

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II. Wydział Nauk Społecznych

AGATA BANAKIEWICZ, ANNA BEDNARCZYK
AGNIESZKA KULIK

ORCID: 0000-0003-0171-3742; agata.banakiewicz@kul.lublin.pl

ORCID: 0000-0001-9673-2166; annabednarczyk85@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1643-4159; akulik@kul.pl

*Wsparcie społeczne i dobrostan w chorobie Hashimoto u kobiet
w okresie dorosłości*

Social Support and Well-being in Hashimoto Disease among Adult Women

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Banakiewicz, A., Bednarczyk, A., Kulik, A. (2021). Wsparcie społeczne i dobrostan w chorobie Hashimoto u kobiet w okresie dorosłości. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 34(2), 177–189. DOI: 10.17951/j.2021.34.2.177-189.

ABSTRAKT

Choroba Hashimoto należy do chorób autoimmunologicznych, których etiologia i przebieg nie są w pełni znane. Częściej dotyka kobiet. Oprócz cech charakterystycznych dla chorób endokrynnych o znanej etiologii pojawia się u pacjentów niepewność wynikająca z niejasności czynników związanych z rozpoznaniem i leczeniem choroby Hashimoto. Doświadczenie choroby obniża poczucie dobrostanu. W chorobach, zwłaszcza psychosomatycznych, w sytuacji nasilonego lęku szczególną rolę odgrywa obecność innych ważnych osób, tworzących sieć wsparcia. Założono, że podobnie jak w przypadku innych chorób przewlekłych istnieje zależność między rodzajem i siecią wsparcia a dobrostanem. Zbadano 120 kobiet, po 60 w grupie klinicznej i kontrolnej. W grupie klinicznej średnia wieku $M = 32,17$, a odchylenie standardowe $SD = 7,81$. W grupie kontrolnej średnia wieku $M = 33,23$, a odchylenie standardowe $SD = 8,35$. Wykorzystano następujące narzędzia: Skalę Wsparcia Społecznego Kmiecik-Baran, Kwestionariusz Szczęścia w adaptacji Kaczmarska, Stańko-Kaczmarska i Dombrowskiego, autorską ankietę personalną. Nie wykazano statystycznie istotnej różnicy między grupą osób chorujących i zdrowych ze względu na rodzaj otrzymywanego wsparcia. Wykazano natomiast statystycznie istotne różnice dotyczące sieci wsparcia. W grupie klinicznej wystąpiła zależność między rodzajami wsparcia i niektórymi sieciami wsparcia, np. emocjonalnym, wartościującym, informacyjnym, instrumentalnym, rodziną, przyjaciółmi, służbą zdrowia a dobrostanem.

Słowa kluczowe: choroby autoimmunologiczne; wsparcie społeczne; dobrostan; choroba Hashimoto

WPROWADZENIE

Zapalenie tarczycy typu Hashimoto to rzadka choroba, którą rozpoznaje się we wszystkich grupach wiekowych; częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn (4:1) (Waliszewska-Prosół, Ejma, 2016). W przebiegu choroby charakterystyczne jest niszczenie pęcherzyków tarczycy spowodowane procesami odpornościowymi z udziałem komórek, przeciwciał i nacieków limfocytarnych. Przyczyny pojawienia się choroby Hashimoto upatruje się w czynnikach środowiskowych i predyspozycjach genetycznych. Rozwojowi choroby towarzyszą tzw. czynniki spustowe, czyli trudne sytuacje psychiczne, przeciążenia fizyczne czy też infekcja wirusowa (Basińska, 2009). Leczenie polega na stosowaniu lewotyroksyny, aby przywrócić kliniczną i biochemiczną równowagę hormonalną. Choroba Hashimoto wiąże się także z innymi schorzeniami autoimmunologicznymi, takimi jak łysienie, bielactwo, choroba Addisona, cukrzyca typu 1. Różnicuje się je z takimi schorzeniami, jak: wole toksyczne rozlane (Graves), wole toksyczne guzkowe, wole nietoksyczne, wyrównana eutyreoza, hipopituitaryzm, chłoniak tarczycy, zespół wielogruczołowy typu 1 i 2 (Binay, Śimšek, 2016). Współwystępowanie różnych zaburzeń autoimmunologicznych jest udokumentowane w literaturze, natomiast przyczyny i przebieg w wielu przypadkach pozostają nadal niejasne (Niedziela, 2005).

W literaturze wskazuje się na następujące typy choroby Hashimoto:

- 1) poporodowe zapalenie tarczycy – tej odmiany choroby doświadcza około 5% kobiet po upływie 2–6 miesięcy po urodzeniu dziecka. Początkowo występuje etap nadczynności tarczycy, po czym zmienia się w niedoczynność tarczycy, aby ostatecznie wrócić do optymalnego funkcjonowania tarczycy,
- 2) ciche zapalenie tarczycy z nadczynnością – trwa około 4 miesiące i przebiega podobnie jak poporodowe zapalenie tarczycy, ale w tej odmianie poród nie ma związku z przebiegiem,
- 3) ogniskowe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy – jest przyczyną niewielkich zmian w tarczycy, ale jej nie niszczy,
- 4) pierwotny obrzęk śluzakowaty – zanik gruczołu, a przy tym niedoczynność tarczycy w stopniu znacznym,
- 5) uogólnione, rozsiane zapalenie tarczycy – tarczyca niszczy się w taki sposób, że niekiedy następuje całkowity lub częściowy jej zanik (Basińska 2009).

ROLA WSPARCIA SPOŁECZNEGO W CHOROBAH PRZEWLEKŁYCH

Rola wsparcia społecznego w procesie diagnozy, przebiegu choroby, rokowania, leczenia i rehabilitacji ma charakter złożony. Otrzymywane wsparcie u osób chorujących oddziałuje pośrednio i bezpośrednio na przebieg choroby. Źródła wsparcia w chorobie oraz tworzenie sieci społecznych wiążą się z szybszym powrotem do zdrowia, ale ważny jest etap leczenia i rehabilitacji (Kirenko, Byra, 2008).

Choroba absorbuje myśli, przez co u osoby chorującej powstaje obraz własnej choroby rozumiany jako zmieniająca się w czasie poznawcza reprezentacja choroby w umyśle pacjenta, kreowana przez cały czas trwania dolegliwości (Ziarko, Parobkiewicz, Jasielski, 2018). Zdiagnozowanie choroby przewlekłej to sytuacja trudna zarówno dla osoby chorującej, jak i jej bliskich. Budlewski i Franek (2009) zwracają uwagę na to, że mimo dostępności i ciągłego rozwijania metod diagnostycznych – laboratoryjnych czy obrazowych – właściwe rozpoznanie choroby tarczycy i odpowiednie dobranie terapii farmakologicznej jest bardzo trudne. Zaburzenie funkcjonowania tarczycy charakteryzuje się powolną dynamiką oraz wysoką zmiennością i ilością symptomów (Lee, Stetten, Anton, 2018). Trudności diagnostyczne mogą wynikać także z podobieństwa niedoczynności tarczycy do wielu innych chorób (Kalra i in., 2017). Wydłużanie się procesu diagnostycznego może prowadzić do odczuwania przez pacjenta jeszcze większej niepewności. Poczucie niepewności wzmacnia się, gdy objawy są nietypowe dla choroby (Zdrojewska, Sworczak, Obołończyk, Zdrojewski, 2018).

W sytuacji osób chorujących na chorobę przewlekłą istotne znaczenie mają zmieniające się emocje: nasilony lęk, depresyjność i złość. Nieprzewidywalność choroby, która ma związek z ograniczeniem zdrowia i sprawności, jest bodźcem do utrzymywania się labilności emocjonalnej (Konieczna, 2017). Pojawienie się trudnych emocji w sytuacji choroby przewlekłej nie jest korzystne ze względu na dodatkową aktywność osi stresowej: podwzgórze – przysadka – kora nadnerczy (Basińska, Andruszkiewicz, 2016). Z badań Djurovic i współpracowników (2018) wynika, że istotne rolę odgrywa również terapia hormonalna pacjentów chorujących na chorobę Hashimoto. Z jednej strony obserwuje się pogorszenie funkcji poznawczych oraz nasilenie lęku i depresji wpływające na ogólną gorszą jakość życia. Z drugiej zaś remisja choroby pod wpływem terapii stwarza lepsze możliwości adaptacyjne, osoba może bowiem wypracować sobie konkretne strategie dotyczące codziennego funkcjonowania, nazywania i kreowania umiejętności, które mogą okazać się potrzebne w życiu codziennym i przyjmowanych rolach społecznych (Konieczna, 2017). Wsparcie bliskich prowadzi do poprawy stanu zdrowia, ponieważ buduje pozytywny nastrój, a tym samym przyczynia się do wzmocnienia układu odpornościowego (Stetkiewicz-Lewandowicz, Sobów, 2018). Badania pokazują, że chorujący przewlekłe, którzy mogą liczyć na wsparcie społeczne, mają lepsze rokowania i szybciej uzyskują poprawę stanu zdrowia (Sęk, Cieślak, 2004; Ziarko i in., 2018).

Dla osoby chorującej niemal wyzwaniem jest wprowadzenie zmian w dotychczasowym stylu życia. Chory i jego rodzina często potrzebują pomocy, która może być wyrażona wsparciem społecznym. W tym rodzaju wsparcia zawierają się zasoby dostarczane w wyniku nawiązywania relacji z innymi. Udzielanie wsparcia jest potrzebne przez cały czas trwania choroby (Woźniewicz, Sobierajska-Michalak, 2014), przy czym różne jest zapotrzebowanie na grupy wsparcia w zależności

od etapu choroby (Kirenko, Byra, 2008). Niejednokrotnie oczekiwane wsparcie nie jest dostępne osobie, w chorobach przewlekłych występują bowiem wtórne komplikacje związane z pogorszeniem jakości życia, w tym jakości relacji społecznych (Mohamadi, Davoodi-Makinejada, Azimi, Nafissi, 2016; Haduch-Pietruszka, Brudkowska, Moczulski, 2017).

W chorobie przewlekłej ważna jest relacja z profesjonalistą, np. lekarzem, który stawia diagnozę. Zwraca się tu uwagę między innymi na: komunikację, przestrzeganie zaleceń medycznych, procedury diagnostyczne, oczekiwania pacjenta i lekarza (Emerson, 2019). Z badań Lee i współpracowników (2018) wynika, że osoby chorujące na Hashimoto odczuwają dyskomfort w relacji z personelem medycznym. Brakuje podejścia skoncentrowanego na pacjencie, a stosowane procedury nie uwzględniają innych potrzeb poza wyrównaniem hormonów, np. edukacji w zakresie zdrowego stylu życia i postępowania w sytuacji zaostrzenia choroby czy też doboru diety w zależności od przyjmowanych leków (Kalra i in., 2017). Taka relacja skutkuje niejednokrotnie poszukiwaniem informacji i wsparcia poza personelem medycznym.

Choroba przewlekła bywa często specyficzną częścią systemu rodzinnego (Wróbel, Wróbel, Otfinowska, 2019). W sytuacji gdy się pojawia, ważna jest rola rodziny. Rodzina wspiera pacjenta poprzez swoją obecność już wtedy, gdy lekarze przekazują potwierdzoną diagnozę albo jeśli należy podjąć decyzję dotyczącą formy leczenia. Nieoceniona jest także wtedy, gdy potrzebne jest utrzymywanie kontaktu z lekarzami oraz gdy konieczne jest zastępstwo w obowiązkach życia codziennego. Ponadto bardzo ważne dla osoby chorującej jest to, że ktoś chce poświęcić jej swój czas (Woźniewicz, Sobierajska-Michalak, 2014). Z badań przeprowadzonych przez Kurowską i Prus (2010), dotyczących między innymi tego, czyjej pomocy najbardziej oczekują pacjenci psychosomatyczni, wynika, że 94,9% respondentów liczyło na pomoc innych. Aż 37,4% badanych oczekiwało pomocy od dzieci, wnuków i krewnych, 24% – od lekarza i personelu medycznego, a 21,2% – od współmałżonka. Badanym najczęściej potrzebne było wsparcie emocjonalne (32,1% odpowiedzi), najrzadziej potrzebowali porad i wskazówek (10,3%). Zdaniem 81% respondentów wsparcie pozwala wierzyć w możliwość radzenia sobie ze schorzeniem.

Z perspektywy funkcjonalnej wsparcie społeczne to rodzaj społecznej interakcji zainicjowanej przez jedną osobę lub więcej osób, którzy uczestniczyli w sytuacji problemowej. W literaturze wyróżnia się następujące rodzaje wsparcia:

- 1) wsparcie emocjonalne – charakteryzuje się okazywaniem emocji mających na celu podtrzymanie lub uspokojenie osoby, okazanie jej troski, akceptacji i pozytywnego nastawienia,
- 2) wsparcie informacyjne – wymiana danych dotyczących sytuacji, która miała już miejsce, a także o metodach radzenia sobie z trudnościami. Ważne jest udzielenie pomocy w zakresie zrozumienia sensu i przyczyn danego zdarzenia, a nie tylko sytuacji,

- 3) wsparcie instrumentalne – polega na dostarczaniu informacji dotyczących konkretnych działań,
- 4) wsparcie materialne – dotyczy pomocy materialnej, jakiej można udzielić osobie potrzebującej. Odnosi się też do konkretnych działań, jak np. dostarczanie żywności czy środków farmakologicznych. Udzielając wsparcia rzeczowego, istotne jest to, by osoby wspierające zatroszczyły się o godność osób, którym pomagają.
- 5) wsparcie duchowe – rodzaj wsparcia pojawiający się w sytuacjach krytycznych. Występuje na ogół w hospicjach, gdzie pacjenci mają potrzeby dotyczące zrozumienia sensu życia i śmierci (Sęk, Cieślak, 2004).

Sieci wsparcia, rozumiane jako zasoby wsparcia społecznego, to obiektywnie występujące źródła wsparcia. W zależności od rodzaju trudności różne sieci wsparcia mogą być pomocne dla osób potrzebujących. Sęk i Cieślak (2004) podkreślają, że naturalne sieci wsparcia są skuteczniejsze i przynoszą dużo korzyści, ponieważ są szeroko dostępne, nie wiążą się z kosztami i nie stygmatyzują. Ważną rolę odgrywa rodzina i te sieci pozarodzinne, które są dobrowolne. W badaniu opisanym w niniejszym artykule wzięto pod uwagę takie sieci wsparcia, jak: rodzina, przyjaciele, służba zdrowia, duchowni.

CEL I HIPOTEZY

Celem badania było sprawdzenie, jaki jest związek wsparcia społecznego z dobrostanem u kobiet w okresie dorosłości, które chorują na chorobę Hashimoto. Postawiono następujące hipotezy badawcze:

H1. Grupa osób z chorobą Hashimoto ma mniejsze nasilenie różnych rodzajów wsparcia w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych.

H2. Istnieje związek między rodzajem wsparcia a dobrostanem u osób z chorobą Hashimoto.

H3. Istnieje związek między siecią wsparcia a dobrostanem u osób z chorobą Hashimoto.

OSOBY BADANE

W badaniu udział wzięło 120 kobiet. W skład grupy klinicznej ze zdiagnozowaną chorobą Hashimoto oraz grupy kontrolnej weszło odpowiednio po 60 osób. W grupie kontrolnej średnia wieku wyniosła $M = 33,23$, odchylenie standardowe $SD = 8,35$. Mieszkańcami miasta do 100 tys. osób było 41,6% respondentów, wykształcenie wyższe miało 58,3%, 65% z nich pracowało, 56,7% to mężatki. Średnią wieku w grupie klinicznej wyniosła $M = 32,17$, odchylenie standardowe $SD = 7,81$. Nieco ponad 33,3% badanych mieszkało w mieście od 400 tys. mieszkańców i więcej, najmniej zaś na wsi – 15%. Aż 70% miało wykształcenie wyższe, w tej grupie

nie było badanej z wykształceniem podstawowym. Ponad 46,7% to mężatki, 73,3% to osoby pracujące. Na etapie wyrównywania wyników medycznych znajdowało się 70% respondentek. Wyniki pogorszyły się 23,3% badanych, a niewiele ponad 6,7% kobiet było na etapie diagnozy choroby. Dla zneutralizowania objawów schorzenia 86,7% badanych stosowało farmakoterapię, 50% utrzymywało dietę, 16,7% korzystało z medycyny alternatywnej, a 3,3% nie podejmowało żadnych działań. Inne współtowarzyszące choroby autoimmunologiczne, tj. bielactwo, reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzycę, insulinooporność, łuszczycę, zespół Sjogrena, miało 16,6% badanych. Wśród 26,7% respondentek rozpoznanie choroby nastąpiło w latach 2001–2009, a u 73,3% – w latach 2010–2017.

NARZĘDZIA

Badania przeprowadzono z zastosowaniem trzech narzędzi: Skali Wsparcia Społecznego Kmiecik-Baran, Kwestionariusza Szczęścia oraz autorskiej ankiety personalnej.

Skala Wsparcia Społecznego Kmiecik-Baran składa się z 16 itemów badających wsparcie emocjonalne, wartościujące, instrumentalne i informacyjne. Ze względu na potrzeby badania uwzględniono następujące grupy wsparcia: rodzina, przyjaciele, służba zdrowia, duchowni. Badani udzielali odpowiedzi na skali od 0 do 3, gdzie 0 oznaczało „nie, nie dotyczy”, a 3 – „tak”. Badając tą skalą, można uzyskać wyniki nasilenia poszczególnych rodzajów wsparcia oraz dla poszczególnych grup wsparcia. Wynik ogólny mieści się w przedziale od 0 (brak wsparcia) do 240 (pełne wsparcie), nasilenie rodzajów wsparcia znajduje się w przedziale od 0 do 60, a sieci wsparcia – od 0 do 48. W przypadku tego narzędzia alfa Cronbacha wynosi 0,94 (Kmiecik-Baran, 2000).

Kwestionariusz Szczęścia (Happiness Index) Seligmana, Parka i Petersona w adaptacji Kaczmarka, Stańko-Kaczmarek i Dombrowskiego. Za pomocą tego kwestionariusza mierzono zmienną *dobrostan*. Narzędzie zawiera 20 pytań, a zadaniem badanego jest wybór jednej z pięciu odpowiedzi, gdzie 5 to najbardziej pozytywna odpowiedź. Składa się z czterech skal: *Skala Pozytywnych Emocji*, *Skala Optymalnego Doświadczenia*, *Skala Poczucia Sensu*, *Skala Pełnego Życia*. Wynik ogólny mieści się w przedziale od 17 do 85 punktów, gdzie 17 oznacza niskie poczucie szczęścia albo brak poczucia szczęścia, a 85 – wysokie nasilenie szczęścia. Dla całego kwestionariusza alfa Cronbacha wynosi 0,88 (Kaczmarek, Stanko-Kaczmarek, Dombrowski, 2010).

Autorska ankieta personalna. Składa się z 11 pytań, z których sześć odnosi się do informacji demograficznych. Następne pytania dotyczą danych o chorobie Hashimoto, a w ostatnim pytaniu należy określić poziom samopoczucia badanego na skali od 1 do 10. Grupa kontrolna otrzymała ankietę z sześcioma pytaniami związanymi z informacjami demograficznymi.

PROCEDURA

Grupa kliniczna została dobrana w sposób celowy metodą kuli śnieżnej za pośrednictwem portalu społecznościowego. Do potencjalnych badanych rozesłano kwestionariusze wraz z kopertą zwrotną i znaczkiem. Kwestionariusze uzupełniano indywidualnie metodą papier-ołówek. Grupa kontrolna również została dobrana w sposób celowy metodą kuli śnieżnej, ale w otoczeniu badanego. Osoby z tej grupy uzupełniały kwestionariusze indywidualnie metodą papier-ołówek. Przebadano 127 osób, z czego 67 stanowiło grupę kliniczną, a 60 – grupę kontrolną, przy czym w pierwszej grupie odrzucono 7 kwestionariuszy z powodu braków danych.

Komisja Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II pozytywnie zaopiniowała projekt.

WYNIKI

Przyjęto założenie, że istnieje związek między rodzajem i siecią wsparcia a dobrostanem w chorobach autoimmunologicznych. Sprawdzono, czy istnieją statystycznie istotne różnice między grupami pod względem otrzymywanego wsparcia oraz sieci wsparcia. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe statystyki i różnice dotyczące rodzaju sieci wsparcia

Statystyki / Zmienne	Osoby chorujące		Osoby zdrowe		t	p
	M	SD	M	SD		
Wsparcie informacyjne	35,43	6,91	4,97	6,33	0,386	0,700
Wsparcie instrumentalne	29,62	5,83	30,67	5,63	-1,004	0,318
Wsparcie wartościujące	30,65	6,70	30,07	4,73	0,551	0,583
Wsparcie emocjonalne	27,08	6,87	29,10	5,24	-1,810	0,073
Sieć wsparcia rodzina	37,77	8,36	39,53	5,77	-1,348	0,180
Sieć wsparcia przyjaciele	37,32	7,90	36,72	6,76	0,447	0,656
Sieć wsparcia służba zdrowia	19,13	6,77	18,41	5,48	0,644	0,521
Sieć wsparcia duchowni	14,45	6,09	18,58	8,28	-3,114	0,002
Sieć wsparcia grupa wsparcia	19,58	10,01	15,30	7,89	2,604	0,010

Źródło: opracowanie własne.

Nie wykazano statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą osób z chorobą Hashimoto a grupą osób zdrowych pod względem rodzajów otrzymywanego wsparcia, czyli: informacyjnego, instrumentalnego, wartościującego i emocjonalnego.

Po przeprowadzeniu analiz okazało się, że wystąpiła statystycznie istotna różnica w sieciach wsparcia duchowni ($p = 0,002$) oraz grupa wsparcia ($p = 0,01$) pomiędzy grupą kliniczną a grupą kontrolną. Osoby chore na Hashimoto częściej

uzyskiwały wsparcie od grupy wsparcia w stosunku do osób zdrowych ($t = 2,604$). Osoby zdrowe wyżej oceniły wsparcie duchowe ($t = -3,114$).

Wykazano, że w grupie osób chorujących na Hashimoto istnieje związek pomiędzy dobrostanem a wsparciem społecznym. Związku nie wykazano natomiast wśród osób zdrowych. Wyniki zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2. Wsparcie społeczne oraz rodzaje wsparcia a dobrostan

Statystyki / Zmienne: <i>dobrostan</i>	Osoby chorujące		Osoby zdrowe	
	r	p	r	p
Wsparcie społeczne	0,553	0,000	0,196	n.i.
Wsparcie informacyjne	0,428	0,001	0,171	n.i.
Wsparcie instrumentalne	0,424	0,001	0,092	n.i.
Wsparcie wartościujące	0,504	0,000	0,243	n.i.
Wsparcie emocjonalne	0,508	0,000	0,140	n.i.

Źródło: opracowanie własne.

Jak się okazało, w grupie klinicznej istnieje związek między dobrostanem a rodzajami wsparcia: emocjonalnym ($r = 0,508$; $p = 0,000$), wartościującym ($r = 0,504$; $p = 0,000$), informacyjnym ($r = 0,428$; $p = 0,001$) i instrumentalnym ($r = 0,424$; $p = 0,001$). W grupie osób zdrowych nie dostrzeżono związku.

Sprawdzono też, czy występuje związek między siecią wsparcia a dobrostanem. Wyniki zamieszczono w tabeli 3.

Tabela 3. Zależność między siecią wsparcia a dobrostanem

Sieć wsparcia / Grupa	Statystyka	Rodzina	Przyjaciele	Służba zdrowia	Duchowni	Grupa wsparcia
Osoby chorujące	r	0,480	0,448	0,256	0,178	0,253
	p	0,000	0,000	0,040	n.i.	n.i.
Osoby zdrowe	r	0,240	0,357	0,098	-0,011	-0,132
	p	n.i.	0,005	n.i.	n.i.	n.i.

Źródło: opracowanie własne.

W grupie klinicznej wystąpił związek między dobrostanem a sieciami wsparcia: rodzina ($r = 0,480$; $p = 0,000$), przyjaciele ($r = 0,448$; $p = 0,000$) oraz służba zdrowia ($r = 0,256$; $p = 0,040$). Nie wykazano związku między dobrostanem a sieciami wsparcia duchowni oraz grupa wsparcia. W grupie kontrolnej wystąpił związek między dobrostanem a siecią wsparcia przyjaciele ($r = 0,357$; $p = 0,005$). Nie wykazano zależności między pozostałymi sieciami wsparcia (rodzina, służba zdrowia, duchowni, grupa wsparcia).

DYSKUSJA WYNIKÓW

W każdym roku przybywa osób chorujących na chorobę Hashimoto. W wielu przypadkach dotyczy ona kobiet w okresie rozrodczym. Osoby chorujące doświadczają objawów niedoczynności tarczycy, dolegliwości wynikających z pracy układu nerwowego, zmęczenia czy też trudności z koncentracją, które utrudniają codzienne funkcjonowanie (Gier, Ostrowska, 2019). Zasadne jest więc oczekiwanie pomocy od innych.

Celem badania było sprawdzenie, czy wsparcie społeczne – rodzaj i sieć wsparcia – to czynnik związany z dobrostanem u kobiet, które chorują na Hashimoto. Wsparcie społeczne w sposób umiarkowany wiąże się z odczuciem dobrostanu, co jest komplementarne z doniesieniami znajdującymi się w literaturze. Przeprowadzone dotychczas badania wykazały, że osoby, które mogą liczyć na wsparcie ze strony innych osób, mają korzystniejsze rokowania i szybciej wracają do zdrowia (Ziarko i in., 2018), a to w sposób bezpośredni może wiązać się z nasileniem dobrostanu. Wsparcie ma na celu niesienie pomocy osobie, która znajduje się w trudnej sytuacji (Sęk, Cieślak, 2004). Cierpienie na przewlekłą chorobę, tj. na chorobę Hashimoto, należy do sytuacji trudnych, które powodując stres, obniżają odczuwanie dobrostanu (Bednarczyk, 2018).

Interesujące jest to, że osoby zdrowe wyżej oceniły wsparcie duchowe w stosunku do osób chorujących, które z kolei wyżej oceniły wsparcie grupy. Być może wynika to z faktu, że w sytuacji choroby ludzie bardziej cenią sobie doświadczenia i pomoc takich osób, które mają lub miały do czynienia z takim schorzeniem. Zdaniem Lee i współpracowników (2018) osoby chorujące na chorobę Hashimoto nie otrzymują wystarczającej opieki ze strony personelu medycznego. Możliwe jest to, że chorującym bardziej zależy na pomocy profesjonalistów, jednak – jak się okazało – wsparcie ze strony służby zdrowia zostało ocenione niekorzystnie, a w tym badaniu miało istotne znaczenie. Wsparcie ze strony tej sieci wymaga zatem poprawy w zakresie wspierania osób doświadczających choroby Hashimoto. Przyczyną też może być to, że osoby zdrowe nie oczekują pomocy od grup wsparcia w takim stopniu, w jakim potrzebują tego osoby chorujące. Taki wynik może stanowić materiał do dalszej eksploracji zagadnienia wsparcia społecznego.

Kobiety z chorobą Hashimoto w umiarkowanym stopniu wiążą wsparcie społeczne z dobrostanem. Wyniki uzyskane w badaniach własnych są zbieżne z doniesieniami z badań między innymi Juczyńskiego (2019), które wykazały, że im wyższe nasilenie poczucia wsparcia w grupie osób chorujących na tarczycę, tym wyższa jakość życia i satysfakcja z życia.

Potwierdzono hipotezę dotyczącą związku między rodzajem wsparcia a dobrostanem. Wykazano zależność między dobrostanem a takimi rodzajami wsparcia, jak wsparcie: emocjonalne, wartościujące rozumiane jako koncentracja na emocjach, informacyjne i instrumentalne definiowane jako koncentracja na problemie.

Przyczyny tego rodzaju podejścia do choroby można upatrywać w specyfice jej przebiegu, charakteryzuje się bowiem np. obniżonym nastrojem, drażliwością, depresyjnością, osłabieniem funkcji poznawczych (Basińska, 2009). Zdaniem Kirenko i Byry (2008) źródła wsparcia i kreowane sieci wsparcia przyczyniają się do szybszego powrotu do zdrowia w zależności od etapu leczenia i rehabilitacji. Szybszy powrót do zdrowia może być powodem do wyższego poczucia dobrostanu. Lepszego poczucia dobrostanu można oczekiwać na każdym etapie choroby poprzez otrzymywanie wsparcia w zależności od potrzeby danej osoby. Warto jeszcze zwrócić uwagę na różnice związane z płcią. W badaniu uczestniczyły tylko kobiety, a w literaturze wskazuje się na zróżnicowanie emocjonalności i ekspresji emocji u kobiet w porównaniu do mężczyzn (Knoll, Schwarzer, 2004). Ponadto Janowski, Tatała, Jedynak, Księżpolska i Głowacka (2016) wykazali, że wyższe nasilenie wsparcia społecznego wiąże się z niższym nasileniem symptomów depresyjności w grupie kobiet po mastektomii.

Uzyskano związek między dobrostanem a siecią wsparcia rodzina i przyjaciele, ale też służba zdrowia. Jak się okazało, grupa wsparcia także odgrywa istotną rolę w odczuwaniu dobrostanu. Naturalna sieć wsparcia jest najbardziej skuteczna z powodu dostępności, dobrowolności czy wzajemności. Do naturalnej sieci wsparcia należą rodzina i sieci pozarodzinne, które chcą być aktywne dobrowolnie (Sęk, Cieślak, 2004). Osoby chorujące na Hashimoto potrzebują od bliskich wsparcia informacyjnego, aby łatwiej zrozumieć swoje dolegliwości, ale również wsparcia emocjonalnego. Tego samego rodzaju wsparcia potrzebują pacjenci z inną chorobą przewlekłą – nadciśnieniem tętniczym (Kurowska, Prus, 2010). Pacjenci z chorobą psychosomatyczną w zdecydowanej większości (94,9%) potrzebowali pomocy ze strony członków rodziny. Zarówno osoby z diagnozą choroby Hashimoto, jak i osoby zdrowe najsilniej odczuwają dobrostan wtedy, gdy otrzymują wsparcie od rodziny i przyjaciół. Właśnie te sieci wsparcia są najbliższe w otoczeniu osoby, gdy pojawiają się trudności. Ważną siecią wsparcia w kontekście tej choroby jest służba zdrowia – jak się okazało, istnieje związek między dobrostanem a siecią wsparcia służba zdrowia. W sytuacji choroby to właśnie od personelu medycznego oczekuje się rzetelnych informacji na temat stanu zdrowia, diagnozy i rokowań. Badani potrzebują wiedzieć, jakie czekają ich w przyszłości sposoby leczenia choroby, jaki styl życia powinni prowadzić, w jaki sposób postąpić w przypadku zaostrożenia się objawów. Oczekują także na empatię ze strony personelu medycznego i zwrócenia uwagi na ich wiedzę i potrzeby związane z chorowaniem (Kalra i in., 2017). Pomimo dostępności coraz nowszych metod diagnostycznych odpowiednia diagnostyka i leczenie są trudne w realizacji ze względu na dynamikę i wielość objawów choroby tarczycy (Budlewski, Franek, 2009). Szczególnie w sytuacji niejasności bardzo ważną rolę odgrywają wiedza, umiejętności lekarza, a także sposób przekazywania informacji zwrotnych (Rosiak, Zagożdżon, 2017).

ZAKOŃCZENIE

Autoimmunologiczne zapalenie tarczycy to schorzenie przewlekłe, które jest przyczyną powstawania niedoczynności tarczycy u osób w wieku rozwojowym oraz u dorosłych. Występowanie tego schorzenia zależy od czynników środowiskowych i genetycznych (Bossowski, Otto-Buczowska, 2007). Poza somatycznymi trudnościami, jakich doświadczają pacjenci w związku z tym schorzeniem, należy zwrócić uwagę na sferę psychologiczną. Jak wynika z przeprowadzonych badań, wsparcie w chorobie jest potrzebne. Dla lepszego poczucia dobrostanu osoby chorujące na Hashimoto potrzebują wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i służby zdrowia – prawdopodobnie badane darzą największym zaufaniem osoby należące właśnie do tych grup. Być może też cenią sobie bardziej pomoc uzyskiwaną od grupy wsparcia niż od duchownych, dlatego że mogą czuć się realnie zrozumiane w grupie osób, które doświadczają podobnych trudności zdrowotnych. Znaczące i zrozumiałe jest również to, że biorąc pod uwagę aspekty rodzajów wsparcia, badane potrzebują więcej wiedzy i doświadczyć niż osoby zdrowe. W sytuacji obniżenia nastroju czy pojawienia się nowych objawów osoba może potrzebować kogoś, kto ją podtrzyma na duchu albo będzie chciała wysłuchać opinii specjalisty, który wyjaśni znaczenie i przyczynę pojawienia się objawów.

Istotną wartością prezentowanych badań jest poznanie specyfiki zapotrzebowania na wsparcie społeczne w relacji do dobrostanu w grupie kobiet w okresie dorosłości chorujących na chorobę Hashimoto. Wyniki dostarczyły również konkretnej wiedzy praktycznej dotyczącej tego, od kogo i jakiego rodzaju wsparcia oczekują badane.

Grupę badaną tworzyły same kobiety. Poza tym grupa kliniczna i kontrolna liczyła po 60 osób, dlatego należy powtórzyć badanie z większą liczbą osób. W kolejnych badaniach warto zastosować inne narzędzie do badania wsparcia społecznego. Interesującym zagadnieniem będzie pogłębienie badań w prezentowanym przedmiocie z uwzględnieniem stażu chorowania i nasilenia objawów.

BIBLIOGRAFIA

- Basińska, M.A. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Basińska, M.A., Andruszkiewicz, A. (2016). Cechy osobowości typu D a funkcjonowanie w chorobie pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(2), 221–237.
DOI: <https://doi.org/10.14656/PFP20160205>
- Bednarczyk, A. (2018). *Wsparcie a dobrostan u osób z chorobami autoimmunologicznymi*. Niepublikowana praca magisterska.
- Binay, C., Şimşek, E. (2016). Çocuk ve Adolesanlarda Hashimoto Tiroiditi/ Hashimoto thyroiditis in children and adolescents. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38, 1–8.
DOI: <http://dx.doi.org/10.20515/otd.73478>

- Bossowski, A., Otto-Buczowska, E. (2007). Schorzenia tarczycy o podłożu autoimmunologicznym. W: E. Otto-Buczowska (red.), *Pediatrica – co nowego?* (s. 108–120). Wrocław: Cornetis.
- Budlewski, T., Franek, E. (2009). Diagnostyka obrazowa chorób tarczycy. *Choroby Serca i Naczyni*, 6(1), 47–41.
- Djurovic, M., Pereira, A.M., Smit, J.W.A., Vasovic, O., Damjanovic, S., ..., Petakov, M. (2018). Cognitive functioning and quality of life in patients with Hashimoto thyroiditis on long-term levothyroxine replacement. *Endocrine*, 62, 136–143.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s12020-018-1649-6>
- Emerson, Ch.H. (2019). Physician Perception and Patient Input Are Important Influences in the Treatment of Hypothyroidism. *Clinical Thyroidology*, 31(12), 504–508.
- Gier, D., Ostrowska, L. (2019). Choroba Hashimoto a otyłość. *Varia Medica*, 3(3), 238–242.
- Haduch-Pietruszka, I., Brudkowska, Ż., Moczulski, D. (2017). Życie pacjentów z cukrzycą typu 1 w kontekście wsparcia społecznego i psychologicznego – analiza wyników badań własnych. *Medycyna Rodzinna*, 20(3), 188–191. **DOI: <https://doi.org/10.25121/MR.2017.20.3.188>**
- Janowski, K., Tatala, M., Jedynek, T., Księżpolska, A., Głowacka, B. (2016). Wsparcie społeczne a ocena własnej choroby, nasilenie objawów depresyjnych i akceptacja życia z chorobą u kobiet po mastektomii. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(2), 188–205.
DOI: <https://doi.org/10.14656/PFP20160203>
- Juczyński, Z. (2019). Znaczenie spostrzeganego wsparcia społecznego dla dobrostanu jednostki – na przykładzie badań Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego (Soz-U K-14). *Czasopismo Psychologiczne*, 25(2), 195–202. **DOI: <https://doi.org/10.14691/CPPJ.25.2.195>**
- Kaczmarek, L.D., Stanko-Kaczmarek, M., Dombrowski, S.U. (2010). Adaptation and Validation of the Steen Happiness Index into Polish. *Polish Psychological Bulletin*, 41(3), 98–104.
DOI: <https://doi.org/10.2478/v10059-010-0013-3>
- Kalra, S., Agarwal, N., Aggarwal, R., Agarwal, S., Bajaj, S., ..., Unnikrishnan, A.G. (2017). Patient-centered Management of Hypothyroidism. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 21(3), 475–477. **DOI: https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_93_17**
- Kirenko, J., Byra, S. (2008). *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kmiecik-Baran, K. (2000). *Narzędzia do rozpoznawania zagrożeń społecznych w szkole*. Gdańsk: Przegląd Oświatowy.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2004). Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 29–48). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konieczna, I. (2017). Zasoby osobiste i społeczne człowieka w sytuacji doświadczania choroby przewlekłej. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 4(38), 57–73.
DOI: <https://doi.org/10.5604/01.3001.0012.0328>
- Kurowska, K., Prus, N. (2010). Rola wsparcia a poczucie koherencji w zmaganiu się z chorobą nadciśnieniową. *Nadciśnienie Tętnicze*, 14(5), 387–394.
- Lee, S.A., Stetten, N.E., Anton, S.D. (2018). Patient perspectives on the treatment for Hashimoto's thyroiditis: A qualitative analysis. *Health and Primary Care*, 2(4), 1–5.
DOI: <https://doi.org/10.15761/HPC.1000141>
- Mohamadi, A., Davoodi-Makinejad, M., Azimi, A., Nafissi, S. (2016). Personality characteristics in MS patients: The role avoidant personality. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 144, 23–27.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2016.02.035>
- Niedziela, M. (2005). Autoimmunologiczne zespoły wielogruczołowe – od badań naukowych do zastosowań klinicznych. *Endokrynologia Pediatriczna*, 2(11), 55–63.
DOI: <https://doi.org/10.18544/EP-01.04.02.0115>

- Rosiak, K., Zagożdżon, P. (2017). Jakość życia oraz wsparcie społeczne u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. *Psychiatria Polska*, 51(5), 923–935. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/64709>
- 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.
- Stetkiewicz-Lewandowicz, A., Sobów, T. (2018). Psychologiczne aspekty choroby Hashimoto. *Sztuka Leczenia*, 2, 41–51.
- Waliszewska-Proszół, M., Ejma, M. (2016). Encefalopatia Hashimoto – patogenezę, obraz kliniczny i leczenie. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 12(4), 206–210.
- Woźniewicz, A., Sobierajska-Michalak, K. (2014). Wsparcie społeczne wobec chorych przewlekłe i ich rodzin. W: Ż. Skinder (red.), *Polska polityka ochrony zdrowia: zagadnienia społeczne i medyczne* (s. 28–44). Bydgoszcz: Mass.
- Wróbel, A., Wróbel, P., Otfinowska, E. (2019). Znaczenie wsparcia oraz formy aktywności kinezyterapeutycznej członków rodzin osób dotkniętych chorobą Parkinsona. *Health Promotion & Physical Activity*, 1(6), 1–7.
- Zdrojewska, M., Sworczak, K., Obołończyk, Ł., Zdrojewski, Ł. (2018). Podostre zapalenie tarczycy o nietypowym przebiegu klinicznym – opis przypadku. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 12(5), 183–188.
- Ziarko, M., Parobkiewicz, A., Jasielski, R. (2018). Poznawcza reprezentacja schorzenia a funkcjonowanie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Inżynieria Biomedyczna*, 24(2), 99–110.

ABSTRACT

Hashimoto disease is one of the autoimmune diseases which etiology and course are not totally known. It affects women more often. In addition to characteristics of endocrine diseases of certain etiology, there is an uncertainty among patients due to uncertainties of factors associated with diagnosis and treatment of Hashimoto disease. Experience of illness reduces sense of well-being. In various diseases, especially psychosomatic with increased anxiety, presence of other important people in social support network play an important role in this situation. It was assumed that there is relationship between type and network of support and well-being. There were 60 people in each control and clinical group. The clinical group mean age $M = 32.17$; $SD = 7.81$. The control group mean age $M = 33.23$; $SD = 8.35$. Following measures were used in this study: Kmiecik-Baran Social Support Scale, Happiness Index and Author's personal questionnaire. There was no statistically significant difference between group of sick and healthy people due to type of support received. There are statistically significant differences in support networks. In clinical group, there is a relationship between types of support and some support networks, e.g. emotional, evaluative, informative, instrumental, family, friends, health care and well-being.

Keywords: autoimmune diseases; social support; well-being; Hashimoto disease