

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica VIII (2015)

ISSN 2084-5596

Kamilla Bargiel-Matusiewicz

Uniwersytet Warszawski, Polska

Natalia Ziółkowska

Uniwersytet Warszawski, Polska

Style radzenia sobie ze stresem oraz poziom lęku u matek oraz ojców dzieci chorych onkologicznie

Streszczenie

Artykuł dotyczy sytuacji rodziców w obliczu choroby onkologicznej ich dziecka. Celem omawianych w niniejszym artykule badań była analiza różnic w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem u matek i ojców dzieci chorych onkologicznie, a także analiza powiązań pomiędzy lękiem jako cechą i stanem a stylami radzenia sobie. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz CISS oraz Inwentarz STAI. Wykazano większe natężenie stylu skoncentrowanego na emocjach u matek. W przypadku pozostałych stylów radzenia stwierdzono brak istotnych statystycznie różnic. Wykazano również, że zarówno lęk jako stan, jak i lęk jako cecha są powiązane dodatnio ze stylem skoncentrowanym na emocjach (silna korelacja) oraz ze stylem skoncentrowanym na unikaniu (umiarkowana korelacja). Badania potwierdziły, że sytuacja choroby nowotworowej dziecka i związanego z tym leczenia jest dla rodziców silnie stresogennym czynnikiem. W związku z tym ważne jest zapewnienie rodzicom dostępności pomocy psychologicznej.

Słowa kluczowe: style radzenia sobie, lęk, choroba onkologiczna

Styles of Coping with Stress and Level of Anxiety among Mothers and Fathers of Children with Oncological Diseases

Abstract

This article concerns the situation of parents of children with oncological diseases. The purpose of this article was to analyze the difference in styles of coping with stress of mothers and fathers of children with oncological diseases, as well as to analyze the links between anxiety as a trait, state and coping style. The research tools used are the CISS Questionnaire and the STAI Inventory. Mothers have shown a higher intensity of the emotion-focused coping style. There was no statistically significant difference in other styles. Anxiety as a state and as a trait has shown to be positively associated with the emotion-focused (strong correlation) and the avoidance-focused style of coping (moderate correlation). Studies have confirmed that the situation of cancer children and associated treatment is a high stress factor for parents. The important issue is to assure parents of available psychological help.

Keywords: style of coping, anxiety, oncological disease

Wprowadzenie

Artykuł dotyczy sytuacji rodziców w obliczu choroby onkologicznej ich dziecka. Każda choroba jest źródłem stresu, sytuacją powodującą lęk, niepewność, czasami również poczucie bezradności. Strelau opisuje stres jako „stan charakteryzujący się negatywnymi emocjami o dużym natężeniu (takimi jak strach, lęk, złość, wrogość [...]), któremu towarzyszą zmiany fizjologiczne i biochemiczne wyraźnie przekraczające poziom charakterystyczny dla spoczynkowego poziomu pobudzenia” (Strelau, 2006, s. 152). Następnie autor wskazuje, że jego źródłem jest sytuacja rozbieżności pomiędzy wymogami a możliwościami ich realizacji przez daną osobę. Odnosi się w ten sposób do koncepcji stresu Lazarusa i Folkman (1984, 1987). Autorzy ci definiują stres jako: „określoną relację między osobą a otoczeniem, która jest oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi” (Lazarus i Folkman, 1984, s. 19). Ocena sytuacji, jako stresującej, może zostać dokonana w trzech kategoriach: krzywda/strata (gdy zostały utracone jakieś wartości), zagrożenie (gdy ich utrata jest antycypowana) lub wyzwanie (podmiot zakłada możliwość sprostania wymaganiom otoczenia, jednocześnie doświadczając poczucia niepewności). Choroba może się wiązać z każdą taką oceną. Może być oceniana jako krzywda i wtedy charakterystyczne są przeżycia takie jak, np.: żal, zasmucenie, przygnębienie. Zagrożeniu towarzyszy lęk, przerażenie. Natomiast wyzwanie wiąże się zarówno z emocjami pozytywnymi, np. nadzieja, zapał, jak i negatywnymi takimi jak: niepewność, martwienie się (Bargiel-Matusiewicz, 2014). Takie przeżycia towarzyszą rodzicom dzieci chorych onkologicznie. Można zatem stwierdzić, że sposób spostrzegania choroby dziecka ma wpływ na stan emocjonalny oraz podejmowane działania.

Choroba dziecka zmienia zwykle funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Góralczyk wskazuje, iż poważna choroba somatyczna dziecka może okazać się przyczynkiem stwarzającym zagrożenie „integralności rodziny i zakłócać jej procesy rozwojowe, a więc godzi w dwie najistotniejsze właściwości rodziny jako systemu” (Góralczyk, 1996, s. 8). Dlatego ważne jest prowadzenie działań psychologicznych komplementarnie z terapią medyczną. W literaturze opisuje się kilka faz przystosowania się do zaistniałej sytuacji, jaką jest choroba dziecka. Badacze wyróżniają fazę szoku oraz kryzysu emocjonalnego, którym często towarzyszy zaprzeczanie, odcięcie od rzeczywistości, poczucie krzywdy, bezradność, poczucie winy. Następnie opisują przejście od fazy pozornego przystosowania do konstruktywnej adaptacji, będącej dostosowaniem życia rodzinnego do choroby dziecka (Twardowski, 1995). Zalewska (1998) opisując sytuację dzieci i rodziców głuchych wskazuje na proces żałoby po dziecku zdrowym na rzecz dziecka chorego/niepełnosprawnego. Autorka wskazuje, iż przejście tego procesu jest niezbędne w celu akomodacji do zaistniałej sytuacji oraz późniejszej satysfakcjonującej relacji rodzic-dziecko. Zmiany w zakresie percepcji dziecka można odnieść także do sytuacji rodziców dzieci chorych onkologicznie. W ich przypadku również może zmienić się reprezentacja poznawcza dziecka, ponieważ wcześniej prawdopodobnie wiązali z nim określone nadzieje,

mieli konkretne wyobrażenia (Gracka-Tomaszewska, 2006). Leczenie onkologiczne może wiązać się ze zmianą tych oczekiwań, wyobrażeń dotyczących dziecka, gdyż mogą pojawić się wtórne konsekwencje wynikające z choroby, ale też pojawia się lęk, niepewność związane z dalszym przebiegiem choroby. Ponadto zwraca się również uwagę na zmiany doświadczane w reprezentacji siebie jako rodzica. Opiekunowie mogą przeżywać poczucie bezradności, niekompetencji rodzicielskiej, a także obawy co do dalszej przyszłości (Dorfmueller i Dietzfelbinger, 2008).

Statystyki pokazują, iż w Polsce rocznie stwierdza się od 1100 do 1200 nowych zachowań na choroby nowotworowe u dzieci do 18 roku życia (Samardakiewicz, 2011). Zestawienie nowotworów u dzieci otwiera najczęściej występująca białaczka, która stanowi ok. 35% zachorowań, w dalszej kolejności wymieniane są: nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (22,6%), chłoniaki (10%), nowotwory kości (4%), mięsaki (6%). Nowotwory nerek, wątroby oraz nabłonkowe występują natomiast z mniejszą częstotliwością. Jeśli chodzi o wiek zachorowania warto zwrócić uwagę, że białaczkę najczęściej stwierdza się u dzieci w wieku 2–4 lat, natomiast najwięcej zachorowań na siatkówczaka czy nerwiaka zarodkowego występuje u dzieci w 1 r.ż., zaś choroba Hodgkina czy guz Ewinga pojawiają się najczęściej w okresie dorastania (Kowalczyk i Samardakiewicz, 1998).

Na każdym etapie rozwoju dziecka, jego choroba jest dla rodziców bardzo trudną sytuacją (Bargiel-Matusiewicz i Nowicka, 2011). Najwięcej przeprowadzonych badań i analiz dotyczy położenia matek dzieci chorujących na różne schorzenia, w tym również na nowotwory. Niewiele miejsca poświęca się ojcom, którzy coraz częściej pełnią równie istotną rolę, budując relację z dzieckiem. Odwołując się do teorii przywiązania Bowlby'ego, warto zauważyć, że autor odnosił się do budowania relacji matka-dziecko, a Winnicott twierdził, iż: „nie istnieje dziecko jako takie, lecz zawsze jest dziecko i jego matka” (Winnicott, 1971, za: Schier i Zalewska, 2006, s. 363).

Na przestrzeni lat, niewątpliwie, wzrosło zainteresowanie badaczy zagadnieniem relacji ojciec-dziecko oraz triady matka, ojciec, dziecko. Wciąż jest to jednak obszar wymagający dalszych badań. Warto również wspomnieć, iż obecnie coraz częściej zwiększa się zakres opieki sprawowanej przez ojców nad dziećmi, zarówno zdrowymi, jak i chorymi. W badaniach przeprowadzonych w kilku polskich ośrodkach zajmujących się onkologią dziecięcą, badano właśnie mężczyzn, którzy brali czynny udział w opiece nad dzieckiem podczas jego pobytu w szpitalu (Pilarczyk i in., 2012). Po wnikliwych badaniach okazało się, iż ojcowie chorych dzieci, którzy opiekowali się nimi podczas ich pobytu na oddziale, prezentowali wysoki poziom akceptacji w stosunku do dziecka, bliską więź z dzieckiem, a także cechowała ich większa sumienność oraz ugodowość (mierzone kwestionariuszem NEO-FFI) niż w grupie kontrolnej, którą stanowili ojcowie dzieci niechorujących i nieprzebywający w szpitalu. Ponadto przejawiali oni więcej strategii skoncentrowanych na emocjach, a mniej na unikaniu i problemie. Charakterystyczne dla tej grupy badawczej było to, iż ojcowie szukali instrumentalnego wsparcia, a także kierowali się w stronę religijnych aspektów. W innym badaniu przeprowadzonym w Australii, którego celem było sprawdzenie czy u matek i ojców dzieci chorych na nowotwór występują

symptomy ASD wykazano, iż 63% matek oraz 60% ojców spełniało kryteria ostrej reakcji na stres (McCarthy, Ashley, Lee i Anderson, 2012). W badaniu prowadzonym w Szwecji dowiedziono, iż rodzice dzieci chorujących onkologicznie przejawiali większy poziom lęku, aniżeli rodzice dzieci niechorujących na nowotwór. Okazało się też, że matki w porównaniu do ojców częściej korzystały z różnorodnych form wsparcia (Norberg, Lindblad i Boman, 2005). Pokazuje to, iż silna reakcja stresowa na diagnozę choroby nowotworowej u dziecka występowała u obojga rodziców, ale strategie radzenia sobie w tej sytuacji były zróżnicowane u matek i ojców.

Celem omawianych w niniejszym artykule badań była analiza różnic w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem u matek i ojców dzieci chorych onkologicznie, a także objaśnienie powiązań pomiędzy lękiem, jako cechą i stanem, a stylami radzenia sobie. W związku z celem badania sformułowano główne pytania badawcze: *Czy matki i ojcowie chorujących dzieci będą się różnić pod względem poziomu lęku jako cechy i stanu? Czy wystąpią pomiędzy nimi różnice w nasileniu stylów radzenia sobie ze stresem? Czy style radzenia sobie ze stresem będą powiązane z lękiem jako cechą i stanem?*

Wykorzystano koncepcję stresu Normana S. Endlera i Jamesa D. A. Parkera (1990) oraz koncepcję lęku Charlesa H. Spielbergera (1983, 1985). Endler i Parker (1990) w zakresie radzenia sobie ze stresem wyróżniają: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu. Styl skoncentrowany na zadaniu to radzenie sobie ze stresem, polega na podejmowaniu działań zaradczych, a więc wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk jest położony na zadanie. Styl skoncentrowany na emocjach charakteryzuje się takimi zachowaniami w sytuacji stresowej, jak: koncentrowanie się na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych (złości, poczuciu winy i napięciu), myślenie życzeniowe, fantazjowanie. Działania podejmowane w ramach tego stylu mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową, choć w rzeczywistości mogą prowadzić do efektów odwrotnych. Styl skoncentrowany na unikaniu jest stylem charakterystycznym dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji.

Natomiast koncepcja lęku Spielbergera (1983, 1985) opiera się na rozróżnieniu pomiędzy lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości, a lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki. Definiując pojęcie lęku jako stanu, Spielberger akcentuje jego dwa zasadnicze aspekty: świadome odczucie lęku oraz towarzyszące mu objawy fizjologiczno-behawioralne. Rozumiany w ten sposób lęk powinien być odróżniany z jednej strony od wywołujących go bodźców, z drugiej zaś strony od wyuczonych zachowań pełniących funkcję redukcji lęku. Stan lęku charakteryzuje się według Spielbergera (1966, s. 16–17, za: Sosnowski i Wrześniewski, 1983) „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy, związana z nimi, aktywacja autonomicznego układu nerwowego”. Cecha lęku definiowana jest przez Spielbergera (1966, s. 17, za: Sosnowski i Wrześniewski, 1983) jako konstrukt teoretyczny oznaczający

„motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających, i reagowanie na nie stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa”. Należy podkreślić dwa zasadnicze aspekty konstruktu, jakim jest cecha lęku. Po pierwsze, jest ona wymiarem służącym do opisu względnie trwałych różnic indywidualnych. Przypisując komuś pewne nasilenie cechy lęku czynimy to przez porównanie jego wyniku ze średnią dla odpowiedniej populacji. Po drugie, lęk jako cecha oznacza właściwe danej jednostce prawdopodobieństwo wystąpienia stanu lęku w sytuacjach zagrożenia. Zaznaczyć należy, iż uzyskanie wysokiego wyniku w skali lęku jako cechy, nie oznacza, iż osoba taka w sposób stały doświadcza silnego lęku jako stanu. Będzie jej on natomiast towarzyszył w sytuacjach postrzeganych jako zagrażające.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w Klinice Onkologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”. W badaniu wzięło udział 33 mężczyzn oraz 33 kobiety. W grupie mężczyzn średnia wieku stanowiła 36 lat, zaś odchylenie standardowe 6,89. Zakres wieku mężczyzn wynosił od 24 do 55 lat. W grupie kobiet średnia wieku wynosiła 34 lata, odchylenie standardowe 5,01. Zakres wieku wahał się od 24 do 44 lat. Największy procent stanowili mężczyźni z wykształceniem średnim (45,5%), natomiast w grupie kobiet dominowało wykształcenie wyższe (51,5%). W całej przebadanej grupie dominowało wykształcenie wyższe (42,4%), średnie stanowiło 40,9%. Rodzice zostali powiadomieni o celu przeprowadzanego badania, zgodzie kierownika kliniki oraz psychologów, anonimowości i dobrowolności udziału w badaniu. W klinice wiek dzieci, jak również typ nowotworu były zróżnicowane. Klinika Onkologii w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie zajmuje się leczeniem wszystkich typów nowotworów. Statystycznie najmniej leczy się w tym miejscu biłaczek, które zdarzają się sporadycznie, a najczęściej guzów mózgu ze względu na możliwość operowania ich w Klinice Neurochirurgii tego szpitala. Młodzi pacjenci mieli od paru miesięcy do 18 r.ż., jednak najczęściej dzieci było w wieku od 8 miesięcy do 6 lat, co stanowiło 83%, natomiast znacznie mniej było dzieci w starszym wieku, tj. 17% pacjentów (Ziółkowska, 2015). Wszystkie dzieci były w trakcie aktywnego procesu leczenia, gdyż trafiły do kliniki od razu po rozpoznaniu i diagnozie nowotworu. Minimalny czas od poznania diagnozy przez rodziców wynosił dwa miesiące. Rodzice zostali poproszeni o wypełnienie dwóch kwestionariuszy: Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI oraz Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – CISS.

Inwentarz STAI

Inwentarz do Pomiaru Lęku jako Stanu i jako Cechy (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) został opracowany przez Spielbergera, Gorsucha i Lushene’a (Spielberger, 1983, 1985). Jest to metoda samoopisowa, złożona z dwu oddzielnych,

20-itemowych skal, z których jedna (X-1) przeznaczona jest do pomiaru lęku jako stanu, druga (X-2) do pomiaru lęku jako cechy.

Każda skala testu zawiera krótką instrukcję, w której ogólnie wyjaśniony jest cel badania oraz sposób wypełniania kwestionariusza. STAI jest metodą pozwalającą na dokonanie pomiaru w sposób szybki i łatwy. Można stosować go zarówno w badaniach indywidualnych, jak i grupowych. Czas potrzebny na wypełnienie obu skal kwestionariusza nie przekracza 15 minut w wypadku, kiedy osobami badanymi są studenci oraz 20 minut, w wypadku badania osób o niższym wykształceniu lub wykazujących zaburzenia emocjonalne. Skala przeznaczona do pomiaru lęku jako stanu może być stosowana ze zmienioną instrukcją, można używać jej kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu, a nawet dopuszczalny jest jej podział na kilka 4–5-itemowych podskal. Wskaźnik rzetelności obu podskal (Alfa Cronbacha) uzyskany w badaniach osób dorosłych w przypadku większości grup wiekowych wynosi powyżej 0,8 (Wrześniewski, Sosnowski, Jaworowska i Fecenec, 2006).

Kwestionariusz CISS autorstwa Normana S. Endlera i Jamesa D. A. Parkera opiera się na głównym założeniu teoretycznym tych autorów, dotyczącym istnienia trzech wymiarów stylu radzenia sobie: stylu skoncentrowanego na zadaniu, stylu skoncentrowanego na emocjach i stylu skoncentrowanego na unikaniu. Kwestionariusz składa się z 48 pozycji, z których każda została odpowiednio przypisana danemu stylowi radzenia sobie, w wyniku czego każdy styl został opisany przez 14 itemów. Współczynniki rzetelności mieszczą się w przedziale od 0,78 do 0,9 (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski i Szczepaniak, 2005).

Wyniki

W oparciu o Test Kołmogorowa-Smirnowa stwierdzono zgodność rozkładu analizowanych zmiennych z rozkładem normalnym zarówno w grupie matek, jak i ojców.

Tabela 1. Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa dla analizowanych zmiennych w grupie matek

		SSZ	SSE	SSU	ACZ	PKT	Lęk Stan	Lęk Cecha
N		33	33	33	33	33	33	33
Parametry rozkładu normalnego ^{b,c}	Średnia	61,33	44,42	44,94	19,73	16,94	52,91	47,09
	Odchylenie standardowe	6,95	10,02	8,73	5,85	3,55	11,19	8,212
Największe różnice	Wartość bezwzględna	0,11	0,11	0,18	0,12	0,16	0,081	0,1
	Dodatnia	0,087	0,11	0,18	0,12	0,16	0,08	0,08
	Ujemna	-0,11	-0,059	-0,086	-0,068	-0,078	-0,069	-0,103
Z Kołmogorowa-Smirnowa		0,66	0,64	1,029	0,68	0,92	0,47	0,59
Istotność asymptotyczna (dwustronna)		0,76	0,8	0,24	0,75	0,37	0,98	0,88

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach, SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, ACZ – angażowanie w czynności zastępcze, PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Tabela 2. Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa dla analizowanych zmiennych w grupie ojców

		SSZ	SSE	SSU	ACZ	PKT	Lęk Stan	Lęk Cecha
N		33	33	33	33	33	33	33
Parametry rozkładu normalnego ^{b,c}	Średnia	59,97	39,82	42,85	18,55	16,49	46,94	42,45
	Odchylenie standardowe	8,28	8,8	7,61	4,8	3,12	12,52	8,7
Największe różnice	Wartość bezwzględna	0,098	0,15	0,13	0,13	0,12	0,078	0,12
	Dodatnia	0,098	0,062	0,081	0,096	0,12	0,078	0,12
	Ujemna	-0,095	-0,15	-0,13	-0,13	-0,11	-0,056	-0,086
Z Kołmogorowa-Smirnowa		0,56	0,84	0,75	0,77	0,69	0,45	0,69
Istotność asymptotyczna (dwustronna)		0,91	0,49	0,63	0,59	0,73	0,99	0,73

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach, SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, ACZ – angażowanie w czynności zastępcze, PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

W przypadku rozpatrywania problemu radzenia sobie ze stresem, stwierdzono, iż różnica pomiędzy matkami i ojcami jest istotna na poziomie tendencji statystycznej w odniesieniu do stylu skoncentrowanego na emocjach, średni wynik kobiet to 44,42, natomiast mężczyzn 39,81 $t(64) = 1,98, p = 0,051$.

W oparciu o analizę korelacji pomiędzy analizowanymi zmiennymi stwierdzono, że zarówno lęk jako stan, jak i lęk jako cecha korelują dodatnio ze stylem skoncentrowanym na emocjach, wartości współczynnika korelacji r -Pearsona wynoszą odpowiednio $r = 0,64, p < 0,001$ oraz $r = 0,71, p < 0,001$.

Lęk jako stan oraz lęk jako cecha korelują również dodatnio ze stylem skoncentrowanym na unikaniu, który przejawia się poprzez angażowanie się w czynności zastępcze, wartości współczynnika korelacji r -Pearsona wynoszą odpowiednio $r = 0,40, p < 0,005$ oraz $r = 0,36, p < 0,005$ (Ziółkowska, 2015).

Dyskusja

Jak już wspomniano, celem przeprowadzonych badań było porównanie stylów radzenia sobie ze stresem u matek i ojców dzieci chorych onkologicznie, a także analiza powiązań pomiędzy lękiem jako cechą i stanem a stylami radzenia sobie. Wykazano, iż różnica pomiędzy matkami i ojcami jest istotna na poziomie tendencji statystycznej w odniesieniu do stylu skoncentrowanego na emocjach. Matki mają nieco większą skłonność do koncentracji na przeżywanych emocjach, gdyż styl ten charakteryzuje duże skupienie na sobie, na własnych stanach emocjonalnych. Reakjom tego typu może dodatkowo sprzyjać szczególnie trudna sytuacja jaką jest wystąpienie nowotworu u dziecka (Yalug i in., 2008). Natomiast w przypadku pozostałych stylów radzenia sobie różnice okazały się nieistotne statystycznie.

W oparciu o analizę korelacji pomiędzy analizowanymi zmiennymi stwierdzono, że zarówno lęk jako stan, jak i lęk jako cecha są powiązane dodatnio ze stylem skoncentrowanym na emocjach (silna korelacja) oraz ze stylem skoncentrowanym

na unikaniu (umiarkowana korelacja), który przejawia się poprzez angażowanie się w czynności zastępcze. Można zatem stwierdzić, że im wyższy poziom lęku, tym większe trudności w zakresie skupiania się na zadaniowych aspektach radzenia sobie z sytuacją choroby dziecka. Dodatkowo koncentrację na zadaniowych aspektach może utrudniać wciąż obecna u wielu osób tendencja do cedowania ich w tego typu sytuacjach na personel medyczny (Bargiel-Matusiewicz, 2014). Podwyższony poziom lęku sprzyja natomiast koncentracji na doświadczanych negatywnych emocjach oraz angażowaniu się w czynności zastępcze w celu obniżenia napięcia psychicznego. Można zatem wnioskować, że im wyższy poziom lęku rodziców, tym trudniej jest im zapewniać choremu dziecku wsparcie zarówno emocjonalne, jak i instrumentalne.

Z przeprowadzonego badania Piotrowskiej-Matyszczak i Samardakiewicz (2013) wynika, iż diady rodzicielskie, które charakteryzowały się stylem skoncentrowanym na zadaniu, przejawiały większą spójność w podejmowanych działaniach, a także częściej sięgały po wsparcie i pomoc. U rodziców tych poziom lęku jako stanu i cechy był przeciętny. Natomiast rodziców, u których dominował styl skoncentrowany na unikaniu, cechował brak elastyczności w działaniu, trudności w komunikowaniu się, a także angażowanie się w czynności zastępcze (Piotrowska-Matyszczak i Samardakiewicz, 2013).

Warto dodać, że odniesienie średnich wyników w zakresie poziomu lęku do skali stenowej pozwala stwierdzić, że średni wynik matek w zakresie lęku jako cechy odpowiada 7 stenowi, natomiast lęku jako stanu 9 stenowi, co oznacza wysoki poziom lęku cechy i stanu. U ojców natomiast średni wynik w zakresie lęku jako cechy odpowiada 6 stenowi (przeciętny poziom), natomiast lęku jako stanu odpowiada 8 stenowi (wysoki poziom). Podsumowując wyniki uzyskane przy użyciu Inwentarza STAI można stwierdzić, że badani rodzice doświadczają silnego dyskomfortu emocjonalnego. Autorzy polskiej adaptacji STAI podkreślają, iż to, co określa zmienną lęk jako stan to duża płynność związana z licznymi i stresującymi sytuacjami (Strelau i in. 2005). W przypadku omawianych tu wyników, stresogennym czynnikiem jest niewątpliwie choroba nowotworowa dziecka. Autorzy ukazują też pewną prawidłowość polegającą na tym, że osoby charakteryzujące się wysokim poziomem na skali lęku jako cechy nie wykazują w sposób ciągły wysokiego poziomu lęku jako stanu. Mają natomiast skłonność do przeżywania silnego lęku w sytuacjach stresogennych (Strelau i in., 2005). Znaczenie czynników sytuacyjnych dla poziomu aktualnie doświadczanego lęku jest w omawianych badaniach szczególnie widoczne w grupie ojców. Poziom lęku jako cechy był u nich przeciętny, ale już lęk jako stan był na wysokim poziomie, co prawdopodobnie było spowodowane zagrażającą i lękotwórczą sytuacją, czyli chorobą i leczeniem onkologicznym ich dzieci.

Warto również wskazać pewne ograniczenia niniejszych badań. Zastosowano kryterium minimalnego okresu od poznania diagnozy przez rodziców. Nie brano jednak pod uwagę etapu leczenia. Wynikało to przede wszystkim z trudnego dostępu do badanej grupy klinicznej, jej stosunkowo niedużej liczebności, a co za tym idzie uwzględnienia kilku typów choroby nowotworowej dzieci. Leczenie każdego

z tych typów nowotworu charakteryzuje się nieco odmienną specyfiką, co utrudnia obiektywny opis etapu leczenia. Dodatkowo stanowiska badaczy w tym obszarze są zróżnicowane. Etap leczenia według niektórych autorów ma znaczenie dla przeżywania dystresu związanego z chorobą nowotworową. Jednak w oparciu o badania omawiane przez Pilecką (2007) można stwierdzić, iż czas jaki upływa od momentu diagnozy nie jest kluczowy i nie ma znacznych różnic w nasileniu lęku (Pilecka, 2007). Jednakże w kolejnych badaniach warto by uwzględnić dane uzyskane również podczas krótkich wywiadów, które mogłyby dostarczyć więcej informacji dotyczących rodziny, specyfiki reakcji na chorobę dziecka.

Uzyskane wyniki wskazują, że objęci badaniami matki i ojcowie dzieci chorych onkologicznie doświadczają podwyższonego poziomu lęku. Może on niekorzystnie wpływać na podejmowane działania zaradcze, a także na jakość relacji z chorym dzieckiem oraz udzielanego mu wsparcia. Pomoc psychologiczna ukierunkowana na konstruktywne radzenie sobie w zaistniałej sytuacji mogłaby w większym stopniu umożliwić rodzicom koncentrację na zadaniowych elementach związanych z sytuacją choroby i leczenia, a tym samym zwiększać efektywność wsparcia wobec chorego dziecka.

Literatura cytowana

- Bargiel-Matusiewicz, K. i Nowicka, J. (2011). Przewlekła choroba somatyczna a radzenie sobie ze stresem szkolnym. W: E. Pisula, K. Bargiel-Matusiewicz i K. Walewska (red.), *Oblicza Rehabilitacji* (s. 275–288). Warszawa: MediPage.
- Bargiel-Matusiewicz, K. (2014). *Przewlekły stres związany z dializoterapią. Zastosowanie interwencji psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Dorfmueller, M. i Dietzfelbinger, H. (Hrsg.) (2008). *Psychoonkologie. Diagnostik- Methoden-Therapieverfahren*. Munchen: Elsevier GmbH.
- Endler, N. S. i Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844–854.
- Góralczyk, E. (1996). *Choroba dziecka w Twoim życiu. O dzieciach ciężko i przewlekle chorych i ich rodzicach*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Gracka-Tomaszewska, M. (2006). Matczyna reprezentacja dziecka – modele teoretyczne i ich znaczenie dla praktyki klinicznej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 6, 193–198.
- Kowalczyk, J. i Samardakiewicz, M. (1998). *Dziecko z chorobą nowotworową*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. i Folkman S. (1987). Transactional theory research on emotion and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141–169.
- McCarthy, M., Ashley, D., Lee, K. i Anderson, V. (2012). Predictors of acute and posttraumatic stress symptoms in parents following their child's cancer diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 558–566.
- Norberg, A., Lindblad, F. i Boman, K. (2005). Support-seeking, Perceived Support and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 15, 335–343.

- Pilarczyk, J. J., Pawełczak-Szastok, M., Wojtasik, N., Lizińczyk, S., Urański, T., Wachowiak, J. i Szczepański, T. (2012). Analiza funkcjonowania psychospołecznego ojców opiekujących się w szpitalu dziećmi z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia*, 2, 37–42.
- Pilecka, W. (2007). Psychospołeczne aspekty przewlekłej choroby somatycznej dziecka – perspektywa ekologiczna. W: B. Cytowska, D. Winczura (red.) *Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne* (s. 13–38). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Piotrowska-Matyszczyk, M. i Samardakiewicz, M. (2013). Radzenie sobie ze stresem przez rodziców dzieci chorych na nowotwory na przykładzie stylu skoncentrowanego na zadaniu oraz skoncentrowanego na unikaniu. *Psychoonkologia*, 3, 105–112.
- Samardakiewicz, M. (2012). Analiza wyznaczników powrotu do normalnego życia dzieci i młodzieży po leczeniu choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, 2, 43–48.
- Schier, K. i Zalewska, M. (2006). Psychoterapia dzieci i młodzieży. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia* (s. 357–380). Praktyka. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Sosnowski, T. i Wrześniewski, K. (1983). Polska adaptacja Inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 393–412.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist*, 4(2), 6–16.
- Strelau, J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania z perspektywy półwiecza badań*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J., Jaworowska A., Wrześniewski K. i Szczepaniak P. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Twardowski, A. (1995). Sytuacja dzieci rodzin niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.) *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 18–52). Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A. i Fecenec, D. (2011). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Yalug, I., Corapcioglu, F., Fayda, M., Aksu, G., Basar, E., Yalug, K. i Aker, T. (2008). Posttraumatic Stress Disorder and risk factors in parents of children with a cancer diagnosis. *Pediatric Hematology and Oncology*, 25, 27–38.
- Zalewska, M. (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą*. Warszawa: Wydawnictwo Santorski & CO.
- Ziółkowska, N. (2015). *Poziom lęku oraz style radzenia sobie ze stresem u matek i ojców dzieci chorych onkologicznie*. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem K. Bargiel-Matusiewicz, Warszawa: Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski.

„Wynagrodzenie autorskie sfinansowane zostało przez Stowarzyszenie Zbiorowego Zarządzania Prawami Autorskimi Twórców Dzieł Naukowych i Technicznych KOPIPOL z siedzibą w Kielcach z opłat uzyskanych na podstawie art. 20 oraz art. 20¹ ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych”.