

MAGDALENA ŻEBROWSKAUNIWERSYTET WARSZAWSKI, KOLEGIUM MIĘDZYWYDZIAŁOWYCH INDYWIDUALNYCH STUDIÓW
MATEMATYCZNO-PRZYRODNICZYCH, WYDZIAŁ PSYCHOLOGII**MARCIN RZESZUTEK**

WYŻSZA SZKOŁA FINANSÓW I ZARZĄDZANIA W WARSZAWIE, WYDZIAŁ ZARZĄDZANIA I FINANSÓW

EWA FIRLAĞ-BURKACKA

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZAKAŻNY SPZOZ W WARSZAWIE

ZWIĄZEK CECH TEMPERAMENTU EAS-D ZE WSPARCIEM SPOŁECZNYM ORAZ Z SATYSFAKCJĄ Z ŻYCIA U OSÓB ZAKAŻONYCH WIRUSEM HIV

STRESZCZENIE

Podstawowym celem pracy było sprawdzenie związku pomiędzy cechami temperamentu, wymiarami wsparcia społecznego i poziomem satysfakcji z życia u osób zakażonych wirusem HIV. Drugim celem było sprawdzenie różnic międzyplciowych w zakresie nasilenia cech temperamentu oraz wymiarów wsparcia społecznego wśród osób badanych. W badaniu uczestniczyły 283 osoby (w tym 250 mężczyzn i 33 kobiety), w wieku od 20 do 74 lat, z klinicznym rozpoznaniem zakażenia wirusem HIV. Do diagnozy badanych zmiennych użyto *Kwestionariusza temperamentu EAS-D*, *Berlińskich skal wsparcia społecznego* (BSSS), *Skali satysfakcji z życia* (SWLS) oraz ankiety demograficznej stworzonej na potrzeby niniejszego badania.

Uzyskane rezultaty potwierdziły istnienie związków pomiędzy cechami temperamentu a wymiarami wsparcia społecznego oraz pomiędzy wymiarami temperamentu a poziomem satysfakcji z życia. Niezadowolenie, strach i złość korelują ujemnie z wymiarami wsparcia społecznego i satysfakcji z życia, natomiast aktywność i towarzyskość – dodatnio. Zaobserwowano różnice w zakresie towarzyskości, niektórych wymiarów wsparcia społecznego oraz poziomu satysfakcji z życia u osób zakażonych HIV w fazie AIDS i bez tej fazy.

ASSOCIATION BETWEEN EAS TEMPERAMENT TRAITS, SOCIAL SUPPORT AND THE LIFE SATISFACTION IN HIV+ INDIVIDUALS

ABSTRACT

The main aim of this research was to check the association between EAS temperament traits, social support dimensions and the level of life satisfaction among HIV+ individuals. The second goal of this research was to examine sex differences in the temperament traits level and social support dimensions. The research sample comprising 283 individuals (including 250 men and 33 women) aged 20 to 74 years diagnosed with HIV-positive. The variables were assessed with the *EAS-D Temperament Survey*, the *Berlin Social Support Scale* (BSSS), the *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) as well as demographical survey which was created for the purpose of this research.

The statistical analysis demonstrated the association between temperament traits, social support dimensions and the level of life satisfaction. Distress, fear and anger correlated negatively, while activity and sociability correlated positively with social support dimensions and the life satisfaction level. Additionally, significant differences between

HIV+ and HIV/AIDS patients in sociability and some social support dimensions and the level of life satisfaction were observed.

WPROWADZENIE

Celem niniejszej pracy było zbadanie zależności pomiędzy cechami temperamentu EAS w ujęciu Bussa i Plomina (1984) a wymiarami wsparcia społecznego oraz poziomem satysfakcji z życia u osób zakażonych wirusem HIV.

Podstawę teoretyczną badań stanowiła teoria temperamentów EAS Bussa i Plomina (1984). Akcentuje się w niej znaczenie zachowania cech związanych z negatywnymi reakcjami emocjonalnymi, a także cech o wysokim poziomie aktywacji – aktywności i towarzyskości. Według autorów emocjonalność stanowi składową neurotyczności, a towarzyskość – ekstrawersji, co sugeruje, że cechy te mogą mieć podobne znaczenie funkcjonalne. Koncepcja ta nigdy dotąd nie stanowiła ram teoretycznych dla badań nad stanem zdrowia osób dorosłych, a szczególnie nad psychospołecznymi czynnikami funkcjonowania osób zakażonych HIV.

W ujęciu Bussa i Plomina temperament tworzą trzy główne cechy: emocjonalność, którą u osób dorosłych opisuje się w kategoriach niezadowolenia, złości i strachu, aktywność oraz towarzyskość. Definiujemy je poniżej za Oniszczenką (1997).

Emocjonalność to tendencja do łatwego i silnego reagowania niepokojem, którego ważnym składnikiem jest zdeterminowane genetycznie pobudzenie układu sympatycznego. Obejmuje ona duży zakres zmienności reakcji emocjonalnych w ich aspekcie aktywacyjnym: od braku do reakcji intensywnych, trudnych do opanowania lub niekontrolowanych, takich jak płacz, krzyk, napady złego humoru. Typowe dla emocjonalności są trudności w zachowaniu spokoju, a także duża wrażliwość na bodźce wywołujące niezadowolenie.

Aktywność to cecha związana wyłącznie z wydatkowaniem energii fizycznej, obejmuje tylko czynności motoryczne. Zakres zmienności tej cechy jest znaczny: od bezruchu do skrajnie energetycznego zachowania.

Towarzyskość to cecha przejawiająca się w ogólnej tendencji do poszukiwania i przebywania z innymi ludźmi oraz unikania samotności. Osoby charakteryzujące się wysokim jej natężeniem są silnie motywowane do szukania towarzystwa, bywają zaś sfrustrowane i wytracone z równowagi w warunkach odosobnienia. Z kolei osoby o niskim poziomie tej cechy lubią co prawda przebywać z innymi ludźmi, ale mają do tego słabszą motywację i łatwiej znoszą samotność. Głównym składnikiem towarzyskości jest instrumentalne poszukiwanie i przebywanie w towarzystwie innych.

26 Typowymi miarami towarzyskości są częstotliwość inicjowania kontaktów

społecznych, liczba związków oraz ilość czasu spędzanego z innymi ludźmi, reakcja na izolację, jak również społeczna wrażliwość. Ostatnia cecha może być bezpośrednio powiązana ze wskaźnikami wsparcia społecznego, które w przypadku nosicieli HIV odgrywa istotną rolę.

Potrzeba wsparcia społecznego u osób zakażonych może wynikać przede wszystkim ze stygmatyzacji, jakiej podlegają, nawet we własnej rodzinie (Adewuya i in., 2009; Mahajan i in., 2008; Smit i in., 2012). Wiele badań wskazuje, że osoby z HIV często doświadczają nasilonej stygmatyzacji (Drewes, Kleiber, 2014; Endeshaw i in., 2014; Lowther, Selman, Harding, Higginson, 2014; Valenzuela i in., w druku). W literaturze wskazuje się zwykle na trzy przykłady stygmatyzacji ludzi żyjących z HIV: 1) osoby odrzucone przez bliskich, kiedy ujawnienie sytuacji zdrowotnej i choroby powoduje całkowite zerwanie więzi i relacji rodzinnych przez najbliższych; 2) osoby, które po ujawnieniu choroby zostały zaakceptowane przez otoczenie i otrzymują adekwatne wsparcie od najbliższych; 3) osoby, które po ujawnieniu choroby albo bez jej ujawniania dobrowolnie i świadomie odeszły od swoich środowisk, aby przed potencjalną stygmatyzacją chronić najbliższych, tym samym skazując siebie na samotne przeżywanie trudów choroby i brak odpowiedniego wsparcia psychicznego (Lipke, 1994). Istnieje jeszcze grupa osób, które w wyniku lęku przed odrzuceniem i przed izolacją społeczną utrzymują informację o diagnozie w tajemnicy (Barańska, Kmita, 2001; por. Qiao, Li, Stanton, 2014). W kontekście następstw zakażenia HIV, takich jak doświadczana stygmatyzacja, a także konsekwencji niespecyficznych – objawów traumy czy depresji – zwraca się uwagę na rolę wsparcia społecznego (Breet, Kagee, Seedat, 2014).

Ważnym czynnikiem związanym z zakażeniem HIV jest występowanie zaburzeń psychicznych, głównie depresji, ale także objawów stresu pourazowego, będących następstwem zdiagnozowania obecności potencjalnie śmiertelnego wirusa w organizmie, nieprzewidywalnego przebiegu choroby lub silnej stygmatyzacji społecznej doświadczanej wciąż przez osoby zakażone (por. Beckerman, Auerbach, 2010; Martin, Kagee, 2011; Safren, Gershuny, Hendriksen, 2003; Theuninck, Lake, Gibson, 2010).

Jakkolwiek zaburzenia afektywne i lękowe towarzyszące zakażeniu HIV nie stanowiły przedmiotu tych badań, to jednak nie można ignorować ich obecności. Radzenie sobie z tak silnym stresem angażuje temperament człowieka, który jest obecny od chwili urodzenia jednostki i współdziała w regulacji indywidualnego poziomu aktywacji (Strelau, 2008). Istotnym czynnikiem wzmacniającym objawy traumy jest neurotyczność i introwersja (Jorm i in., 2000; LaFauci Schutt, Marotta, 2011; Watson, Gamez, Simms, 2005; Zhang, Liu, Zhu, Shi, Cheng, 2010). Uzasadnione jest zatem przypuszczenie, że opisane w teorii temperamentów EAS Bussa i Plomina (1984) składowe neurotyczności (niezadowolenie, strach i złość) oraz eks-

trawersji (towarzyskość) będą miały znaczenie dla doświadczanej traumy i pośrednio dla otrzymywanego wsparcia oraz oceny satysfakcji z życia przez pacjentów.

Wsparcie społeczne definiowane jest jako pomoc dostępna w sytuacjach trudnych i stresowych (Sarason, Sarason, 1982; Jaworska-Obłój, Skuza, 1986). Prace poświęcone PTSD coraz częściej wymieniają wsparcie społeczne wśród najważniejszych zasobów sprzyjających adaptacji potraumatycznej (Łuszczynska, 2004). Choć wsparcie nie oddziałuje bezpośrednio na główne objawy tego syndromu, to jednak ułatwia zwalczanie tzw. konsekwencji niespecyficznych traumy, czyli symptomów towarzyszących PTSD, wśród których wymienia się depresję, lęk, zaburzenia dysocjacyjne i somatoformiczne oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Oddziaływanie to polega na zmniejszeniu negatywnych emocji oraz poczucia winy. Jednak nadal nie jest jasne, czy wsparcie społeczne wspomaga odzyskanie zdrowia po traumie, czy też negatywne psychologiczne konsekwencje traumy prowadzą do obniżenia dostępności i stopnia spostrzeganego wsparcia (Łuszczynska, 2004).

Wsparcie społeczne można określić jako rodzaj interakcji społecznej charakteryzujący się jednostronnym lub dwustronnym jej podjęciem w sytuacji stresowej, przez jedną lub więcej osób, gdy można wyróżnić wspierających i wspieranych. Podczas tej interakcji dochodzi do wymiany informacji, emocji oraz instrumentów działania (Sęk, 1986). Ponadto dla pojęcia wsparcia społecznego możemy wyróżnić kilka kategorii. Po pierwsze można je podzielić na spostrzegane dostępne wsparcie oraz wsparcie otrzymywane. Wsparcie dostępne jest to wsparcie oceniane jako osiągalne i rozumiane jako dostępność pomocy ze strony innych. Natomiast wsparcie otrzymywane stanowi spostrzeżenie konkretnej ilości otrzymywanego wsparcia (Schulz, Schwarzer, 2003). Owe kategorie wsparcia stanowią dwa odmienne konstrukty, które pełnią różne funkcje. Spostrzegane dostępne wsparcie niezależnie od czynników zewnętrznych wpływa w sposób bezpośredni na dobrostan oraz zdrowie (Dunkel-Schetter, Bennet, 1990), a wsparcie otrzymywane obniża spostrzegane zagrożenie w sytuacjach trudnych i stresogennych (Schwarzer, Leppin, 1991). Odmianą kategorią jest zapotrzebowanie na wsparcie, czyli potrzeba uzyskiwania pomocy w sytuacjach trudnych (Schulz, Schwarzer, 2003). Zapotrzebowanie na wsparcie może stanowić czynnik prognostyczny dla psychologicznego funkcjonowania, głównie w odniesieniu do lęku i depresji, w obliczu doświadczania choroby i jej skutków (Duits, Boeke, Taamas, Passchier, Erdman, 1997). Kolejnym elementem składowym (kategorią) wsparcia społecznego jest jego poszukiwanie, czyli zakres działań mających na celu znalezienie pomocy u innych. Ostatni element stanowi wsparcie buforująco-ochronne, które charakteryzuje się zachowaniami mającymi na celu ochronę osób bliskich przed

trudnymi bądź przykrymi informacjami, np. w sytuacji choroby poprzez nieujawnianie im informacji o niej (Schulz, Schwarzer, 2003).

Wskazuje się, że stan zdrowia może znacząco wpłynąć na satysfakcję, ale też jakość życia (Van Zandt, Van Zandt, 1994). Istotnymi wymiarami satysfakcji z życia są podtrzymywanie aktywności i samodzielności, poczucie bezpieczeństwa oraz relacje z innymi ludźmi i z otoczeniem (Sęk, 2001). Ponadto istotnym elementem składowym tej zmiennej jest trud związany z chorobą, z jej leczeniem oraz z cierpieniem w wyniku choroby czy też oddziaływania medycznego (Studen, Okła, 2006).

Satysfakcja z życia (*life satisfaction*) stanowi obok samooceny główną składową ogólnego samopoczucia człowieka (Kaduvetoor-Davidson, Inman, 2013). Jak twierdzą autorzy polskiej adaptacji *Skali satysfakcji z życia* (SWLS), zadowolenie z życia to „wynik porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami” (Juczyński, 2001: 134). Według autorów oryginalnej wersji kwestionariusza SWLS na przeżywaną satysfakcję mogą mieć również wpływ specyficzne cechy charakteru, szczególnie te odnoszące się do stopnia nasilenia przeżywanego afektu i emocjonalności (Diener, Emmons, Larson, Griffin, 1985).

W niniejszym badaniu poszukiwano odpowiedzi na dwa pytania. Po pierwsze dążono do sprawdzenia, czy istnieje związek pomiędzy cechami temperamentu (EAS-D), wymiarami wsparcia społecznego (BSSS) oraz poziomem satysfakcji z życia (SWLS) wśród osób zakażonych wirusem HIV. Po drugie zamierzano sprawdzić, czy istnieją różnice w poziomach temperamentu, we wskaźnikach wsparcia społecznego i satysfakcji z życia u nosicieli HIV bez AIDS i z rozwiniętym zespołem nabytego upośledzenia odporności AIDS.

METODA

UCZESTNICZY

W badaniu wzięły udział 283 osoby dorosłe (w tym 250 mężczyzn i 33 kobiety) z klinicznym rozpoznaniem zakażenia HIV. Badanie było przeprowadzane na terenie Poradni Profilaktyczno-Lecniczej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie oraz wśród klientów organizacji wspierającej osoby zakażone HIV – stowarzyszenia „Sieć Plus”. Wiek uczestników mieścił się w przedziale od 20 do 74 lat ($M = 38$; $SD = 9,44$). Okres zakażenia w całej próbie wahał się od kilku miesięcy do 33 lat ($M = 7,88$). W grupie badanych u 237 osób rozpoznano jedynie obecność HIV (grupa HIV+), a u 41 osób również obecność zespołu AIDS (grupa HIV/AIDS), natomiast 5 osób nie określiło fazy choroby. Wśród członków grupy wykształcenie wyższe deklarowały 123 osoby, wykształcenie średnie – 99

osób, podstawowe – 20 osób, zasadnicze zawodowe – 41 osób. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Projekt badań został zaakceptowany przez Komisję ds. Etyki Badań Naukowych na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

POMIAR ZMIENNYCH

Do diagnozy temperamentu użyto *Kwestionariusza temperamentu* (EAS-D) Bussa i Plomina w wersji dla dorosłych. Ma on charakter samoopisowy, składa się z 20 pozycji, po cztery na każdy ze składników temperamentu, mających charakter stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się poprzez określenie ich prawdziwości na 5-stopniowej skali (od *zdecydowanie nie* do *zdecydowanie tak*). Narzędzie składa się z pięciu skal: *Emocjonalność*, *Strach*, *Złość*, *Aktywność* i *Towarzyskość*. Poszczególne skale charakteryzuje satysfakcjonujący współczynnik rzetelności (α Cronbacha), mieszczący się w przedziale 0,57–0,74 (Oniszczenko, 1997).

Wsparcie społeczne diagnozowano za pomocą *Berlińskich skal wsparcia społecznego* (BSSS; Łuszczynska, Kowalska, Mazurkiewicz, Schwarzer, 2006). Kwestionariusz ten składa się z sześciu skal, które służą do pomiaru poznawczych i behawioralnych wymiarów wsparcia społecznego. Skale te to: *Spostrzegane dostępne wsparcie w wymiarach emocjonalnym i instrumentalnym* (ocena dostępności i pomocy ze strony innych osób), *Zapotrzebowanie na wsparcie* (stopień istotności wsparcia społecznego w sytuacjach stresowych), *Poszukiwanie wsparcia* (zakres i częstość poszukiwania oparcia wśród innych osób), *Aktualnie udzielane wsparcie* (skala wypełniana przez osoby udzielające wsparcia), *Aktualnie otrzymywane wsparcie* (rzeczywista ilość otrzymywanego wsparcia), *Wsparcie buforująco-ochronne* (dotyczy ochraniających bliskich przed niepożądanymi informacjami – wypełniane przez osoby otrzymujące wsparcie, jak i osoby udzielające wsparcia). W badaniu zastosowano skale odnoszące się tylko do osób otrzymujących wsparcie z powodu braku dostępu do osób wsparcie udzielających. Współczynniki rzetelności (α Cronbacha) dla poszczególnych skal wahały się od 0,74 do 0,90 (Łuszczynska i in., 2006).

Satysfakcja z życia badana była *Skalą satysfakcji z życia* (SWLS) Dienera, składającą się z pięciu stwierdzeń, które badany odnosi do swojego dotychczasowego życia, oceniając je na 7-stopniowej skali (od *zupełnie się nie zgadzam* do *całkowicie zgadzam się*). Według autorów polskiej adaptacji SWLS jest przeznaczone do badania satysfakcji z życia zarówno zdrowych, jak i chorych osób dorosłych (Juczyński, 2001). Wynikiem pomiaru jest ogólny współczynnik poczucia satysfakcji z życia. Wskaźnik rzetelności (α Cronbacha) dla SWLS w populacji polskiej wynosi 0,81 (Juczyński, 2001).

ANALIZA STATYSTYCZNA

Statystyki opisowe, analizę korelacyjną metodą Pearsona, wielokrotną analizę regresji oraz porównania grup niezależnych testem U Manna–Whitneya wykonano za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics 21 (IBM, 2012).

WYNIKI

W tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe cech temperamentu, wskaźników wsparcia społecznego oraz satysfakcji z życia w badanej próbie.

Tabela 1. Statystyki opisowe cech temperamentu, wskaźników wsparcia społecznego i satysfakcji z życia w badanej próbie ($N = 283$)

Zmienna	Zakres zmienności	M (SD)
Temperament:		
Niezadowolenie (NZD)	4–20	11,04 (3,59)
Strach (STR)	4–20	10,49 (3,23)
Złość (ZŁO)	4–20	11,85 (3,15)
Aktywność (AKT)	4–20	13,49 (3,05)
Towarzystwość (TOW)	5–20	13,12 (2,91)
Wsparcie społeczne:		
Spostrzegane dostępne wsparcie (SDW)	10–33	25,39 (5,74)
Zapotrzebowanie na wsparcie (ZW)	4–16	10,99 (2,71)
Poszukiwanie wsparcia (PW)	5–20	13,23 (4,26)
Aktualnie otrzymywane wsparcie (AOW)	15–60	47,01 (11,43)
Satysfakcja z życia:		
SWLS	5–35	18,22 (7,12)

Dane z tabeli 1 wskazują na znaczne zróżnicowanie badanej próby pod względem aktualnie otrzymywanego wsparcia, spostrzeganego dostępnego wsparcia oraz satysfakcji z życia.

W tabeli 2 przedstawiono wyniki analizy korelacyjnej cech temperamentu EAS z wymiarami wsparcia społecznego oraz poziomem satysfakcji z życia w badanej próbie.

Dane zamieszczone w tabeli 2 wskazują, że współczynniki korelacji cech temperamentu ze wskaźnikami wsparcia i satysfakcji z życia są niskie (do umiarkowanych) i w większości istotne statystycznie.

Składowe emocjonalności (niezadowolenie i strach) korelują istotnie ujemnie ze spostrzeganym dostępnym wsparciem i aktualnie otrzymywanym wsparciem oraz dodatnio z zapotrzebowaniem na wsparcie. Złość ko-

Tabela 2. Korelacje cech temperamentu EAS-D z wymiarami wsparcia społecznego oraz satysfakcji z życia w badanej próbie ($N = 283$)

	SDW	ZW	PW	AOW	SWLS
Niezadowolenie	-0,17**	0,12*	0,03	-0,23**	-0,45**
Strach	-0,14*	0,16**	0,09	-0,16*	-0,36**
Złość	-0,04	0,10	0,05	-0,14*	-0,30**
Aktywność	0,19**	0,13*	0,08	0,20**	0,30**
Towarzyskość	0,30**	0,21**	0,25**	0,35**	0,34**

Uwaga: oznaczenia wskaźników wsparcia jak w tabeli 1.

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

reluje istotnie ujemnie tylko z aktualnie otrzymywanym wsparciem (brak korelacji tej cechy z pozostałymi wskaźnikami wsparcia). Aktywność i towarzyskość korelują istotnie dodatnio ze wszystkimi wskaźnikami wsparcia (wyjątkiem jest brak korelacji aktywności z poszukiwaniem wsparcia).

Składowe emocjonalności korelują istotnie ujemnie z satysfakcją z życia, a pozostałe dwie cechy (aktywność i towarzyskość) korelują istotnie dodatnio ze wskaźnikiem satysfakcji.

W tabeli 3 przedstawiono wyniki wielokrotnej analizy regresji fazy zakażenia, cech temperamentu oraz wymiarów wsparcia społecznego jako predyktorów satysfakcji z życia w badanej próbie.

Tabela 3. Wyniki wielokrotnej analizy regresji fazy zakażenia, cech temperamentu oraz wymiarów wsparcia społecznego jako predyktorów satysfakcji z życia w badanej próbie ($N = 283$)

Zmienna	B	SE B	β	Korelacje semicząstkowe
Faza zakażenia HIV vs. HIV/AIDS	-0,63	1,05	-0,31	-0,03
Niezadowolenie	-0,59	0,16	-0,29	-0,18***
Strach	-0,06	0,16	-0,03	-0,02
Złość	-0,22	0,15	-0,10	-0,07
Aktywność	0,67	0,13	0,29	0,26***
Towarzyskość	0,08	0,15	0,03	0,03
Spostrzegane dostępne wsparcie	0,21	0,10	0,17	0,11*
Zapotrzebowanie na wsparcie	-0,43	0,18	-0,16	-0,12*
Poszukiwanie wsparcia	0,18	0,13	0,11	0,07
Aktualnie otrzymywane wsparcie	0,09	0,05	0,15	0,10

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

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 3, predyktorami satysfakcji z życia wśród osób zakażonych wirusem HIV są dwie cechy tem-

peramentu: aktywność (wyjaśnia 7% badanej zmiennej) i niezadowolenie (wyjaśnia 3% zmienności satysfakcji z życia) oraz zapotrzebowanie na wsparcie i spostrzegane dostępne wsparcie (każde wyjaśnia 1% zmienności satysfakcji życia). Osoby aktywne mają wyższy poziom satysfakcji z życia niż osoby o wysokim poziomie niezadowolenia. Z kolei wyższemu poziomowi spostrzeganego dostępnego wsparcia towarzyszy wyższy poziom satysfakcji z życia, natomiast wysoki poziom zapotrzebowania na wsparcie łączy się z niższym poziomem satysfakcji.

W tabeli 4 przedstawiono wyniki porównania cech temperamentu, charakterystyk wsparcia społecznego i satysfakcji z życia u osób zakażonych wirusem HIV i osób w fazie HIV/AIDS.

Tabela 4. Wyniki porównania cech temperamentu, charakterystyk wsparcia społecznego i satysfakcji z życia u osób zakażonych wirusem HIV ($N = 237$) i osób w fazie HIV/AIDS ($N = 41$)

Zmienna	HIV+ <i>M (SD)</i>	HIV/AIDS <i>M (SD)</i>	Z	<i>d</i> Cohena
Niezadowolenie	10,89 (3,57)	11,80 (3,70)	-1,19	-0,25
Strach	10,40 (3,22)	11,10 (3,17)	-1,23	-0,22
Złość	11,82 (3,14)	12,03 (3,22)	-0,39	-0,07
Aktywność	13,57 (3,03)	12,90 (3,19)	-1,47	0,21
Towarzystwość	13,31 (2,93)	11,78 (2,29)	-3,29***	0,58
Spostrzegane dostępne wsparcie	25,97 (5,29)	22,20 (7,04)	-3,27***	0,60
Zapotrzebowanie na wsparcie	11,10 (2,66)	10,46 (2,97)	-1,49	0,23
Poszukiwanie wsparcia	13,62 (4,06)	10,97 (4,70)	-3,42***	0,60
Aktualnie otrzymywane wsparcie	47,78 (10,95)	42,82 (13,32)	-2,07*	0,41
SWLS	18,72 (6,93)	15,24 (7,72)	-2,95**	0,47

Z – wartość testu U Manna–Whitneya.

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

Jak wynika z przedstawionych w tabeli 4 danych, osoby w fazie HIV/AIDS w porównaniu z osobami HIV+ (bez AIDS) charakteryzują się niższym poziomem towarzyskości, niższym poziomem spostrzeganego dostępnego wsparcia oraz niższym poziomem zarówno poszukiwania wsparcia, jak i wsparcia aktualnie otrzymywanego. Mają też niższy poziom satysfakcji z życia.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Przedmiotem badania był związek cech temperamentu EAS ujętych w koncepcji Bussa i Plomina (1984) ze wskaźnikami wsparcia społecznego i satysfakcji z życia osób zakażonych wirusem HIV. Otrzymane wyniki wyraźnie wskazują na zróżnicowanie badanej grupy ze względu na aktualnie otrzymywane wsparcie (a także spostrzegane dostępne wsparcie) oraz satysfakcję z życia (por. tabela 1). Wynik jest zgodny z obserwacjami, według których dostępność wsparcia zależy od szeregu czynników, takich jak płeć (Tamres, Janicki, Helgeson, 2002), wiek oraz sytuacja rodzinna – szczególnie u osób starszych (Levett, Wright, Fisher, 2014; Webel i in., 2014). Z kolei warunki społeczne ludzi (stan cywilny, zatrudnienie, uczestnictwo w życiu religijnym), ale także ich wiek (Hutchinson i in., 2004) oraz cechy osobowości, szczególnie neurotyczność (Suldo, Minch, Hearon, 2014), są wskazywane jako istotne dla oceny satysfakcji z życia. W przypadku więc badanej tu grupy, zróżnicowanej pod względem wieku, płci i wykształcenia, a prawdopodobnie również sytuacji rodzinnej i społecznej, wskaźniki wsparcia społecznego (szczególnie aktualnie otrzymywanego) oraz satysfakcji z życia mogą być znacząco zróżnicowane (Heckman, 2003).

Analiza korelacyjna (por. tabela 2) wykazała, że składowe emocjonalności (niezadowolenie i strach) korelują istotnie ujemnie ze spostrzeganym dostępnym wsparciem i aktualnie otrzymywanym wsparciem oraz dodatnio z zapotrzebowaniem na wsparcie. Złość koreluje istotnie ujemnie tylko z aktualnie otrzymywanym wsparciem.

Niższy poziom wskaźników wsparcia społecznego u osób charakteryzujących się wysokim poziomem emocjonalności, szczególnie niezadowolenia i strachu, może wynikać z faktu, że osoby reagujące emocjonalnie negatywnie na otoczenie albo wycofujące się z niego (np. przy wysokim poziomie strachu) mają mniej kontaktów społecznych i tym samym otrzymują mniej wsparcia. U osób pozostających w związkach partnerskich albo w pewnych relacjach społecznych może działać jeszcze inny mechanizm zmniejszający dostępność wsparcia. Mianowicie przypuszcza się, że neurotyczność, a w tym badaniu składniki emocjonalności powodują, iż otrzymywane w związkach wsparcie społeczne może być odbierane jako toksyczne – naruszające poczucie sprawiedliwości oraz zmniejszające własną skuteczność jako podmiotu otrzymującego wsparcie (McClure i in., 2014). Wynik ten sugeruje, że niedostatek pomocy dla ludzi zakażonych może wynikać nie tylko ze stygmatyzacji, ale także z tego, że neurotyczne osoby same wycofują się z dostępnych kontaktów społecznych i tym samym zmniejszają poziom otrzymywanego wsparcia. Tym niemniej zarówno niezadowolenie, jak i strach korelują dodatnio z zapotrzebowaniem na wsparcie, co oznacza, że potrzeba wsparcia u tych osób istnieje i tworzy podwójny mechanizm

regulacyjny: zapotrzebowanie na wsparcie przy jednoczesnym jego unikaniu z powodu kosztów ponoszonych przez jego otrzymanie.

Znaczenie wysokiej emocjonalności może się też przejawiać w konsekwencjach psychicznych zakażenia wirusem HIV. W jednym z badań wykazano, że niski poziom wsparcia społecznego wpływa za pośrednictwem neurotyczności na poziomy depresji i lęku (Lewis, Bates, Posthuma, Polderman, 2014). Generalnie rzecz biorąc, osoby neurotyczne (emocjonalne) doświadczają silniejszych emocji negatywnych, które przyczyniają się do rozwoju objawów depresyjnych (Karreman, van Assen, Bekker, 2013). Depresja i lęk stanowią często obserwowane objawy u nosicieli HIV. Można zatem przypuszczać, że emocjonalność pełni rolę mediatora pomiędzy sytuacją społeczną zakażonej osoby i doświadczanymi przez nią negatywnymi emocjami a zaburzeniami psychicznymi towarzyszącymi stwierdzonemu zakażeniu.

Znaczenie emocjonalności może również zależeć od wieku osób zakażonych HIV. Wykazano na przykład, że u ludzi starszych niski poziom wsparcia społecznego bezpośrednio przyczynia się do samotności społecznej, a za pośrednictwem czynników ryzyka, m.in. neurotyczności (emocjonalności), może prowadzić do samotności emocjonalnej (Schnittger, Wherton, Prendergast, Lawlor, 2012). Można zatem przypuszczać, że osoby zakażone wirusem HIV i jednocześnie o wysokim poziomie emocjonalności są w większym stopniu narażone na doświadczenie emocjonalnej samotności w warunkach małego wsparcia społecznego.

Otrzymane wyniki wskazują też, że aktywność, a szczególnie towarzyskość, koreluje istotnie dodatnio ze wszystkimi wskaźnikami wsparcia społecznego (wyjątkiem jest brak korelacji aktywności z poszukiwaniem wsparcia).

Zgodnie z koncepcją temperamentu Bussa i Plomina (1984) osoby towarzyskie charakteryzują się wysoką motywacją do poszukiwania i przebywania w towarzystwie innych ludzi. Sprzyja to tworzeniu przez nie liczniejszych – w porównaniu z osobami mniej towarzyskimi – więzi z innymi ludźmi jeszcze przed zakażeniem, a to prawdopodobnie stanowi czynnik łagodzący ich stygmatyzację jako nosicieli HIV. Znaczenie ekstrawersji dla spostrzeganego wsparcia społecznego wykazano w jednym z wcześniejszych badań (Swickert, Hittner, Foster, 2010). Niskie poziomy ekstrawersji i neurotyczności związane były z wysokim wskaźnikiem spostrzeganego wsparcia. Wyniki wcześniejszych badań sugerowały, że ekstrawersja jest jednym z czynników pełniących protekcyjną funkcję w przebiegu zakażenia HIV (Ironson, Hayward, 2008). W innych badaniach wykazano, że ekstrawersja, której składową stanowi towarzyskość, związana jest z dawaniem, ale też otrzymywaniem wsparcia w miejscu pracy i poza nim (Bowling, Beehr, Swader, 2005), a także z uczestnictwem w życiu społecznym (Grav,

Romild, Hellzèn, Stordal, 2013) czy korzystaniem z sieci społecznych (Roberts, Wilson, Fedurek, Dunbar, 2008; Zhu, Woo, Porter, Brzezinski, 2013). Ma to istotne znaczenie dla różnych aspektów wsparcia społecznego dla tych osób. Co ciekawe, wielkość sieci społecznych ekstrawertyków nie musi przekładać się na ich bliskość emocjonalną z innymi osobami (Pollet, Roberts, Dunbar, 2011). W sytuacji już obecnego zaburzenia nastroju (depresji) ani ekstrawersja, ani neurotyczność nie przyczyniają się do poszukiwania pomocy (Schomerus i in., 2013).

Ciekawą, chociaż trudną do interpretacji korelacją jest uzyskany w tym badaniu istotny dodatni związek aktywności jako cechy temperamentu ze wskaźnikami wsparcia społecznego. Aktywność w ujęciu Bussa i Plomina jest cechą stylistyczną zachowania, związaną z wydatkowaniem energii poprzez aktywność ruchową. Jest ona skorelowana dodatnio z ekstrawersją w ujęciu Eysencka (Oniszczenko, 1997), co może sugerować, że pełni podobną do niej rolę. Ponadto osoby aktywne łatwiej odnajdują w sieciach społecznych partnerów do wspólnych działań, co sprzyja zyskiwaniu wsparcia społecznego (Nakhasi, Shen, Passarella, Appel, Anderson, 2014). Starsze osoby aktywne fizycznie, angażując się w działania grupowe, również łatwiej zyskują wsparcie społeczne (Booth, Neville, Bauman, Clavisi, Leslie, 2000).

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt wsparcia społecznego i jego związek z temperamentem. Takie czynniki jak trauma towarzysząca chorobie (w tym zakażeniu HIV, a szczególnie obecności AIDS) czy nieadekwatne sposoby radzenia sobie przy braku dostatecznego wsparcia społecznego mogą przyczyniać się do zmian w charakterystyce temperamentu osób chorych (Zawadzki, Kaczmarek, Strelau, 2009). Zmiany tego rodzaju mogą dotyczyć także cech mierzonych u osób zakażonych HIV, co sugerują wyniki metaanalizy kilku badań dotyczących spadku poziomu ekstrawersji i stabilności emocjonalnej (wzrostu neurotyczności) w ciągu stosunkowo krótkiego czasu – od ok. 2 do 2,5 roku od ujawnienia się choroby nowotworowej, choroby układu krążenia czy oddechowego albo udaru mózgu (Jokela, Hakulinen, Singh-Manoux, Kivimäki, 2014).

Wyniki niniejszego badania wskazują, że składowe emocjonalności korelują istotnie ujemnie, a pozostałe dwie cechy – aktywność i towarzyskość – korelują istotnie dodatnio ze wskaźnikiem satysfakcji z życia. Dotychczasowe badania ujawniają, że negatywny afekt związany jest z niską satysfakcją z życia w różnym wieku (Siedlecki, Tucker-Drob, Oishi, Salthouse, 2008). Również stygmatyzacja i związany z nią niedostatek wsparcia społecznego mogą sprzyjać obniżeniu poziomu satysfakcji z życia (Baker, Wilson, Winebarger, 2004). Z kolei wsparcie społeczne może zwiększyć satysfakcję z życia osób z ograniczonymi możliwościami funkcjonowania, jak np. osób starszych z demencją (Eshkoor, Hamid, Nudin, Mun, 2014). U nosicieli

HIV za najważniejsze czynniki określające jakość ich życia uznaje się, poza wsparciem społecznym, dyskryminację, bariery w opiece zdrowotnej oraz stan zdrowia. Wieloraka analiza regresji (por. tabela 3) wykonana w omawianym badaniu wykazała, że obniżeniu satysfakcji z życia sprzyja zapotrzebowanie na wsparcie, którego wysoki poziom wskazuje na niedostatek wsparcia oraz niezadowolenie (jako cechę temperamentu), co zgodnie jest z przedstawionymi wynikami innych badań. Z kolei wzrost satysfakcji wiąże się z aktywnością jako cechą temperamentu oraz ze spostrzeganym dostępnym wsparciem społecznym, co również ma swoje potwierdzenie w wynikach innych badań. Towarzystwo okazała się nieznaczącym predyktorem satysfakcji z życia. Może to wynikać z obserwowanego faktu, że poszukiwanie obecności innych ludzi nie przekłada się na emocjonalne więzi z nimi (Pollet, Roberts, Dunbar, 2011), a w konsekwencji wzrost oceny satysfakcji z życia. Nieznaczącym predyktorem satysfakcji z życia okazała się też faza zakażenia HIV związana z obecnością albo brakiem zespołu AIDS.

Wykonaliśmy mimo to analizę porównawczą osób HIV+ i osób HIV/AIDS pod względem wszystkich badanych zmiennych (por. tabela 4). Okazało się, że w porównaniu z grupą bez AIDS grupa z rozwiniętym zespołem AIDS charakteryzuje się niższym poziomem towarzyskości jako cechy temperamentu, niższymi wskaźnikami spostrzeganego dostępnego wsparcia, poszukiwania wsparcia i aktualnie otrzymywanego wsparcia, a także satysfakcji z życia. Otrzymane wyniki sugerują rozwój i obecność symptomów depresji u osób z grupy HIV/AIDS jako konsekwencji doświadczeń życiowych po zakażeniu HIV (Hays, Turner, Coates, 1992) albo też wskazują, że uprzednia kumulacja stresu i spadek wsparcia społecznego (np. związany ze stygmatyzacją) przyczyniły się do rozwoju zakażenia w kierunku wystąpienia zespołu AIDS (Leserman i in., 1999). Hipoteza ta wymaga jednak osobnego badania.

Przedstawiona tu praca nie jest oczywiście wolna od ograniczeń. Przede wszystkim badana grupa była znacznie zróżnicowana pod względem wieku, płci i wykształcenia, a więc czynników socjodemograficznych, mających znaczenie dla badanych zmiennych (szczególnie dla poziomu wsparcia społecznego). Grupa była także zróżnicowana pod względem fazy rozwoju zakażenia wirusem HIV. Wreszcie nie uwzględniono wcześniejszych zdarzeń traumatycznych w życiu badanych osób, które mogły mieć wpływ na ich ocenę wsparcia społecznego i satysfakcji z życia.

Wydaje się jednak, że wyniki zaprezentowanego badania wnoszą dodatkową wiedzę na temat roli temperamentu w ujęciu koncepcji EAS w problematyce zakażenia HIV/AIDS, niektóre z otrzymanych danych są spójne z wynikami innych dotychczasowych badań i dzięki temu mogą stanowić źródło hipotez do dalszych poszukiwań oraz analiz.

Podziękowanie

Badania prezentowane w artykule były finansowane ze środków BST 1712/ 2014 na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

LITERATURA CYTOWANA

- Adewuya, A. O., Afolabi, M. O., Ola, B. A., Ogundele, O. A., Ajibare, A. O., Oladipo, B. F., Fakande, I. (2009). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after stigma related events in HIV infected individuals in Nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 761–766.
- Baker, L. M., Wilson, F. L., Winebarger, A. L. (2004). An exploratory study of the health problems, stigmatization, life satisfaction, and literacy skills of urban, street-level sex workers. *Women & Health*, 39, 83–96.
- Barańska, M., Kmita, G. (2001). Psychologiczne problemy rodzin dotkniętych HIV. W: T. Niemiec (red.), *Kliniczne i psychospołeczne aspekty zakażenia HIV u kobiet* (s. 59–69). Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS–Wydawnictwo Poznańskie.
- Beckerman, N. L., Auerbach, C. (2010). Post-traumatic stress disorder and HIV: A snapshot of co-occurrence. *Social Work in Health Care*, 49, 687–702.
- Booth, M. L., Neville, O., Bauman, A., Clavisi, O., Leslie, E. (2000). Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive Medicine*, 31, 15–22.
- Bowling, N. A., Beehr, T. A., Swader, W. M. (2005). Giving and receiving social support at work: The roles of personality and reciprocity. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 476–489.
- Breet, E., Kagee, A., Seedat, S. (2014). HIV-related stigma and symptoms of post-traumatic stress disorder and depression in HIV-infected individuals: Does social support play a mediating or moderating role? *AIDS Care*, 26, 947–951.
- Buss, A. H., Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Drewes, J., Kleiber, D. (2014). Contagiousness under antiretroviral therapy and stigmatization toward people with HIV. *AIDS Care*, 26, 1383–1386.
- Duits, A. A., Boeke, S., Taamas, M. A., Passchier, J., Erdman R. A. M. (1997). Prediction of quality of life coronary bypass graft surgery: A review and evaluation of multiple recent studies. *Psychosomatic Medicine*, 59, 257–268.
- Dunkel-Schetter, C., Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. W: B. Sarason, I. Sarason, G. Pierce (red.), *Social support: An interactional view* (s. 267–296). New York: Wiley.
- Endeshaw, M., Walson, J., Rawlins, S., Dessie, A., Alemu, S., Andrews, N., Rao, D. (2014). Stigma in Ethiopia: Association with depressive symptoms in people with HIV. *AIDS Care*, 26, 935–939.
- Eshkoor, S. A., Hamid, T. A., Nudin, S. S. H., Mun, C. Y. (2014). The effects of social support, substance abuse and health care supports on life satisfaction in dementia. *Social Indicators Research*, 116, 535–544.

- Grav, S., Romild, U., Hellzèn, O., Stordal, E. (2013). Association of personality, neighbourhood, and civic participation with the level of perceived social support: The HUNT study, a cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 579–586.
- Hays, R. B., Turner, H., Coates, T. J. (1992). Social support, AIDS-related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 463–469.
- Heckman, T. G. (2003). The Chronic Illness Quality of Life (CIQOL) Model: Explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, 22, 140–147.
- Hutchinson, G., Simeon, D. T., Bain, B. C., Wyatt, G. E., Tucker, M. B., LeFranc, E. (2004). Social and health determinants of well-being and life satisfaction in Jamaica. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 43–53.
- IBM (2012). *IBM SPSS Statistics 21 core system user's guide*. Somers, NY: IBM Corp.
- Ironson, G., Hayward, H. (2008). Do positive psychosocial factors predict disease progression in HIV-1? A review of the evidence. *Psychosomatic Medicine*, 70, 546–554.
- Jaworska-Oblój, Z., Skuza, B. (1986). Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny*, 3, 733–746.
- Jokela, M., Hakulinen, C., Singh-Manoux, A., Kivimäki, M. (2014). Personality change associated with chronic diseases: Pooled analysis of four prospective cohort studies. *Psychological Medicine*, 44, 2629–2640.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Henderson, A. S., Jacomb, P. A., Korten, A. E., Rodgers, B. (2000). Predicting anxiety and depression from personality: Is there a synergistic effect of neuroticism and extraversion? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 145–149.
- Juczyński, Z. (2001). Skala Satysfakcji z Życia – SWLS. W: T. Szustrowa (red.), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia* (s. 134–141). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kaduvettoor-Davidson, A., Inman, A. G. (2013). South Asian Americans: Perceived discrimination, stress, and well-Being. *Asian American Journal of Psychology*, 4, 155–165.
- Karreman, A., van Assen, M. A. L. M., Bekker, M. H. J. (2013). Intensity of positive and negative emotions: Explaining the association between personality and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 54, 214–220.
- LaFauci Schutt, J. M., Marotta, S. A. (2011). Personal and environmental predictors of posttraumatic stress in emergency management professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 8–15.
- Leserman, J., Jackson, E. D., Petitto, J. M., Golden, R. N., Silva, S. G., Perkins, D. O., Cai, J., Folds, J. D., Evans, D. L. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, 61, 397–406.
- Levett, T., Wright, J., Fisher, M. (2014). HIV and ageing: What the geriatrician needs to know. *Reviews in Clinical Gerontology*, 24, 10–24.
- Lewis, G. J., Bates, T. C., Posthuma, D., Polderman, T. J. C. (2014). Core dimensions of personality broadly account for the link from perceived social support to symptoms of depression and anxiety. *Journal of Personality*, 82, 329–339.

- Lipke, H. (1994). AIDS – nowy problem społeczny w Polsce. W: J. Danecki, B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Kwestie społeczne i krytyczne sytuacje życiowe u progu lat dziewięćdziesiątych. Wybrane zagadnienia* (s. 298–321). Warszawa: Ośrodek Badań Społecznych.
- Lowther, K., Selman, L., Harding, R., Higginson, I. J. (2014). Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1171–1189.
- Łuszczyńska, A. (2004). Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 190–205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Łuszczyńska, A., Kowalska, M., Mazurkiewicz, M., Schwarzer, R. (2006). Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS). Wyniki wstępnych badań nad rzetelnością i trafnością. *Studia Psychologiczne*, 44, 17–27.
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., Szekeres, G., Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22 (suplement 2), S67–S79.
- Martin, L., Kagee, A. (2011). Lifetime and HIV related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 15, 125–131.
- McClure, M. J., Xu, J. H., Craw, J. P., Lane, S. P., Bolger, N., Shrout, P. E. (2014). Understanding the costs of support transactions in daily life. *Journal of Personality*, 82, 563–574.
- Nakhasi, A., Shen, A. X., Passarella, R. J., Appel, L. J., Anderson, C. A. M. (2014). Online social networks that connect users to physical activity partners: A review and descriptive analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 16, 61–74.
- Oniszczenko, W. (1997). *Kwestionariusz Temperamentu EAS Arnolda H. Bussa i Roberta Plomina. Wersje dla dorosłych i dla dzieci. Adaptacja polska*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Pollet, T. V., Roberts, S. G. B., Dunbar, R. I. M. (2011). Extraverts have larger social network layers: But do not feel emotionally closer to individuals at any layer. *Journal of Individual Differences*, 32, 161–169.
- Qiao, S., Li, X., Stanton, B. (2014). Practice and perception of parental HIV disclosure to children in Beijing, China. *Qualitative Health Research*, 24, 1276–1286.
- Roberts, S. G. B., Wilson, R., Fedurek, P., Dunbar, R. I. M. (2008). Individual differences and personal social network size and structure. *Personality and Individual Differences*, 44, 954–964.
- Safren, S. A., Gershuny, B. S., Hendriksen, E. (2003). Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS Patient Care STDs*, 17, 657–664.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. (1982). Concomitants of social support: Attitudes, personality characteristics, and life experience. *Journal of Personality*, 50, 331–344.
- Schnittger, R. I. B., Wherton, J., Prendergast, D., Lawlor, B. A. (2012). Risk factors and mediating pathways of loneliness and social support in community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 16, 335–346.

- Schomerus, G., Appel, K., Meffert, P. J., Luppá, M., Andersen, R. M., Grabe, H. J., Baumeister, S. E. (2013). Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: A population-based study applying the Behavioral Model of Health Services Use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1809–1817.
- Schulz, U., Schwarzer, R. (2003). Social support in coping with illness. The Berlin Social Support Scales (BSSS). *Diagnostica*, 49, 73–82.
- Schwarzer, R., Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relations*, 8, 99–127.
- Seń, H. (1986). Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym? *Przegląd Psychologiczny*, 3, 791–800.
- Seń, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Siedlecki, K. L., Tucker-Drob, E. M., Oishi, S., Salthouse, T. A. (2008). Life satisfaction across adulthood: Different determinants at different ages? *Journal of Positive Psychology*, 3, 153–164.
- Smit, P. J., Brady, M., Carter, M., Fernandes, R., Lamore, L., Meulbroek, M., Ohayong, M., Platteau, T., Rehberg, P., Rockstroh, J. K., Thompson, M. (2012). HIV-related stigma within communities of gay men: A literature review. *AIDS Care*, 24, 405–412.
- Studen, S., Okła, W. (2006). Czynniki sprzyjające podnoszeniu jakości życia w sytuacji choroby. W: S. Studen, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie* (s. 195–208). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Strelau, J. (2008). *Temperament as a regulator of behavior. After fifty years of research*. New York: Eliot Werner Publications.
- Suldo, S. M., Minch, D., Hearon, B. V. (2014). Adolescent life satisfaction and personality characteristics: Investigating relationships using a five factor model. *Journal of Happiness Studies*, doi: 10.1007/s10902-014-9544-1.
- Swickert, R. J., Hittner, J. B., Foster, A. (2010). Big five traits interact to predict perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 48, 736–741.
- Tamres, L., Janicki, D., Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2–30.
- Theuninck, A. C., Lake, N., Gibson, S. (2010). HIV-related posttraumatic stress disorder: Investigating the traumatic events. *AIDS Patient Care STDs*, 24, 458–491.
- Valenzuela, C., Ugarte-Gil, C., Paz, J., Echevarria, J., Gotuzzo, E., Vermund, S. H., Kipp, A. M. (w druku). HIV stigma as a barrier to retention in HIV care at a general hospital in Lima, Peru: A case-control study. *AIDS and Behavior*.
- Van Zandt, P. L., Van Zandt, S. L. (1994). The role of support groups in adjusting to visual impairment in old age. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 88 (3), 244–252.
- Watson, D., Gamez, W., Simms, L. J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, 39, 46–66.
- Webel, A. R., Longenecker, C. T., Gripshover, B., Hanson, J. E., Schmotzer, B. J., Salata, R. A. (2014). Age, stress, and isolation in older adults living with HIV. *AIDS Care*, 26, 523–531.

- Zawadzki, B., Kaczmarek, M., Strelau, J. (2009). Reaktywność emocjonalna a nasilenie objawów zaburzenia stresowego pourazowego u ofiar powodzi: efekt patoplastyczności, spektrum, podatności czy komplikacji? W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia* (s. 77–109). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zhang, X., Liu, M., Zhu, M., Shi, J., Cheng, L. (2010). Personality predictors of posttraumatic stress disorder in orphaned survivors of the Sichuan earthquake. *Social Behavior and Personality*, 38, 1057–1060.
- Zhu, X., Woo, S. E., Porter, C., Brzezinski, M. (2013). Pathways to happiness: From personality to social networks and perceived support. *Social Networks*, 35, 382–393.