W tym zakresie konieczne wydawało się oddziaływanie na rodziców, wychowawców przedszkoli i nauczycieli, którzy są pierwszymi animatorami zdrowia dziecka i powinni wychowywać na rzecz zdrowia.

Podstawą teoretyczną badań było rozumienie zdrowia nie jako braku objawów chorobowych (Włodarczyk, 1994), stanu (WHO, 1948) czy dyspozycji (Słońska, Misiuna, 1993), ale jako procesu (Aleksandrowicz, 1972; Blicharski za: Aleksandrowicz (red.), 1974; Antonovsky, 1979), którego uwarunkowania są głęboko za-

korzenione w modelu biopsychospołecznym. Najlepiej oddaje je Mandala Zdrowia, czyli Model Ekosystemu, w którym człowiek znajduje się w centrum wszechświata, najbliższym oddziałującym na niego podsystemem jest rodzina, a najbardziej oddalonym – socjosfera, czyli kultura. Zdrowie człowieka zależy według Lalonda od czterech pól zdrowia: biologii człowieka, środowiska fizycznego, psychospołecznego oraz zachowania. Pomiedzy tymi polami zachodzą wzajemne zależności, funkcjonujące na zasadzie sprzężenia zwrotnego (Słońska, 1994).

W ujęciu salutogenetycznym Antonovsky'ego (1979, 1995) zdrowie jest procesem równoważenia wymagań stawianych przez otoczenie i możliwości człowieka.

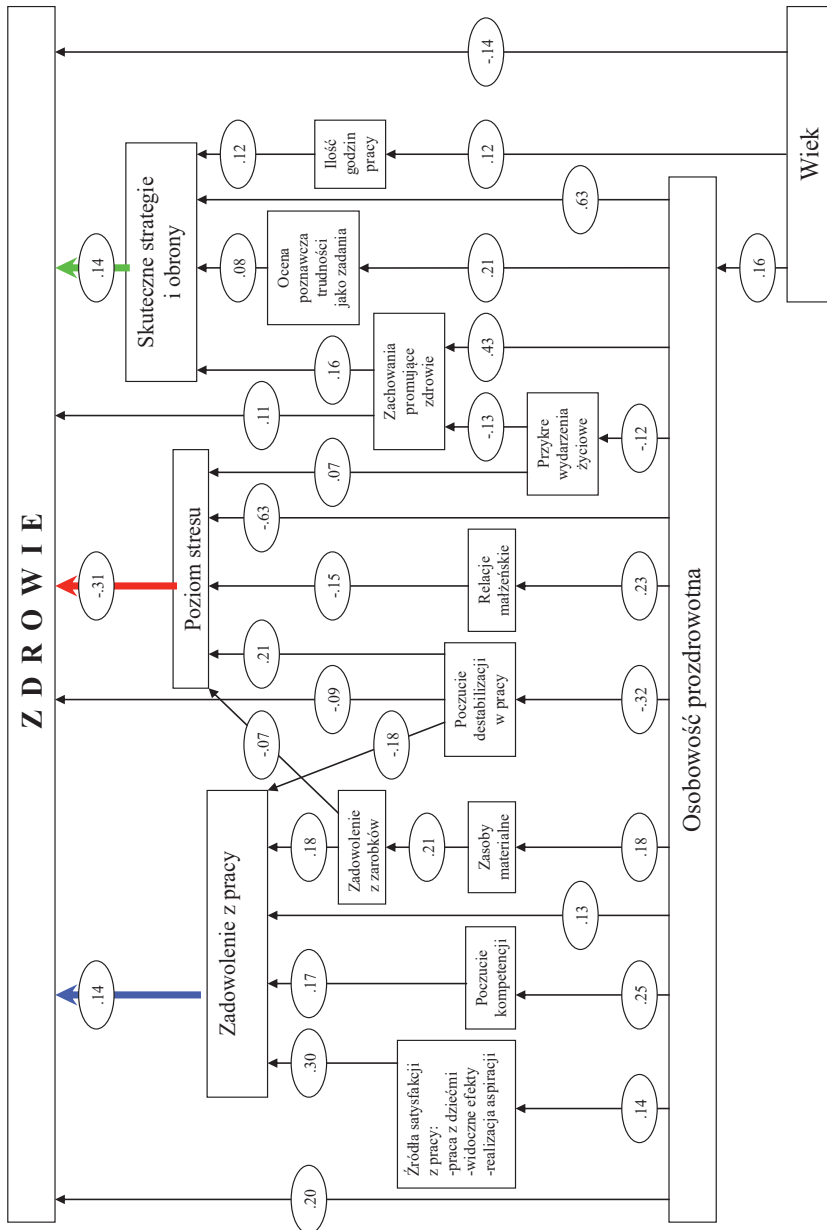
Na podstawie takiego rozumienia zdrowia, teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984) oraz teorii zasobów Hobfolla (1989), rozumianych jako cechy i możliwości, które w konfrontacji stresowej odgrywają pozytywną rolę obronną, a także teorii TRoP E. Nęcki (1994) został skonstruowany autorski teoretyczny model zdrowia, sprawdzony empirycznie w badaniach osób zdrowych – nauczycielek i pracowników socjalnych (ryc. 1). Tak powstał autorski Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ), w którym zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska, 2003, s. 210).

Istotne znaczenie dla zdrowia w tym modelu mają zasoby podmiotowe człowieka, które w znacznym stopniu wspierają proces radzenia sobie ze stresem, a równocześnie mu przeciwdziałają, o czym świadczą identyczne wielkości współczynników analizy ścieżek różniące się jedynie znakiem (.63, -.63). Ścieżkę emocjonalną zasilają zasoby społeczne – źródła pozytywnych emocji i satysfakcji z pracy oraz pewność własnych kompetencji. Wskaźnikiem zagrażającym zdrowiu jest poczucie destabilizacji, wynikające ze zmian społeczno-politycznych i reformy edukacji w ostatnich latach XX wieku, które wpływa na zdrowie bezpośrednio lub pośrednio, zwiększając poziom przeżywanego stresu i obniżając jakość życia badanych.

Podstawowymi psychologicznymi mechanizmami w Funkcjonalnym Modelu Zdrowia są indywidualne zasoby człowieka – poczucie koherencji, kontroli i samoocena – tworzące osobowość prozdrowotną, która w sposób bezpośredni i pośredni wpływa na zdrowie – ścieżką kompetencyjną i emocjonalną, równoważąc ścieżkę napięciową.

Psychologiczne mechanizmy powrotu do zdrowia chorych z białaczką po przeszczepie szpiku kostnego

Znaczny postęp medycyny i nauk pokrewnych sprawił, że możliwe stało się skuteczne leczenie chorych z białaczką nowoczesnymi metodami transplantacji szpiku kostnego (*Bone Marrow Transplantation* – BMT) czy komórek macierzystych (*Stem Cell Transplantation* – SCT).



Ryc. 1. Empiryczny Funkcjonalny Model Zdrowia badanych

Źródło: Wrona-Polańska 2003, s. 210

W Klinice Hematologii im. Profesora Juliana Aleksandrowicza UJ Collegium Medicum możliwość leczenia nowoczesnymi metodami pojawiła się w 1998 roku; do 2015 roku osiągnięto światowy poziom, wykonując około 1000 przeszczepów (ZKH, 2015). Nie oznacza to, że wszystkim tym pacjentom przywrócono zdrowie i życie, gdyż tylko 50% z nich przeżywa, a reszta umiera na różnych etapach leczenia (Hołowiecki, 2006).

Proces transplantacji jest bardzo skomplikowany, nie tylko z punktu widzenia lekarskiego. Wymaga zaangażowania nie tylko zespołu leczącego, ale przede wszystkim samego chorego, który musi poradzić sobie z własnym lękiem i ściśle współpracować z zespołem leczącym.

Istotą jest tutaj nie sam proces przeszczepienia, ale „materiał tkankowy”, który został przeszczepiony i jego przyjęcie lub odrzucenie przez układ immunologiczny chorego (Wrona-Polańska, 2008). Przeszczep, czyli szpik lub komórki macierzyste z krwi obwodowej, może zostać odrzucony przez układ biocy jako obce ciało, może spowodować ostrą reakcję immunologiczną, a w konsekwencji – doprowadzić do utraty życia chorego, stąd też 50% pacjentów umiera w pierwszej fazie życia po przeszczepie albo na różnych etapach przygotowania do przeszczepu. Idealnym dawcą byłby bliźniak, ale trudno ten warunek zrealizować, a szpik od dawcy spokrewnionego lub niespokrewnionego nigdy nie spełnia wszystkich warunków zgodności tkankowej, dotyczącej czynników HLA, i to powoduje różne komplikacje. Powracający do zdrowia chorzy muszą zmagać się ze wszystkimi konsekwencjami przeszczepu, podejmując aktywność, która zmierza do odzyskania poczucia zdrowia, które ma wyższą moc regulacyjną zachowania niż zdrowie obiektywne i decyduje o jakości funkcjonowania człowieka (Wrona-Polańska, Skotnicki, Piątkowska-Jakubas, 2013; Wrona-Polańska, 2016).

Z psychologicznego punktu widzenia proces przeszczepiania szpiku kostnego jest skomplikowanym działaniem i składa się z trzech etapów: oceny sytuacji przed przeszczepem, w trakcie hospitalizacji i przeszczepu oraz po przeszczepie. Długotrwałe leczenie pacjentów w izolacji wymuszonej sposobem leczenia wyzwała u nich lęk i depresję, których przeciwwagą może być wsparcie społeczne rodziny i przyjaciół oraz profesjonalne – lekarza i psychologa (Jakitowicz, Piekarska, 2014; Jenk Kettman, Altmaier, 2008; Vachon, 2006; Lebedowicz, Skotnicki, 2005; Sęk-Cieślak, 2004; Wrona-Polańska, 2009, 2012).

W wyniku wieloletniej współpracy naukowej i klinicznej autorki z Zespołem Kliniki Hematologii UJ CM pod kierownictwem prof. Aleksandra B. Skotnickiego zrodziło się pytanie: „Jakie psychologiczne mechanizmy umożliwiają chorym po przeszczepie szpiku kostnego (BMT) powrót do zdrowia i normalne funkcjonowanie i jak można im w tym pomóc?”. Stało się ono inspiracją do podjęcia badań w tym zakresie.

Problem przeszczepu bardzo ściśle wiąże się ze stresem, który działa immunosupresyjnie na układ odpornościowy (Solomon, 1990), czyli obniża odporność chorego bądź zwiększa wrażliwość immunologiczną, a w konsekwencji – zwiększa ryzyko odrzucenia przeszczepu jako obcej tkanki. Poziom przeżywanego stresu/

lęku jest „wskaźnikiem klinicznym”, sygnalizującym przyjęcie lub odrzucenie przeszczepu. Jest to sygnał dla psychologa, który powinien go odczytać i podjąć z chorym współpracę, mającą na celu redukcję stresu/lęku u chorych w procesie powrotu do zdrowia po przeszczepie.

Dlatego też za teoretyczną podstawę badań przyjęto autorski Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ), w którym stres odgrywa istotną rolę, zdrowie zaś jest funkcją twórczego radzenia sobie z nim (Wrona-Polańska, 2003).

Z Funkcjonalnego Modelu Zdrowia wynikają następujące pytania badawcze:

1. Jakie style i strategie zmagania się ze stresem charakteryzują badanych chorych po BMT?
2. Które strategie są skuteczne i efektywne, czyli wiążą się w sposób istotny z poczuciem zdrowia badanych?

Metoda i techniki badawcze

Podstawową metodą badania był wywiad standaryzowany dotyczący psychologicznej sytuacji chorych po transplantacji szpiku kostnego, poczucia zdrowia, przeżywanego niepokoju związanego z chorobą i leczeniem oraz stylów i strategii zmagania się ze stresem.

Poziom zdrowia zdefiniowano, wyróżniając trzy wskaźniki: poczucie zdrowia, poczucie spokoju i brak lęku, oceniane przez badanych na dziesięciostopniowej skali szacunkowej. Skrajne zakotwiczenia oznaczały: w określeniu poczucia zdrowia: 1 – „chory”, a 10 – „zdrowy”; w określeniu poczucia spokoju: 1 – „niespokojny”, a 10 – „spokojny”; w braku lęku: 1 – „odczuwam silny lęk”, a 10 – „nie odczuwam lęku”. Badani byli proszeni o uzasadnienie swojego wyboru na skali. Zdrowie obiektywne oceniał na 10-stopniowej skali szacunkowej lekarz hematolog.

Poziom stresu badano za pomocą testu STAI Spielbergera w adaptacji Sosnowskiego (1977). Test składa się z dwóch części, z których każda zawiera 20 pytań; X-1 służy do pomiaru lęku-stanu, X-2 natomiast – do pomiaru lęku-cechy, rozumianego jako względnie stała dyspozycja osobowości.

Badano także style zmagania się ze stresem przy użyciu kwestionariusza CISS Endlera i Parkera, składającego się z 48 pytań; odpowiedzi należało oznaczyć na pięciostopniowej skali Likerta. CISS bada trzy style: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach i skoncentrowany na unikaniu. Styl skoncentrowany na unikaniu składa się z dwóch podstylów: 1 – unikanie przez dystrakcję i 2 – poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Strategie zmagania się ze stresem badano za pomocą kwestionariusza CHIP Endlera i Parkera w adaptacji Wrześniewskiego. Test składa się z czterech skal: odwracanie uwagi od choroby, ograniczanie stymulacji, radzenie sobie instrumentalne i koncentracja na negatywnych emocjach. Analiza wyników w tym teście ma charakter opisowy, gdyż nie ma on norm polskich dla żadnej grupy chorych.

Charakterystyka osób badanych

Badanymi byli pacjenci Kliniki Hematologii UJ CM leczeni metodą transplantacji szpiku kostnego, którzy zgłaszali się do badań kontrolnych. W analizie uwzględniono 141 pacjentów z białaczką w wieku 18–68 lat, 61 kobiet i 80 mężczyzn, mających przeważnie średnie wykształcenie. Najwięcej badanych znajdowało się w przedziale wiekowym między 20. a 40. rokiem życia, który, zgodnie z literaturą medyczną, daje najlepsze rokowania w leczeniu nowoczesną metodą transplantacji szpiku kostnego. Badane kobiety charakteryzował dłuższy od przeszczepu czas chorowania niż u mężczyzn.

Zmaganie się ze stresem białaczki i przeszczepu

Style i strategie zmagania się ze stresem

Badanych chorych charakteryzował średni poziom przeżywanego stresu $M = 39,43$ przy $SD = 10,00$.

Tabela 1. Współczynniki korelacji między poziomem stresu i strategiami a stylami radzenia sobie z chorobą

Zmienne	Poziom stresu	Odwracanie uwagi od choroby	Ograniczanie stymulacji	Radzenie sobie instrumentalne	Koncentracja na negatywnych emocjach
Style radzenia sobie					
Styl skoncentrowany na zadaniu	-,29***	,39***	,15	,32***	-,02
Styl skoncentrowany na emocjach	,51***	-,14	,22**	,14	,63***
Styl skoncentrowany na unikaniu	,05	,39***	,10	,24**	,15
Angażowanie się w czynności zastępcze	,13	,22**	,17*	,14	,12
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-,21*	,50***	-,01	,25**	-,07

Istotność: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Analiza współczynników korelacji między poziomem stresu i strategiami oraz stylami radzenia sobie (tabela 1) pokazała, że stres najsilniej wiąże się ze stylem skoncentrowanym na emocjach i strategiami koncentracji na negatywnych

emocjach (,63) oraz ograniczania stymulacji (,22), które prowadzą do kumulacji i zalegania negatywnych emocji, a w konsekwencji działają immunosupresyjnie na układ odpornościowy, zagrażając zdrowiu i życiu badanych po przeszczepie.

Stresowi przeciwdziałają styl skoncentrowany na zadaniu (–,29) i zgodna z tym stylem strategia radzenia sobie instrumentalnego (,32) oraz odwracania uwagi od choroby (,39), a także styl skoncentrowany na unikaniu, polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (–,21), który w sposób statystycznie istotny wspiera zgodną ze stylem strategię odwracania uwagi od choroby (,50) oraz radzenie sobie instrumentalne (,25).

Zmaganie się ze stresem a zdrowie badanych

Zdrowie chorych po przeszczepie określały trzy wskaźniki: poczucie zdrowia, poczucie spokoju i poczucie braku lęku, oceniane przez badanego na dziesięciostopniowej skali, oraz zdrowie obiektywne, oceniane na skali przez lekarza hematologa. Współczynniki korelacji między zmiennymi opisującymi zdrowie przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Współczynniki korelacji między zmiennymi opisującymi zdrowie

Zmienne	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Brak lęku	Zdrowie obiektywne
Poczucie zdrowia		,51***	,46***	,38***
Poczucie spokoju	,51***		,70***	,12
Brak lęku	,46***	,70***		–,03
Zdrowie obiektywne	,38***	,12	–,03	

Istotność: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Najsilniejsze korelacje, istotne statystycznie, występują między poczuciem zdrowia i poczuciem spokoju (,51) oraz brakiem lęku (,46), a także zdrowiem obiektywnym (,38). Poczucie zdrowia utożsamiane jest przez samych chorych z somatycznym wymiarem zdrowia, podobnie traktują ten wskaźnik także osoby zdrowe (Wrona-Polańska, 2003). Brak związku wystąpił natomiast między zdrowiem obiektywnym a poczuciem spokoju i braku lęku jako wskaźnikami zdrowia w wymiarze psychicznym.

Związki wskaźników zdrowia ze stresem i strategiami zmagania się z nim przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Współczynniki korelacji między zmiennymi opisującymi zdrowie a zmiennymi opisującymi poziom stresu oraz strategię radzenia sobie z chorobą

Zmienne	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Brak lęku	Zdrowie obiektywne
Stres				
Poziom stresu	-,34***	-,58***	-,54***	-,05
Strategie radzenia sobie z chorobą				
Odwracanie uwagi od choroby	,18*	,24**	,22*	,11
Ograniczanie stymulacji	-,03	-,04	-,01	-,17*
Radzenie sobie instrumentalne	,18*	,04	,04	,17*
Koncentracja na negatywnych emocjach	-,16	-,42***	-,46***	-,10

Istotność: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Przeżywany przez chorych po przeszczepie szpiku kostnego stres wiąże się negatywnie ze wszystkimi wskaźnikami zdrowia. Najsilniejsze i istotne statystycznie związki ujawniają się pomiędzy stresem a poczuciem spokoju, nieco zaś słabsze z poczuciem zdrowia. Oznacza to, że przeżywany przez chorych po przeszczepie szpiku kostnego stres związany z chorobą i codziennym życiem może zagrażać ich zdrowiu, obniżając w konsekwencji poziom samooceny zdrowia badanych.

Poczucie zdrowia wiąże się pozytywnie na poziomie tendencji ze strategią odwracania uwagi od choroby (,18) i strategią instrumentalną (,18), które w istotny sposób sprzyjają zdrowiu chorych po przeszczepie. Poczucie spokoju wiąże się zaś negatywnie ze strategią koncentracji na negatywnych emocjach (-,42), a pozytywnie – ze strategią odwracania uwagi od choroby (,24).

Zdrowie obiektywne wiąże się w istotny sposób na poziomie tendencji ze strategią instrumentalnego radzenia sobie (,17), a negatywnie – z ograniczaniem stymulacji (-,17).

Analiza korelacji między zmiennymi opisującymi zdrowie a stylami zmagania się ze stresem jako względnie stałymi dyspozycjami osobowościowymi charakteryzującymi pewien sposób zachowania w sytuacjach stresowych wykazuje niewielkie ich związki z poczuciem zdrowia badanych i zupełny brak takich związków ze zdrowiem obiektywnym. Pozytywne związki ujawniają się między poczuciem spokoju i poczuciem zdrowia a stylem skoncentrowanym na unikaniu, polegającym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, zdecydowanie negatywne zaś – między poczuciem spokoju i stylem skoncentrowanym na emocjach. Charakterystyczne dla chorych po przeszczepie jest unikanie i obronne zaprzeczanie chorobie przez poszukiwanie wsparcia wśród najbliższych i przyjaciół, zainteresowanie muzyką, sztuką i przyrodą w celu zrównoważenia negatywnych emocji związanych z chorobą i przeszczepem.

Dominacja stylu skoncentrowanego na emocjach i jego silne negatywne korelacje z poczuciem spokoju oznaczają, że im wyższe nasilenie tego stylu, tym mniejsze poczucie spokoju, czyli wewnętrznej równowagi, a większy niepokój, który zagraża zdrowiu i życiu badanych po przeszczepie szpiku kostnego.

Podsumowanie i dyskusja nad wynikami

Podstawą teoretyczną badań chorych z białaczką leczonych metodą transplantacji szpiku kostnego był autorski Funkcjonalny Model Zdrowia, w którym zdrowie jest funkcją twórczego zmagania się ze stresem.

Badanych chorych charakteryzował średni poziom przeżywanego stresu, który wahał się od poziomu niskiego do podwyższonego i wysokiego. Analiza współczynników korelacji ujawniła najsilniejsze pozytywne związki stresu ze strategią koncentracji na negatywnych emocjach i negatywne związki ze strategią odwracania uwagi. Oznacza to, że strategia koncentracji na negatywnych emocjach, stosowana przez część chorych po przeszczepie szpiku, może być dodatkowym źródłem stresu, który w konsekwencji prowadzi do kumulacji negatywnych emocji zagrażających zdrowiu i życiu chorych. Negatywne, istotne statystycznie, związki stresu ze strategią odwracania uwagi od choroby, świadczą natomiast o zaprzeczaniu chorobie czy dystansowaniu się wobec niej przez zainteresowanie muzyką, sztuką, przyrodą oraz relacje z rodziną i przyjaciółmi, obserwowane u części chorych jako sposób regulacji emocji wzbudzanych przez chorobę.

Strategia radzenia sobie instrumentalnego wiąże się pozytywnie, w sposób istotny statystycznie, ze wszystkimi strategiami: odwracania uwagi od choroby, ograniczania stymulacji i koncentracji na negatywnych emocjach. Wskazuje to na złożoność zjawiska zmagania się chorych z chorobą i przeszczepem, która wymaga poznania problemu i podjęcia aktywności na rzecz odzyskania zdrowia – z jednej strony, z drugiej zaś – kontrolowania przeżywanego napięcia i regulacji emocji w taki sposób, aby mobilizowały one do aktywności sprzyjającej powrotowi do zdrowia.

Style radzenia jako osobowościowe, czyli względnie trwałe wyznaczniki zachowania, wzmacniają zgodne ze stylem strategie radzenia sobie ze stresem, które zależą od sytuacji choroby i przeszczepu. Analiza współczynników korelacji wskazuje, że styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl skoncentrowany na unikaniu, polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, łączy się najsilniej ze strategią instrumentalnego radzenia sobie, która nie ma związku ze stresem. Oznacza to, że podjęcie aktywności na rzecz powrotu do zdrowia nie zależy od poziomu przeżywanego stresu, ale od dominacji stylu zadaniowego u chorego, który uruchamia zgodną ze stylem strategię instrumentalną, by poradzić sobie z problemem zdrowotnym, wspieranego przez podstyl stylu unikania, polegający na poszukiwaniu wsparcia wśród znajomych i przyjaciół.

Podobnie styl zadaniowy i styl skoncentrowany na unikaniu, szczególnie przez poszukiwanie kontaktów towarzyskich, wiąże się silnie i w sposób statystycznie

istotny ze strategią odwracania uwagi od choroby. Styl skoncentrowany na emocjach łączy się natomiast najsilniej ze strategią koncentracji na negatywnych emocjach i słabiej – ze strategią ograniczania stymulacji.

Z badań wynika, że styl zadaniowy i skoncentrowany na unikaniu uruchamiają strategię radzenia sobie instrumentalnego, zmierzającą do podjęcia aktywności na rzecz powrotu do zdrowia, oraz strategię odwracania uwagi od choroby przez relacje z najbliższymi i przyjaciółmi, a także zainteresowanie muzyką, sztuką i przyrodą oraz zaangażowanie się w czynności pozwalające na zdystansowanie się wobec problemów zdrowotnych, zmierzające ostatecznie do redukcji przeżywanych emocji.

Dalsza analiza dotycząca skuteczności stylów i strategii zmagania się z chorobą i przeszczepem z punktu widzenia zdrowia pokazała, że subiektywne wskaźniki zdrowia: poczucie zdrowia, utożsamiane ze zdrowiem somatycznym, i poczucie spokoju, traktowane jako wskaźnik równowagi i harmonii wewnętrznej, korelują ze sobą najsilniej, zdrowie zaś obiektywne, oceniane według wskaźników medycznych przez lekarza hematologa, koreluje w sposób istotny statystycznie tylko ze wskaźnikiem poczucia zdrowia.

Subiektywne wskaźniki zdrowia wiążą się negatywnie z poziomem stresu, czyli im wyższy poziom stresu, tym niższy subiektywny poziom zdrowia badanych.

Poczucie zdrowia wiąże się z dwiema strategiami: odwracaniem uwagi od choroby i strategią radzenia sobie instrumentalnego na poziomie tendencji. Poczucie spokoju wiąże się pozytywnie ze strategią odwracania uwagi, a negatywnie – ze strategią koncentracji na negatywnych emocjach. Zdrowie obiektywne łączy się pozytywnie ze strategią instrumentalną, negatywnie natomiast – ze strategią ograniczania stymulacji na poziomie tendencji. Słabe związki ujawniają się między subiektywnymi wskaźnikami zdrowia: poczuciem zdrowia i poczuciem spokoju a stylem skoncentrowanym na unikaniu, polegającym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Wyraźny jest brak jakichkolwiek związków między wskaźnikiem zdrowia obiektywnego a stylami zmagania się ze stresem.

Przedstawiona analiza i interpretacja otrzymanych wyników badań chorych z białaczką po przeszczepie szpiku kostnego wykazała, że skuteczne z punktu widzenia powrotu do zdrowia chorych po BMT okazały się dwie strategie: instrumentalnego radzenia sobie, czyli podejmowania aktywności na rzecz odzyskania zdrowia, i strategia odwracania uwagi od choroby, która sprzyja regulacji emocji w taki sposób, aby podejmowane działania na rzecz powrotu do zdrowia dawały pozytywne rezultaty. Podobnie zdrowiu obiektywnemu sprzyja strategia instrumentalnego działania, nie sprzyja zaś ograniczanie stymulacji, czyli bierność i brak aktywności na rzecz odzyskania zdrowia.

Na podstawie wyników badań chorych z białaczką po przeszczepie szpiku kostnego widać, jak złożone są psychologiczne mechanizmy sprzyjające odzyskaniu zdrowia, w których biorą udział wszystkie style – skoncentrowany na zadaniu, na emocjach i na unikaniu, wzmacniając strategię nastawioną na zadanie – odzyskanie zdrowia, regulację emocji przez zaprzeczanie chorobie czy odwracanie

uwagi od niej przez zainteresowanie muzyką, sztuką, przyrodą i poszukiwanie wsparcia wśród najbliższych, ograniczanie stymulacji, czyli kontrolę własnych emocji oraz brak koncentracji się na negatywnych emocjach.

Pozorna sprzeczność wynikająca z silnych, istotnych statystycznie i pozytywnych korelacji strategii instrumentalnego radzenia sobie ze wszystkimi pozostałymi strategiami – odwracania uwagi od choroby, ograniczania stymulacji i koncentrowania się na negatywnych emocjach – ukazuje złożoność tego problemu. Uzupełnienie materiału tkankowego dającego możliwość przeżycia nie jest równoznaczne z odzyskaniem zdrowia, ale jest początkiem żmudnej drogi pacjenta w tym kierunku. Wymaga wiedzy pacjenta o tym, jak żyć z przeszczepem i jaki prowadzić styl życia, oraz pozytywnych emocji mobilizujących chorego do podejmowania tego trudnego zadania codziennie. Zgodnie z teorią salutogenezy Antonovsky'ego problem ma zawsze dwoistą naturę, wymaga poznania i regulacji emocji (Antonovsky, 1995). Niekiedy zbyt silny mechanizm represji i zaprzeczanie chorobie mogą prowadzić do niezgłaszania się chorych na kontrolę lekarską, co zagraża ich zdrowiu i życiu. Podobnie jest z osobami zdrowymi, którzy nie zgłaszają się na badania profilaktyczne. Niezbędne jest oddziaływanie psychologiczne zmierzające do zredukowania przeżywanego lęku oraz zmotywowania chorych do podjęcia leczenia i kontrolowania swego stanu zdrowia. Sytuacje choroby nacechowane niepewnością i narastaniem napięcia wymagają kontroli własnych emocji, której chory uczy się dopiero w kontakcie z psychoterapeutą, a także z rodziną i przyjaciółmi dającymi wsparcie w chorobie. Badania ukazują złożoność psychologicznych mechanizmów biorących udział w procesie zmagania się pacjenta z chorobą i przeszczepem. Ukazane sprzeczności mają charakter pozorny, wynikają bowiem z ambiwalentnych emocji, które towarzyszą choremu w długim procesie odzyskiwania zdrowia. Potwierdzają przyjęte przez autorkę holistyczno-funkcjonalne, czyli całościowe, podejście do chorego i jego zdrowia jako podstawę do poznania skomplikowanych psychologicznych mechanizmów zdrowia i choroby. Potwierdzają autorski FMZiCH, ukazujący złożony charakter tych mechanizmów.

Badania chorych po przeszczepie, których podstawą teoretyczną jest FMZ, ukazują, że nie ma uniwersalnego sposobu zmagania się z tą trudną poznawczo i emocjonalnie sytuacją chorego. Sposób walki z chorobą zależy, zgodnie z FMZ, od czynników sytuacyjnych i podmiotowych, co wskazuje na indywidualny, a więc twórczy, dostosowany do sytuacji i czynników osobowościowych sposób zmagania się z chorobą. Twórcze zmaganie się z chorobą oznacza skuteczne dopasowanie do możliwości człowieka, czyli jego zasobów. Badania chorych po przeszczepie wykazały, że czynniki indywidualne decydują o różnych sposobach zmagania się z chorobą i przeszczepem (Wrona-Polańska, 2011, 2016).

Wyniki przeprowadzonych badań podważyły przypuszczenie o dominacji jednego stylu – zadaniowego lub nastawionego na emocje – w zmaganiu się z chorobą oraz twierdzenie, że styl zadaniowy jest bardziej skuteczny niż emocjonalny. Okazało się także, że w złożonym procesie powrotu do zdrowia chorych po przeszczepie biorą udział wszystkie style i odpowiadające im strategie.

Wynikają z tego ważne wnioski aplikacyjne, które mają na celu zwiększenie wiedzy młodych adeptów sztuki medycznej i pracowników medycznych o psychologicznych mechanizmach i uwarunkowaniach zdrowia przez tworzenie innowacyjnych programów nauczania dla zawodów medycznych (Wrona-Polańska, 2016). Konieczne staje się oddziaływanie na ogół społeczeństwa w zakresie promowania zdrowia i kształtowania wobec niego aktywnej postawy. W realizacji tego celu niezbędna jest współpraca różnych podmiotów: rodziców, nauczycieli i całego społeczeństwa, także makro- i mikrostruktur, w trosce o zdrowie młodego pokolenia i poprawę kondycji zdrowotnej osób w starszym wieku.

Znajduje to odzwierciedlenie w publikacjach z ostatnich lat, prezentowanych przez psychologów, pedagogów, lekarzy i socjologów medycyny (Wrona-Polańska, 2002, 2003, 2006, 2008, 2009; Mastalski, 2007; Wrona-Polańska, Mastalski, 2009; Skotnicki, 2009; Tobiasz-Adamczyk, 2012).

Wnioski

1. Chorych po przeszczepie szpiku kostnego cechuje średni poziom przeżywanego stresu.
2. Źródłem stresu chorych jest strategia koncentracji na negatywnych emocjach, silnie wzmacniana przez zgodny z nią styl skoncentrowany na emocjach.
3. Odzyskaniu zdrowia chorym po przeszczepie sprzyjają strategie: odwracania uwagi od choroby i instrumentalnego radzenia sobie, wzmacniane przez zgodne z nimi style: skoncentrowany na zadaniu i skoncentrowany na unikaniu, polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.
4. Strategia odwracania uwagi – przez zainteresowanie muzyką, sztuką, przyrodą oraz kontakty z rodziną i przyjaciółmi – prowadzi do zaprzeczania chorobie, co skutkuje obniżeniem poziomu przeżywanego stresu i sprzyja zdrowiu.
5. Strategia radzenia sobie instrumentalnego, czyli podejmowanie przez chorych po przeszczepie szpiku kostnego aktywności w celu odzyskania zdrowia, uruchamia wszystkie skorelowane z nią pozytywnie strategie: odwracania uwagi od choroby, ograniczania stymulacji i koncentracji na emocjach negatywnych.
6. Promocja zdrowia powinna zmierzać do wzrostu wiedzy i wynikającej z niej świadomości o zachowaniach sprzyjających zdrowiu dzieci i młodzieży oraz dorosłych, którzy mają wpływ na kształtowanie prozdrowotnych postaw młodego pokolenia.

Bibliografia

- Ader, R., Cohen, N., Felten D. (1995). *Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system*. „Lancet”, 14, s. 99–103.
- Aleksandrowicz, J. (1976). *Wiedza stwarza nadzieję*. Warszawa: Wiedza Powszechna.

- Aleksandrowicz, J. (1979). *Sumienie ekologiczne*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Aleksandrowicz, J. (1982). *Nie ma nieuleczalnie chorych*. Warszawa: Iskry.
- Aleksandrowicz, J. (red.) (1974). *Rewolucja naukowo-humanistyczna*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Aleksandrowicz, J., Ćwiklicka, A., Phużek, Z. (1971). *Niektóre cechy osobowości chorych na różne typy białaczek*. „Polski Tygodnik Lekarski”, 26, s. 426–428.
- Aleksandrowicz, J., Gumowska, I. (1981). *Kuchnia i medycyna*. Warszawa: Watra.
- Aleksandrowicz, J., Kępiński, A., Skotnicka, A., Żurowska, A. (1963). *Próba analizy psychosocjologicznej chorych na białaczkę*. „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 23, s. 1117–1121.
- Blicharski, J., Kwiatkowski, A., Pochopień, A., Wolska, T. (1983b). *Ocena skuteczności leczenia i przeżywalności chorych z ostrymi białaczkami w latach 1970–1979*. Kraków: [Praca niepublikowana]. Archiwum Kliniki Hematologii CMUJ, Kraków.
- Cattell, R.B. (1972). *The Nature and the Genesis of Mood States: A theoretical model with experimental measurements concerning anxiety, depression, arousal and other mood states*. W: Ch.D. Spielberger (ed.), *Anxiety – Current Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press, vol. 1.
- Cobb, B. (1959). *Emotional Problems of Adult Cancer Patients*. „Journal of the American Geriatrics Society”, 7, s. 274–285.
- Edman, L., Larsen, J., Hagglund, H., Gardulf, A. (2001). *Health-related Quality of Life, Symptom Distress and Sense of Coherence in Adult Survivors of Allogeneic Stem-cell Transplantation*. „European Journal of Cancer Care”, 10, s. 124–130.
- Hołowicki, J. (2006). *Przeszczepianie szpiku i komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej w nowotworach*. W: M. Krzakowski (red.), *Onkologia kliniczna*. Warszawa: Wyd. Medyczne BORGIS, s. 271–329.
- Janicki, K. (2001). *Hematologia*. Warszawa: PZWL.
- Jaworska, U. *Fundacja*, <http://www.fundacjauj.pl>.
- Kępiński, A. (1972). *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: PZWL.
- Kępiński, A. (1977). *Lęk*. Warszawa: PZWL.
- Kulczycki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego*. Wrocław [itd.]: Ossolineum.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Loberiza, F.R., Jr, Rizzo, J.D., Bredeson, C.N., Antin, J.H., Horowitz, M.W., Weeks, J.C., Lee, S.J. (2002). *Association of Depressive Syndrome and Early Deaths among Patients after Stem-cell Transplantation for Malignant Diseases*. „Journal of Clinical Oncology”, 15, s. 2118–2126.
- Maj, S., Pawelski, S. (1995). *Współczesna diagnostyka i leczenie chorób krwi*. Warszawa: Med Tour Press International.
- Nęcki, Z., Górniak, L. (1999). *Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych*. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wyd. UJ, s. 101–122.
- Parker, P.A., Baile, W.F., de Moor, C., Cohen, L. (2003). *Psychosocial and Demographic Predictors of Quality of Life in a Large Sample of Cancer Patients*. „Psychooncology”, 12, s. 183–193.
- Rogers, C.R. (1959). *Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relations, as Developed in the Client Centered Framework*. W: S. Koch (ed.), *Psychology: A study of a science*. New York: McGraw-Hill, vol. 3, s. 184–256.
- Rogers, C.R. (1966). *A Process Conception of Psychotherapy*. W: D. Byrne, M.L. Hamilton (ed.), *Personality Research*. New Jersey: Englewood Cliffs, s. 142–149.
- Rogers, C.R., Dymond, R.F. (1954). *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press.

- Skotnicki, A.B., Nowak, W.S. (1998). *Podstawy hematologii dla studentów i lekarzy*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Spielberger, Ch.D. (1972). *Anxiety as an Emotional State*. W: tenże (ed.), *Anxiety – Current Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press, vol. I, s. 23–49.
- Taylor, S.E. (1983). *Adjustment to Threatening Events: A theory of cognitive adaptation*. „American Psychologist”, 38 (11), s. 1161–1173.
- Witt, M., Szczepański, T., Dawidowska, M. (red.) (2009). *Hematologia molekularna*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Wrona-Polańska, H. (1984). *Zmiany obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową*. „Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczne”, 1, s. 137–161.
- Wrona-Polańska, H. (1985). *Poziom lęku a czas trwania choroby u chorych na białaczkę*. „Polski Tygodnik Lekarski”, 40, s. 1304–1307.
- Wrona-Polańska, H. (1989). *Sposoby obrony przed lękiem a obraz samego siebie u chorych na białaczkę*. „Polski Tygodnik Lekarski”, 44, s. 446–448.
- Wrona-Polańska, H. (1991). *Self-concept and Adjustment to Illness in Leukemia Patients*. „Polish Psychological Bulletin”, 22/3, s. 169–178.
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Kraków: Wyd. Naukowe AP.
- Wrona-Polańska, H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie*. Kraków: Wyd. UJ.
- Wrona-Polańska, H. (2016). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie*. Wyd. 2 rozszerz. Kraków: Wyd. UJ.
- Wulliemier, F. (1978). *Psychiczna opieka nad chorymi na raka*. „Hexagon Roche”, 3, s. 15–20.

Health as a Marker of Coping process with Leukemia and Transplantation. From the perspective of 40 years of psychological research on the health of patients with blood cancer

The article presents the dependencies between the levels of health of people with leukemia treated with the bone marrow transplant method (BMT) and the ways they deal with stress. The theoretical basis for the research included the author Functional Health Model (Funkcjonalny Model Zdrowia – FMZ) by Helena Wrona-Polańska – constructed theoretically on a basis of own research conducted among people with leukemia, and verified empirically in the research of healthy people. Health in the FMZ is a function of creative stress management. The research of people with leukemia treated with the bone marrow transplant method at the Hematology Clinic of the Jagiellonian University Collegium Medicum, have proven statistically important dependencies between the sense of health and the styles and strategies of stress management. The return to health is favoured by strategies of distracting from the illness and taking health-based activities, strongly strengthened by the task-oriented style and avoidance-oriented style with the search for support type. The health hazard can be located in the strategy of concentrating on the negative emotions, strongly supported by the emotional style. The Functional Health Model of the sick people can be a basis for constructing a programme promoting regaining their subjective health and good life quality.

Keywords: leukemia, bone marrow transplant, health, stress, resources