

Helena Wrona-Polańska

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy, Katedra Psychologii Instytutu Nauk Społecznych

## Subiektywne poczucie zdrowia jako wskaźnik jakości życia i promocji zdrowia chorych z leukemią. 50 lat psychologicznych badań nad zdrowiem<sup>1</sup>

Subjective sense of health as an indicator of quality of life and health promotion in patients with leukemia. 50 years of psychological health research


### STRESZCZENIE

Praca przedstawia wyniki 50-letnich badań autorki dotyczących psychologicznych mechanizmów zdrowia i choroby w ujęciu funkcjonalnym. Początkiem badań było podjęcie przez autorkę pracy w Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Krakowie, kierowanej przez Profesora Juliana Aleksandrowicza, wybitnego lekarza humanistę. Pionierskie badania autorki, prowadzone od połowy lat 70. ubiegłego stulecia wśród chorych na białaczkę i zdrowych, ukazały istotę zdrowia/choroby jako funkcji twórczego zmagania się ze stresem poprzez wykorzystanie zasobów podmiotowych. Wyniki badań chorych po przeszczepie szpiku kostnego, oparte na Funkcjonalnym Modelu Zdrowia (FMZ) Wrony-Polańskiej (2003) mają istotne znaczenie teoretyczne i aplikacyjne. Ukazują wielorakie uwarunkowania i psychologiczne mechanizmy zdrowia funkcjonalnego, którego kreatorem jest sam podmiot w relacji z otoczeniem społecznym. Wskazują na istotną terapeutyczną rolę psychologa – wspierającą i motywującą do aktywności na rzecz odbudowy własnego zdrowia

<sup>1</sup> Z okazji 50-lecia pracy naukowo-badawczej i klinicznej autorki nad zdrowiem – na zaproszenie Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego prof. dr. hab. med. Igora Gościńskiego – w dniu 22 maja 2024 roku, w siedzibie TLK przy ul. Radziwiłłowskiej 4 odbyło się Jubileuszowe Sympozjum Naukowe pod honorowym patronatem: Prezydenta Miasta Krakowa – dr. Aleksandra Miszałskiego, JM Rektora Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II – ks. prof. dr. hab. Roberta Tyrały, Prorektora UJ ds. Collegium Medicum – prof. dr. hab. med. Tomasza Grodzickiego, Przewodniczącej Komisji Psychologii PAN o/Kraków – prof. dr. hab. Marii Kielar-Turskiej. Organizatorami Sympozjum byli: Towarzystwo Lekarskie Krakowskie oraz Towarzystwo Muzyczno-Artystyczne *Sfogato* – mgr Marta Polańska, dr Marek Polański.

Adres do korespondencji / Address for correspondence: [helena@wronapolanska.pl](mailto:helena@wronapolanska.pl)

ORCID: Helena Wrona-Polańska  <https://orcid.org/0000-0001-7476-4845>

Licencja/License: CC BY 4.0 

subiektywnego. Na ten mechanizm już w latach 70. ubiegłego stulecia zwracał uwagę Profesor Julian Aleksandrowicz, zatrudniając w Klinice Hematologii AM psychologa, któremu przydzielił znaczącą rolę w interdyscyplinarnym dialogu z chorym.

**Słowa kluczowe:** choroba, stres, radzenie sobie, zasoby, zdrowie

#### ABSTRACT

The article presents the results of author's 50-year long research on the psychological mechanisms of health and disease in a functional approach that began with her work at the Haematology Clinic of the Medical Academy of Krakow – headed by Professor Julian Aleksandrowicz – an outstanding humanist. The author's pioneering research among patients with leukaemia and healthy people, shows the essence of health/disease dichotomy as a function of creative coping with stress by using one's own subjective resources. The results thereof seen in the patients after a bone marrow transplant – based on the Functional Model of Health (FMZ) by Wrona-Polańska (2003) – have important theoretical and applied significance. They show multiple determinants and psychological mechanisms of functional health and indicate the important supporting and motivating role of the psychologist. Professor Aleksandrowicz drew attention to this mechanism employing a psychologist at the Haematology Clinic, to whom he attributed a significant role in the interdisciplinary dialogue with the patient.

**Keywords:** illness, stress, coping, resources, health

---

Wieloletnia współpraca Profesorów Juliana Aleksandrowicza i Marii Susułowskiej, Kierownika Zakładu Psychologii Klinicznej UJ – promotora mojej pracy magisterskiej i pracy doktorskiej, zaowocowała zorganizowaniem w 1974 roku sympozjum naukowego poświęconego psychologicznym problemom chorych somatycznie, które odbyło się w dworku UJ w Modlnicy koło Krakowa. W rezultacie naukowej współpracy otrzymałam wtedy od Kierownika Kliniki Hematologii Akademii Medycznej w Krakowie Profesora Juliana Aleksandrowicza osobiste zaproszenie do pracy z chorymi na białaczkę, realizując w ten sposób w praktyce klinicznej holistyczne podejście do człowieka chorego. Stanowiło ono podstawę mojej pracy doktorskiej (Wrona-Polańska, 1983), a później także habilitacyjnej. Zatrudnienie psychologa – po raz pierwszy – w Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Krakowie stało się możliwe dzięki ogromnemu zaangażowaniu Profesora w sprawę chorych.

Warto przypomnieć, iż Profesor Julian Aleksandrowicz był nie tylko wybitnym przedstawicielem krakowskiego środowiska naukowego wywodzącego się z Uniwersytetu Jagiellońskiego, ale także został w 2000 roku zwycięzcą plebiscytu „Gazety Wyborczej” „Krakowianin XX wieku” w kategorii nauka, obok Jana Pawła II i Stanisława Wyspiańskiego – zwycięzców w kategorii życie publiczne oraz kultura i sztuka (Wrona-Polańska, 2008).

Dokonany w ostatnich kilkadziesiąt latach znaczny postęp w dziedzinie nauk medycznych i pokrewnych sprawił, że odkrywcze plany Profesora zyskały możliwość realizacji poprzez transplantację szpiku kostnego, dającą chorym na białaczkę „drugie narodziny” i szansę na odzyskanie zdrowia. Stało się to możliwe dzięki prof. dr. med. A.B. Skotnickiemu, który nie tylko przystosował klinikę do możliwości wykonywania przeszczepów, ale też stworzył zespół ekspertów gotowy do leczenia chorych na białaczkę nowoczesnymi metodami transplantacji szpiku kostnego w Klinice Hematologii UJ Collegium Medicum. Dzięki wieloletniej współpracy z Profesorem A.B. Skotnickim możliwe było kontynuowanie przeze mnie psychologicznych badań chorych z leukemią po transplantacji szpiku kostnego czy komórek macierzystych z krwi obwodowej.

## WPROWADZENIE

Jak wynika z praktyki klinicznej i badań własnych, przygotowanie chorego do przeszczepu i jego powrót do zdrowia, w ujęciu holistycznym, wymaga systemowego oddziaływania całego zespołu leczącego. Szczególną rolę psycho-terapeutyczną pełni psycholog – rozładowując napięcie, wzmacniając zasoby i wspierając chorego w podejmowaniu aktywności własnej w celu odzyskania nie tylko zdrowia obiektywnego, ale także subiektywnego poczucia zdrowia, które ma wysoką moc regulacyjną podejmowanych zachowań i zależy od samego podmiotu jako kreatora własnego zdrowia.

Na ten mechanizm już w latach 70. ubiegłego stulecia zwracał uwagę Profesor Julian Aleksandrowicz, zatrudniając w Klinice Hematologii psychologa, któremu przyznał znaczącą rolę w interdyscyplinarnym dialogu z chorym (Wrona-Polańska, 2011, 2016).

Niniejsza publikacja jest podsumowaniem 50 lat psychologicznych badań nad zdrowiem prowadzonych przez autorkę w pracy klinicznej z chorymi na białaczkę, które wówczas miały charakter nieuleczalny, w Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Krakowie, kierowanej przez Profesora Juliana Aleksandrowicza – wybitnego lekarza-humanistę, twórcę hematologii i III rewolucji zdrowotnej, usilnie dążącego do rozwikłania tajemnicy zdrowia w dziedzinie hematologii. Były to pionierskie psychologiczne badania nad zdrowiem w hematologii i nad jego holistycznym rozumieniem.

Autorka kontynuowała swoje badania także wśród osób zdrowych – nauczycielek nauczania początkowego, które wychowują młode pokolenie ku zdrowiu, dążąc do poznania psychologicznych mechanizmów i uwarunkowań sprzyjających zdrowiu (Wrona-Polańska 2003).

W trakcie prowadzonych wieloletnich badań psychologicznych nad zdrowiem autorka szukała odpowiedzi na pytanie: Czy nowoczesne metody transplantacji szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej stosowane w Klinice Hematologii im. Profesora Juliana Aleksandrowicza UJ Collegium Medicum – od 1998 roku kierowanej przez prof. dr. hab. med. Aleksandra B. Skotnickiego, następcę

Mistrza – dają chorym „drugie życie” oraz czy przywracają zdrowie?

Autorka zapoczątkowała pionierskie badania chorych po przeszczepie szpiku kostnego, które pokazały, że przeszczep szpiku przywraca chorym z białaczką życie, choć należy zaznaczyć, że nie zawsze i nie każdemu, gdyż nie wszyscy chorzy przeżywają okres przygotowawczy do przeszczepu, czyli inwazyjną polichemioterapię zmierzającą do całkowitego wyeliminowania komórek blastycznych z organizmu chorego.

Symposium naukowe poświęcone było problematyce zdrowia w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym oraz jego promowaniu poprzez edukację. Celem sympozjum było nie tylko poszerzenie wiedzy dotyczącej różnych wymiarów zdrowia: somatycznego, psychicznego, społecznego i duchowego, ale i zmierzanie poprzez interdyscyplinarny dialog specjalistów różnych dziedzin do jej integracji w kierunku holistyczno-funkcjonalnej koncepcji zdrowia.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zintegrowanej wiedzy o zdrowiu opartej na autorskich badaniach chorych z białaczką, a także osób zdrowych – nauczycielek, które wychowują młode pokolenia, ukierunkowanej na poznanie psychologicznych mechanizmów zdrowia, szczególnie u chorych po przeszczepie szpiku kostnego, którzy otrzymali „drugie życie”, ale nie zdrowie. Wiedza ta stanowić powinna podstawę nie tylko procesu przywracania chorym życia dzięki nowoczesnym metodom transplantacji szpiku, ale także zdrowia – dzięki poznaniu psychologicznych mechanizmów prowadzących do zdrowia i jego promowania poprzez oddziaływania psychologiczne, a także poprzez „nasywanie świadomości młodzieży i dorosłych wiedzą o tym, co sprzyja zdrowiu jednostek i społeczeństwa” (Aleksandrowicz, 1979, s. 41).

Jest tu mowa o oddziaływaniu na świadomość indywidualną i społeczną za pomocą edukacji zdrowotnej, czyli aktywne włączenie się w realizację III rewolucji zdrowotnej zapoczątkowanej przez Juliana Aleksandrowicza w 1972 roku w Krakowie i kontynuowanej przez autorkę w działalności naukowo-badawczej, dydaktycznej i społecznej oraz we współpracy z przedstawicielami różnych dyscyplin naukowych i działalności praktycznej.

Zdrowie ma charakter interdyscyplinarny, dlatego w proces jego promowania należy włączyć przedstawicieli różnych dyscyplin: psychologów, lekarzy różnych specjalności, pedagogów, teologów, a przede wszystkim nauczycieli i wychowawców, by wychowywali dzieci i młodzież „ku zdrowiu”.

Symposium, zorganizowane z okazji 50-lecia pracy naukowo-badawczej i klinicznej autorki w Towarzystwie Lekarskim Krakowskim, prezentowało holistyczne podejście do zdrowia i jego promowania.

## ROZWINIĘCIE

Białaczki jako jedne z najgroźniejszych chorób nowotworowych krwi, o nieznannej wciąż etiologii i do niedawna nieuleczalnym charakterze, stanowią dla chorych stres o szczególnej sile, który potęgowany jest przez negatywne i lękowe postawy związane z rakiem, tworząc społeczny obraz tych chorób o zdecydowanie negatywnym charakterze (Wrona-Polańska, 1984). Panujący przez wieki w medycynie model biomedyczny przyczynił się do poznania etiopatogenezy różnych chorób i obiektywnych czynników je wywołujących, do których zaliczano bakterie, wirusy i grzyby (Bishop, 2000). W modelu tym wyleczenie, czyli zdrowie, było równoznaczne z brakiem objawów chorobowych. W medycynie funkcjonowały zatem dwie niezależne dychotomiczne wartości: choroba i zdrowie.

Rozwój epidemiologii chorób wskazywał na konieczność rozszerzenia modelu z uwzględnieniem czynników psychologicznych i społecznych w etiologii, a zarazem w diagnostyce i terapii tych chorób. Przyczyniło się to do powstania biopsychospołecznego modelu zdrowia (Wrześniewski, 2002). W tym rozumieniu zdrowie jest nie tylko brakiem objawów chorobowych, czyli zdrowiem obiektywnym, ale towarzyszy mu także dobre poczucie zdrowia, czyli zdrowie subiektywne, które ma wyższą moc regulującą zachowanie człowieka i decyduje o jego funkcjonowaniu (Susulowska, 1989).

W świadomości społecznej chorych na raka traktuje się często jako naznaczonych przez los, których perspektywa życiowa jest z góry określona w myśl stereotypu: rak = śmierć (Wullemier,

1978). Badania prowadzone nad społecznym obrazem choroby nowotworowej po 40 latach (Nęcki, Górniak, 1999) niewiele wniosły nowego w tym zakresie. Poszukiwano także psychologicznych i społecznych uwarunkowań tych chorób oraz sposobów ich leczenia (Aleksandrowicz *et al.*, 1971). Badania te miały charakter psychosomatyczny.

## OBRAZ SAMEGO SIEBIE CHORYCH Z BIAŁACZKĄ

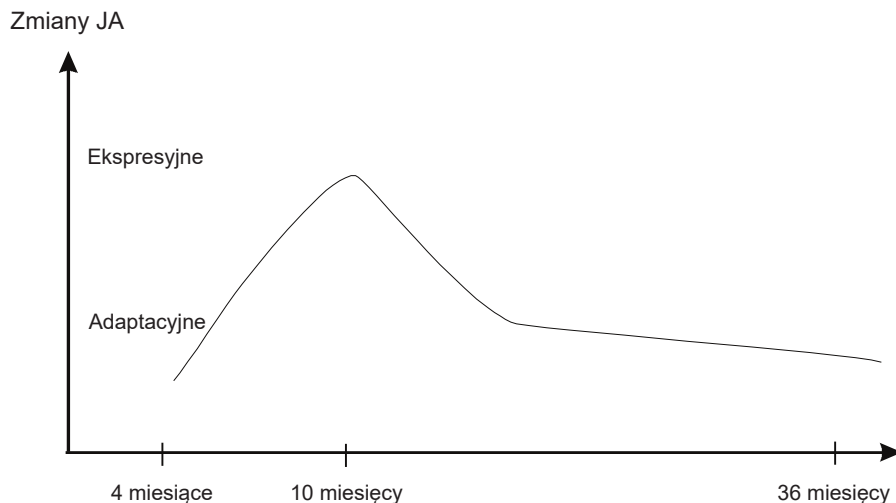
Pierwsze w Polsce badania chorych z białaczką, prowadzone przez autorkę w nurcie somatopsychicznym pod kierunkiem Profesora Juliana Aleksandrowicza w Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Krakowie od połowy lat 70. ubiegłego stulecia, ukazały znaczącą regulacyjną rolę czynników psychologicznych, a zwłaszcza obrazu samego siebie u chorych w zmaganiu się z białaczką. Przebadano wówczas metodą kliniczną 60 pacjentów z białaczką ostrą i przewlekłą, którzy tworzyli trzy grupy porównawcze liczące po 20 chorych, różniące się w sposób statystycznie istotny czasem chorowania i wiekiem (Wrona-Polańska, 1984).

Pozytywny obraz JA chorych w początkowym okresie choroby sprzyjał zmaganiu się z chorobą poprzez kontrolowanie swoich lęków, poszukiwanie wsparcia w rodzinie, akceptację siebie w roli chorego i podporządkowanie się zaleceniom lekarskim.

Natomiast negatywny i pełen sprzeczności obraz JA chorych z przedłużającym się czasem chorowania utrudniał zmaganie się z chorobą. W zachowaniu chorych dominowały depresja i izolacja od ludzi, negatywny stosunek do leczenia i personelu medycznego wynikający z braku akceptacji siebie w roli chorego.

Obraz JA chorych z zaawansowanym procesem chorobowym o charakterze życzeniowym i nierealistycznym, ale pozytywnym, sprzyjał akceptacji siebie w roli chorego i aktywnemu ich uczestniczeniu w leczeniu poprzez współbrzmienie z otoczeniem i posiadanie wsparcia.

Omawiane badania ukazały dynamikę procesu chorowania, która ujawniła się w zmianie obrazu JA chorych na białaczkę. Początkowo dominowała tendencja do koncentracji na sobie i trudności



Ryc. 1. Dynamika zmian obrazu JA u chorych z białaczką

Źródło: Wrona-Polańska, 1983.

z wglądem, zaś w miarę przedłużania się czasu chorowania nasilał się negatywny i pełen sprzeczności, krytyczny stosunek do siebie oraz lęk przed brakiem akceptacji ze strony otoczenia. Natomiast w miarę narastania choroby pojawiała się u chorych tendencja do pogodzenia się z chorobą i akceptacja siebie z pewnymi ograniczeniami.

Przedstawiona analiza zmiany obrazu JA w zależności od czasu chorowania w procesie zmagania się chorych z białaczką ukazała i jednocześnie potwierdziła regulacyjną rolę obrazu JA i samooceny w procesie zmagania się z lękiem wynikającym z nieuleczalnej choroby, jaką wówczas była białaczka (Wrona-Polańska, 1999).

Autorskie badania chorych z białaczką leczonych tradycyjnie (Wrona-Polańska, 1984, 1985, 1989, 1991, 1999, 2007) stanowiły naukową podstawę dla skonstruowania modelu pracy psychologa z chorymi onkologicznie i ich rodzinami.

## ZDROWIE I JEGO PSYCHOLOGICZNE MECHANIZMY

Wieloletnia praktyka kliniczna z chorymi na białaczkę i wyniki badań własnych autorki stały się źródłem inspiracji do badań nad zdrowiem,

których celem było poznanie jego uwarunkowań i psychologicznych mechanizmów.

Rozwój problematyki zdrowia przypada na 2. połowę XX wieku i wiąże się z rozwojem psychologii zdrowia (Matarazzo, 1980; Taylor, 1990). Zgodnie z pierwszą definicją zdrowia sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia w 1948 roku zdrowie to „stan fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak objawów chorobowych czy inwalidztwa” (Sokołowska, 1986). Kolejne definicje traktowały zdrowie jako *dyspozycję* czy *zasób* umożliwiający realizację zadań czy samorealizację (Słońska 1994), a także jako *proces* (Aleksandrowicz 1972, 1974; Antonovsky, 1979, 1995) oraz jako „funkcję twórczego radzenia sobie ze stresem” (Wrona-Polańska, 2003).

Rozwój teorii systemowej przyczynił się do powstania modelu holistyczno-funkcjonalnego zdrowia, w którym człowiek jest podmiotem, a zarazem kreatorem tak rozumianego zdrowia, znajdującym się w centrum wszechświata (Słońska, 1994). Oddziałuje na niego zarówno biosfera, jak i socjosphera, czyli kultura.

Jako podstawę teoretyczną badań prowadzonych przez autorkę przyjęto teorię salutogenezy

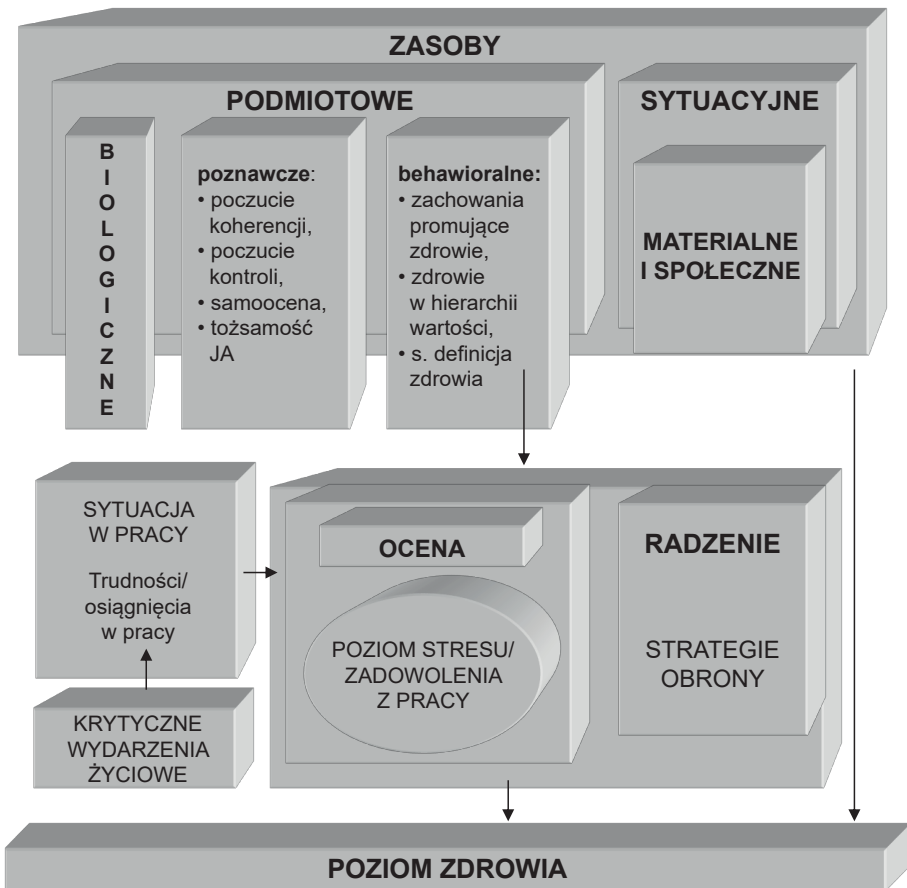
Antonovsky'ego (1979, 1995) i teorii stresu. Z perspektywy salutogenetycznej (Antonovsky, 1979, 1995) zdrowie jest procesem utrzymywania równowagi między wymaganiami otoczenia (stresorami, patogenami) a możliwościami (zasobami, potencjałami) człowieka. Jako proces można przedstawić go na jednym kontinuum od zdrowia aż po chorobę, co stwarza możliwość określenia różnych poziomów zdrowia człowieka.

Na podstawie teorii stresu Lazarusa i Folkmann (1984), Hobfolla (1989) w modelu zachowania zasobów oraz salutogenezy Antonovsky'ego (1995), a także doświadczeń klinicznych i badań własnych chorych z białaczką został

skonstruowany Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ) Wrony-Polańskiej (2003) (ryc. 2).

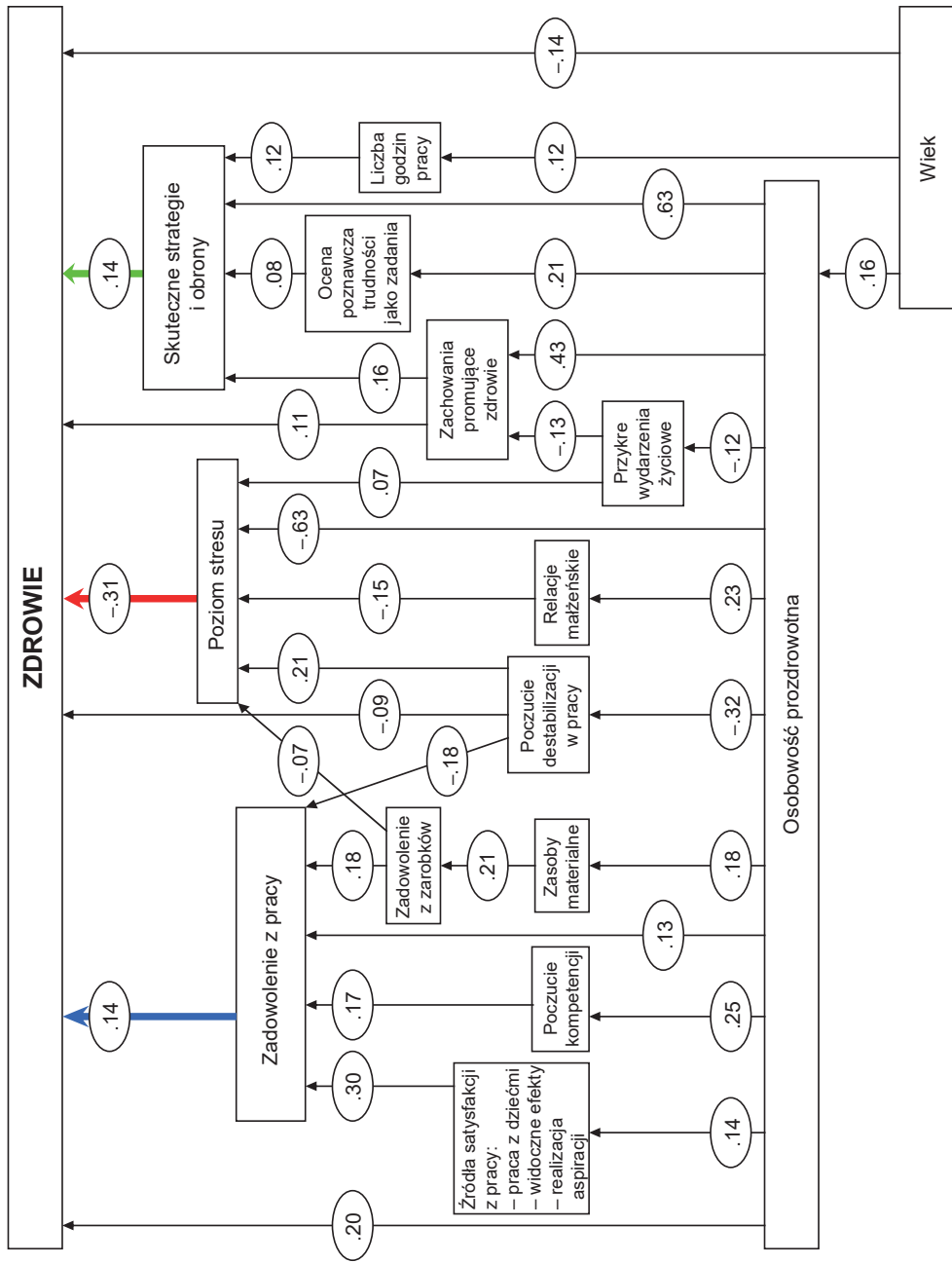
Zdrowie w FMZ jest funkcją twórczego – każdorazowo dostosowanego do oceny poznawczej sytuacji i własnych możliwości, czyli zasobów – radzenia sobie ze stresem. Teoretyczny FMZ został zweryfikowany empirycznie w badaniach osób zdrowych. Podstawową grupę badanych stanowiły nauczycielki wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego w liczbie 250, zaś grupa porównawcza złożona była z 49 kobiet pełniących funkcję socjalną.

Istotną rolę w FMZ (ryc. 3) odgrywają zasoby podmiotowe – poczucie koherencji, poczucie



Ryc. 2. Teoretyczny Funkcjonalny Model Zdrowia

Źródło: Wrona-Polańska, 2003, s. 100.



Ryc. 3. Empiryczny Funkcjonalny Model Zdrowia  
 Źródło: Wrona-Polanska, 2003, s. 210.

kontroli i samoocena, tworzące osobowość prozdrowotną, która w znacznym stopniu zasila skuteczne i efektywne, czyli twórcze zmaganie się ze stresem (,63), a równocześnie w tym samym stopniu buforuje negatywne działanie stresu (-,63), sprzyjając zdrowiu (Wrona-Polańska, 2003, s. 210).

Osobowość prozdrowotna wpływa na zdrowie **bezpośrednio** (wskaźnik analizy ścieżek ,20) i **pośrednio** trzema ścieżkami: kompetencyjną – skutecznego radzenia (,14) i emocjonalną – pozytywnych emocji (,14), równoważąc ścieżkę napięciową – stresową (-,31). Oznacza to, że aktywne zmaganie się ze stresem poprzez rozwiązywanie problemów zdrowotnych nie tylko sprzyja zdrowiu, ale równocześnie redukuje przeżywany przez chorych stres i związane z nim negatywne emocje. Zasoby społeczne zaś są źródłem pozytywnych emocji i wsparcia, sprzyjając zdrowiu i dobrej jakości życia (Wrona-Polańska, 2009).

FMZ stanowił także teoretyczną podstawę badań chorych z białaczką po transplantacji szpiku kostnego. Zdrowie i choroba znajdują się na jednym kontinuum, dlatego możemy badać różne poziomy zdrowia/choroby. W tym rozumieniu zdrowiu obiektywnemu towarzyszy dobre poczucie zdrowia, czyli zdrowie subiektywne, które ma wyższą moc regulującą zachowanie człowieka i decyduje o jego funkcjonowaniu (Susulowska, 1989).

## ZDROWIE CHORYCH PO PRZESZCZEPIE SZPIKU KOSTNEGO

Nowoczesne metody leczenia chorych z białaczką poprzez przeszczep szpiku kostnego (*bone marrow transplantation*, BMT) czy komórek macierzystych z krwi obwodowej (*stem cell transplantation*, SCT), wprowadzone dzięki postępowi w medycynie i w naukach pokrewnych, przyczyniły się do zmiany percepcji białaczki, z zagrażającej życiu na możliwą do wyleczenia, stanowiąc wyzwanie dla chorego do podjęcia aktywności na rzecz odzyskania zdrowia. Utworzenie bloku przeszczepowego w Klinice Hematologii im. Profesora Juliana Aleksandrowicza UJ CM w Krakowie w 1998 roku przyniosło znaczące rezultaty leczenia białaczek – ponad 1000

przeszczepów w czasie 20 lat (Zespół Kliniki Hematologii, 2015).

Zgodnie z FMZ zdrowie jako funkcja twórczego zmagania się ze stresem będzie zależało od osobowościowych dyspozycji charakteryzujących chorych, czyli czynników względnie trwałych – stylów zmagania się ze stresem i posiadanych zasobów podmiotowych. Style radzenia sobie/zmagania się ze stresem – zadaniowy, emocjonalny i o charakterze unikowym – jako dyspozycje osobowościowe w zmaganiu się ze stresem, mają charakter względnie trwałe, co oznacza, że styl wyznacza typowe, charakterystyczne zachowanie się danego człowieka w stresie. Style kształtują się w ciągu życia ontogenetycznego człowieka podobnie jak zasoby podmiotowe, czyli cechy i możliwości, które w konfrontacji stresowej odgrywają pozytywną rolę obronną, buforując negatywne działanie stresu (Wrona-Polańska, 2003; Hobfoll, 1989; Heszen, Sęk, 2007).

Szczególną rolę prozdrowotną w radzeniu sobie ze stresem pełnią poczucie koherencji (Wrona-Polańska 2003; Sęk, Pasikowski, 2001; Mroziak, 2003) i samoocena (Rogers, 1985; Wrona-Polańska, 1984, 1989, 1991, 1996, 2003). Poczucie koherencji oznacza łączność czynników poznawczych z emocjonalnymi, niezwykle ważną w radzeniu sobie ze stresem, gdyż problem ma zawsze dwoistą naturę – wymaga jego poznania i regulacji emocji (Antonovsky, 1995).

Poczucie koherencji składa się z trzech komponentów: poczucia zrozumiałości świata, poczucia zaradności oraz poczucia sensowności, mających charakter względnie stały. Jak wynika z badań własnych, pod wpływem zdobywania wiedzy i doświadczenia życiowego może zmieniać się poczucie zrozumiałości ułatwiające rozumienie i przewidywanie zdarzeń (Wrona-Polańska, 2003, s. 212).

Badania własne chorych pokazały, że w zmaganiu się ze stresem białaczki i przeszczepu szczególną rolę odgrywa poczucie sensowności, jako czynnik emocjonalno-motywacyjny, mobilizujący do podjęcia aktywności na rzecz odzyskania zdrowia (Wrona-Polańska, 2009, 2011, 2016; Wrona-Polańska, Skotnicki, Piątkowska-Jakubas, 2013, 2016). Poczucie koherencji pełni rolę meta zasobu, który w sytuacji silnie stresowej przejmuje sterowanie zasobami podmiotowymi

człowieka w taki sposób, aby zachować równowagę w systemie, czyli zdrowie.

Podobną rolę pełni obraz samego siebie (*self-concept*) definiowany jako zbiór sądów opisowych i wartościujących dotyczących samego siebie (Rogers, 1985; Wrona-Polańska 1996). Jak wykazały badania własne prowadzone wśród chorych z białaczką leczonych w sposób tradycyjny, który wówczas nie dawał możliwości wyleczenia, obraz samego siebie i samoocena zmieniała się w zależności od poziomu lęku przeżywanego przez chorych (Wrona-Polańska, 1984, 1985, 1989, 1991, 1998, 2007). Kompensacyjnie zawyżona, ale pozytywna samoocena pełniła funkcję adaptacyjno-obronną w sytuacji narastania lęku wynikającego z zagrożenia życia i uznawanych dotąd wartości.

Późniejsze badania własne prowadzone wśród osób zdrowych pokazały, że w sytuacji zagrożenia zdrowia czy innych zasobów społecznych dochodzi do podwyższania własnej samooceny, aby utrzymać równowagę w zasobach (Wrona-Polańska, 1996, 2003).

Samoocena pełni zatem funkcję regulacyjną w zasobach podmiotowych człowieka, a równocześnie motywuje i mobilizuje do działań na rzecz przywrócenia utraconej równowagi psychicznej, czyli zdrowia w wymiarze psychicznym (Wrona-Polańska, 1998, 2012).

Wyniki badań 141 chorych po przeszczepie szpiku świadczą o wysokim poziomie samooceny zdrowia badanych, przy czym wyżej oceniają oni poczucie spokoju (7,04) i braku lęku (7,14) niż poczucie zdrowia (6,69). Poczucie zdrowia ocenia adekwatnie tylko 60 spośród 141 badanych, wiążąc je z koniecznością stałej kontroli lekarskiej, zażywania leków wspomagających czy immunosupresyjnych, co może mieć wpływ na zaniżanie samooceny zdrowia. Natomiast wysokiej samoocenie, spokojowi i brakowi lęku, co wiąże się ze zdrowiem subiektywnym, sprzyja powrót chorych do domu oraz możliwość realizacji ról rodzinnych i niekiedy zawodowych.

Najwyższy wynik osiągają badani w poziomie zdrowia somatycznego, ocenianego przez lekarza prowadzącego ( $M = 7,70$ ) na podstawie wskaźników medycznych, który świadczy o tym, że nowoczesna metoda transplantacji szpiku kostnego nie tylko może przywrócić życie chorym

na białaczkę, ale i stwarza możliwość odzyskania zdrowia i utrzymania go na wysokim poziomie.

Istotność różnicy między średnimi: samoocena zdrowia badanych ( $M = 6,67$ ,  $SD = 2,52$ ) a ich zdrowiem somatycznym ( $M = 7,70$ ,  $SD = 2,09$ ), obliczona przy pomocy testu  $t$  dla grup zależnych okazała się istotna ( $t = -4,590$ ,  $df = 139$ ,  $p < ,001$ ) i wskazuje, że badanych chorych cechuje wysoki poziom zdrowia somatycznego odzyskany dzięki przeszczepowi szpiku kostnego, oni sami zaś oceniają własne zdrowie jako znajdujące się na średnim poziomie, od czego w dużej mierze zależy ich funkcjonowanie.

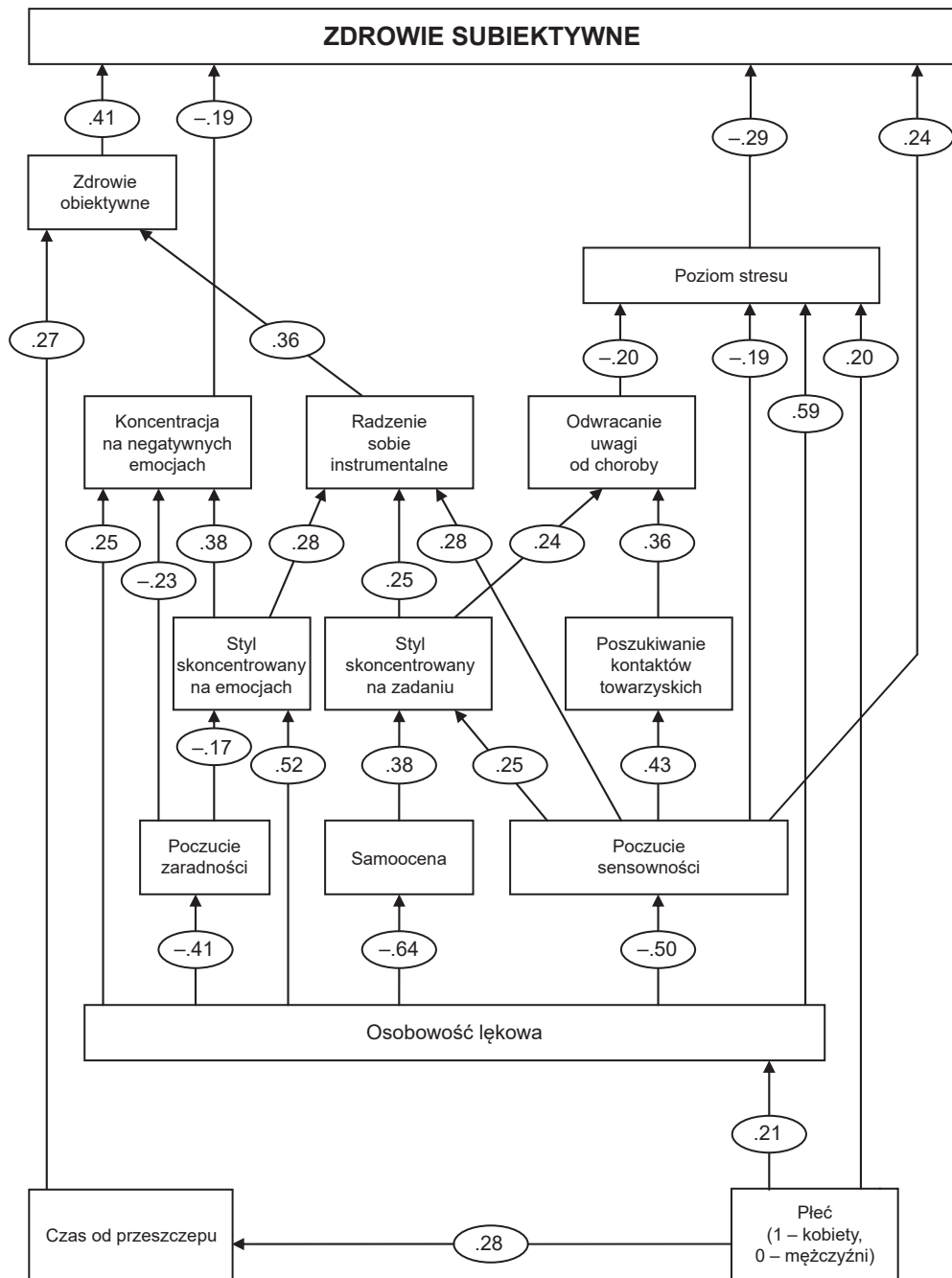
Oznacza to, że transplantacja szpiku kostnego przywraca chorym zdrowie somatyczne, zaś odzyskanie i utrzymanie zdrowia subiektywnego na dobrym poziomie wymaga znacznej aktywności własnej chorego i często pomocy psychologa w zmaganiu się ze stresem choroby i hospitalizacji.

Funkcjonalny Model Zdrowia osób po przeszczepie szpiku (ryc. 4) ukazuje wielość czynników, od których zależy powrót do zdrowia chorych po transplantacji szpiku.

Zdrowie subiektywne w największym stopniu zależy od zdrowia somatycznego ( $,41$ ) i poziomu przeżywanego stresu ( $-28$ ) potęgowanego przez strategię koncentracji na negatywnych emocjach ( $-19$ ), która może zagrażać zdrowiu.

Skuteczną przeciwwagą stanowi silne **poczucie sensowności**, które w sposób znaczący, bezpośredni i wieloraki wzmacnia: styl poszukiwania wsparcia ( $,43$ ) i strategię odwracania uwagi od choroby ( $,36$ ), styl zadaniowy ( $,25$ ) i strategię instrumentalną ( $,28$ ), a także **przeciwdziałła** stresowi ( $-19$ ) oraz bezpośrednio zasila zdrowie subiektywne ( $,24$ ). Znaczącym zasobem dla zdrowia jest także samoocena, która wzmacnia styl zadaniowy ( $,38$ ) i strategię instrumentalnego działania (Wrona-Polańska, 1996, 2011, 2016).

Podsumowując, szczególną rolę w buforowaniu lęku u chorych po BMT (Jabłoński *et al.*, 2003) odgrywa wzmacnianie poczucia koherencji i samooceny (Wrona-Polańska, 2013, 2016, 2016a, 2017, 2018, 2023; Lebedowicz, Skotnicki, 2005), odpowiednio przekazywane choremu informacje (1996a) oraz okazywanie w rodzinie efektywnego wsparcia (Rini *et al.*,



Ryc. 4. Zdrowie chorych po przeszczepie szpiku kostnego

Źródło: Wrona-Polańska, 2016, s. 223.

2011; Jakitowicz, Piekarska 2014), sprzyjającego zdrowiu subiektywnemu badanych. Ważną rolę odgrywa kompleksowe oddziaływanie psycho-terapeutyczne z zastosowaniem muzyki, sztuki, tańca i dobrze dobranej lektury, na co zwracał uwagę już w latach 70. ubiegłego stulecia Profesor Aleksandrowicz, zatrudniając psychologa w klinice i przyznając mu znaczącą rolę w interdyscyplinarnym dialogu z chorym (Wrona-Polańska, Polańska, Polański, 2012; Wrona-Polańska, 2016).

## WNIOSKI

Przedstawione wyniki badań ukazały, że współczesna medycyna przywraca chorym z białaczką życie dzięki przeszczepowi szpiku kostnego (BMT) lub komórek macierzystych z krwi obwodowej (SCT), ale nie wszystkim, tylko tym, którzy przeżyją inwazyjną polichemioterapię przygotowującą organizm do przeszczepu.

Odzyskanie zdrowia subiektywnego jako podstawy dobrego funkcjonowania wymaga oddziaływań psychologicznych zmierzających do:

- wzmocnienia zasobów podmiotowych – poczucia sensowności i pozytywnej samooceny,
- zwiększenia aktywności chorego i wsparcia rodziny,
- zmniejszenia przeżywanego lęku,
- odzyskania wiary we własne siły i możliwości powrotu do normalnego funkcjonowania rodzinnego, zawodowego i społecznego.

Badania autorki ukazały, że powrót chorych po przeszczepie szpiku kostnego do zdrowia, czyli odzyskanie subiektywnego poczucia zdrowia i dobrego funkcjonowania, zależy od psychologicznych mechanizmów, w tym aktywności własnej chorego oraz profesjonalnej pomocy psychologa.

## BIBLIOGRAFIA

Aleksandrowicz J., Ćwiklicka A., Płużek Z. (1971). Niektóre cechy osobowości chorych na różne typy białaczek. *Polski Tygodnik Lekarski*, 26, 426–428.  
Aleksandrowicz J. (1972). W poszukiwaniu definicji zdrowia. *Studia Filozoficzne*, 6, 79–83.

Aleksandrowicz J. (1974) (red.). *Revolucja naukowo-humanistyczna*. Warszawa: Wiedza Powszechna.  
Aleksandrowicz J. (1979). *Sumienie ekologiczne*. Warszawa: Wiedza Powszechna.  
Antonovsky A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.  
Antonovsky A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wydawnictwo IPN.  
Bishop G.D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Astrum.  
Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.  
Hobfoll S.E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 3, 513–524.  
Jabłoński M., Lebedowicz H., Dudek D., Piątkowska-Jakubas B., Zięba A., Skotnicki A.B. (2003). Depressive disorders in Leukemia. *Psychiatria Polska*, 37, 799–809.  
Jakitowicz K., Piekarska A. (2014). Psychological factors crucial in the process of hematopoietic stem cell transplantation. *Psychoonkologia*, 1, 1–7.  
Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.  
Lebedowicz H., Skotnicki A.B. (2005). Wykorzystanie koncepcji fenomenologiczno-poznawczych w pracy klinicznej z pacjentami z chorobą nowotworową krwi. Doświadczenia własne. *Psychoterapia*, 1(132), 57–65.  
Matarazzo J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807–817.  
Mroziak B. (2003). Relationship between sense of coherence and coping styles in alcohol dependence treatment. A follow up study. *Polish Psychological Bulletin*, 34, 99–106.  
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: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 101–122.  
Pasikowski T. et al. (2001). *Zdrowie, stres, zasoby: o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.  
Rini Ch., Redd W.H., Austin J. (2011). Effectiveness of partner social support predicts enduring psychological distress after hematopoietic stem cell transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 64–74.

- Rogers R.W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56, 179–182.
- Słoińska Z. (1994). Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1–2, 37–52.
- Susułowska M. (1989). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN
- Taylor S.E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45, 40–50.
- Wrona-Polańska H. (1983). Zmiana obrazu samego siebie i adaptacja do choroby u pacjentów z leukemią [praca doktorska]. Kraków: Biblioteka UJ.
- Wrona-Polańska H. (1984). Zmiany obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową. *Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczne*, 1, 137–161.
- Wrona-Polańska H. (1985). Poziom lęku a czas trwania choroby u chorych na białaczkę. *Polski Tygodnik Lekarski*, 40, 1304–1307.
- Wrona-Polańska H. (1989). Sposoby obrony przed lękiem a obraz samego siebie u chorych na białaczkę. *Polski Tygodnik Lekarski*, 44, 446–448.
- Wrona-Polańska H. (1991). Self-concept and adjustment to illness in leukemia patients. *Polish Psychological Bulletin*, 22(3), 169–178.
- Wrona-Polańska H. (1996). Obraz samego siebie jako regulator zachowania. *Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie. Prace Psychologiczne*, 5, 37–50.
- Wrona-Polańska H. (1996a). Model informowania w chorobach somatycznych – dylematy i propozycje. *Sztuka Leczenia*, 2, 3, 59–66.
- Wrona-Polańska H. (1998). Zmiana samopercepcji w procesie adaptacji w chorobie o niepomyślnej prognozie. *Sztuka Leczenia*, 2, 67–75.
- Wrona-Polańska H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Wrona-Polańska H. (2007). Coping process with and changes of self-concept in leukemia patients. *Polish Journal of Environmental Studies*, 16(5A), 541–545.
- Wrona-Polańska H. (2008) (red.). *Julian Aleksandrowicz – dawca nadziei*. Kraków: Impuls.
- Wrona-Polańska H. (2009). Kreowanie zasobów osobowych wyzwaniem dla promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna. W: H. Wrona-Polańska, J. Mastalski (red.), *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 197–223.
- Wrona-Polańska H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska H., Polańska M., Polański M. (2012). Znaczenie muzyki w życiu człowieka w kontekście zdrowia. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowiekowi*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, 214–225.
- Wrona-Polańska H. (2012). Samoocena jako zasób sprzyjający zdrowiu. W: N. Ogińska-Bulik (red.), *Psychologia zdrowia w biegu życia człowieka*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 87–104.
- Wrona-Polańska H., Skotnicki A.B., Piątkowska-Jakubas B. (2013). Zdrowie pacjentów leczonych metodą transplantacji szpiku kostnego a radzenie sobie ze stresem – perspektywa psychologiczna i medyczna. *Przegląd Lekarski*, 70(9), 1–4.
- Wrona-Polańska H. (2016). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie*. Wyd. II rozszerz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska H., Skotnicki A.B., Piątkowska-Jakubas B. (2016a). Psychologiczne predyktory zdrowia pacjentów po transplantacji szpiku kostnego. 40 lat psychologicznych badań chorych z nowotworami krwi. *Przegląd Lekarski*, 73(5), 305–309.
- Wrona-Polańska H. (2017). Regulatory function of stress in the process of leukemia patients' recovery after bone marrow transplantation. *Polish Psychological Bulletin*, 48(3), 328–338.
- Wrona-Polańska H. (2018). Różnice w samoocenie zdrowia kobiet i mężczyzn z białaczką po transplantacji szpiku kostnego i jej psychologiczne wyznaczniki. *Przegląd Psychologiczny*, 61(4), 523–536.
- Wrona-Polańska H. (2023). Subjective health and its predictors in leukaemia patients after bone marrow transplantation. *Contemporary Oncology*, 27(2), 90–94.
- Wrześniewski K. (2002). Medycyna psychosomatyczna i behawioralna. W: Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańskie Wydawnictwo Naukowe, 450–456.
- Wulliemier E. (1978). Psychiczna opieka nad chorymi na raka. *Hexagon Roche*, 3, 15–20.

Zespół Kliniki Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie (red.) (2015). *Krakowski Ośrodek*

*Hematologiczny w 65-lecie istnienia*. Kraków: Wydawnictwo PROMO.

---

Źródła finansowania / Fundingsources: brak źródeł finansowania / no sources of funding

Konflikt interesów / Conflict of interest: brak konfliktu interesów / no conflict of interest

Otrzymano/Received: 26.11.2024

Zaakceptowano/Accepted: 6.03.2025