



Złożenie pracy online:  
2025-10-26 14:31:33  
Kod pracy:  
40955/49604/CloudA

Jagoda Szybiak-Halahan  
(nr albumu: 32044 )

Praca magisterska

**Adaptacja do choroby nowotworowej. Porównanie poziomu stresu, lęku i stylów radzenia sobie ze stresem u pacjentów i ich partnerów.**

**Adaptation to cancer. Comparison of stress levels, anxiety, and coping styles in patients and their partners.**

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Monika Pyrczak-Piega

## Streszczenie

Celem pracy było porównanie poziomu stresu, lęku i stylów radzenia sobie oraz analiza adaptacji do choroby nowotworowej pacjentów i ich partnerów. Badania przeprowadzono na grupie 5 par, wykorzystując metodę mieszaną, która obejmowała wywiady pogłębione oraz trzy narzędzia psychologiczne: Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa M. Plopa i R. Makarowskiego, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) stworzony przez N.S. Endler, J. D. A. Parker, w polskiej adaptacji P. Szczepaniak, J. Strelau, K. Wrześniewski oraz Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) autorstwa C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R.E. Lushene, w polskiej adaptacji C. D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski. Wyniki badań wskazują, że diagnoza nowotworowa jest emocjonalnym i traumatycznym przeżyciem dla pacjenta i jego rodziny oraz wymaga znaczącej zmiany w ich codziennym funkcjonowaniu. Osoby badane podkreślały również rolę komunikacji małżeńskiej oraz wsparcia społecznego w procesie adaptacji. Wnioski z pracy wskazują potrzebę zapewnienia odpowiedniego wsparcia specjalistycznego dla pacjentów onkologicznych i ich rodzin.

## Słowa kluczowe

adaptacja, choroba nowotworowa, stres, style radzenia sobie, lęk, relacje małżeńskie, jakość życia



## Abstract

The aim of the study was to compare the levels of stress, anxiety, and coping styles, and to analyze the adaptation to cancer of patients and their partners. The study was conducted on a group of five couples using a mixed method that included in-depth interviews and three psychological tools: the Stress Perception Questionnaire (KPS) by M. Plop and R. Makarowski, the Coping with Stress Questionnaire (CISS) created by N.S. Endler, J. D. A. Parker, adapted into Polish by P. Szczepaniak, J. Strelau, K. Wrześniewski, and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R.E. Lushene, adapted into Polish by C. D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski. The results of the study indicate that a cancer diagnosis is an emotional and traumatic experience for the patient and their family and requires a significant change in their daily functioning. The respondents also emphasized the role of marital communication and social support in the adaptation process. The conclusions of the study indicate the need to provide adequate specialist support for cancer patients and their families.

## Keywords

adaptation, cancer, stress, coping styles, anxiety, marital relationships, quality of life



## Spis treści

Wstęp .....	3
Rozdział 1 Adaptacja do choroby nowotworowej .....	4
1.1 Choroba nowotworowa .....	4
1.2 Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej.....	5
1.3 Znaczenie choroby na jakość życia pacjenta i jego rodziny .....	10
1.4 Proces adaptacji u pacjentów onkologicznych.....	13
1.5 Proces adaptacji u partnerów pacjentów onkologicznych.....	15
Rozdział 2 Stres i style radzenia sobie u pacjentów onkologicznych i ich partnerów..	17
2.1 Definicja stresu i jego rodzaje .....	17
2.2 Style radzenia sobie ze stresem .....	21
2.3 Radzenie sobie ze stresem u pacjentów onkologicznych.....	22
2.4 Radzenie sobie ze stresem u partnerów pacjentów onkologicznych.....	24
Rozdział 3 Lęk w chorobie nowotworowej .....	26
3.1 Definicja lęku i jego rodzaje.....	26
3.2 Lęk w chorobie nowotworowej .....	28
3.3 Lęk i jego związek ze stresem .....	30
Rozdział 4 Metodologia badań własnych .....	32
4.1 Metoda badawcza, przedmiot i cel badań.....	32
4.2 Problematyka badawcza .....	34
4.3 Studium przypadku.....	35
4.4 Narzędzia badawcze .....	35
4.5 Grupa badana i przebieg badań .....	39
Rozdział 5 Wyniki badań własnych – wielokrotne studium przypadku .....	40
5.1 Indywidualne wyniki badań .....	40
5.2 Zbiorcza analiza wyników.....	67
Rozdział 6 Dyskusja wyników i wnioski z badań.....	71



Zakończenie .....	77
Bibliografia .....	80
Spis tabel .....	86



## Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią w Polsce jedną z głównych przyczyn zgonów. Z roku na rok liczba pacjentów onkologicznych znacznie się powiększa. Choroba przewlekła jest niezwykle ciężkim przeżyciem, zarówno dla pacjenta jak i jego rodziny. Proces adaptacji jest zmienny i długotrwały. Pacjentom towarzyszy lęk, niezrozumienie oraz ciągły stres. Ponadto na każdym etapie choroby zmienia się sposób myślenia pacjenta i mówienia o swoich przeżyciach (de Walden-Gałużko, 2013).

Niniejsza praca ma na celu porównanie poziomu stresu i stylów radzenia sobie ze stresem oraz analizę adaptacji do choroby nowotworowej pacjentów oraz ich partnerów. Otrzymane wyniki porównano z innymi pracami, o zbliżonej tematyce.

Badania Ruszkiewicz oraz Kreft (2017) wskazują na kluczową rolę wsparcia społecznego oraz stylów radzenia sobie ze stresem w procesie adaptacji do choroby nowotworowej. Brak poczucia osamotnienia dodaje choremu siłę i chęć do dalszej walki. Dodatkowo Kulpa- Kosowicz, Flaga-Łuczkiwicz oraz Stypuła-Ciuba (2019) sugerują, iż konstruktywne strategie radzenia sobie, wsparcie bliskich oraz wysokie poczucie skuteczności wpływają pozytywnie na przeżywanie choroby, pojawiający się stres, a także na lepszą jakość życia. Te i inne badania mają znaczący wpływ w kwestii radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Praktyczne znaczenie wybranego tematu polega na stworzeniu i opracowaniu rekomendacji dla pacjentów, ich rodzin, a także dla całego personelu medycznego. Zrozumienie procesu adaptacji oraz strategii radzenia sobie ze stresem wynikającym z choroby, może przyczynić się do udoskonalenia programów wsparcia psychologicznego. Dzięki temu efektywność całego procesu leczenia może wzrosnąć. Dogłębne poznanie relacji i emocji jakie towarzyszą chorym i ich bliskim poprawi ich ogólny dobrostan.

Podsumowując, zbadanie tematu adaptacji do choroby nowotworowej oraz porównanie poziomu stresu i stylów radzenia sobie ze stresem u pacjentów i ich partnerów jest potrzebne zarówno pod względem praktycznym jak i naukowym. Choroby nowotworowe stały się chorobami dwudziestego pierwszego wieku. Konieczne jest, więc głębsze zrozumienie potrzeb pacjentów i ich rodzin oraz nieustająca pomoc w polepszaniu ich jakości życia.



# Rozdział 1 Adaptacja do choroby nowotworowej

## 1.1 Choroba nowotworowa

Choroby nowotworowe stanowią jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny. Przez samo słowo “nowotwór” rozumiemy dynamiczne i niekontrolowane rozmnażanie się przekształconych komórek (Tan, Goedegebuure, Eberlein, 2009). Nowotwory dzielimy na łagodne i złośliwe. Pierwsze z nich cechują się wolniejszym i ograniczonym wzrostem oraz brakiem przerzutowości. Drugie zaś, są bardziej agresywne i mogą atakować również inne narządy (Siegel, Miller, Jemal, 2020). Powstanie nowotworu może mieć zarówno podłoże genetyczne, jak i środowiskowe. W związku z przedłużeniem życia, w stosunku do wcześniejszych stuleci, jesteśmy narażeni na większą zachorowalność na wszelkiego rodzaju choroby. Wiąże się to również z tym, iż powstaje wiele, nowych, wcześniej nam nieznanymi schorzeń. Z roku na rok obserwujemy coraz większy wzrost zachorowalności na choroby cywilizacyjne. Choroby nowotworowe są ściśle związane ze zmianą stylu naszego życia, wynikającą m.in. ze spadku jakości pożywienia, nieodpowiedniej diety, braku ruchu, zanieczyszczenia powietrza, ogromnej ilości używek, a także z towarzyszącym i przewlekłym stresem (Klimasz i inn., 2020).

Liczba zachorowań na choroby onkologiczne jest podobna w przypadku kobiet jak i mężczyzn. Natomiast jeśli chodzi o liczbę zgonów, jest ona wyższa w przypadku płci męskiej (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2021). Nowotwory występują zarówno u dorosłych jak i u dzieci. Najmłodsi pacjenci chorują najczęściej na białaczki, nowotwory układu nerwowego, chłoniaki oraz mięsaki. Przebieg choroby jest znacznie łagodniejszy niż u osoby dorosłej i w większości przypadków ma pozytywne zakończenie (de Walden-Gałuszko, 2015). Choroby nowotworowe u osób starszych są bardziej złożone. W Polsce największą zachorowalność stanowi rak płuc, rak jelita grubego oraz rak piersi u kobiet i rak gruczołu krokowego u mężczyzn. Najważniejszym aspektem w diagnostyce zmian nowotworowych jest ich wczesne wykrycie. W związku z występowaniem różnych rodzajów nowotworów i ich stopniem zaawansowania, plan leczenia dobierany jest indywidualnie, przez zespół specjalistów.

Do najczęstszych metod leczenia zaliczamy:



- radioterapię; metoda leczenia miejscowego, która wykorzystuje działanie promieniowania jonizującego niszczącego komórki nowotworowe
- leczenie chirurgiczne; polega na chirurgicznym usunięciu guza, zmiany, np. mastektomia (usunięcie piersi), lobektomia (usunięcie płatu płuca)
- chemioterapia; metoda oparta na stosowaniu leków, które podawane są w odpowiednio rozłożonym czasie i powodują śmierć komórek nowotworowych
- hormonoterapia; skupia się na wykorzystaniu leków, które blokują działania hormonów
- immunoterapia; polega na ingerencji w układ odpornościowy pacjenta, w celu zwiększenia mechanizmów obronnych, niezbędnych do walki z nowotworem (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2021).

W związku z ciągłym rozwojem medycyny powstają nowe sposoby leczenia nowotworów. Zmienia się również podejście zarówno personelu jak i pacjentów. Świadomość społeczeństwa na tematy związane z chorobami onkologicznymi wzrasta, natomiast wciąż występuje bardzo duża niewiedza m.in. w zakresie badań genetycznych, które pełnią ogromną rolę w procesie diagnozy nowotworów (Tysarowski, 2024).

Choroba nowotworowa jest ciężkim przeżyciem, które wpływa na nasze zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne oraz duchowe (Ośmiałowska, Świątoniowska, Homętowska, 2018). Wraz z przebiegiem choroby cierpi nasze ciało i dusza. Skutkami fizycznymi, które mogą wystąpić jest m.in silne zmęczenie, wypadanie włosów, częste i nawracające infekcje, problemy z układem pokarmowych, zaburzenia hormonalne, zaburzenia odżywiania. Dodatkowo często występują również zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, zaburzenia lękowe, czy też problemy adaptacyjne.

Przebieg choroby nowotworowej jest długim procesem, uzależnionym od wielu czynników. Pojawiające się skutki uboczne, brak efektywności leczenia, zmieniający się wygląd są tylko jednymi z wielu problemów z jakimi muszą zmagać się pacjenci onkologiczni oraz ich bliscy.

## 1.2 Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej

Choroba nowotworowa niesie ze sobą szereg wyzwań i trudności, z którymi musi zmierzyć się pacjent i jego bliscy. Przez cały okres trwania choroby pojawia się wiele trudnych do przyswojenia emocji, takich jak: lęk, niepokój, smutek, a nawet złość. Pacjentom może towarzyszyć również poczucie straty, które związane jest z utratą zdrowia i pełnej



sprawności. Już samo usłyszenie diagnozy potwierdzającej chorobę jest traumatycznym przeżyciem. Wyróżniamy pięć stadiów reakcji emocjonalnej pacjentów na pozytywne rozpoznanie:

- szok i niedowierzanie; osoba chora nie chce przyjąć do wiadomości tego, iż zmagają się z ciężką, przewlekłą chorobą, wypiera słowa lekarza, neguje je i odrzuca.
- złość i bunt; pacjent odczuwa niesprawiedliwość, zadaje sobie pytanie „dlaczego ja?”. Frustracja może być skierowana zarówno w stronę lekarzy jak i bliskich osób.
- na kolejnym etapie pojawiają się pertraktacje; osoba chora analizuje swoją sytuację, szuka jaka jest przyczyna powstania choroby, jak ją przezwyciężyć, poszukuje innych metod leczenia, zmienia swój dotychczasowy styl życia.
- smutek i depresja; pojawia się po uświadomieniu sobie, iż jest się chorym i, że czeka nas długa walka. Osoba chora zamyka się w sobie, obwinia się za to jak do tej pory funkcjonowała, czuje, że jej życie się skończyło, że wszystkie możliwości i marzenia jakie miała przepadły.
- akceptacja; ostatecznie, po wszystkich wspomnianych etapach pacjent godzi się i akceptuje nową rzeczywistość. Nie jest to poddanie się, ale zaakceptowanie faktu, iż jest się chorym i podjęcie leczenia (Gnus i in., 2020).

Postrzeganie choroby jest uzależnione m.in. od wieku pacjenta. Podejście osoby w starszym wieku będzie się znacząco różnić od podejścia osoby młodej, czy też dziecka. Małe dzieci często nie rozumieją w jakiej sytuacji się znalazły. Najważniejsza jest dla nich obecność rodziców, którzy otoczą je troską i opieką. Ponadto, każde młodsze dziecko chce się bawić, potrzebuje ono ciągłego rozwoju i przyjemności. To właśnie te kwestie będą dla niego najważniejsze. Inna sytuacja jest już u starszych dzieci, nastolatków. Mówi się, iż jest to najtrudniejsza grupa chorych. Nastolatki chcą być niezależni, pragną chłonąć z życia wszystko co najcenniejsze. Wymagają od innych, aby traktowali ich jak osoby dorosłe, które mogą już za siebie odpowiadać. Ponadto denerwują się, gdy rodzice są przesadnie troskliwi. W okresie dojrzewania bardzo ważna jest opinia rówieśników, tego jak nas odbierają. Adolescenci, którzy zmagają się z chorobą przewlekłą mogą odczuwać, iż są gorsi od innych, że nikt nie będzie chciał się z nimi przyjaźnić (de Walden-Gałuszko, 2013). Z drugiej zaś strony, to właśnie dzieci i młodzież mają większą skłonność do patrzenia na przyszłość z nadzieją i wiarą. Zupełnie inaczej wygląda to u osób dorosłych. Dorosłość jest czasem największej aktywności zawodowej, to czas zakładania własnej rodziny, spełniania swoich marzeń i celów. Choroba nowotworowa prowadzi do nagłego zatrzymania się dotychczasowego życia, zmusza osobę chorą do przewartościowania swoich priorytetów i skupieniu się na leczeniu. Pojawia się wiele pytań i wątpliwości oraz obawy co będzie z nami i naszą rodziną. Osoby w podeszłym wieku, w związku z innymi, licznymi schorzeniami

traktują chorobę nowotworową jako codzienność, żyją nią, skupiają się na niej. Często można to zaobserwować w szpitalach czy też przychodniach, gdzie właśnie takich pacjentów jest najwięcej.

Choroba nowotworowa zmienia postrzeganie pacjenta o samym sobie. W wyniku leczenia zmienia się, czasami diametralnie wygląd osoby chorej, co ma negatywne oddziaływanie na jej samoocenę i tożsamość. Jednym ze skutków leczenia niektórych rodzajów nowotworów, jest wypadanie włosów. To właśnie włosy stały się w społeczeństwie atutem kobiet. Ich utrata bywa często bardzo trudna do przyjęcia przez pacjentki onkologiczne. Zabiera im to pewność siebie, uczucie piękna, sprawia, że zaczynają się izolować, są niechętnie do brania udziału w spotkaniach towarzyszkach. Czują, że utraciły swoją kobiecość. Każda zmiana w wyglądzie, która nie jest zależna od nas jest ciężka i trudna do akceptacji (Orzoł A., Orzoł J., 2017). Pacjent, który samodzielnie podejmował decyzję związane z własnym ciałem, swoją aktywnością, staje się zależny od swojej choroby. Podporządkowuje się wszystkim procedurom medycznym, całemu leczeniu. Prowadzi to do poczucia bezradności, iż nie jest się samemu odpowiedzialnym za swoje własne życie, że jest się słabszym, zależnym od innych. W przypadku mężczyzn poczucie opadania z sił jest mało akceptowalne. Nie są w stanie przyjąć do wiadomości, że nie mogą sami wykonywać większości czynności i potrzebują pomocy innych osób. Odbiera im to poczucie męskości (de Walden-Gałuszko, 2015). W przypadku części nowotworów wdrażane zostaje leczenie operacyjne, które odbierane jest przez pacjentów jako okaleczające i wysoko inwazyjne. Skutkiem owej metody może być konieczność usunięcia np. piersi czy też narządów rodnych u kobiet, a także jąder u mężczyzn. Konsekwencją tego są problemy psychologiczne, takie jak: już wcześniej wspomniane niskie poczucie kobiecości lub męskości, lęk przed brakiem możliwości założenia rodziny, a także brak akceptacji własnego ciała i swojej seksualności (Kulpa i in., 2017). Oczywiście wspomniane problemy pojawiają się również w przypadku innych typów nowotworów, których leczenie wywołuje zupełnie inne skutki uboczne ingerujące w zdrowie fizyczne i psychiczne pacjenta.

Choroba nowotworowa uwalnia wiele emocji, które wpływają na jej całościowy obraz. Sfera psychiczna choroby obejmuje aspekty, takie jak: ogólna postawa pacjenta w stosunku do schorzenia oraz wykorzystywanych metod leczenia, etapy przeżywania procesu chorobowego, psychologiczne mechanizmy obronne, które pomagają pacjentowi radzić sobie z cierpieniem, motywacja chorego oraz wsparcie dla pacjenta oraz jego rodziny (Uchto-Żywica, 2018).



Równowaga psychiczna jest bardzo ważnym elementem w procesie radzenia sobie z nowotworem. Wyróżniamy trzy „możliwości poszukiwania równowagi”:

- nastawienie nijakie; osoba postrzega chorobę jako największą katastrofę i porażkę życiową, nie dostrzega żadnych możliwości rozwoju,
- nastawienie bierne, czyli negatywne; chory zamyka się w sobie, przeżywa cierpienie w samotności, lekceważąc bliskich, ma obniżony nastrój, nie widzi szans na wyzdrowienie i polepszenie jego stanu zdrowia
- nastawienie pozytywne; jest najbardziej pożądane, zapewnia spokój i spełnienie. W przypadku choroby motywacja jest bardzo ważna. Osoba chora dzięki pozytywnym myślom ma więcej siły do walki, jest zaangażowana, wierzy w to, iż jest w stanie wyzdrowieć, ma ogromną nadzieję (Dembe, Chłosta, Czech, 2019).

Nastawienie odgrywa, więc bardzo ważną rolę w całym procesie leczenia. W obliczu długotrwałych zmian i ograniczeń wynikających z choroby, u wielu chorych obserwuje się występowanie poważnych zaburzeń psychicznych. W chorobie nowotworowej wyróżniamy dwa typy zaburzeń psychicznych: dezadaptacyjne i neuropsychiatryczne (ostre i przewlekłe). Mogą one wystąpić na różnych etapach choroby (de Walden-Gałuszko, 2013).

Zaburzenia dezadaptacyjne przybierają formę zespołów, w których dominantą jest gniew i złość, zespołów lękowych i depresyjnych. Występowanie choroby przewlekłej stanowi poważny czynnik ryzyka związany z zachorowaniem na depresję i niesie ze sobą wiele negatywnych skutków. Weźmy pod uwagę fakt, iż osoby cierpiące na depresję stają się zamknięte w sobie, izolują się, mają większe trudności w podejmowaniu ważnych decyzji. Dodajmy do tego chorobę nowotworową, która wymaga dużego zaangażowania i systematyczności w leczeniu. Efektem występowania tych dwóch chorób będzie brak motywacji i nadziei, odroczenie w czasie leczenia i późna diagnostyka (Kieszkowska-Grudny, 2013). Choroba onkologiczna od samego początku jest przygnębiająca, a pacjent czuje bezradność i beznadziejność, długotrwałe utrzymywanie się takich objawów może prowadzić do pojawienia się depresji. Ponadto kolejnym powodem do wystąpienia omawianego zaburzenia mogą być skutki leczenia onkologicznego. Stosowane metody takie jak leczenie chirurgiczne, chemioterapia, radioterapia, czy też inne, ratują życie pacjenta, aczkolwiek mają także wiele niepożądanych skutków, które oddziałują na samopoczucie osoby chorej. Samo postawienie diagnozy depresji, wynikającej z choroby nowotworowej jest bardzo ciężkie. Wiele objawów, które mogą świadczyć o wystąpieniu zaburzeń depresyjnych jest

związanych z chorobą nowotworową (np. ból, zmęczenie, zaburzenia snu, brak apetytu). Do czynników ryzyka pojawienia się owych zaburzeń podczas występowania nowotworu zaliczamy: młody wiek pacjenta, brak wsparcia społecznego, trudną sytuację finansową, uczucie niepewności, wyczerpanie psychiczne i fizyczne (związane m.in. z pojawiającym się bólem), złe doświadczenia związane z chorobą nowotworową np. utrata bliskiej osoby w wyniku jej wystąpienia, czynniki osobowości np. pesymizm, wcześniejsze choroby i zaburzenia na tle psychicznym (Kieszkowska-Grudny, 2013). Wybór odpowiedniego sposobu leczenia depresji powinien poprzedzać dobrą i rzetelną diagnozę. Najczęściej stosowane jest leczenie farmakologiczne połączone z równoczesnym uczęszczaniem pacjenta na psychoterapię. Dobór leków jest bardzo indywidualny, zależy od stopnia nasilenia objawów oraz długości ich trwania. W związku z doświadczaniem przez pacjenta również choroby nowotworowej, leki dobierane są z należytą ostrożnością. Bowiem, w niektórych grupach chorych onkologicznie część leków nie jest wskazana (de Walden-Gałuszko, 2013). Terapia natomiast pomaga pacjentom zredukować lęk, uczucie bezsilności, pojawiające się napięcie oraz zaakceptować zmiany, które pojawiły się w życiu osoby chorej. Może odbywać się zarówno indywidualnie jak i w grupach. Uczęszczanie na zajęcia terapeutyczne zarówno w przypadku depresji jak i chorób nowotworowych jest ważnym elementem w całym procesie przebiegu choroby. Pacjenci mogą dzielić się swoimi doświadczeniami i poczuć, iż nie zostają sami ze swoimi emocjami.

Obok zaburzeń depresyjnych, u pacjentów onkologicznych pojawiają się również zaburzenia lękowe. To właśnie lęk jest jednym z najczęstszych objawów, z jakimi mierzą się pacjenci onkologiczni. Zważając na istotę owego zagadnienia zarówno lęk jak i zaburzenia lękowe zostaną szczegółowo omówione w późniejszym rozdziale.

Drugim rodzajem zaburzeń, które mogą wystąpić w przebiegu choroby nowotworowe są zaburzenia neuropsychiatryczne, które dzielimy na ostre i przewlekłe. Pierwsza grupa obejmuje „problemy ze świadomością w postaci delirium, czyli zespołu majaczeniowego oraz zespołu majaczeniowego-zamroczeniowego” (Dembe, Chłosta, 2019). Występują one głównie u osób starszych, w zaawansowanych stadiach choroby. Związane są m.in. z niedotlenieniem mózgu, guzami mózgu oraz infekcją. W wyniku owych zaburzeń występują: urojenia wzrokowe, silny gniew, uczucie lęku, zaburzenie rzeczywistości, dezorientacja w czasie, osoba chora może mieć również problem z rozpoznaniem otoczenia. Objawy występują głównie w nocy, rano chory nie pamięta co działo się ubiegłego wieczoru. (Dembe, Chłosta, 2019).

Przewlekłe zaburzenia neuropsychiatryczne zależne są natomiast od „organicznych zmian w mózgu, które wyrażają się zaburzeniami sfery poznawczej (otępieniem) lub sfery behawioralnej (zaburzenia zachowania)” (de Walden-Gałuszko, 2013). Zespół otępienny może być związany z przebiegiem nowotworu, aczkolwiek częściej są to jednak choroby współistniejące. Charakteryzuje się on trudnościami w zakresie pamięci, najpierw świeżej, w późniejszych etapach również dotyczy przeszłych i dalekich faktów. Dodatkowo pojawiają się zaburzenia myślenia oraz poznawania. Osoba chora wykazuje duże spowolnienie psychoruchowe, postępuje u niej zubożenie osobowości, przestaje dążyć do kontaktów społecznych, traci zainteresowania. Jest to o tyle trudne, iż pacjent nie jest w stanie podać precyzyjnych informacji o stanie swojego zdrowia i występuje u niego zmieniona reakcja na pojawiające się dolegliwości. Kolejnymi zaburzeniami, które spowodowane są zmianami nowotworowymi są zaburzenia zachowania. Mogą być one bezpośrednio związane z uszkodzeniem mózgu w wyniku choroby onkologicznej. Osoby chore wykazują bardzo wysoką drażliwość, są wybuchowe, ich nastrój zmienia się niezależnie od sytuacji (de Walden-Gałuszko, 2013). Zarówno w przypadku zespołu otępiennego jak i zaburzeń zachowania pacjent nie jest w stanie dokładnie opisać swoich dolegliwości, co może zaburzać leczenie. Zespół medyczny musi wykazać się dużym zrozumieniem i dobrać jak najbardziej odpowiednie metody leczenia.

Choroba nowotworowa wymaga od pacjenta wiele poświęceń. Występujące trudności psychiczne i fizyczne nie pomagają w procesie walki o powrót do zdrowia. Pacjent codziennie musi walczyć i stawiać czoła wielkim trudnościom. Dlatego bardzo ważnym czynnikiem jest wsparcie, wdrożenie odpowiedniego leczenia, terapii, które pomogą osobie chorej, jak i jej rodzinie w tej ciężkiej przeprawie

### **1.3 Znaczenie choroby na jakość życia pacjenta i jego rodziny**

W medycynie jakość życia związana jest z samopoczuciem określanym przez samego pacjenta, z możliwością pełnienia przez niego określonych ról życiowych oraz realizacji codziennych zadań przy poczuciu zadowolenia i spełnienia. W onkologii uwzględniono, iż jakość życia jest ściśle związana ze zdrowiem (Bumeder, 2009, s.382). Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „zdrowie to ogólny dobrostan fizyczny, społeczny oraz psychiczny, a nie brak choroby lub niepełnosprawności” (Główny Urząd Statystyczny, 2022). Połączenie obu definicji wynika z tego, iż w związku z ciągłym rozwojem i powstawaniem



nowych terapii i metod leczenia, choroby nowotworowe, które kiedyś w bardzo krótkim czasie doprowadzały do śmierci, stały się chorobami przewlekłymi (Bumeder, 2019, s.382). Przy ocenie jakości życia bierze się pod uwagę to jak pacjent się czuje oraz jego subiektywną opinię na temat swojego zdrowia (Leppert i inn., 2014). Jakość życia podczas trwania choroby jest bardzo dynamicznym pojęciem, które zmienia się w zależności od stanu pacjenta. Dodatkowo ma wielowymiarowy charakter i obejmuje cztery sfery funkcjonowania osoby chorej:

- socjalna; w jaki sposób osoba chora odnajduje się w społeczeństwie, w rodzinie, jakie role pełni,
- fizyczna; określa stan fizyczny chorego, obejmuje leczenie, w którym znajduje się pacjent, występujące objawy,
- psychiczna; czyli stan emocjonalny pacjenta,
- duchowa; odniesienie do wiary

Na podstawie omówionych sfer, dokonuje się także oceny stanu jakości życia chorego, który z różnych przyczyn nie jest w stanie wyrazić swojej, subiektywnej opinii (Leppert i inn., 2014).

Jakość życia pacjenta onkologicznego zmienia się wraz z otrzymaniem diagnozy. Dotychczasowe życie zostaje zaburzone i wymaga podporządkowania się pod wdrożone leczenie (Manterys, Błażek, 2021). Objawy pojawiające się w trakcie choroby istotnie obniżają jakość życia pacjenta. Jednym z nich jest ból. Pojawia się on u nieco ponad 50% pacjentów, jest dynamiczny i zmienny. (Dzierżanowski, Ciałkowska-Rysz, 2016). Występują bowiem okresy, w których się nasila, a po nich pojawiają się okresy ulgi. Długotrwały ból naraża chorego na zaburzenia równowagi psychicznej (de Walden-Gałuszko, 2013). Dla wielu pacjentów już samo czekanie na pojawienie się bólu jest traumatycznym doświadczeniem, nie mówiąc już o jego wystąpieniu. Konsekwencje bólu mogą być wielowymiarowe.

Drugim, najsilniejszym objawem, z którym zmagają się większość pacjentów onkologicznych jest zmęczenie, które nie ustępuje nawet po odpoczynku. Silnie oddziałuje na jakość życia chorego. Możemy je podzielić na fizyczne, psychiczne i emocjonalne. W wyniku zmęczenia fizycznego pacjent nie jest w stanie wykonywać podstawowych, codziennych czynności. Skutkiem wyczerpania psychicznego jest niezdolność do jasnego, logicznego myślenia i koncentracji. Natomiast w sferze emocjonalnej zauważany jest spadek motywacji i wystąpienie depresyjności (Dietzfelbinger i inn., 2009). Zmęczenie może być związane z leczeniem przeciwnowotworowym. Pacjenci, oprócz ogólnego wyczerpania zgłaszają m.in.:



bezsenność, spadek nastroju, bezsilność, niechęć do wysiłku zarówno psychicznego jak i fizycznego, przygnębienie (Golon, Karczmarek-Borowska, 2017).

Mimo, że ból i przewlekłe zmęczenie są jednymi z najtrudniejszych i najczęstszych objawów, które towarzyszą pacjentom, niestety nie są jedynymi konsekwencjami występującymi w trakcie leczenia. Stosowane terapie m.in. chemioterapia, radioterapia, immunoterapia oraz leczenie chirurgiczne, mogą wywoływać wiele skutków ubocznych, które obniżają jakość życia pacjenta i jego funkcjonowanie. Zaliczamy do nich m.in. wymioty i mdłości, które sprawiają osobie chorej dużo cierpienia, są niezwykle uporczywe i męczące (Leppert, Woron, 2016). Jak wspomniano we wcześniejszym rozdziale jednym z cięższych momentów, które oddziałuje negatywnie na komfort życia pacjenta i jego samoocenę jest utrata włosów oraz ingerencja w ciało pacjenta. Kolejnym, uciążliwym następstwem leczenia przeciwnowotworowego są zaburzenia smaku np. odczuwanie przez chorych gorzkiego posmaku w ustach. Ich konsekwencją jest brak apetytu, co z kolei prowadzi do spadku masy ciała i osłabienia. W wyniku czego pacjenci stają się zaleźni od innych, gdyż nie mają siły na samodzielne wykonywanie czynności życia codziennego (Glińska, 2009).

Choroba nowotworowa jest także ogromnym wyzwaniem społecznym. Dotyczy bowiem nie tylko pacjenta, ale i jego bliskich. Zmienia hierarchię potrzeb oraz ról pełnionych w rodzinie. Osoba chora jest ograniczona w pełnieniu swoich obowiązków i potrzebuje pomocy drugiej osoby. Cała rodzina jest zmuszona do zmienienia swojej rzeczywistości i skupieniu się na cierpiącym członku rodziny, często kosztem własnych potrzeb (Ulaniecka, 2021). Pojawienie się nowotworu jest próbą dla rodziny i jej więzi. Na samym początku choroby możemy wyróżnić trzy style odnoszące się do interakcji rodzinnych:

rodzina związana: jej cechą jest duża spójność, troskliwość, oddanie, uzupełnianie się, altruizm, unikanie wewnętrznych konfliktów.

rodzina dotknięta chorobą: różni się od pierwszej grupy zaradczym zachowaniem wynikającym z pojawieniem się choroby, kładzie się w niej nacisk na spójność rodziny oraz unikanie konfliktów.

jawne pokonywanie konfliktów: izolacja od otoczenia, napięcie i wybuchowość, silne związanie.

Omówione interakcje towarzyszą w trakcie trwania choroby, są stabilne. Z czasem jednak pojawia się większe pozwolenie na krytykę (Ulaniecka, 2021).



Wsparcie chorego wymaga dużej dojrzałości psychicznej (de Walden-Gałuszko, 2013). Niekiedy osoba cierpiąca odrzuca innych, nie chce pomocy bliskich. Jest to przykre doświadczenie, z którym musi zmierzyć się rodzina. Osoba chora potrzebuje wsparcia zarówno rzeczowego, organizacyjnego jak i psychicznego przez cały okres trwania leczenia. Bliscy tak samo jak pacjent przeżywają ogromny stres, lęk i szok. Opieka nad chorym jest bardzo wyczerpująca, wymaga wiele wysiłku i motywacji. Towarzyszenie osobie cierpiącej jest niezwykle przykrym doświadczeniem, w którym pojawiają się trudne emocje, obawa przed rozwojem choroby i śmiercią (Ulaniecka, 2021).

Jakość życia w chorobie przewlekłej, w tym przypadku w chorobie nowotworowej jest obciążeniem zarówno dla chorego jak i dla bliskich mu osób. Dlatego tak ważne jest wzajemne wsparcie, które pozytywnie oddziałuje na funkcjonowanie pacjenta (Manterys, Błażek, 2021). To trudne doświadczenie wymaga wielkiego zaangażowania i pracy nad zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz nad relacjami społecznymi.

#### **1.4 Proces adaptacji u pacjentów onkologicznych**

Adaptacja do choroby to zdolność radzenia sobie z nią i jej konsekwencjami (Smoleń i inn., 2018). W trakcie tego procesu pacjent rozwija strategie, które przyczyniają się do odbudowania jego równowagi psychicznej (Ziarko, 2014). Przebieg choroby onkologicznej, tak jak przystosowanie się do niej jest skomplikowane i długotrwałe. Dodatkowo zależy m.in. od stopnia zaawansowania choroby, dynamiki leczenia oraz rokowań. Najważniejszym elementem w procesie przystosowania do choroby przewlekłej jest jej akceptacja, która oznacza wyrażenie zgody i przyjęcie tego, że jest się chorym (Smoleń i inn., 2018). Dla wielu pacjentów zaakceptowanie nowotworu jest dużym problemem. W wyniku braku akceptacji i zrozumienia swojej sytuacji chory zaczyna podważać kompetencje lekarza, zaniebdywać leczenie i szukać innych, niekoniecznie medycznych rozwiązań (Miniszewska, Paul-Kańska, Zalewska-Janowska, 2020). Proces adaptacji wygląda u każdego pacjenta inaczej. Osoby energiczne, żywiołowe będą chciały jak najszybciej pozbyć się przeszkody jaką jest nowotwór, aby móc dalej działać. Inni będą zdawać sobie sprawę, iż choroba występuje, ale będą jej unikać i skupiać się na swoich pozostałych celach. Są również osoby, które żyją w przekonaniu, że nowotwór sam zniknie, nie chcą go dostrzegać. Istnieje też grupa pacjentów, która doskonale zdaje sobie sprawę z czym się mierzy, widzi swoje dolegliwości i nie odrzuca



ich (de Walden-Gałuszko, 2013). Proces przystosowania do choroby wymaga czasu, obejmuje bowiem wiele stresorów wynikających z procesu chorobowego. Możemy wyróżnić kilka wskaźników satysfakcjonującej adaptacji:

- zaangażowanie i aktywność w życie codzienne (pacjent pomimo choroby stara się wykonywać swoje obowiązki, kontynuuje życie zawodowe, szkolne)
- zdolność do zmniejszania przeszkód jakie pojawiają się w drodze do realizowania ról społecznych (chory stara się utrzymać dotychczasową rolę jaką pełnił m.in w rodzinie)
- umiejętność radzenia sobie z pojawiającymi się emocjami (Kozaka, 2015)

Przedstawione czynniki związane są również z poprawą jakości życia, która jest wynikiem całego procesu adaptacji. Im lepsze przystosowanie się do choroby, tym wyższa jakość życia (Kozaka, 2015).

W zależności od indywidualnych predyspozycji pacjenci inaczej reagują na chorobę, ale także w inny sposób ją przeżywają. W walce z chorobą możemy wskazać dwa charakterystyczne style: destrukcyjny i konstruktywny. W pierwszym z nich pacjent odczuwa bezsilność, lęk, niepokój i bezradność. Traktuje nowotwór jako największe zagrożenie, poddaje się, nie ma siły do walki. Natomiast styl konstruktywny obejmuje pozytywne nastawienie i ducha walki. Pacjenci traktują chorobę jako wyzwanie, przewartościowują swoje życie tak, aby pomimo wystąpienia zagrożenia cieszyć się z niego i odnaleźć zadowolenie (Smoleń, i in., 2017). Tak jak wcześniej wspomniano jednym z czynników oddziałujących na adaptację jest stopień zaawansowania. Im lepsze rokowanie tym mniejszy stres i niepokój. Kolejnym elementem jest lokalizacja nowotworu. W zależności od tego w jakim miejscu znajduje się guz, osoba chora może doświadczać negatywnych emocji związanych z jego występowaniem. Usytuowanie nowotworu w widocznym miejscu, np. na twarzy, głowie czy też szyi, zaburza funkcjonowanie pacjenta oraz komunikowanie się z innymi. Zarówno ze względu na spadek pewności siebie wynikającej ze zmiany wyglądu jak i pojawiających się zaburzeń np. mowy, których skutkiem jest ból i izolowanie się (Kozaka, 2015).

Znaczącą rolę w procesie adaptacji ma wsparcie społeczne (Cepuch, Beres, 2016). Osoby w bliskim otoczeniu podtrzymują pacjenta na duchu, odciążają go od codziennych obowiązków, rozładowują pojawiające się, negatywne emocje (de Walden-Gałuszko, 2013). Czasami nawet najprostsze rzeczy zrobione przez bliskich mogą wywołać uśmiech na twarzy pacjenta. Towarzystwo w leczeniu, rozumienie potrzeb chorego choć ciężkie, jest bardzo owocne w drodze do wyzdrowienia.



Pacjenci oczekują również wsparcia informacyjnego (de Walden-Gałuszko, 2013). Psychoedukacja w przypadku choroby przewlekłej jest istotnym czynnikiem, którego konsekwencją jest lepsza adaptacja. Poszanowanie godności pacjenta i nie traktowanie go jako kolejny przypadek medyczny sprawia, iż chory ma większe zaufanie do całego personelu, ale i łatwiej jest mu zaakceptować fakt, iż choruje.

### **1.5 Proces adaptacji u partnerów pacjentów onkologicznych**

Proces adaptacji partnerów pacjentów onkologicznych jest tak samo ciężki i długotrwały. Nie bez przyczyny mówi się, iż na chorobę nowotworową choruje cała rodzina a nie tylko pacjent. Wszystkie pojawiające się konsekwencje emocjonalne nowotworu oddziałują również na najbliższe osoby (Aniśko-Trambecka, Krajewska-Kułak, 2024).

W pierwszej fazie choroby, jaką jest diagnoza u partnera pojawia się strach, szok i niepokój, ale także przerażenie. W wyniku ogromnego przeciążenia emocjonalnego zaczyna rozmyślać nad własną śmiertelnością, nad stabilnością życiową i finansową. W trakcie leczenia partner zaczyna coraz bardziej wspierać chorego i towarzyszyć mu. Jest to stresujący okres, gdyż pacjenci w wyniku choroby stają się mniej stabilni emocjonalnie. Dlatego należy uważać na słowa, które mogą ich w jakiś sposób zranić. Trzecią fazą jest remisja i powrót chorego do pełnienia dawnych obowiązków. Rodzina również powraca do pełnienia odpowiednich dla siebie ról społecznych. Część partnerów bardzo wspiera bliskiego członka rodziny w powrocie do rzeczywistości, motywuje go. Zdarzają się jednak przypadki, w których partner jest bardzo krytyczny, nie akceptuje zmian w wyglądzie i zachowaniu jakie pojawiły się w trakcie i po leczeniu. Skutkiem tego jest izolowanie się i uciekanie np. w wir pracy (Zielazy, Zarzeczna-Baran, Wojteczka, 2013).

Partnerzy uczą się nowego życia, w nowych warunkach, na innych zasadach. Od momentu diagnozy to chory jest w ich centrum uwagi. Gdy bliski zaakceptuje fakt wystąpienia nowotworu u ukochanej osoby łatwiej jest mu wspierać pacjenta, zaczyna akceptować swoje emocje i lęki. W wyniku przystosowania się do choroby partner, jak i cała rodzina zyskuje umiejętności, które pomagają im w walce z problemem. Wiedzą w jaki sposób towarzyszyć choremu, mobilizują go i zapewniają jak najlepsze warunki (Aniśko-Trambecka, Krajewska-Kułak, 2024).



W związku z tym, iż partnerzy inaczej doświadczają choroby niż pacjent mogą podejść do niej w bardziej specjalistyczny sposób. To właśnie rodzina częściej odbywa odpowiednie konsultacje, szuka informacji na temat leczenia i sposobu na wyzdrowienie, pilnuje, aby bliski regularnie stawiał się na wizyty, aby terapia przynosiła jak najlepsze rezultaty (Aniśko-Trambecka, Krajewska-Kułak, 2024).

Zmiany powstałe na skutek choroby onkologicznej u jednego z członków rodziny mogą w przyszłości ukazać nowy charakter i możliwości rodziny i partnerstwa. Proces adaptacji pokazuje jakie podkłady sił mają w sobie partnerzy i wszystkie bliskie osoby jakie doświadczają razem z chorym nowotworu.



## Rozdział 2 Stres i style radzenia sobie u pacjentów onkologicznych i ich partnerów

### 2.1 Definicja stresu i jego rodzaje

Stres jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Oddziałuje na różne sfery życiowe: rodzinną, zawodową, a również zdrowotną. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji, które w dokładny i obszerny sposób opisują stres i strategie radzenia sobie z nim.

Samo pojęcie stresu zostało wprowadzone przez Cannona, a w późniejszych latach było rozwijane przez innych, znanych autorów (Kaczmarska, Curyło-Sikora, 2016). Wprowadzona przez Cannona koncepcja łączyła bezpośrednio reakcję stresową z funkcjonowaniem układu nerwowego i endokrynologicznego. Autor zakładał, iż organizm po odebraniu sygnału zagrożenia wysyła system alarmowy, który przygotowuje nas do wysiłku jaki musimy podjąć, aby przezwyciężyć zagrożenie. Stąd też powstało bardzo znane pojęcie „reakcji walki lub ucieczki” (Rychlik, 2018). Zdaniem Cannona „stres ma właściwości adaptacyjne” i dzięki niemu jesteśmy w stanie poradzić sobie z pojawiającym się zagrożeniem (Rychlik, 2018). Ponadto wyróżnił on możliwość wystąpienia tzw. krytycznego poziomu stresu, który może spowodować wyniszczenie organizmu (Rychlik, 2018).

Koncepcje Cannona rozwinął Salye, który definiował stres jako „niespecyficzną reakcję organizmu powstającą w wyniku działania bodźców szkodliwych (tzw. stresorów)” (Lelonek, Cieślik, Kamusińska, 2013). Reakcję określił jako Ogólny Zespół Adaptacyjny, który odbywa się w trzech stadiach:

- stadium pierwsze (reakcji alarmowej); organizm uruchamia zasoby w celu poradzenia sobie z zagrożeniem,
- stadium drugie; organizm przystosowuje się do działania stresora i skupia swoją uwagę na pokonaniu zagrożenia kosztem psychologicznych i fizjologicznych funkcji,
- stadium trzecie; zagrożenie nie ustępuje, a organizm wyczerpał wszystkie możliwe zasoby (Rychlik, 2018).

Na przestrzeni lat zaczęto rozumieć stres dwuczłonowo, uwzględniając jego czynniki zewnętrzne oraz wewnętrzne (Heszen-Niejodek, 2001). W wyniku paradygmatu relacyjnego wyróżnić można dwa podejścia: fenomenologiczno-poznawcze, które zostało zaproponowane



przez R. Lazarusa oraz teorię zachowania zasobów S. Hobfolla (Rychlik, 2018; za: Heszen-Niejodek, 2000, 2001). Koncepcja Lazarusa zakładała, iż jednostka oraz jej aktualny kontekst sytuacyjny stanowią jeden, całościowy układ, a każda powstająca aktywność powinna być rozpatrywana jako wzajemne oddziaływanie podmiotu i otoczenia (Rychlik, 2018). We współpracy z S. Folkman, Lazarus rozwinął swoją koncepcję. Obecnie w literaturze przedmiotu to właśnie definicja stresu tych dwóch autorów jest najczęściej przytaczana. Stres został opisany jako „określona relacja między jednostką, a otoczeniem, która jest oceniana przez jednostkę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi” (Lelonek, Cieślak, Kamusińska, 2013). W omawianej teorii, to jednostka poprzez subiektywną ocenę pierwotną ocenia czy dana sytuacja jest dla niej stresująca, czy też nie. Podkreśla to indywidualny charakter stresu, bowiem każdy z nas odbiera dokładnie tą samą sytuację zupełnie inaczej. (Kaczmarska, Curyło-Sikora, 2016). Na przykład biorąc pod uwagę chorobę nowotworową, na każdym etapie jej trwania pacjenci będą w zupełnie inny sposób ją przeżywać. Dla jednej osoby usłyszenie diagnozy będzie wywoływało największy stres, zaś dla drugiej np. leczenie lub jego skutki będą najbardziej stresujące.

Alternatywną koncepcję, aczkolwiek skupioną głównie na zasobach jednostki zaprezentował Hobfoll (Kaczmarska, Curyło-Sikora, 2016). Zdaniem autora ogólnym celem naszej aktywności jest tworzenie, utrzymywanie, ochrona i zwiększanie owych zasobów. Hobfoll zasobem określa: przedmioty materialne, cechy osobowości, warunki oraz pokłady energii (Dudek, Koniarek, Szymczak, 2007). W momencie gdy dojdzie do zagrożenia utratą zasobów lub całkowitym ich pozbawieniem pojawia się reakcja stresowa. Ponadto może ona wystąpić również, w wyniku nieosiągnięcia oczekiwanych zysków (Rychlik, 2018). Przykładem zasobu, którym dysponuje każdy z nas jest zdrowie. W związku z tym jego pogorszenie i pojawienie się choroby możemy rozpatrywać jako utratę lub wyczerpanie owego zasobu, co z kolei prowadzi do wystąpienia reakcji stresowej (Kaczmarska, Curyło-Sikora, 2016).

Odrębne podejście do zrozumienia stresu zaproponował Antonovsky według którego dynamiczny stan chwiejnej równowagi człowieka jest jego naturalnym stanem funkcjonowania (Kozaka, 2010). Z wprowadzonym przez autora podejściem wiąże się postrzeganie zdrowia na kontinuum zdrowie-choroba. Najważniejszym wyznacznikiem dla zdrowia jest poczucie koherencji. Określamy je jako ogólną orientację człowieka, na którą składają się trzy główne komponenty: zrozumiałość, zaradność i sensowność (Kaczmarska, Curyło-Sikora, 2016).



Stres jest procesem przebiegającym na poziomie psychicznym i biologicznym. Przedstawione wyżej koncepcje w dokładny i unikalny sposób opisują jego powstawanie (Kaczmarska, Curyło-Sikora, 2016). Mając na uwadze wszystkie teorie warto przyjrzeć się również rodzajom stresu.

W literaturze przedmiotu istnieje kilka głównych podziałów stresu. Salye podzielił stres na: eustres oraz dystres (Stachowicz, Domin, Szewczyk, 2022). Pierwszy z nich nie przynosi większych szkód, pełni funkcję motywacyjną, wywołuje pozytywne samopoczucie zarówno fizyczne jak i psychiczne (Jaśko-Ochojska, Brus, 2020). W wyniku działania eustresu pojawiają się zmiany fizjologiczne, które zwiększają stężenie hormonów stresu, co z kolei doprowadza do osłabienia układu odpornościowego. Jednakże po około trzech dniach wszystko wraca do normy (Jaśko-Ochojska, Brus, 2020). Eustres nazywany jest, więc stresem pozytywnym, wewnętrzną siłą, dzięki której człowiek ma siłę przetrwać trudną sytuację (Gajda, Biskupek- Wanot , 2020). Drugi rodzaj stresu, czyli dystres jest przeciwieństwem eustresu, demobilizuje i wywołuje negatywne skutki w organizmie, takie jak: niepokój, lęk, frustracje (Stachowicz, Domin, Szewczyk, 2022). Ponadto w wyniku działania stresu negatywnego mogą pojawić się: zaburzenia snu, zmęczenie, problemy z koncentracją, a nawet choroby serca oraz nadciśnienie. Najbardziej niebezpieczny staje się gdy jego działanie jest długotrwałe (Sikora, 2024).

Bardzo ważnym czynnikiem dotyczącym stresu jest czas oddziaływania stresora na organizm. W związku z tym możemy wyróżnić stres ostry i przewlekły. Gdy pojawiający się stresor działa krótko, ale jego nasilenie jest silne mamy do czynienia ze stresem ostrym (Stachowicz, Domin, Szewczyk, 2022). Oprócz lęku, w wyniku wystąpienia owego zjawiska mogą pojawić się również objawy psychosomatyczne, do których zaliczamy: przyspieszone bicie serca, napięcie, problemy żołądkowe czy też dezorientację. Wszystkie występujące dolegliwości mijają samoistnie w ciągu kilku godzin lub kilku dni (Stachowicz, Domin, Szewczyk, 2022).

Znacznie bardziej niebezpieczny jest stres przewlekły. Oddziałuje on dłużej, intensywniej i może prowadzić do powstania wielu, rozległych zaburzeń (Janowska, Prystupa, 2012). Długo utrzymujące się działanie stresora lub seria stresujących zdarzeń życiowych powoduje, iż tracimy kontrolę nad codziennym życiem. W konsekwencji działania stresu przewlekłego dochodzi do wyczerpania organizmu i możliwości pojawienia się m.in. załamania nerwowego, depresji, problemów gastrycznych, kardiologicznych, zmian skórnych (Stachowicz, Domin, Szewczyk, 2022). Ponadto z badań prowadzonych przez onkologów



wynika, iż przewlekły stres ma wyraźny związek z zapadalnością na choroby nowotworowe. Dlatego tak ważne jest wczesne reagowanie i poznanie odpowiednich metod radzenia sobie ze stresem (Joško, Ochojska, 2014).

Kolejnym znanym przykładem jest stres traumatyczny, który jest ściśle związany z zagrożeniem zdrowia lub nawet życia. Do zdarzeń traumatycznych, wywołujących omawiany stres zaliczamy: chorobę, wypadek, przemoc fizyczną, uczestnictwo lub bycie świadkiem w różnego rodzaju katastrofach (Merecz, 2011). Towarzyszy mu szok, bardzo silne pobudzenie i lęk. Niestety w niektórych przypadkach, gdy występująca reakcja nie ustaje mogą wystąpić zaburzenia po stresie traumatycznym lub zaburzenie stresu ostrego (Merecz, 2011).

W literaturze przedmiotu wyróżniamy także stres intrapsychiczny. Związany jest on z przeżyciami jednostki, które angażują energię umysłową, psychiczną oraz wszystkie zasoby, które pełnią znaczącą funkcję w różnych, ciężkich i trudnych sytuacjach. Stres intrapsychiczny powiązany jest z ograniczoną zdolnością radzenia sobie ze swoimi doświadczeniami, przeżyciami, antycypacjami. Dodatkowo możemy go rozpatrywać w czasie co oznacza, iż jest skutkiem doświadczeń przeszłych, terażniejszych lub przyszłych obaw. Wiele osób zmaga się z problemami, które są głęboko zakorzenione w dzieciństwie lub z nierozwiązanymi konfliktami bądź traumami, które miały miejsce w przeszłości. Teraźniejsze wydarzenia, pojawiające się problemy mogą dostarczać jednostce wielu emocjonalnych przeżyć, które prowadzą do silnego stresu. Przyczyny stresu mogą być zróżnicowane, począwszy od różnej jakości życia osób, innego systemu wartości do całkowitego braku poczucia sensu. Wewnętrzne napięcie, które tworzy się w wyniku napełnienia systemu psychicznego przez obciążenia i konflikty może prowadzić do wystąpienia różnych problemów interpersonalnych, np. powstanie drobnej sprzeczki, czy nawet gwałtownego i silnego konfliktu (Płopa, Makarowski, 2010). Osoby, które w przeszłości radziły sobie z występującymi sytuacjami stresowymi, lepiej radzą sobie z problemami, które wystąpią w przyszłości. Należy pamiętać, iż osoby, które żyją w warunkach stresogennych, mają większe szanse na to, aby częściej doświadczać owego zjawiska stresu intrapsychicznego. Weźmy pod uwagę, np. chorobę nowotworową. Osoba chora przez większą część czasu obraca się w środowisku, które wywołuje u niej silne poczucie stresu. Mowa tu o szpitalu, o konieczności wykonywania częstych badań, nawet jeśli są to "tylko" badania kontrolne. Całość, która otacza chorobę onkologiczną już może być silnym stresorem dla owej jednostki. Oczywiście to w jaki sposób dana osoba radzi sobie ze stresem zależy od wielu czynników, m.in. od tzw. odporności



psychicznej, zdolności do radzenia sobie w różnych okolicznościach, nawet tych ekstremalnych i traumatycznych (Plopa, Makarowski, 2010).

Czynnikami, które przyczyniają się do powstawania stresu mogą być wszelkiego rodzaju zdarzenia życiowe. Pojawiające się stresory, w zależności od siły i czasu ich trwania oraz wynikające z nich obciążenia mogą znacząco oddziaływać na zdrowie i funkcjonowanie jednostki. Najpopularniejszą skalę wydarzeń życiowych, których skutkiem jest stres zaproponowali Holmes i Rahe (1967). W pierwszej dziesiątce, pod względem mocy z jaką wywołują stres, znalazły się następujące wydarzenia: “śmierć współmałżonka, rozwód, separacja małżeńska, okres uwięzienia, śmierć bliskiego członka rodziny, krzywda osobista lub choroba, małżeństwo, zwolnienie z pracy, ponowne pogodzenie małżeńskie oraz wycofanie z czynnego życia” (Plopa, Makarowski, 2010). Ponadto badania, które skupiały się na porównaniu nasilenia objawów chorobowych a nasileniu się stresu, wykazały istotną zależność w odniesieniu do chorób przewlekłych, w tym oczywiście nowotworów. Kolejny raz obrazuje nam to, jak silnym stresorem zarówno dla pacjentów jak i ich rodzin jest choroba onkologiczna oraz obawa przed ponownym zachorowaniem czy też śmiercią.

## 2.2 Style radzenia sobie ze stresem

Styl radzenia sobie ze stresem jest określany jako cecha jednostki, jej indywidualne predyspozycje oraz zbiór sposobów radzenia sobie, który jest charakterystyczny dla danej osoby i pozwala jej zmierzyć się z napotkaną sytuacją stresową (Ledwoń, Wróbel, 2006).

Najpopularniejsza koncepcja opisująca rodzaje stylów radzenia sobie ze stresem została zaproponowana przez Endlera i Parkera (Marmola, 2017). Autorzy wyodrębnili trzy style radzenia sobie:

- styl skoncentrowany na emocjach: osoby przyjmujące ten styl koncentrują się przede wszystkim na własnej osobie i na swoich przeżyciach emocjonalnych. Charakterystyczne dla owego stylu jest również fantazjowanie oraz obwinianie siebie za brak konkretnego działania. Dodatkowo podejmowane próby zwalczania napięcia emocjonalnego prowadzoną do jeszcze większego stresu (Mroczkowska, Białkowska, 2014).
- styl skoncentrowany na zadaniu: charakterystyczny dla osób, które po pojawieniu się problemu od razu przechodzą do działania i podejmują próby jego rozwiązania.



Ich skupienie skierowane jest na zadaniu i ułożeniu planu, który pomoże w niwelowaniu stresu. Ponadto styl skoncentrowany na działaniu ma na celu przystosowanie się do życia z trudnościami np. z chorobą i radzeniu sobie z nimi (Dymecka, 2018).

- styl skoncentrowany na unikaniu: charakterystyczny dla osób, które uciekają od problemu, wystrzegają się myślenia o nim i nie szukają rozwiązań. Zamiast tego przyjmują dwie formy: angażują się w czynności zastępcze (oglądanie telewizji, robienie zakupów) lub poszukują kontaktów towarzyskich (Dymecka, 2018).

Choć każdy z nas korzysta z innego stylu radzenia sobie, z badań wynika, iż to właśnie styl skoncentrowany na zadaniu jest najbardziej optymalny, a osoby, które z niego korzystają uzyskują lepsze wskaźniki dobrostanu psychicznego (Mroczkowska, Białkowska, 2014).

### **2.3 Radzenie sobie ze stresem u pacjentów onkologicznych**

Radzenie sobie ze stresem według Lazarusa i Folkman (1984) to zmienne w czasie behawioralne i poznawcze wysiłki, jakie podejmuje jednostka, których celem jest opanowanie wewnętrznych i zewnętrznych lub przekraczających zasoby wymagań (Strelau, Jaworowska, 2020).

Stres jest nieodłącznym elementem, który towarzyszy pacjentom onkologicznym przez cały okres trwania choroby. Zmagania się z chorobą, wynikające zarówno z poznaniem diagnozy jak i późniejszym przystosowaniem się do niej, traktowane są jako traumatyczne i przewlekłe zdarzenia życiowe (Dryhnicz, Rzepa, 2018).

Dystres, którego doświadcza pacjent onkologiczny jest wieloczynnikowym przeżyciem emocjonalnym o podłożu zarówno społecznym, jak i psychologicznym oraz duchowym (Kozaka, 2010). Nie ma on sprecyzowanego miejsca na skali, mówimy tu bowiem zarówno o prawidłowym uczuciu lęku, strachu i bezradności jak i o paraliżujących problemach, prowadzących często do depresji i izolacji (Kozaka, 2010).

Przeżywanie i doświadczenie choroby nowotworowej możemy powiązać z psychologiczną koncepcją stresu i sposobów radzenia sobie z nim (Dryhnicz, Rzepa, 2018). Tak jak wspomniano w podrozdziale dotyczącym definicji stresu i jego rodzajów, człowiek znajduje się w bardzo dynamicznym i stałym otoczeniu. W wyniku działania stresora, w tym



przypadku jest nim choroba nowotworowa cały układ zostaje zaburzony, co prowadzi do powstania stresu i konieczności radzenia sobie z nim (Heszen, Sęk, 2019). Wybór odpowiedniego stylu i strategii radzenia sobie zależy od oceny pierwotnej i wtórnej. Ocena pierwotna, w tym przypadku informacja o chorobie, może zostać odebrana przez pacjenta jako:

- krzywda/strata, którym towarzyszy wiele emocji, m.in. smutek, żal
- zagrożenie, ściśle związane ze strachem i lękiem,
- wyzwanie, powiązane ze strachem ale także z nadzieją (Dryhnicz, Rzepa, 2018).

Następnie pacjent określa swoje zasoby osobiste, dokonuje w ten sposób oceny wtórnej. Zważając na fakt, iż wiadomość o chorobie nowotworowej jest niezwykle trudna, osoba chora usiłuje zaakceptować nową sytuację i sięga do owych zasobów osobistych, które pozwolą jej w wyborze odpowiedniej strategii (zadaniowej, emocjonalnej lub ucieczkowej) w celu zminimalizowania problemu (Heszen, Sęk, 2019).

Cały proces adaptacji do choroby onkologicznej możemy powiązać z oceną pierwotną występującej sytuacji stresowej oraz z wcześniej wspomnianymi stylami radzenia sobie ze stresem (Dryhnicz, Rzepa, 2018). W wyniku czego, wyróżniamy następujące etapy:

- Zdobywanie przez pacjenta umiejętności chorowania: poczucie zagrożenia/krzywdy, ocena pierwotna wraz z zaskoczeniem oraz stresującym oczekiwaniem na diagnozę, pojawienie się lęku, strachu, chęć ucieczki.
- Poszukiwanie równowagi, które związane jest z otrzymaniem diagnozy chorobowej: okres intensywnej refleksji, poszukiwanie w jaki sposób można wyjść z ciężkiej sytuacji, ukierunkowany: negatywnie (choroba przytłacza osobę, jest interpretowana jako porażka życiowa, której nie da się zwalczyć, pojawia się dużo wątpliwości dotyczących powrotu do zdrowia, uruchamia się strategia ucieczkowa bądź emocjonalna) lub pozytywnie (pacjent traktuje chorobę jako wyzwanie, podejmuje działania, które pozwolą mu powrócić do zdrowia i życia sprzed wystąpienia choroby, zostaje uruchomiona strategia zadaniowa).
- Uwalnianie się od uwarunkowań i nawyków, które są związane z chorobą: pacjent albo akceptuje swoją chorobę i chętnie podejmuje się dalszego leczenia albo poddaje się chorobie i stopniowo wycofuje się z życia (Dryhnicz, Rzepa, 2018).

Z badań nad relacją związaną z wyborem strategii radzenia sobie ze stresem a dokonywaniem oceny pierwotnej w przypadku choroby nowotworowej wynika, iż pacjenci, którzy postrzegają nowotwór jako zagrożenie stosują strategię skoncentrowaną na zadaniu, czyli rozwiązaniu problemu (Kozaka, 2010). Natomiast pacjenci, którzy odbierają chorobę jako krzywdę bądź stratę, wykazują styl unikowy (może być on odpowiedni tylko i wyłącznie gdy działa krótkotrwale, gdy stresor działa dłużej stosowanie unikowego stylu radzenia sobie może prowadzić do bardzo poważnych konsekwencji, np. niepodjęcie leczenia, ignorowanie choroby). Pacjenci, którzy zblizają się do stresora, chcą go zrozumieć i poznać, są skoncentrowane na zadaniu oraz posiadają odpowiednie wsparcie społeczne doświadczają więcej pozytywnych emocji (Kozaka, 2010).

Radzenie sobie ze stresem oraz stosowanie odpowiednich strategii jest bardzo ważne w przypadku walki z chorobą nowotworową. Zaangażowanie się w walkę z chorobą często poprawia jakość życia pacjentów, dostarcza pozytywnych emocji oraz dodaje siły i nadziei (Kozaka, 2010). Osoby, które mało aktywnie radzą sobie z diagnozą i późniejszym leczeniem oraz stosują styl unikowy zmagają się z gorszą jakością życia oraz z negatywnymi emocjami (Kozaka, 2010).

#### **2.4 Radzenie sobie ze stresem u partnerów pacjentów onkologicznych**

Choroba onkologiczna zmienia nie tylko stan psychiczny chorego ale i całej rodziny, również partnera. Zmienia się nastrój, wzrasta poczucie lęku, a także pojawia się stres (Zielazny, Zarzeczna-Baran, Wojtecka, 2013). Zdiagnozowanie choroby bliskiej osoby oraz dalsze leczenie może wywołać bardzo silną reakcję stresową, co w konsekwencji może prowadzić do powstania stresu post traumatycznego lub zaburzeń depresyjnych (Gapik, Kosmala, 2004). Choroba partnera lub partnerki jest dla drugiej strony niesamowicie ciężkim przeżyciem. Osoba wspierająca musi przystosować się do wielu zmian, przyjąć nową rolę, a dodatkowo skutecznie radzić sobie z pojawiającymi się emocjami i stresem (Gapik, Kosmala, 2004). Zdolność radzenia sobie ze stresem opiekunów osób chorych zależy w dużej mierze od ich kondycji psychicznej i fizycznej. Istotnym czynnikiem jest również fakt posiadania odpowiedniego wsparcia społecznego. Zdecydowanie lepiej ze stresem radzą sobie osoby, które mogą liczyć na pomoc rodziny i przyjaciół (de Walden-Gałuszko, 2013). Strategie radzenia sobie ze stresem jak wcześniej wspomniane są indywidualnym wyborem



każdego z nas. Jednakże w wyniku trwającej już długi czas choroby nowotworowej partnerzy mogą odczuwać silne zmęczenie, co przekłada się na stosowanie unikowego stylu radzenia sobie. Najczęściej zaczynają przerzucać swoje obowiązki na innych, skupiać się na własnych problemach zdrowotnych. W niektórych przypadkach w ramach rozładowania stresu osoba zaczyna nadużywać alkoholu lub innych używek lub dopuszczać się zdrady (de Walden-Gałuszko, 2013). Z drugiej strony bywają także osoby, które preferują styl skoncentrowany na emocjach, który obejmuje wielokrotne przeżywanie myśli o chorobie bliskiej osoby. Pojawiają się wtedy takie emocje jak: złość, przygnębienie czy też niepokój. Aby sobie z nimi radzić próbują albo dzielić je z innymi bliskimi osobami i otwarcie o nich rozmawiać albo tłumić je i przeżywać w samotności, aby nie obciążać innych, szczególnie chorego partnera (PRIMOPRO, 2012).

Skuteczne radzenie sobie ze stresem mając na uwadze presję jaką odczuwają partnerzy pacjentów onkologicznych jest dla nich bardzo trudnym wyzwaniem. W tych ciężkich chwilach zarówno chory jak i bliska mu osoba potrzebuje wsparcia, zrozumienia i poczucia bezpieczeństwa. Stres związany z chorobą nowotworową jest tak mocno nasilony, że nawet w momencie remisji rodzina i pacjent trwają w „zawieszeniu”, a towarzyszące im emocje są ciągle bardzo silne (de Walden-Gałuszko, 2013).



## Rozdział 3 Lęk w chorobie nowotworowej

### 3.1 Definicja lęku i jego rodzaje

Lęk to stan emocjonalny oparty na oczekiwaniu nadchodzącego niebezpieczeństwa, które pochodzi z wewnątrz bądź zewnątrz organizmu (Mielimąka i in., 2017). W wyniku wystąpienia lęku człowiek doświadcza pobudzenia ruchowego, autonomicznego i psychicznego.

Zdaniem Freuda lęk powstaje w wyniku tłumienia libido przez superego. Natomiast Horney (1987) twierdził, iż lęk powiązany jest z naszymi obawami dotyczącymi negatywnej oceny ze strony otoczenia (Mielimąka i in., 2017). Następnie zaczęto opisywać lęk jako syndrom, który obejmuje subiektywne odczuwanie zagrożenia, zmiany fizjologiczne, reakcje, niepokój oraz napięcie. Przedstawioną definicję opisali Lazarus i Averil, w stworzonej teorii emocji (Mielimąka i in., 2017). Zdaniem Kępińskiego lęk działa jako sygnał ostrzegający przed pojawiającym się chaosem, utratą indywidualności na rzecz działania przyrody nieożywionej. De Walden Gałuszko (1992) opisuje lęk jako „przykry stan pobudzenia emocjonalnego, który spowodowany jest wystąpieniem zagrożenia” (Lelonek, Cieślik, Kamusińska, 2013). Lęk definiowany jest również jako uczucie napięcia, zagrożenia, ciągłego niepokoju czy też zaniepokojonego oczekiwania (Juczyński, 2000). Autorzy tacy jak Cattel, Spielberg oraz Ress opisywali lęk jako aktualny stan emocjonalny, w którym znajduje się jednostka lub jako stałą cechę osobowości (Lelonek, Cieślik, Kamusińska, 2013). Ciężko jest, więc znaleźć jedną główną definicję lęku. Aczkolwiek badacze zgadzają się co do stwierdzenia, iż lęk jest częścią chorób psychicznych i somatycznych. Nie znaczy to jednak, iż osoby zdrowe nie doświadczają stanu lękowego, jest on bowiem naturalną reakcją naszego organizmu na pojawiające się zagrożenie.

W literaturze przedmiotu wyróżniamy kilka podziałów lęku. Pierwszym z nich jest podział, na:

- Lęk wolno płynący: jest to stan ciągłego niepokoju, napięcia wewnętrznego, zamartwiania się, poczucia zagrożenia oraz oczekiwania na zdarzenie, które wywoła lęk. Dodatkowo towarzyszy mu szereg objawów somatycznych, m.in. kołatanie serca, silne napięcie mięśni, potliwość (Luduś-Ludecka, 2010).



- Lęk napadowy/paniczny: stan lękowy działa bardzo szybko i niespodziewanie, aczkolwiek krótko się utrzymuje. Towarzyszą mu również nieprzyjemne objawy somatyczne (potliwość, zawroty głowy, kołatanie serca). Osoby doświadczające lęku napadowego bardzo często mają wrażenie, że przechodzą zawał bądź udar. W następstwie tych obaw pojawiają się zachowania wtórne, które są szkodliwe dla funkcjonowania społecznego i klinicznego np. izolacja i unikanie wychodzenia z domu, zażywanie tabletek „na wszelki wypadek” (Luduś-Ludecka, 2010).
- Lęk fobiczny/fobijny: związany jest z sytuacją lub przedmiotem, który powoduje fobię (np. agorafobia, fobia społeczna). Dynamika i nasilenie owego lęku wahają się od długo utrzymującego się napięcia wewnętrznego do silnych ataków paniki (Luduś-Ludecka, 2010).

Kolejna klasyfikacja polega na rozróżnieniu dwóch czynników:

- Lęk-stan: zależny od sytuacji, chwilowy stan emocjonalny, który szybko przemija. Możemy przedstawić go jako samodzielny objaw lub jako część zespołu klinicznego, Jego wielkość ciągle się zmienia, ze względu na ciągle zmieniające się sytuacje życiowe, w których znajduje się człowiek (Mielimąka i in.,2017).
- Lęk-cecha: trwała, utrzymująca się cecha osobowości, opisana jako gotowość organizmu do reagowania lękiem na pewne, występujące sytuacje. Odnosi się do konkretnych wymiarów osobowości. Tendencja do reagowania na daną sytuację kształtuje się wraz z rozwojem i zdobywaniem nowych doświadczeń życiowych (Jankowska, 2014).

Oprócz opisanych wyżej funkcji lęku, ma on również pozytywne działanie. Ostrzega nas bowiem przed pojawiającym się niebezpieczeństwem, motywuje do zmiany nawyków, aktualnego funkcjonowania (np. do lepszej bądź dalszej diagnostyki). Elementem, który rozbudowuje lęk jest nasza wyobraźnia. W momencie gdy oswoimy i opanujemy stany lękowe nasza odporność psychiczna się zwiększy, co może dodatkowo prowadzić do naszego wzrostu osobowego (de Walden-Gałuszko, 2013).

Podsumowując, każdy z nas indywidualnie odczuwa lęk. Zarówno jego siła jak i sytuacje, które sprawiają, że się pojawia są niejednorodne. Może spełniać zarówno negatywne jak i pozytywne funkcje (paraliżujące lub angażujące w działanie). Ponadto lęk jest w stanie występować trwale lub pojawiać się tylko w określonych sytuacjach (Jankowska, 2014).



### 3.2 Lęk w chorobie nowotworowej

Pacjent w wyniku przebiegu choroby nowotworowej doświadcza silnego lęku, związanego początkowo z diagnozą, zaś na późniejszym etapie z licznymi badaniami, oczekiwaniem na wyniki czy też leczeniem (Dryhnicz, Rzepa, 2018). Ciągłe napięcie i stany lękowe mogą prowadzić do wystąpienia m.in. napadów paniki, duszności, kołatania serca. Odczuwanie silnego lęku może również towarzyszyć osobom, które pomyślnie przeszły cały proces leczenia ale boją się nawrotu choroby. Dodatkowo każdą drobną zmianę będą interpretować jako jeden z objawów choroby onkologicznej (Dryhnicz, Rzepa, 2018).

Lęk w chorobie nowotworowej dotyczy obawy pacjenta przed zmianami jakie go czekają oraz przed sposobami i metodami leczenia. Często wiąże się to z niewiedzą osoby chorej i brakiem orientacji na temat dostępnych możliwości procesu leczniczego (Nowicki, Rządowska, 2005).

W chorobie nowotworowej wyróżniamy kilka źródeł stresu:

- rozpoznanie choroby: zarówno diagnoza jak i sposób w jaki lekarz poinformował pacjenta o chorobie;
- wszelkie informacje dotyczące choroby i jej przebiegu;
- leczenie i skutki uboczne jakie mogą się pojawić;
- zaburzenie relacji z otoczeniem (Lelonek, Cieślik, Kamusińska, 2013).

Z badań wynika, iż na nasilenie lęku może oddziaływać także: wiek (bardziej narażone są osoby starsze), płeć (podczas leczenia większe występowanie lęku zgłaszają kobiety), wsparcie społeczne (brak wsparcia ze strony bliskich osób sprawia, iż chory pozostaje w większym napięciu i czuje się samotny), (Gołota i in., 2017).

Występowanie choroby nowotworowej i niesione przez nią zagrożenie sprawia, iż pacjent onkologiczny zaczyna doświadczać tzw. lęku antycypowanego. Osoba chora przez cały czas spodziewa się najgorszego, nie wiedząc nawet czy pojawią się negatywne konsekwencje choroby (Lelonek, Cieślik, Kamusińska, 2013).

De Walden- Gałuszko (1992) rozróżnia trzy mechanizmy lęku:

- występowanie nadmiernej stymulacji bodźców, które zakłócają komfort psychiczny;

- wystąpienie niezgodności poznawczej pomiędzy informacjami aktualnymi a tymi, które zostały wcześniej zakodowane;
- zablokowanie lub brak zdolności stosowania działań, które zmniejsza stan psychicznego pobudzenia (de Walden Gałuszko, 1992).

W wyniku zróżnicowanych okoliczności lęk może się nasilać. Możemy zaliczyć do nich: informację o rokowaniach choroby, techniki i skuteczność leczenia, brak wsparcia społecznego, postawę pacjenta wobec choroby, doświadczenia związane z wcześniejszym występowaniem chorób, cechy osobowości (Juczyński, 2000).

W chorobie nowotworowej możemy wyróżnić kilka rodzajów lęku, te najczęściej występujące to:

- zespół lęku uogólnionego (GAD), inaczej lęk przewlekły, któremu towarzyszy uporczywe zamartwianie się, mogą występować problemy ze snem, niepokój oraz szybkie męczenie się (Stasiuk i in, 2014);
- ostry zespół lękowy, jest on nagły i gwałtowny, charakteryzuje się wieloma objawami somatycznymi np. ucisk w klatce piersiowej;
- fobie np. klaustrofobia, która może wystąpić podczas wykonywania badania MR lub TK;
- lękowa koncentracja na chorobie, pojawia się ona głównie u osób starszych lub długo chorujących pacjentów (Kieszkowska-Grudny, 2013).

Wraz z występującym lękiem pojawiają się typowe objawy fizjologiczne, takie jak: suchość w gardle, przyspieszone bicie serca, rozszerzone źrenice, potliwość, problemy z oddechem. Ponadto dochodzą do tego objawy somatyczne np. biegunki, wymioty, bardzo częste oddawanie moczu, silne bóle brzucha (Lelonek, Cieślik, Kamusińska, 2013).

Niezwykle ważną kwestią w przypadku silnego lęku w chorobie nowotworowej jest jego odpowiednie leczenie. Najczęściej wykorzystywaną metodą leczenia jest farmakoterapia. Jednakże chorym proponuje się również psychoedukację oraz psychoterapię. Wszystkie wymienione formy wsparcia są niezbędne do dobrego funkcjonowania, które później silnie oddziałuje na poprawny przebieg leczenia onkologicznego (Kieszkowska-Grudny, 2013).



### 3.3 Lęk i jego związek ze stresem

Choć definicje stresu i lęku się nieco różnią, oba zjawiska są ze sobą ściśle powiązane. Stres możemy opisać jako relację pomiędzy jednostką a otoczeniem, która oceniana jest przez ów jednostkę jako zagrożenie przekraczające jej zasoby. Natomiast lęk jest emocjonalną odpowiedzią na ocenę poznawczą, oddziałuje na interpretację czy dana sytuacja jest dla nas zagrożeniem (Sęk, 2011). Można, więc stwierdzić, iż stres wywołuje lęk, a lęk obniża naszą odporność psychiczną, która jest niezbędna w walce z kolejnymi stresorami, im niższa odporność psychiczna tym gorzej osoba potrafi regulować lęk w obliczu stresu (Sęk, 2011). Kluczową rolę w obu zjawiskach odgrywa ich poziom nasilenia. Optymalny poziom lęku i stresu mobilizuje organizm do działania, pełni tzw. „funkcję alarmową”. Dzięki temu nasz organizm cały czas funkcjonuje na odpowiednim poziomie (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2006). Z badań wynika, iż osoby, które wykazują się wyższym poziomem ekstrawersji i sumienności charakteryzują się mniejszym nasileniem lęku, co z kolei prowadzi do lepszej reakcji organizmu na stres i do stosowania efektywniejszych strategii radzenia sobie z nim (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2006). Dodatkowo wykazano związek między wysokim poziomem wsparcia a lepszym radzeniem sobie ze stresem i rzadziej doświadczanym lękiem (Sęk, 2011). Łączy się to również z adaptacją do choroby nowotworowej i tym, w jaki sposób wsparcie społeczne poprawia funkcjonowanie chorych onkologicznie. Problem pojawia się gdy lęk staje się destrukcyjny, trwa za długo i wyczerpuje nasze zasoby osobiste. Pojawia się wtedy uczucie braku kontroli, które znacząco oddziałuje na zwiększenie podatności organizmu na choroby psychosomatyczne, a także na wystąpienie stanów depresyjnych (Sęk, 2011). Ponadto bardzo silny lęk, który pojawia się w odpowiedzi organizmu na stres prowadzi często do zaburzeń zachowania, a potem również do powstania nerwicy lękowej (Strelau, 2007). Bardzo wysoki poziom lęku i jego nasilenie utrudnia przystosowanie się i zwiększa ryzyko wystąpienia stresu przewlekłego. To samo tyczy się wysokiego poziomu stresu. W momencie gdy stres staje się przewlekły zwiększa się poziom lęku, który w znaczący sposób utrudnia radzenie sobie z pojawiającymi się stresorami (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2006).

W literaturze przedmiotu możemy odnaleźć badania, które obrazują relację między stylami radzenia sobie ze stresem a lękiem. Dowiedziono, że wysoki poziom lęku współwystępuje z radzeniem sobie z problemem w wyniku skupienia się tylko i wyłącznie na emocjach negatywnych. Osoby, które charakteryzują się stylem skoncentrowanym na zadaniu,



próbują jakiś sposób rozwiązać występujący problem wykazują niski poziom lęku  
(Wrześniewski i in.,2011).



## Rozdział 4 Metodologia badań własnych

### 4.1 Metoda badawcza, przedmiot i cel badań

Metodologia badań jest czynnikiem scalającym naukę, a jej założenia są kryteriami, które odróżniają podejście naukowe od innych form zdobywania wiedzy. Dodatkowo spełnia ona następujące funkcje: zapewnia zasady komunikacji, które pozwalają na replikacje badań, zasady rzetelnego wnioskowania opartego na logice oraz możliwość przekazywania wiedzy (Kuś, Stefańska, Bukowska, 2015).

Metody badawcze są mechanizmami zaplanowania i zrealizowania procesu badawczego. Są one zależne od problematyki badań. Ponadto metoda badawcza musi być spójna, plastyczna, adekwatna do założonych hipotez, a także sugerująca wybrany temat, użyte techniki oraz zakres badań. Badacz skupiając się na przedmiocie i problematyce badań wybiera najbardziej odpowiednią metodę. Do najbardziej znanych metod badawczych zaliczamy: sondaż diagnostyczny, obserwacja, studium przypadku, kwestionariusze psychologiczne, eksperyment (Cichosz, 2000). W niniejszej pracy wybrano metodę wielokrotnego studium przypadku, która pozwala na dogłębne zapoznanie się i zrozumienie omawianego zjawiska oraz oferuje bogaty zakres narzędzi i technik gromadzenia i oceny wyników.

Techniki badawcze odnoszą się do formy zbierania danych, w zakresie wybranej metody badawczej. Dzielą się one na ilościowe i jakościowe. Pierwsze z nich skupiają się na dużych próbach oraz dzięki analizom statystycznym umożliwiają uogólnienie zebranych wyników na całą populację. Natomiast techniki jakościowe są stosowane na mniejszej liczbie osób badanych i polegają na dogłębnym spojrzeniu na badane zjawiska (Januskiewicz, 2016).

W przedstawionej pracy wykorzystano wywiad ustrukturyzowany oraz kwestionariusze psychologiczne. Za pomocą wywiadu badacz jest w stanie uzyskać wszystkie szczegółowe informacje, które pomogą mu osiągnąć wyznaczony cel badania. Dodatkowo podczas wywiadu możemy stosować inną metodę badawczą, czyli obserwację. Dzięki temu badacz może zobaczyć i lepiej zrozumieć emocje osoby badanej. Wyróżniamy wywiady skategoryzowane, nieskategoryzowane, jawne, ukryte, indywidualne, zbiorowe (Żelazo, 2013). Wywiad pogłębiony skupia się na poznaniu osobistego punktu widzenia respondenta, jego wiedzy i sposobu myślenia. Prowadzony jest on na podstawie scenariusza, jednakże zapewnia swobodną wypowiedź, a jego konstrukcja jest elastyczna. Wywiad pogłębiony daje możliwość

uzyskania bardziej szczegółowych informacji o osobie badanej i badanym zjawisku (Czarnik, 2020). Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych oraz Kwestionariusz Poczucia Stresu, pozwalają na ocenę stylów radzenia sobie ze stresem oraz tego w jaki sposób osoba badana reaguje na stres. Natomiast Inwentarz Stanu i Cechy Lęku określa poziom lęku respondenta. Przedstawione kwestionariusze są standaryzowane, trafne oraz rzetelne (Brzeziński, 2019).

Badanie naukowe jest bardzo złożonym procesem. Na samym początku zanim jeszcze przejdziemy do realizacji badań musimy ustalić przedmiot badania jak i jego cel. Przedmiotem badań są wszelkie zjawiska, rzeczy, obiekty wokół, których prowadzimy całe badanie oraz formułujemy pytania badawcze (Sołoma, 2002). Przedmiotem niniejszych badań jest zróżnicowanie strategii radzenia sobie ze stresem, jego poziomu oraz adaptacji do choroby nowotworowej u pacjentów onkologicznych i ich partnerów, ze szczególnym uwzględnieniem poniższych aspektów:

- **Adaptacja do choroby nowotworowej-** formy przystosowania się pacjenta i jego partnera do choroby nowotworowej (zarówno emocjonalnie, psychicznie jak i fizycznie, na różnych etapach choroby, biorąc pod uwagę różne czynniki np. wsparcie społeczne)
- **Strategie radzenia sobie ze stresem-** stosowane metody radzenia sobie u pacjentów i ich partnerów
- **Poziom poczucia stresu-** sposób w jaki pacjenci i ich partnerzy odczuwają stres i jak dane zjawisko na nich oddziałuje
- **Lęk-** jego rola w chorobie nowotworowej, rodzaje i jego związek ze stresem
- **Jakość życia-** sposób w jaki choroba nowotworowa zmienia jakość życia i funkcjonowanie pacjenta i jego partnera.

Celem badania jest bardziej dogłębne poznanie zagadnienia jakie interesuje badacza. Musi być on jasny, konkretny i realny (Zaczyński, 1995). Jest on efektem końcowym całego badania, do którego zmierza badacz (Maszke, 2004). Celem realizowanej pracy było:

- **Ocena adaptacji do choroby nowotworowej pacjentów i ich partnerów -** z naciskiem na m.in. zmiany zachodzące w życiu codziennym w wyniku działania choroby, nagła zmiana ról życiowych
- **Analiza poziomu stresu pacjentów i ich partnerów-** reakcje emocjonalne, poczucie kontroli nad występującą sytuacją stresową



- **Porównanie strategii radzenia sobie ze stresem u pacjentów i ich partnerów-** z naciskiem na to jak choroba nowotworowa oddziałuje na radzenie sobie ze stresem
- **Ocena poziomu lęku i jego relacji ze stresem-** skupienie się na tym co najczęściej powoduje lęk zarówno u pacjentów i ich partnerów, w jaki sposób sobie z nim radzą i w jaki sposób jest związany ze stresem.

## 4.2 Problematyka badawcza

Realizując badanie, na początku badacz musi zastanowić się na czym chce się skupić i co chce ostatecznie zbadać. Problem badawczy jest, więc pytaniem, na którego odpowiedź poznamy na drodze badania naukowego (Łobocki, 2000). Stanowi on “podstawowy i wyjściowy etap procesu badawczego” (Nowosielski, 2012). Problem badawczy musi być określony bardzo jasno i precyzyjnie (Kuś, Stefańska, Bukowska, 2015).

Celem przedstawionego badania było uzyskanie odpowiedzi na podane pytanie główne: **W jaki sposób choroba nowotworowa rzutuje na poziom stresu, strategie radzenia sobie oraz adaptację u pacjentów onkologicznych i ich partnerów?**

Na podstawie pytania głównego, określono poniższe pytania szczegółowe:

- 1. Jaki jest poziom stresu u pacjentów onkologicznych i ich partnerów?**
- 2. Jakie style radzenia sobie ze stresem prezentują pacjenci onkologiczni i ich partnerzy?**
- 3. Jaki jest poziom lęku u pacjentów i ich partnerów oraz w jaki sposób go przeżywają?**
- 4. Jak pacjenci onkologiczni i ich partnerzy adaptują się do wyniku choroby nowotworowej?**
- 5. Jak poziom stresu, lęku i style radzenia sobie ze stresem rzutują na adaptację do choroby?**

Analizowano podane zmienne jakościowe:

- **Poziom poczucia stresu-** stres zewnętrzny, doświadczanie napięcia emocjonalnego, stres intrapsychiczny (Plop, Makarowski, 2010).
- **Style radzenia sobie ze stresem-** dyspozycja jednostki i określający ją zbiór strategii, które uruchamiane są w wyniku wystąpienia sytuacji stresowej (Herberger, 2016)



- **Lęk**- stan emocjonalny, któremu towarzyszy niepokój, poczucie osamotnienia, a także szereg objawów somatycznych (Błaszczyk, 2022)
- **Adaptacja do choroby nowotworowej**- przystosowanie się do aktualnej sytuacji życiowej, sposoby radzenia sobie z danym wydarzeniem, w tym przypadku z chorobą nowotworową (Aleksander, 2017).

### 4.3 Studium przypadku

Badania jakościowe charakteryzują się opisem, interpretacją i objaśnieniem zjawisk społecznych, kulturowych, edukacyjnych, poprzez badania empiryczne i interpretację grupowych i indywidualnych doświadczeń, opisie świata oraz relacji społecznych, za pomocą analizy jakościowej i wybranych metod jakościowych. Zawierają one opisy o ludzkich przeżyciach. Wynikiem końcowym badań jakościowych oraz interpretacji jakościowych jest analiza teoretyczna oraz ujęcie koncepcyjne i teoretyczne zintegrowanie pojęć (Juszczak, 2013).

Biorąc pod uwagę naukowy podział badań na jakościowe i ilościowe, studium przypadku zalicza się do pierwszej grupy. Stosując wybraną metodę stosuje się również badania ilościowe (Klimczak, Wachowicz, 2015).

Studium przypadku jest jednym z rodzajów badania empirycznego, które skoncentrowane jest na zjawiskach wymagających szczegółowej analizy wynikającej z jego unikalności i złożoności (Filanowski, 2021). Punktem wyjściowym w omawianej metodzie jest przedmiot badań. Studium przypadku skupia się na przedstawieniu, analizie i/lub nadzorowaniu indywidualnego przypadku (np. jednostki, grupy, narodowości, instytucji). Badacz największy nacisk kładzie na dokumentowanie i pozyskiwanie danych. Efektem końcowym jest przedstawienie, analiza i kontrola badanego przypadku (Klimczak, Wachowicz, 2015).

### 4.4 Narzędzia badawcze

W celu szczegółowej analizy i interpretacji wielokrotnego studium przypadku w niniejszej pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:



- **Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS), Mieczysław Plopa i Ryszard Makarowski**

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Mieczysława Plopa i Ryszarda Makarowskiego przeznaczony jest do pomiaru struktury doznań stresowych. Składa się z 27 stwierdzeń, które osoba badana ocenia na 5-stopniowej skali, na której krańcach znajdują się odpowiedzi “prawda” oraz “fałsz. Kwestionariusz pozwala na określenie wyniku ogólnego poziomu stresu oraz wyników w trzech wymiarach: Napięcia emocjonalnego (7 pozycji), Stresu zewnętrznego (7 pozycji), Stresu intrapsychoicznego (7 pozycji). Dodatkowo kwestionariusz zawiera skalę Kłamstwa, składającą się z 6 pozycji (Plopa, Makarowski, 2010). Wymiar napięcia emocjonalnego koncentruje się m.in. na poczuciu niepokoju oraz niepewności, występujących w życiu codziennym trudnościach, brakiem energii oraz brakiem realizacji założonych planów, drażliwości w relacjach interpersonalnych oraz poczuciu zmęczenia i braku energii bez jednoznacznej przyczyny. Skala stresu zewnętrznego opisuje naciski zewnętrzne, które wywołują u jednostki stres m.in. poczucie niesprawiedliwej oceny ze strony innych ludzi, poczucie bezradności wynikające z ciągłego bronięcia swojego zdania, uczucie niepokoju, w związku z wrażeniem bycia wykorzystywanym przez innych oraz frustracja, iż stawiane wymagania przekraczają posiadane zasoby. Stres intrapsychoiczny związany jest z nieumiejętnością radzenia sobie z występującymi przeżyciami, przez jednostkę zarówno w przeszłości, teraźniejszości jak i przyszłości. Owa skala odnosi się do takich charakterystyk jak: zamartwianie się, obawa z bycia słabym psychicznie, gorszym od innych, poczucie, iż ma się problemy ze sobą, ciągłe odczuwanie, że coś się straciło, pesymizm i niepokój podczas myślenia o przyszłości. Natomiast skala kłamstwa pozwala na “wykrycie” osób, które stawiają się w bardzo korzystnym świetle i przedstawiają tylko i wyłącznie swoje mocne strony. Może być to związane zarówno z chęcią zmylenia innych jak i ze słabego krytycyzmu (Plopa, Makarowski, 2010). Wynik ogólny polega na zsumowaniu punktów z wymiarów: napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny i stres intrapsychoiczny.

Rzetelność testu została potwierdzona w wyniku zbadania 296 osób dorosłych, obu płci. Współczynniki zgodności, w trzech wymiarach zawierały się w przedziałach 0,70-0,81. Dla skali Kłamstwa rzetelność wyniosła 0,57. Trafność teoretyczna została sprawdzona korelując wyniki KPS z wynikami innych testów, takich jak: NEO-FFI (kwestionariusz osobowości), STAI (inwentarz stanu i cechy lęku), PTS (kwestionariusz temperamentu), BDI (skala depresji Becka), SPR-2 (kwestionariusz postaw rodzicielskich), KSP (kwestionariusz



stylów przywiązania) oraz KDM-2 (kwestionariusz satysfakcji z małżeństwa). Potwierdzono również trafność czynnikową (Plopa, Makarowski, 2010).

- **Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) N. S. Endler, J. D. A. Parker**

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) stworzony przez N. S. Endler, J. D. A. Parker, w polskiej adaptacji P. Szczepaniak, J. Strelau, K. Wrześniewski. Pozwala on określić, jaki styl radzenia sobie ze stresem najczęściej stosuje osoba w obliczu trudnej i stresującej sytuacji. Narzędzie składa się z 48 stwierdzeń, które osoby badane oceniają na 5-stopniowej skali, określającej częstotliwość podejmowania aktywności w sytuacjach stresowych (Strelau, Jaworowska, 2020). Wyniki przedstawione są w trzech skalach: SSZ (styl skoncentrowany na zadaniu), SSE (styl skoncentrowany na emocjach) oraz SSU (styl skoncentrowany na unikaniu), który może przybierać dwie formy: PKT (poszukiwanie kontaktów towarzyskich) i ACZ (angażowanie się w czynności zastępcze). Pierwsza ze skal (SSZ) określa styl radzenia sobie ze stresem dotyczący podejmowania zadań. Wysoki wynik w owej skali wskazuje na to, iż w sytuacji stresowej osoba badana nastawiona jest na zadaniowe i praktyczne rozwiązanie problemu. Skala skoncentrowana na emocjach (SSE) dotyczy stylu, który jest charakterystyczny dla osób emocjonalnie reagujących w sytuacjach stresowych, skupiających się na swoich przeżyciach, fantazjowaniu i myśleniu życzeniowym. Ostatnia ze skal (SSU) określa styl radzenia sobie ze stresem, który charakterystyczny jest dla osób unikających myślenia, przeżywania, a także doświadczania sytuacji stresowych. Jedną z form stylu unikowego opiera się na angażowaniu w czynności zastępcze (ACZ), takie jak np.: oglądanie telewizji, robienie zakupów. Druga forma skupia się na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (PKT), w celu zapomnienia o sytuacji stresowej (Strelau, Jaworowska, 2020).

Rzetelność testu została określona poprzez badanie zgodności wewnętrznej skal oraz stabilności bezwzględnej. Zgodność wewnętrzna została określona poprzez przeprowadzenie pięciu badań, w których w sumie wzięło udział 2898 respondentów. Współczynnik alfa Cronbacha dla przedstawionych skal wyniósł od 0,72 do 0,92. Współczynniki korelacji stabilności bezwzględnej wahała się między 0,51, a 0,73. Trafność testu sprawdzono poprzez analizę czynnikową oraz poprzez określenie trafności kryterialnej (Strelau, Jaworowska, 2020).

- **Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene**



Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) autorstwa C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene, w polskiej adaptacji C. D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski. Kwestionariusz przeznaczony jest do badania lęku, który rozumiany jest jako uwarunkowany i przejściowy sytuacyjnie stan w jakim znajduje się jednostka oraz lęku, który rozumiany jest jako względnie stała cecha osobowości (Waluch i in., 2010). Narzędzie składa się z dwóch skal: (X-1) do badania lęku-stanu oraz (X-2) do badania lęku-cechy. Każda ze skal składa się z 20 pozycji. Osoba badana wybiera jedną z 4 dostępnych odpowiedzi, która najbardziej odpowiada jej subiektywnej opinii na temat określonego stwierdzenia (Wrześniewski i in., 2011). Lęk-stan to świadome i subiektywne odczuwanie emocji, głównie napięcia, wszelkie obawy i niepokój, które związane jest z pobudzeniem układu nerwowego. Jego cechą charakterystyczną jest zmienność, ponieważ zależy głównie od oddziaływania aktualnych sytuacji i bodźców, które są dla jednostki zagrażające. Lęk-cecha rozumiany jest jako względnie stała dyspozycja psychiczna, która sprawia, iż dana osoba postrzega obiektywnie niezagrażające sytuacje jako zagrażające i reagowanie na nie silnym lękiem, który jest proporcjonalny do wielkości niebezpieczeństwa.

Obie skale kwestionariusza charakteryzują się wysoką zgodnością wewnętrzną. Stabilność bezwzględna jest nieco niższa w skali X-1, w wyniku czego wyniki w owej skali mogą zmieniać się w zależności od sytuacji. Trafność teoretyczna narzędzia została potwierdzona w wielu badaniach. Wyniki kwestionariusza silnie korelują z innymi narzędziami, które badają podobne konstrukty teoretyczne do lęku (Wrześniewski i in., 2011).

- **Ustrukturyzowany kwestionariusz wywiadu**

Wywiad ustrukturyzowany to jedna z technik badawczych, charakteryzująca się wysoką trafnością i rzetelnością. Umożliwia zebranie odpowiednich danych na temat rozmówcy, ocenę jego postawy, zachowania, bazując na międzyludzkiej rozmowie (Cyrkot, Gawęda, Szczepanowski, 2016). Kwestionariusz oparty jest na wcześniej przygotowanym zestawie pytań, które zadawane są każdej osobie badanej w dokładnie tej samej kolejności. Zapewnia to spójność całego procesu i łatwość w porównaniu wyników badania.

W niniejszym badaniu respondenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na 16 pytań, które dotyczyły następujących obszarów: moment i reakcja na diagnozę, adaptacja do choroby nowotworowej, relacja z partnerem, sposoby radzenia sobie z diagnozą, oddziaływanie choroby na życie codzienne, stres i lęk w chorobie onkologicznej, otrzymywane formy wsparcia. Udzielone odpowiedzi pozwoliły na: ocenę poziomu adaptacji pacjentów

onkologicznych i ich partnerów do choroby nowotworowej, analizę poziomu stresu pacjentów i ich partnerów, porównanie strategii radzenia sobie ze stresem oraz ocenę poziomu lęku i jego relacji ze stresem. Wszystkie omówione kwestie pozwoliły również na lepsze zrozumienie osób badanych i ich potrzeb.

#### **4.5 Grupa badana i przebieg badań**

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 5 par małżeńskich, w której jeden z małżonków jest pacjentem onkologicznym. Przed przystąpieniem do badania respondenci zostali poinformowani o jego celu i przebiegu. Wytłumaczono osobom badanym, iż głównym celem badania jest pogłębienie wiedzy na temat adaptacji do choroby nowotworowej, stresie i lęku, który towarzyszy przez cały okres trwania choroby oraz roli relacji partnerskich. Uczestnicy zostali poinformowani o anonimowości badania, dobrowolności udziału oraz możliwości rezygnacji, na każdym jego etapie.

Badania zostały przeprowadzone poprzez osobiste rozmowy, trwające około 45 min, w okresie od lipca do września 2025 roku. Wybrana forma badawcza pozwoliła na indywidualne i elastyczne dobranie dynamiki rozmowy oraz do pogłębienie interesujących i niezbędnych danych. Wszystkie rozmowy odbyły się w miłej i profesjonalnej atmosferze. W celu zachowania anonimowości, w badaniu zostały użyte fikcyjne imiona osób badanych.



## Rozdział 5 Wyniki badań własnych – wielokrotne studium przypadku

### 5.1 Indywidualne wyniki badań

#### Para nr 1: Maria i Stanisław

**Maria- 42 lata**

**Stan rodzinny- mężatka, dorosłe dzieci**

**Sytuacja zawodowa- aktywna zawodowo**

**Czas od diagnozy- 2,5 roku**

**Etap leczenia- w trakcie chemioterapii**

Tabela 1. Wyniki Marii w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Steny	Wynik w stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
Styl zadaniowy (SSZ)	47	3	2-4	Niski
Styl emocjonalny (SSE)	67	9	9-10	Wysoki
Styl unikowy (SSU)	46	6	1-4	Średni
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	24	7	6-8	Średni
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)	18	6	5-7	Średni

Źródło: Badania własne



Tabela 2. Wyniki Marii w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Lęk-stan	Wynik Surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
	<b>68</b>	<b>10</b>	<b>9-10</b>	<b>Wysoki</b>

Źródło: Badania własne

Tabela 3. Wyniki Marii w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	27	7	wysoki
Stres zewnętrzny	32	8	wysoki
Stres intrapsychniczny	31	8	wysoki
Skala kłamstwa	20	7	przeciętny
<b>Skala ogólna</b>	<b>90</b>	<b>8</b>	<b>wysoki</b>

Źródło: Badania własne

Maria zмага się z chorobą nowotworową od ponad dwóch lat, obecnie nadal pozostaje w trakcie leczenia. Początkowo kobieta była przekonana, iż zgłaszane przez nią dolegliwości nie są poważne. Jednakże dalsza diagnostyka potwierdziła chorobę nowotworową. Moment diagnozy opisuje jako najgorsze doświadczenie w życiu, któremu towarzyszył ogromny stres, lęk ale również szok i niedowierzanie. Kobieta podkreśla jednak, że otrzymanie telefonu z wynikami przyniosło jej pewną ulgę „jak już dostałam telefon, to w sumie cieszyłam się, że chociaż wiem co to jest”.

W dalszej części wywiadu Maria dokładnie opisuje w jaki sposób choroba zmieniła jej codzienność. Na samym początku kobieta starała się funkcjonować jak dotychczas. Jej odskocznią była i nadal jest praca. Mimo tego po kilku miesiącach chemioterapii pojawiły się pierwsze skutki uboczne takie jak: zmęczenie, duża bezsilność oraz brak apetytu, co skutkowało nagłą utratą wagi. Maria przyznała, że w tamtym okresie najtrudniejszym dla niej momentem były osiemnaste urodziny jej młodszej córki. W wyniku choroby i nasilających się dolegliwości



nie była w stanie uczestniczyć w tym wydarzeniu tak bardzo jak tego pragnęła. Aktualnie dzięki lepszemu samopoczuciu kobieta może kontynuować pracę zawodową, a także uczestniczyć w życiu rodzinnym i społecznym. Zdaje sobie jednak sprawę, iż jej ciało i umysł potrzebują większego odpoczynku i, że zdarzają się dni, w których jest mniej mobilna. Adaptacja do choroby nowotworowej w przypadku Marii pojawiała się stopniowo. Na chwilę obecną respondentka całościowo radzi sobie dobrze. Największy stres odczuwa przed nowymi badaniami i wizytami u lekarza. Ma świadomość, że jest w stanie przezwyciężyć chorobę, a każde nowe wyniki dodają jej siłę i chęć do walki.

Badana w rozmowie wielokrotnie podkreśla, że nieodłącznym elementem jej życia jest stres. W chwili obecnej głównie jest on związany z przeżywaniem choroby nowotworowej, natomiast wcześniej dotyczył on każdego aspektu codziennego funkcjonowania. Nawet teoretycznie błahe sytuacje wywoływały u kobiety silne poczucie stresu. W wyniku tego u Marii pojawia się wiele emocji, które woli przeżywać w samotności. Jej odskocznia od stresu są również zakupy lub oglądanie telewizji. Dodatkowo kobieta odczuwa silny lęk o własne życie i o to, że zostawi swoją rodzinę. Stara się samodzielnie radzić sobie z pojawiającymi się trudnościami.

Podczas całego okresu trwania choroby największym wsparciem dla kobiety jest rodzina. W szczególności mowa tu o córkach oraz mężu. Po usłyszeniu diagnozy partner Marii zrezygnował z pracy, aby móc zawozić ją na każde badanie. Sama kobieta przyznaje, że jej mąż „najbardziej przeżywa tą sytuację”. Relacja małżeństwa od początku choroby uległa zmianie. Z jednej strony są ze sobą jeszcze bliżej niż kiedykolwiek, aczkolwiek pojawiają się również konflikty, które sprawiają, że w niektórych sytuacjach ciężko im zrozumieć siebie nawzajem. Maria bowiem potrzebuje w niektórych momentach samotności, jej mąż natomiast jest bardzo opiekuńczy i chce spędzać z nią każdą wolną chwilę. Kobieta stara się zrozumieć jego zachowanie, jednak bywa to ciężkie.

W rozmowie pojawiło się również pytanie o formy wsparcia, z których korzysta kobieta. Maria oświadczyła, iż nigdy nie korzystała z pomocy psychologa, nie uczestniczyła także w spotkaniach grup wsparcia.



**Stanisław- 44 lata**  
**Stan rodzinny- zamężny, dorosłe dzieci**  
**Sytuacja zawodowa- aktywny zawodowo**

Tabela 4. Wyniki Stanisława w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
Styl zadaniowy (SSZ)	70	8	7-9	Wysoki
Styl emocjonalny (SSE)	25	2	1-4	Niski
Styl unikowy (SSU)	36	4	3-6	Średni
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	22	7	5-8	Średni
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)	14	4	2-6	Średni

Źródło: Badania własne

Tabela 5. Wyniki Stanisława w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Lęk-stan	Wynik Surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
	36	5	4-6	Średni

Źródło: Badania własne



Tabela 6. Wyniki Stanisława w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	19	4	niski
Stres zewnętrzny	18	4	niski
Stres intrapsychiczny	21	5	przeciętny
Skala kłamstwa	10	1	niski
<b>Skala ogólna</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>niski</b>

Źródło: Badania własne

Stanisław jest mężem Marii oraz ojcem dwóch dorosłych córek. Diagnoza żony była dla niego dużym szokiem. Bowiem jak sam wspomina początkowo nawet nie brał pod uwagę tego, iż może to być nowotwór. Od pierwszych wizyt u lekarza starał się wspierać i uspokajać swoją żonę. Sam moment potwierdzenia choroby nowotworowej opisuje jak „zamurowanie”. Nie wiedział jak ma się zachować, ogarnął go stres i lęk. Jednakże szybko przyjął rolę „organizatora”, postanowił zrezygnować na jakiś czas z pracy zawodowej aby móc towarzyszyć żonie przy każdej wizycie u lekarza. Zaczął również sam na własną rękę czytać i szukać odpowiednich klinik i lekarzy, którzy mogliby pomóc Marii.

Mężczyzna w dokładny sposób opisuje jak zmieniła się codzienność zarówno jego jak i całej rodziny. Poza rezygnacją z pracy, Stanisław starał się przejąć wcześniejsze obowiązki żony aby jak najmocniej odciążyc ją od codziennych czynności. Opisuje ten czas jako ciężki ale przynoszący dużo refleksji na temat życia. Najważniejszym aspektem dla mężczyzny było zapewnienie bezpieczeństwa żonie. Przyznaje, że w pewnych sytuacjach ciężko było mu zrozumieć jej zachowanie i izolację. Starał się być jak najbardziej opiekuńczy co spotykało się z jej frustracją. Do tej pory zdarzają się momenty, w których jest to powodem ich kłótni. Mężczyzna zapytany o to w jaki sposób choroba żony zmieniła ich relację, odpowiada, iż stała się ona bardziej dynamiczna. Doceniają siebie jak nigdy dotąd, aczkolwiek w niektórych sytuacjach trudno jest im zrozumieć swoje emocje.

Adaptacja do choroby nowotworowej partnerki wymagała od mężczyzny dużego zrozumienia dla niej i dla samego siebie. W rozmowie podkreśla: „nie wiem czy całkowicie



można zaakceptować daną sytuację, po pewnym czasie człowiek się po prostu przyzwyczaja do nowej codzienności”. Przyznaje, że na pewno w akceptacji i nowej codzienności pomogło mu jego zadaniowe podejście, które stosuje w sytuacjach stresowych. Oczywiście stres i lęk związany z chorobą nowotworową żony jest jego codziennością, aczkolwiek stara się w tym wszystkim zachować chłodną głowę. Wie, że jego żona bardzo emocjonalnie reaguje na stres oraz odczuwa silny lęk w związku z pojawiającymi się dolegliwościami. Tym bardziej jego stanowcze podejście jest filarem, który trzyma ich rodzinę nadal razem. Stanisław największy lęk odczuwa, gdy tylko pojawiają się nowe wyniki badań Marii, chociaż w porównaniu do początków choroby ma w sobie teraz dużo nadziei i wiary, że wszystko będzie dobrze. Nie dopuszcza do siebie myśli, że jego żony może zabraknąć, odsuwa od siebie lęk związany z możliwością pogorszenia się jej stanu.

Największe wsparcie mężczyzna czuje od swoich dzieci. Jego żona, w szczególności gdy jest w coraz lepszej formie także stara się wspierać męża i doceniać wszystko co dla niej robi. Stanisław zapytany o jego własne potrzeby, odpowiada, że chciałby jedynie aby Maria zrozumiała, że jego opiekuńczość nie jest niczym złym i wszystko co robi jest po to by żyło im się lepiej i żeby żona nie musiała się o nic martwić.

Mężczyzna do tej pory nie korzystał z dostępnych form wsparcia aczkolwiek jest otwarty na to aby w przyszłości skorzystać z pomocy specjalistów.

#### Zalecenia psychoterapeutyczne

Zarówno Maria jak i Stanisław nie korzystali dotychczas ze wsparcia psychologicznego. Biorąc pod uwagę różnice w przeżywaniu stresu oraz lęku warto byłoby zaproponować partnerom odmienne formy wsparcia. Maria jako pacjentka onkologiczna ale i osoba silnie reagująca na stres, lęk oraz pojawiające się trudności mogłaby skorzystać z psychoterapii indywidualnej. Praca z terapeutą pomogłaby kobiecie zredukować pojawiające się napięcie emocjonalne, a także popracować nad strategiami radzenia sobie ze stresem i lękiem oraz dogłębne zrozumienie podanych stwierdzeń i emocji, które ze sobą niosą.

Stanisław jest osobą, która radzi sobie z trudnościami w sposób zadaniowy, co może w przyszłości skutkować wypaleniem i osłabieniem wynikającym z ciągłą organizacją. Dodatkowo jako partner pacjenta onkologicznego jest on narażony przeciążeniem emocjonalnym. W tym przypadku dobrym rozwiązaniem byłoby rozpoczęcie uczestnictwa w grupach wsparcia dla rodzin pacjentów, które pozwalają na wymianę doświadczeń, zmartwień oraz swoich przemyśleń.



Biorąc pod uwagę pojawiające się między parą konflikty oraz częsty brak zrozumienia, wspólne konsultacje małżonków z terapeutą mogłyby poprawić ich funkcjonowanie. Przedstawienie swoich potrzeb i swojej perspektywy zwiększyłoby poczucie bliskości i bezpieczeństwa między partnerami.



**Para nr 2: Monika i Krzysztof**

<b>Monika- 37 lat</b>
<b>Stan rodzinny- mężatka</b>
<b>Sytuacja zawodowa- aktywna zawodowo, brak dzieci</b>
<b>Czas od diagnozy- rok</b>
<b>Etap leczenia- w trakcie chemioterapii</b>

Tabela 7. Wyniki Moniki w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
Styl zadaniowy (SSZ)	43	2	1-3	Niski
Styl emocjonalny (SSE)	68	10	9-10	Wysoki
Styl unikowy (SSU)	42	5	4-7	Średni
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	25	8	6-9	Wysoki
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)	20	7	5-9	Średni

Źródło: Badania własne

Tabela 8. Wyniki Moniki w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Lęk-stan	Wynik Surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
	64	9	9-10	Wysoki

Źródło: Badania własne



Tabela 9. Wyniki Moniki w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	27	7	wysoki
Stres zewnętrzny	27	6	przeciętny
Stres intrapsychoiczny	26	6	przeciętny
Skala kłamstwa	16	4	niski
<b>Skala ogólna</b>	<b>80</b>	<b>7</b>	<b>wysoki</b>

Źródło: Badania własne

Monika potwierdzenie diagnozy nowotworowej otrzymała niecały rok temu. Jak sama wspomina „zaczęło się niewinnie, od rutynowych badań”. Nie przywiązywała do nich większej uwagi. Jednakże sytuacja zmieniła się, gdy otrzymane wyniki zaniepokoiły lekarza. Kobieta została skierowana na dodatkowe badania, które w późniejszym czasie potwierdziły nowotwór. Samo usłyszenie diagnozy Monika pamięta jak przez mgłę. O nowotworze dowiedziała się w gabinecie lekarskim. Niestety tego dnia nikt z bliskich nie mógł jej towarzyszyć, więc gdy tylko opuściła gabinet wybuchła ogromnym płaczem. Emocje jakie towarzyszyły jej w tamtym momencie to przede wszystkim bezradność, lęk oraz niedowierzanie, że spotkało to właśnie ją. Po powrocie do domu podzieliła się informacjami z mężem i siostrą. Jak podkreśla był to dla nich duży szok. Przez kilka pierwszych dni zarówno kobieta jak i jej partner nie mogli odnaleźć się w nowej codzienności. Monika bardzo emocjonalnie podchodziła do zaistniałej sytuacji. Codziennie towarzyszył jej płacz i głębokie analizowanie „co będzie dalej”. Kobieta podkreśla, że pamięta, iż zaczęła chorobliwie sprzątać dom i ogród. Robiła tak zawsze gdy znajdowała się w nowej sytuacji stresowej. Mąż kobiety natomiast spędzał dużo czasu poza domem, spędzając czas z przyjaciółmi. Gdy Monika rozpoczęła leczenie, przebywała na zwolnieniu lekarskim, jak sama twierdzi praca była ostatnią rzeczą, o której myślała. Codziennosc kobiety zmieniła się diametralnie. Także dla jej męża, który towarzyszył jej w niektórych badaniach. Na część wołała jeździć sama. Większą część tygodnia Monika spędzała w szpitalach i na szukaniu innych „opcji” leczenia. Przed chorobą była bardzo aktywna zarówno zawodowo jak i społecznie. Na chwilę obecną woli spędzać czas w samotności. W wywiadzie kobieta jasno podkreśla, iż codziennie towarzyszy jej lęk o własne zdrowie i życie, z którym nie potrafi sobie poradzić. Zapytana o akceptację swojej choroby,

odpowiada, że na ten moment nadal nie jest w stanie pogodzić się z tym, iż choruje, a jej życie całkowicie się rozleciało. Nawet prawidłowe wyniki oraz pozytywne podejście lekarzy nie są w stanie sprawić, że będzie chociaż trochę spokojniejsza. Nieustannie odczuwa silne napięcie emocjonalne.

W wyniku choroby jej relacje z mężem znacząco się pogorszyły. Jak wcześniej zostało wspomniane kobieta odizolowała się społecznie. Ma ona żal do męża, że nie rozumie jej emocji. Twierdzi, że Krzysztofa w ogóle nie stresuje owa sytuacja i żyje on „normalnie” jak do tej pory. Przed chorobą Moniki małżeństwo zaczęło swoje starania o dziecko. Niestety w chwili obecnej kobieta nie jest pewna czy jeszcze kiedykolwiek będzie miała szansę zajść w ciążę. To dodatkowo wprowadza wśród małżonków napięcie i powoduje coraz większe kłótnie.

Monika deklaruje, iż od dwóch miesięcy uczestniczy w indywidualnych spotkaniach z psychoonkologiem, dzięki którym ma nadzieję na lepsze zaakceptowanie swojej choroby, nowej rzeczywistości oraz zmian jakie zachodzą w jej ciele. Różnice jakie kobieta widzi w swoim wyglądzie mocno oddziałują na jej psychikę, bowiem nie jest w stanie pokochać siebie i swojego ciała tak jak miało to miejsce przed zachorowaniem na nowotwór.

**Krzysztof- 38 lat**

**Stan rodzinny- zamężny, brak dzieci**

**Sytuacja zawodowa- aktywny zawodowo**

Tabela 10. Wyniki Krzysztofa w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Steny	Wynik w stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
Styl zadaniowy (SSZ)	68	7	6-9	Średni
Styl emocjonalny (SSE)	33	4	3-5	Średni
Styl unikowy (SSU)	48	6	5-8	Średni
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	23	7	5-8	Średni



**Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) 25 10 8-10 Wysoki**

Źródło: Badania własne

Tabela 11. Wyniki Krzysztofa w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Lęk-stan	Wynik Surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
	41	7	5-7	Wysoki

Źródło: Badania własne

Tabela 12. Wyniki Krzysztofa w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	19	4	niski
Stres zewnętrzny	22	5	przeciętny
Stres intrapsychiczny	20	4	niski
Skala kłamstwa	16	3	niski
<b>Skala ogólna</b>	<b>61</b>	<b>5</b>	<b>przeciętny</b>

Źródło: Badania własne

Krzysztof, mąż Moniki moment poznania diagnozy nowotworowej wspomina jako szokujący i mrozący krew w żyłach. Relacjonuje, że w tamtym momencie odczuwał lęk i obawę przed tym czy razem z żoną poradzą sobie w nowej sytuacji. Na początku miał również żal do samego siebie, iż nie towarzyszył Monice w wizycie u lekarza, na której poznała wyniki badań. Mężczyzna podkreśla, że inaczej wyobrażał sobie niedaleką przyszłość. Razem z żoną bardzo przygotowywali się do rozpoczęcia starań o dziecko, myślał również nad zmianą pracy. Nagle jego plany się rozsypały i nie wiedział w jaki sposób ma je ponownie poukładać. Mężczyzna przyznaje, że starał się od początku żyć tak jak dotychczas, jednak gdy widział w jakim stanie jest jego żona i jak bardzo zamyka się na świat, sam zaczął odczuwać silny lęk i niepokój. Codziennie spotykał się z przyjaciółmi, dzięki czemu mógł chociaż na chwilę pozbyć się negatywnych emocji. Zachęcał do tego Monikę aczkolwiek nie była ona chętna na

jakiegokolwiek wyjścia. Z wywiadu wynika, iż mężczyzna starał się wspierać żonę i towarzyszyć jej w całym procesie leczenia, jednakże sposób w jaki do tego podchodził był daleki od tego czego potrzebowała i nadal potrzebuje żona. Krzysztof wielokrotnie podkreślał, że przestał rozumieć Monikę i ciężko zaakceptować mu fakt, że żona tak łatwo się poddaje i załamuje.

Mężczyzna jest świadomy powagi choroby, jednak jak sam twierdzi do pełnej akceptacji owej sytuacji potrzeba jeszcze czasu. Dodatkowo twierdzi, iż byłoby mu „łatwiej” gdyby jego relacja z żoną i jej ogólne nastawienie się zmieniło.

Przed pojawianiem się choroby nowotworowej Krzysztof swoje małżeństwo opisuje jako spokojne, między nim a żoną pojawiały się nic nie znaczące kłótnie, które szybko potrafili załagodzić. Na ogół byli jednak ze sobą zgodni, wspierali się w swoich wzajemnych postanowieniach, lubili spędzać ze sobą czas. Często wyjeżdżali i prowadzili aktywny tryb życia. Choroba zmieniła relacje małżonków bardzo drastycznie i zweryfikowała na jakich polach nie są w stanie ze sobą współpracować. Dotychczas różnice występujące między Moniką a Krzysztofem, między innymi w sposobach radzenia sobie ze stresem lub samym poczuciem stresu im nie przeszkadzały. Aktualnie stanowią źródło poważnego konfliktu. Mężczyzna opisuje się jako osoba twardo stąpająca po ziemi, starająca nie reagować zbyt emocjonalnie na pojawiające się problemy. Jak już wcześniej zostało wspomniane nie jest w stanie, więc zrozumieć podejścia Moniki i braku chęci walki z jej strony. Pomimo tego, iż relacja pary pogorszyła się, Krzysztof przyznaje, że codziennie odczuwa lęk i strach, że pewnego dnia może zabraknąć jego żony. Nie jest w stanie wyobrazić sobie życia bez niej.

Mężczyzna za namową przyjaciół postanowił rozpocząć terapię indywidualną. Cieszy się również z faktu, iż jego żona podjęła się pracy z specjalistą. Wierzy w to, iż czas i odpowiednie wsparcie pomoże im przebrnąć przez cały okres leczenia i zaakceptować nową rzeczywistość.

### **Zalecenia psychoterapeutyczne**

Zarówno Monika jak i Krzysztof zdecydowali się na pracę ze specjalistami i uczęszczanie na terapie indywidualne. Praca z odpowiednim wsparciem pomoże małżonkom zrozumieć siebie i swoje emocje.

Jednakże zważając na problem jakim jest znaczące pogorszenie się relacji między nimi, wskazane mogłoby być rozważenie wspólnej terapii, która poprawiłaby ich komunikację, zwiększyła wzajemne zrozumienie oraz uświadomiła w jaki sposób wspólnie mogą walczyć z chorobą. Zważając na fakt, iż w przeszłości małżonkowie lubili aktywnie spędzać czas



zapropnowanie im powrotu do ulubionych aktywności mogłoby pozytywnie wpłynąć na ich relację. Odpowiednio dobrane zadania, które nie obciążałyby zdrowia Moniki zbliżyłyby parę na nowo. Mogliby w ten sposób przypomnieć sobie najpiękniejsze momenty i siłę jaką niegdyś wspólnie reprezentowali.



**Para nr 3: Ewa i Piotr**

<b>Ewa- 36 lat</b>
<b>Stan rodzinny- mężatka, jedno dziecko w wieku 4 lat</b>
<b>Sytuacja zawodowa- nieaktywna zawodowo</b>
<b>Czas od diagnozy- 3 lata</b>
<b>Etap leczenia- stan pooperacyjny</b>

Tabela 13. Wyniki Ewy w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
Styl zadaniowy (SSZ)	42	2	1-3	Niski
Styl emocjonalny (SSE)	63	9	8-10	Wysoki
Styl unikowy (SSU)	58	8	7-9	Wysoki
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	35	10	9-10	Wysoki
<b>Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)</b>	23	9	7-10	Wysoki

Źródło: Badania własne

Tabela 14. Wyniki Ewy w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Lęk-stan	Wynik Surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
	72	10	9-10	Wysoki

Źródło: Badania własne



Tabela 15. Wyniki Ewy w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	28	7	wysoki
Stres zewnętrzny	32	8	wysoki
Stres intrapsychiczny	32	8	wysoki
Skala kłamstwa	16	4	niski
<b>Skala ogólna</b>	<b>92</b>	<b>8</b>	<b>wysoki</b>

Źródło: Badania własne

Ewa diagnozę nowotworową usłyszała trzy lata temu. Kobieta przyznaje, że przez całe swoje życie odczuwała ogromny lęk związany z potencjalnym zachorowaniem, gdyż zarówno jej mama jak i babcia były pacjentkami onkologicznymi. Moment, w którym ona sama dowiedziała się o chorobie wspomina jako silnie obciążający psychicznie. Lęk potęgowała również świadomość, iż Ewa rok wcześniej urodziła córeczkę. Jej myśli zaczęły krążyć wokół dziecka i tego, że w najgorszym wypadku je zostawi. Wiedziała również z czym mierzyli się jej bliscy i jak mniej więcej będzie wyglądać jej walka o zdrowie.

Pomimo towarzyszącego lęku i stresu, który paraliżował Ewę od samego początku była zdeterminowana i wiedziała, że nie może się poddać. Dzięki wcześniejszym doświadczeniom oraz wsparciu męża przeszła stopniowy proces akceptacji choroby. Po długich rozmowach z partnerem Ewa postanowiła zrezygnować z pracy i skupić się na leczeniu oraz opiece nad córeczką. Aby uniknąć myślenia o chorobie zaczęła angażować się w wiele innych czynności m.in. szukała ciągle nowego hobby, spotykała się z przyjaciółmi.

Najcięższym etapem leczenia dla Ewy było zaakceptowanie swojego ciała, które diametralnie zmieniło się w wyniku operacji oraz chemioterapii. Utrata włosów oraz zmiany w ciele powodowały u kobiety poczucie wstydu i częste wybuchy płaczu. Jej samoocena znacząco ucierpiała, nie była w stanie spojrzeć w lustro z uśmiechem. Dodatkowo odczuwała stres podczas spotkań z innymi, nie chciała być bowiem oceniana z powodu swojego wyglądu.

Choroba nowotworowa Ewy zbliżyła do siebie ją i jej męża. Małżeństwo przeprowadziło ze sobą wiele rozmów, które miały im pomóc w lepszym zrozumieniu swoich



potrzeb. Dodatkową motywacją była dla nich ich mała córeczka. Nie chcieli aby dziecko odczuło diametralnie zmiany jakie zajdą w ich codzienności. Na tyle ile było to możliwe i stan Ewy na to pozwalał starali się organizować różnego rodzaju wycieczki lub inne, mniej wymagające aktywności aby jeszcze mocniej zbliżyć do siebie swoją rodzinę. Dużym wsparciem okazała się także teściowa kobiety, która przejęła na jakiś czas opiekę nad wnuczką, dzięki czemu Ewa miała możliwość odpoczynku m.in. po operacji. Kobieta podkreśla, iż bez wsparcia rodziny ale także bez wcześniejszej wiedzy na temat chorób nowotworowych nie dała by rady przez to wszystko przejść.

W pierwszym roku trwania leczenia Ewa korzystała z pomocy psychoonkologa, później zrezygnowała z uczestniczenia w wizytach. Oboje z Piotrem wzięli także udział w kilku spotkaniach grup wsparcia.

**Piotr- 38 lat**  
**Stan rodzinny- zamężny, jedno dziecko w wieku 4 lat**  
**Sytuacja zawodowa- aktywny zawodowo**

Tabela 16. Wyniki Piotra w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Steny	Wynik w stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
Styl zadaniowy (SSZ)	70	8	7-9	Wysoki
Styl emocjonalny (SSE)	34	4	3-5	Średni
Styl unikowy (SSU)	41	5	4-7	Średni
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	25	8	6-9	Wysoki
<b>Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>3-7</b>	<b>Średni</b>

Źródło: Badania własne



Tabela 17. Wyniki Piotra w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Lęk-stan	Wynik Surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
	28	3	1-4	Niski

Źródło: Badania własne

Tabela 18. Wyniki Piotra w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	22	5	przeciętny
Stres zewnętrzny	15	3	niski
Stres intrapsychniczny	21	5	przeciętny
Skala kłamstwa	15	2	niski
<b>Skala ogólna</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>przeciętny</b>

Źródło: Badania własne

W przeprowadzonym wywiadzie Piotr, mąż Ewy wyznaje, iż choroba nowotworowa żony przewartościowała wiele rzeczy w jego życiu. Wiedział, że kobieta jest obciążona genetycznie aczkolwiek starał się o tym nie myśleć, nie potrzebował poruszać z nikim tego tematu. Gdy żona mężczyzny zachorowała podszedł do tematu bardzo zadaniowo. Wiedział, że w tej sytuacji musi być dla niej jeszcze większym wsparciem niż kiedykolwiek. Od początku rozumiał powagę sytuacji, starał się jednak nie panikować. Czuł na sobie ogromną odpowiedzialność, wiedział, że od teraz będzie musiał przejąć większość obowiązków oraz zapewnić bezpieczeństwo żonie i córce. Rodzina od zawsze była dla niego najważniejsza i wiedział, że wspólnymi siłami są w stanie poradzić sobie nawet z najgorszą sytuacją. Oczywiście bywały dni, w których mężczyzna odczuwał zmęczenie psychiczne i fizyczne. W pewnym momencie towarzyszyło mu również pewnego rodzaju wypalenie, a po głowie zaczęły krążyć różne myśli, które powodowały silny lęk. Działo się to po operacji Ewy, która sprawiła, iż kobieta podupadła psychicznie. Piotr nie wiedział w jaki sposób ma pomóc żonie w zrozumieniu, iż nadal jest piękną i silną kobietą. Wiedział, że zmiany, które są skutkiem

leczenia wywołują dużo negatywnych emocji w kobiecie. Liczne rozmowy z rodziną oraz przyjaciółmi oraz uczestniczenie w spotkaniach grup wsparcia pozwoliły Piotrowi na lepsze zrozumienie Ewy, co w późniejszym czasie przełożyło się na poprawę akceptacji własnego ciała u kobiety. Mężczyzna wyznaje, iż wsparcie bliskich było dla niego nieocenione. Jest wdzięczny każdej osobie, która nawet w najmniejszym stopniu przyczyniła się do poprawy funkcjonowania ich rodziny w tym trudnym czasie.

Piotr zapytany o adaptację do choroby żony stwierdził, że od samego rozpoznania starał się akceptować daną sytuacją. Zdawał sobie sprawę, iż nie jest to wina ani jego ani tym bardziej Ewy i jedyne co mogą zrobić to walczyć. Jeśli chodzi o relacje małżonków Piotr uważa, że nigdy wcześniej nie był z żoną tak blisko i nie kochał jej tak bardzo. Powtarza, że Ewa jest dla niego prawdziwym bohaterem i jest z niej niesamowicie dumny. Największym marzeniem mężczyzny jest powiększenie rodziny i spędzenie reszty życia z Ewą.

### **Zalecenia psychoterapeutyczne**

Ewa i Piotr są bardzo świadomą parą, rozumiejącą powagę choroby kobiety i skutki jakie ze sobą niesie. Pomimo towarzyszącego lęku i stresu oboje dość szybko zaadaptowali się do danej sytuacji. Posiadali wcześniejsze doświadczenie i wiedzę na temat wsparcia pacjentów onkologicznych, co było niezbędne w procesie ich adaptacji. Dodatkowo otwartość pary na branie udziału w spotkaniach grup wsparcia była niezwykle istotnym elementem, który pozytywnie wpłynął na ich funkcjonowanie. Dobra komunikacja między małżonkami sprawiła, że przez cały czas byli w stanie wspierać siebie i zapewnić przy tym odpowiednią opiekę swojej córce.

Biorąc pod uwagę fakt, iż choroba nowotworowa była ciężkim przeżyciem dla Ewy pod względem jej samooceny, propozycją dla niej byłoby wzięcie udziału w spotkaniach kobiet, które również zmagają się z takimi doświadczeniami. Wsparcie od innych pacjentek i podzielenie się swoją historią pokazałoby kobiecie, iż jest w stanie pokochać siebie na nowo

**Para nr 4: Aneta i Robert**

**Aneta- 41**  
**Stan rodzinny- mężatka, 1 dorosłe dziecko**  
**Sytuacja zawodowa- nieaktywna zawodowo**  
**Czas od diagnozy- 1,5 roku**  
**Etap leczenia- w trakcie chemioterapii**

Tabela 19. Wyniki Anety w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
Styl zadaniowy (SSZ)	50	4	3-5	Średni
Styl emocjonalny (SSE)	57	8	7-9	Wysoki
Styl unikowy (SSU)	63	9	8-10	Wysoki
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	38	10	9-10	Wysoki
<b>Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>8-10</b>	<b>Wysoki</b>

Źródło: Badania własne

Tabela 22. Wyniki Anety w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Lęk-stan	Wynik Surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
	60	10	8-10	Wysoki

Źródło: Badania własne



Tabela 21. Wyniki Anety w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	31	8	wysoki
Stres zewnętrzny	29	7	wysoki
Stres intrapsychiczny	27	6	przeciętny
Skala kłamstwa	23	9	wysoki
<b>Skala ogólna</b>	<b>87</b>	<b>8</b>	<b>wysoki</b>

Źródło: Badania własne

Aneta o swojej chorobie nowotworowej dowiedziała się 1,5 roku temu. Zbiegło się to w czasie z wyprowadzką jej jedynej córki na studia. Otrzymanie diagnozy wywołało u kobiety silny stres, który sprawił, iż przez kilka dni nie była w stanie wstać z łóżka i funkcjonować tak jak dotychczas. W każdym momencie dnia odczuwała lęk, zastanawiała się „czy dożyje w ogóle najbliższych świąt”. Jej codzienność została przepełniona strachem, a choroba była jedną wielką niewiadomą. Nigdy wcześniej nie pomyślałaby, że znajdzie w takiej sytuacji.

Aneta od wielu lat była osobą nieaktywną zawodowo. Jednakże mocno angażowała się w kwestie społeczne. Uwielbiała spędzać czas z przyjaciółmi, często organizowała tematyczne przyjęcia, które łączyły ze sobą wszystkich sąsiadów. W wyniku choroby kobieta musiała wycofać się z dotychczasowych przedsięwzięć. Było to dla niej niezwykle trudne, nie potrafiła zaakceptować nowej rzeczywistości. Czuła ciągle wyrzuty sumienia, że nie jest na tyle mobilna i nie ma siły na pomaganie innym oraz na wspieraniu swoich bliskich. Ponadto bardzo emocjonalnie podchodziła do wyprowadzki swojej jedynej córki. Z powodu leczenia nie mogła uczestniczyć w jej wkraczaniu w dorosłe życie. Aneta przyznaje, że ma tendencję do myślenia katastroficznego. Dlatego także jej myśli były często skupione wokół śmierci. Strach z tym związany paraliżował kobietę. Unikała rozmów o leczeniu, a każda wizyta u lekarza wywoływała i nadal wywołuje duży stres. Choroba nowotworowa jest dla Anety na tyle dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym, iż kobieta nie jest w stanie zaakceptować nowej rzeczywistości. Skutki uboczne leczenia wywołują liczne, uciążliwe objawy m.in. problem z jedzeniem i trawieniem, co doprowadziło do znaczącej utraty wagi. Aneta przyznaje, że nadal odczuwa bardzo duże osłabienie i na ten moment nie jest w stanie sobie wyobrazić, że mogłoby być lepiej.

Kobieta może liczyć na wsparcie córki, rodzeństwa, męża oraz znajomych. Społeczność, do której należy zorganizowała specjalną zbiórkę, aby odciążyć finansowo rodzinę kobiety. Był to dla niej przejaw niezwyklej dobroci i wdzięczności. Największym źródłem spokoju i ukojenia jest dla kobiety modlitwa.

Relacje z mężem Aneta opisuje jako bardzo dobre. Pomimo napięć jakie wywołała choroba ich relacja się pogłębiła. Od męża zawsze oczekiwała przede wszystkim wsparcia. Tym bardziej jest ona wdzięczna partnerowi, że towarzyszy jej podczas każdej wizyty u lekarza. Dzięki temu jej stres chociaż trochę się obniża. Zdaje sobie sprawę, iż dla Roberta również jest to diametralna zmiana. Jego podejście do życia różni się znacząco od podejścia Anety. Kiedyś było to dla niej trudne do zaakceptowania, że mąż niczym się nie stresuje tak jak ona. Teraz podkreśla, iż to, że Robert jest tak spokojny uratowało ją i jej rodzinę.

Kobieta nie korzystała do tej pory ze specjalistycznej pomocy psychologicznej. Uważa, że jest to dla niej za trudne emocjonalnie i nie wie czy byłaby w stanie się przed kimś otworzyć i rozdrapywać każdą z ran.

**Robert- 44 lata**  
**Stan rodzinny- zameżny, 1 dorosłe dziecko**  
**Sytuacja zawodowa- aktywny zawodowo**

Tabela 22. Wyniki Roberta w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
Styl zadaniowy (SSZ)	65	7	6-9	Średni
Styl emocjonalny (SSE)	30	3	2-4	Niski
Styl unikowy (SSU)	33	3	2-4	Niski
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	20	6	5-7	Średni
<b>Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>3-5</b>	<b>Średni</b>

Źródło: Badania własne



Tabela 23. Wyniki Roberta w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Lęk-stan	Wynik Surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja w Średni
	38	5	4-6	

Źródło: Badania własne

Tabela 24. Wyniki Roberta w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	24	6	przeciętny
Stres zewnętrzny	21	5	przeciętny
Stres intrapsychniczny	21	5	przeciętny
Skala kłamstwa	22	8	wysoki
<b>Skala ogólna</b>	<b>83</b>	<b>7</b>	<b>wysoki</b>

Źródło: Badania własne

Robert opisuje siebie jako osobę spokojną i racjonalną. Usłyszenie od żony informacji o chorobie opisuje jako emocjonalny szok i niedowierzanie. Jednakże dzięki umiejętności opanowania emocji szybko przeszedł do działania. W przeszłości opiekował się chorym na nowotwór ojcem. Wiedział jak choroba potrafi wyniszczyć człowieka i jak zmienia funkcjonowanie całej rodziny. Opisywane doświadczenie dało Robertowi dużo pewności i wiedzę, że przy dobrej organizacji oraz przy „odrobinie szczęścia” wszystko będzie dobrze. Przyznaje, iż gdyby nie jego przeżycia i spokój jaki w sobie posiada akceptacja i przystosowanie się do choroby onkologicznej żony zajęłoby mu znacznie więcej czasu i byłoby o wiele cięższe.

Robert jest bardzo zaangażowany w pomoc żonie i opiekę. Jednakże często tłumi swoje emocje i nie lubi o nich rozmawiać. Z dużym poczuciem winy przyznaje, iż ostatnimi czasy odczuwa wysoki poziom stresu i zmęczenie wynikające z danej sytuacji. Mężczyzna dodaje, iż praca jest dla niego pewnego rodzaju ucieczką. Odczuwa bowiem,



że tylko tam może znowu poczuć, iż ma nad czymś kontrolę. Wypalenie objawia się u mężczyzny problemami ze snem i brakiem apetytu. Nie chce obciążać żony swoimi „problemami”, dlatego też nie dzieli się z nią swoimi emocjami i trudnościami. Mężczyzna nie korzysta również ze wsparcia specjalistów. Twierdzi, iż sam jest w stanie sobie ze wszystkim poradzić.

Odpowiednie i bliskie relację z żoną były dla niego od zawsze bardzo ważne. Choroba nowotworowa tylko je pogłębiła. Chociaż tłumienie w sobie emocji zarówno ze strony Roberta jak i Anety jest czasami problemem i wywołuje między nimi napięcia. Ważnym aspektem dla mężczyzny jest również wsparcie ich córki, która bardzo przeżywa chorobę mamy i to, że nie może z nią codziennie przebywać. Robert jako osoba „ogarniająca” wszystko wokół obawia się czy w przyszłości będzie miał nadal tyle siły, aby w odpowiedni sposób pomagać Anecie.

### **Zalecenia psychoterapeutyczne**

Aneta przejawia silne poczucie lęku i stresu, towarzyszy jej również duże napięcie emocjonalne i katastroficzne podejście do choroby. W związku z tym najlepszym rozwiązaniem dla kobiety byłoby zachęcenie jej do udziału w terapii indywidualnej. Poprzez psychoedukację oraz odpowiednie techniki kobieta nauczyłaby sobie radzić z negatywnymi emocjami oraz wszelakimi trudnościami. Dodatkowo zachęcenie Anety do stopniowego powrotu do działania w lokalnej społeczności, mogłoby przynieść jej ponowne poczucie sprawczości.

Propozycją dla Roberta jest udział w konsultacji indywidualnej lub grupowej, na której poruszane byłyby tematy wypalenia opiekuna, praca nad własnymi emocjami oraz poczuciem własnej wartości. Odciążyłoby to mężczyznę psychicznie i pomogłoby mu ponownie poczuć kontrolę nad życiem osobistym.

Dodatkowym zaleceniem dla pary jest wspólne uczestniczenie w terapii, na której mogliby się podzielić ze sobą swoimi napięciami oraz przemyśleniami. W ten sposób ich komunikacja byłaby jeszcze lepsza i żadne z nich nie odczuwałoby poczucia winy związanego z obciążaniem partnera/partnerki swoimi emocjami.



**Para nr 5: Dagmara i Marek**

<b>Dagmara- 41 lat</b>
<b>Stan rodzinny- mężatka, trójka dzieci</b>
<b>Sytuacja zawodowa- aktywna zawodowo</b>
<b>Czas od diagnozy- 4 lata</b>
<b>Etap leczenia- po leczeniu operacyjnym i chemioterapii</b>

Tabela 25. Wyniki Dądmary w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

<b>Skala</b>	<b>Wynik surowy</b>	<b>Steny</b>	<b>Wynik stenach (przedział ufności 95%)</b>	<b>Interpretacja</b>
Styl zadaniowy (SSZ)	<b>65</b>	<b>7</b>	<b>6-9</b>	<b>Średni</b>
Styl emocjonalny (SSE)	<b>61</b>	<b>9</b>	<b>8-10</b>	<b>Wysoki</b>
Styl unikowy (SSU)	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>1-3</b>	<b>Niski</b>
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1-2</b>	<b>Niski</b>
<b>Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>2-4</b>	<b>Niski</b>

Źródło: Badania własne

Tabela 26. Wyniki Dądmary w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

<b>Lęk-stan</b>	<b>Wynik Surowy</b>	<b>Steny</b>	<b>Wynik stenach (przedział ufności 95%)</b>	<b>Interpretacja</b>
	<b>45</b>	<b>7</b>	<b>5-7</b>	<b>Wysoki</b>

Źródło: Badania własne



Tabela 27. Wyniki Dagmary w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	30	8	wysoki
Stres zewnętrzny	27	6	przeciętny
Stres intrapsychniczny	26	6	przeciętny
Skala kłamstwa	22	8	wysoki
<b>Skala ogólna</b>	<b>83</b>	<b>7</b>	<b>wysoki</b>

Źródło: Badania własne

Dagmara swoje początki choroby opisuje jako wyczerpujące i wymagające od niej i od jej rodziny wiele wysiłku i nerwów. O diagnozie dowiedziała się wykonując rutynowe badania. Po usłyszeniu słów lekarza jej świat się zawalił. Jej myśli zostały od razu skierowane w kierunku trójki małych dzieci. W głowie ciągle powtarzała sobie, że nie może zostawić swojej rodziny, że przecież bez niej sobie nie poradzą. Jej strach dotyczył również pracy, w której pełniła wysokie stanowisko. Nie chciała przyjąć do wiadomości tego, że będzie musiała na chwilę odpuścić i swój perfekcjonizm i ambicje odłożyć na dalszy tor. Samo myślenie o leczeniu i możliwej hospitalizacji wywoływały u niej lęk i stres. Nigdy wcześniej nie doświadczyła w życiu czegoś podobnego. W jej rodzinie również nie było przypadków zachorowania na nowotwór. Tym bardziej było to dla niej trudne i przez długi czas nie mogła zaakceptować poznanej diagnozy.

Jak wielokrotnie podkreśla jej skłonność do samokrytyki i chęć kontrolowania wszystkiego wokół sprawiała, że ciężko było jej odpuścić i zaufać lekarzom. Brak sił i osłabienie jakie pojawiło się w wyniku leczenia dobijało Dagmarę. Kobieta przyznaje, że nigdy w życiu nie przeplakała tyle nocy jak przez te kilka lat chorowania. Oprócz strachu i bezsilności towarzyszyła jej często złość oraz napięcie. Wszyscy wokół mówili, że nie może się poddawać i, że musi walczyć. Choć mogła liczyć na pomoc męża i rodziny, przyznaje, że czuła się bardzo samotna. Jedyne czego pragnęła to powrotu dawnego życia.

Choroba nowotworowa Dagmary zaburzyła funkcjonowanie rodziny. Leczenie, hospitalizacja oraz opieka nad dziećmi wywoływała u niej jak i u jej męża ogrom



frustracji. Oboje zaczęli być zmęczeni całą sytuacją, co doprowadzało do licznych kłótni i braku wzajemnego zrozumienia. Brak wspólnego języka i odpowiedniej komunikacji oddaliła od siebie małżonków. Dagmara przyznaje, że było to dla niej kolejnym ciosem ale w pewnym momencie straciła siłę, aby walczyć o swoje małżeństwo. Na chwilę obecną relację z mężem opisuje jako zimną i zdystansowaną.

Dagmara na chwilę obecną czuje się lepiej, jej adaptacja do choroby i zrozumienie siebie również się poprawiło. Jednakże jak sama przyznaje wymagało to od niej dużo czasu i przepracowania wszystkiego we własnej głowie. Najważniejszym aspektem dla kobiety jest zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom. Pomimo bardzo dobrych rokowań Dagmarze ciągle towarzyszy stres i strach, iż choroba powróci ze zdwojoną siłą.

**Marek-49 lat**  
**Stan rodzinny- zamężny, trójka dzieci**  
**Sytuacja zawodowa- aktywny zawodowo**

Tabela 1. Wyniki Marka w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
Styl zadaniowy (SSZ)	71	8	7-9	Wysoki
Styl emocjonalny (SSE)	43	6	4-7	Średni
Styl unikowy (SSU)	36	4	3-6	Średni
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	22	7	5-8	Średni
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)	14	4	3-5	Średni

Źródło: Badania własne



Tabela 29. Wyniki Marka w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Lęk-stan	Wynik Surowy	Steny	Wynik stenach (przedział ufności 95%)	Interpretacja
	31	4	3-5	Niski

Źródło: Badania własne

Tabela 30. Wyniki Marka w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik Surowy	Steny	Interpretacja
Napięcie emocjonalne	22	5	przeciętny
Stres zewnętrzny	19	4	niski
Stres intrapsychiczny	15	3	niski
Skala kłamstwa	12	1	niski
<b>Skala ogólna</b>	<b>56</b>	<b>4</b>	<b>niski</b>

Źródło: Badania własne

Marek dzień poznania diagnozy żony opisuje jako trudny i szokujący. Chyba ostatnie czego by się spodziewał to usłyszenie, że ktoś z jego rodziny będzie zmagał się z tak ciężką chorobą. Szybko postanowił skupić się na pracy i na całej logistyce związanej z rozpoczynającym się leczeniem żony. Nie chciał obciążać emocjonalnie dzieci, więc zaczął organizować im zajęcia popołudniowe aby te jak najmniej odczuły unoszący się w domu stres.

Mężczyzna przyznaje, że często unikał rozmów na temat choroby żony i twierdził, że nie ma czego roztrząsać, lepiej działać. Dodatkowo twierdzi, iż lęk jest czymś co można łatwo kontrolować i nie rozumie on dlaczego jego żona cały czas dobija samą siebie. Marek zawodowo pełni funkcję dyrektora w dużej korporacji stąd też jego podejście, że przy odpowiedniej organizacji można ze wszystkim sobie poradzić. Jak sam przyznaje, w życiu jest mało rzeczy, które mogą wywołać u niego stres. Raczej spokojnie podchodzi do każdej sytuacji, nawet tej zdrowotnej. Pierwszym jego krokiem w pomocy żonie było zorganizowanie najlepszej opieki medycznej. Dawało mu to poczucie spokoju, gdyż wiedział, że Dagmara jest



w najlepszych możliwych rękach i z pomocą specjalistycznego zespołu szybko dojdzie do siebie.

W relacji z żoną mężczyzna przyjął rolę wspierającą, jednakże różniła się ona od tego czego oczekiwała Dagmara. Kobieta potrzebowała rozmowy, czuła się samotna, natomiast Marek twierdził, iż zapewnienie odpowiedniej formy leczenia i stabilności materialnej jest wystarczające. Mężczyzna przyznał, że czuje, że jego relacja z żoną jest coraz bardziej oschła i z każdym dniem jeszcze mocniej się od siebie oddalają. Mimo trudności występujących w ich małżeństwie Marek zapewnia, iż bardzo kocha swoją żonę i tęskni za ich dawnym życiem, za dynamiką jaka w nim panowała. Obecnie czuje się wyczerpany emocjonalnie. Deklaruje również, że nie korzystał z pomocy psychologicznej i nie widzi sensu aby to zmieniać.

### **Zalecenia psychoterapeutyczne**

Najważniejszym zaleceniem w przypadku Dagmary oraz Marka są zaproponowanie małżeństwu wzięcia udziału w terapii dla par. Choć mężczyzna nie wykazuje chęci skorzystania z pomocy psychologicznej, relacja małżonków potrzebuje specjalistycznego podejścia. W wyniku choroby para w znaczący sposób się od siebie oddaliła, są zdystansowani oraz czują ciągłą frustrację. Odpowiednio dobrana terapia pomogłaby odbudować więź małżeństwa. Marek mógłby nauczyć się rozpoznawać i rozmawiać o swoich emocjach ale i zrozumieć emocje partnerki. Dagmara zaś miała by przestrzeń do podzielenia się swoimi trudnościami, bez strachu, że zostanie oceniona.

Dodatkowo kobieta mogłaby skorzystać z indywidualnej terapii lub w spotkaniach grupowych, które uregulowałyby towarzyszące jej negatywne emocje związane ze lękiem o wznowie choroby.

## **5.2 Zbiorcza analiza wyników**

Na podstawie przeprowadzonej analizy danych uzyskanych od pięciu par małżeństw, w których jedna z osób zmagą się z chorobą nowotworową, można wyróżnić określone zależności oraz wskazać wstępne odpowiedzi na zadane wcześniej pytania badawcze. Jednakże należy mieć na uwadze, iż ze względu na nieliczną grupę badawczą, wyniki nie powinny być uogólniane na całą populację par zmagających się z tematem choroby onkologicznej. Mimo to uzyskane dane dostarczają cennych spostrzeżeń na temat funkcjonowania tych rodzin.



W odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze dotyczące poziomu stresu pacjentów onkologicznych oraz ich partnerów, bazując na wynikach uzyskanych w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS), można stwierdzić iż osoby zmagające się z chorobą nowotworową wykazują wysoki poziom napięcia emocjonalnego, stresu intrapsychicznego oraz zewnętrznego. Dodatkowo wyniki wskazują na wysoki ogólny poziom poczucia stresu. Głównymi czynnikami, które zwiększają poziom stresu są trudności związane z przeżywaniem choroby nowotworowej m.in. zmiany zachodzące w ciele, duże obciążenie psychiczne, trudność leczenia oraz zmiany w codziennym funkcjonowaniu. Dodatkowo pacjenci onkologiczni zmagają się z ciągłą obawą o swoje zdrowie, pogłębienie się choroby, a w najgorszym wypadku o utratę życia i pozostawienie swoich bliskich. Partnerzy z kolei wykazują niskie bądź przeciętne wyniki poziomu poczucia stresu oraz napięcia emocjonalnego. Część mężczyzn wspominała, iż odczuwają silniejsze napięcie i stres w trudniejszych momentach m.in. podczas badań kontrolnych. Partnerzy deklarowali, iż zmniejszone poczucie stresu związane jest także z koniecznością pełnienia roli organizatora i chęci odciążenia partnerki. Zarówno pacjenci jak i ich partnerzy podkreślają, że choroba nowotworowa stanowi silne źródło stresu, w szczególności dla tej pierwszej grupy.

Odpowiadając na drugie pytanie badawcze odnośnie stylów radzenia sobie ze stresem jakie prezentują pacjenci i ich partnerzy, wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) wykazują, że w przypadku osób zmagających się z chorobą nowotworową dominuje styl emocjonalny oraz unikowy. Silne przeżywanie choroby, skłonność do zamartwiania się i analizowania zwiększają występowanie negatywnych emocji i braku konkretnego działania. Dodatkowo wysokie wyniki w stylu unikowym wskazują na fakt, iż część z pacjentów stara się odwrócić swoją uwagę od choroby m.in. poprzez angażowanie się w czynności zastępcze (np. chorobliwe sprzątanie) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich, dzięki którym osoba chora przyjmuje postawę, iż dobrze sobie radzi i nie potrzebuje pomocy. U większości pacjentów styl zadaniowy jest znacząco niższy, sugerując trudności w podejmowaniu decyzji i praktycznych działań związanych z redukcją choroby. W grupie partnerów można zauważyć przewagę stylu zadaniowego. Wyniki sugerują, że partnerzy nastawieni są na konkretne działanie oraz zapewnienie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa rodzinie. W krótkim czasie od poznania diagnozy zaczynają organizować nową codzienność oraz szukać najlepszych metod leczenia. W przypadku stylu skoncentrowanego na emocjach i unikaniu obserwujemy niższe wartości. Jednakże część z partnerów przyznaje, iż w gorszych momentach lub gdy odczuwają silne wyczerpanie mają tendencję do

angażowaniu się w czynności zastępcze lub kontakty towarzyskie, w celu redukcji stresu i napięcia.

W odpowiedzi na trzecie pytanie badawcze, które dotyczyło poziomu lęku pacjentów i ich partnerów oraz w jaki sposób go przeżywają, na podstawie danych uzyskanych w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI), możemy zaobserwować występowanie wysokiego wyniku u osób chorych na nowotwór. Już od początku usłyszenia diagnozy pacjenci deklarują, iż odczuwają silny lęk, który ciągnie się przez cały okres leczenia, nawet gdy przebiega ono w sposób prawidłowy. Dodatkowo każde badanie i oczekiwanie na wynik wywołuje reakcję lękową. Odczuwany lęk związany jest przede wszystkim z obawą o zdrowie i życie. Pacjenci opisują go jako paraliżujący stan, z którym często nie potrafią sobie poradzić i, który negatywnie oddziałuje na ich codzienne funkcjonowanie. Partnerzy natomiast w większości wykazują umiarkowany poziom lęku. Tak samo jak w przypadku pacjentów są oni mocno obciążeni aczkolwiek lepiej radzą sobie z kontrolowaniem reakcji lękowych oraz wykazują większą zdolność do racjonalnego myślenia. Nie zmienia to faktu, iż w przypadku zaostrzenia się stanu chorobowego partnerki odczuwają wzmożony poziom lęku.

Odpowiadając na czwarte pytanie badawcze związane z adaptacją pacjentów onkologicznych i ich partnerów do choroby nowotworowej możemy zauważyć, że w przypadku obu grup największą rolę w procesie adaptacji odgrywa czas, wzajemne wsparcie oraz ich ogólne podejście do walki z chorobą. Pary, które zmagają się z chorobą dłużej przyznają, że zaakceptowali fakt jej występowania i starają się powrócić do dawnego funkcjonowania. Natomiast w przypadku par, które o chorobie jednego z małżonków dowiedziały się stosunkowo niedawno proces adaptacji i akceptacji choroby jest ciągle w toku. Kolejnym czynnikiem mający pozytywne oddziaływanie na proces adaptacji jest wzajemne wsparcie. Pary, które przyznają, że choroba zacieśniła i pogłębiła ich relacje lepiej odnajdują się w nowej rzeczywistości i są lepiej nastawione do dalszego procesu leczenia. W małżeństwach, w których w wyniku choroby relacje się pogorszyły są narażone na dodatkowe napięcia i trudności, które negatywnie oddziałują na ich adaptację. Dodatkowym czynnikiem, który rzutuje na lepsze przystosowanie się do choroby onkologicznej jest pozytywne podejście zarówno pacjenta jak i jego partnera. Wiara w to, że będzie lepiej dodaje siłę i motywację choremu i całej jego rodzinie. Negatywne podejście z kolei zaburza funkcjonowanie całego gospodarstwa domowego.

Odnosząc się do piątego pytania badawczego, dotyczącego tego w jaki sposób poziom stresu, lęku oraz style radzenia sobie ze stresem rzutują na adaptację do choroby



nowotworowej, możemy zauważyć, iż im wyższy poziom stresu i lęku tym gorsza adaptacja i zaakceptowanie choroby. Dodatkowo zarówno styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach jak i na unikaniu negatywnie oddziałują na adaptację do choroby nowotworowej. Ma to związek przede wszystkim w nasileniu się negatywnych emocji oraz próbie ucieczki od problemu, które w przypadku długotrwałego leczenia nie przynoszą odpowiednich korzyści i nasilają poczucie bezradności. Dodatkowo występujące znaczące różnice w odczuwaniu stresu, lęku oraz w stylach radzenia sobie wśród par bywają powodem do powstawania konfliktów i braku wzajemnego zrozumienia.

Podsumowując, wyniki wskazują, że pacjenci onkologiczni i ich partnerzy doświadczają wielu trudności, które oddziałują na ich adaptację do choroby, wzajemne relacje oraz poczucie stresu i lęku. Pomimo różnic w doświadczeniach i przeżywaniu choroby nowotworowej, wspólnym aspektem pozostaje wysoki wynik poczucia stresu i lęku oraz emocjonalny styl radzenia sobie u pacjentów onkologicznych oraz zadaniowe i racjonalne podejście partnerów. Jednakże należy pamiętać, iż uzyskane wyniki nie generalizują całej populacji, mogą być jedynie początkiem do dalszych badań w omawianej grupie.



## Rozdział 6 Dyskusja wyników i wnioski z badań

W poniższym rozdziale dokonano analizy uzyskanych wyników w odniesieniu do postawionych na wcześniejszym etapie pytań badawczych, zestawiając je z badaniami naukowymi istniejącymi w danej dziedzinie.

### Poziom stresu wśród pacjentów onkologicznych i ich partnerów

W badanej grupie zaobserwowano wysoki wynik ogólny poczucia stresu u pacjentów onkologicznych oraz niski lub przeciętny wynik u ich partnerów. W przeprowadzonych przez Car, Życińską, Lasotę (2012) badaniach potwierdzono, że wysoki poziom stresu (dystresu) rzutuje na wysoki poziom depresji oraz gorszej samooceny stanu zdrowia. Można zaobserwować, więc podobieństwo w wynikach autorskich badań, w których możemy zauważyć wysokie występowanie stresu wśród osób chorych i jego negatywne oddziaływanie na ich codzienne funkcjonowanie. Pacjentki zgłaszają, że w wyniku silnego stresu występują u nich m.in. problemy z jedzeniem, zmęczenie oraz pogorszenie się relacji społecznych. Kajdaniuk i wsp. (1998) przedstawili model, który przedstawiał zależność pomiędzy doświadczanym stresem a zaburzeniami w funkcjonowaniu całego organizmu oraz możliwość jego oddziaływania na powstawanie choroby nowotworowej. Wyniki uzyskane wśród partnerów różnią się w porównaniu do osób chorujących. Może to mieć jednak związek, z tym, że bezpośrednio nie są oni dotknięci chorobą ale także w wyniku przejścia nowej roli starają się w racjonalny sposób podchodzić do danej sytuacji i redukować swój stres.

Podsumowując, stres jest wieloczynnikowym przeżyciem wywołującym wiele negatywnych emocji u osób chorujących i ich partnerów (Kozaka, 2010). Jego wysoki poziom jest zrozumiały w przypadku walki z chorobą nowotworową.

### Style radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów onkologicznych i ich partnerów

W badaniach własnych wskazano, iż stylem dominującym w radzeniu sobie ze stresem u pacjentów onkologicznych jest styl emocjonalny oraz unikowy. W przypadku partnerów najczęściej występującym jest styl zadaniowy. W badaniach przeprowadzonych przez Dryhnicz i Rzepę (2018) wykazano, iż pacjentki onkologiczne częściej stosują strategię opartą na emocjach. Dodatkowo w licznych badaniach (Basińska 2001; Kozaka 2010; Kurowska, Jenczewska 2013; za Dryhnicz, Rzepa, 2013) przeprowadzonych na grupie pacjentów onkologicznych potwierdzono, iż styl emocjonalny jest najczęściej dominującą strategią



radzenia sobie. Charakteryzuje się on obawą o własne życie, zdrowie oraz występowaniem silnych emocji związanych z chorobą, procesem leczenia oraz wsparciem bliskich. W wyniku zachorowania na chorobę nowotworową pacjent przez cały okres jej trwania prowadzi walkę ze swoim zdrowiem, a także ze śmiercią. Pojawia się wtedy wiele emocji, z którymi musi się zmierzyć. Można, więc stwierdzić, iż styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach jest trafnym i logicznym wyborem osób zmagających się z chorobą (Dryhynicz, Rzepa, 2018). W przypadku partnerów osób zmagających się z chorobą onkologiczną z przeprowadzonych przez Kurowską i Turowską (2008) badań wynika, iż najczęściej stosowanym jest styl zadaniowy. Zdecydowanie rzadziej występował styl oparty na emocjach. W badaniach własnych partnerzy wykazywali się dużą zdolnością organizacji oraz szybkiego przystosowania się do choroby małżonki. Fakt, iż w niniejszym badaniu dominujący okazał się styl zadaniowy może również wynikać z tego, iż partnerami byli wyłącznie mężczyźni. Zgodnie ze związkiem płci a wynikami CISS (Strealu, Jaworowska, 2020) możemy zaobserwować, że płęć męska w grupie 25-54 lata osiąga niższe wyniki w skali SSE i SSU, a wyższe w skali SSZ. Natomiast istnieje wiele badań, wśród nich są m.in. te zrealizowane przez Papastavrou, Charalambous i Tsangari (2011), z których wynika, iż większość opiekunów osób chorujących na nowotwór wykazywała emocjonalny styl radzenia sobie, który oparty był na wierze i nadziei, że będzie lepiej. Ponadto wskazany styl działania związany był z wystąpieniem dużego obciążenia psychicznego wynikającego ze sprawowaniem opieki nad chorym. Wyniki te wskazują, że styl radzenia sobie ze stresem zależy od wielu czynników m.in. poziomu zmęczenia, płci, poczuciu zrozumienia i wsparcia.

Podsumowując, analiza wyników nad strategiami radzenia sobie wśród pacjentów i ich partnerów pokazuje silną specyfikę działania choroby nowotworowej i jej oddziaływania na funkcjonowanie zarówno osoby chorej jak i jej rodziny oraz występowanie wielu czynników, które w znaczący sposób rzutują na wybranie odpowiedniej strategii radzenia sobie.

### **Poziom lęku wśród pacjentów i ich partnerów**

W analizie przeprowadzonych badań możemy zauważyć występowanie wysokiego poziomu lęku w grupie pacjentów onkologicznych oraz umiarkowanego poziomu u ich partnerów. Lęk jest ściśle związany z chorobą nowotworową. Towarzyszy on pacjentom od pierwszego dnia, w którym poznają diagnozę onkologiczną. Pojawia się również na późniejszych etapach m.in. w trakcie leczenia czy nawet po jego zakończeniu. Po rozpoznaniu choroby onkologicznej, lęk występuje u około 20% pacjentów (Gołota i in., 2017). Z przeprowadzonych badań wynika, iż do czynników, które związane są z występowaniem



lęku zaliczamy: płęć, to właśnie kobiety wykazują większe nasilenie poziomu lęku, wsparcie społeczne, udzielenie odpowiedniej opieki redukuje poziom lęku (Gołota i in., 2017). Porównując opisane czynniki do wyników badań własnych możemy zaobserwować istotne powiązania m.in. silniejsze odczuwanie lęku przez pacjentów onkologicznych niż ich partnerów, wynikające ze skłonności kobiet do większego odczuwania reakcji lękowych. W badaniach Dryhynicz i Rzepy (2018) ustalono, że pacjentki onkologiczne wykazują istotnie wysoki wynik lęku jako stanu. Dodatkowo zarówno pacjentki jak i ich małżonkowie podkreślali, iż w momencie gdy odczuwają wsparcie współmałżonka lub bliskich osób ich lęk nieco spada. Przeżywanie lęku związane jest również z rodzajem leczenia, rodzajem i stopniem zaawansowania nowotworu, przerzutami (Gołota i in., 2017). W przeprowadzonej analizie większość osób badanych deklarowała, iż leczenie, pogarszający się stan i bezsilność w znaczący sposób podnoszą poziom lęku. Takie same spostrzeżenia mieli partnerzy osób chorujących. Trudności związane ze zmianą codzienności, oczekiwanie na wyniki stanowią dobre pożywienie dla lęku (Dryhynicz, Rzepa, 2018).

### **Adaptacja do choroby nowotworowej pacjentów onkologicznych i ich partnerów**

W badanej grupie pacjentów onkologicznych oraz ich partnerów występowały znaczące różnice dotyczące adaptacji do choroby nowotworowej. Akceptacja choroby związana jest z uświadomieniem sobie, że będzie ona nam towarzyszyć codziennie i musimy dostosować do niej swoją codzienność. W badaniach Ruszkiewicz i Kreft (2017) autorki wykazały, że bardzo ważnym elementem w procesie adaptacji do choroby nowotworowej odgrywa wsparcie społeczne. Dodatkowo z badań Nowickiego i wsp. (2009) wynika, że pacjentki, które doświadczają wsparcia małżonków lepiej akceptują swoją chorobę. W przeprowadzonej analizie badane pary deklarowały, że choroba nowotworowa zmieniła ich relacje. U par, w których w wyniku choroby stosunki się pogorszyły występuje wiele negatywnych emocji oraz napięć, które mogą w dużym stopniu oddziaływać na proces adaptacji do choroby. Natomiast pary, u których można zaobserwować wysokie wsparcie, pogłębienie relacji oraz bardzo dobrą komunikację lepiej przystosowują się do nowej rzeczywistości. Dodatkowym aspektem, który potwierdziły liczne badania jest fakt, że wysoki poziom satysfakcji małżeńskiej pozytywnie oddziałuje na funkcjonowanie dzieci i całej rodziny w czasie zachorowanie jednego z rodziców (Zielazny i in., 2013). Kolejnym czynnikiem rzutującym na adaptację do choroby nowotworowej jest pozytywne podejście i wewnętrzna motywacja. Choć niezwykle trudne jest odnalezienie się w takiej sytuacji i jako pacjent i również jako partner nadzieja i wiara w to, że będzie lepiej zwiększa poczucie bezpieczeństwa



oraz funkcjonowania. Badania Zhu i in., (2024) dowodzą, że im wyższy poziom nadziei, tym lepsza adaptacja.

Podsumowując adaptacja do choroby nowotworowej wymaga wiele wysiłku i jest procesem, który zachodzi stopniowo i powoli. Uzyskane wyniki badań własnych wykazują podobieństwo z badaniami, które zostały przeprowadzone przez innych autorów, aczkolwiek trzeba mieć na uwadze fakt, iż proces adaptacji zależy od tak wielu czynników, że jego przeżywanie może się różnić zarówno wśród pacjentów jak ich partnerów.

### **Oddziaływanie stresu, lęku oraz strategii radzenia sobie na adaptację do choroby nowotworowej.**

Analiza stresu, lęku, strategii radzenia sobie i ich oddziaływania na adaptację do choroby nowotworowej wykazały, iż każdy z powyższych czynników pełni ważną rolę w procesie przystosowania się do choroby. W badaniu Dryhynicz i Rzepy (2018) stwierdzono, że niski poziom akceptacji choroby jest powiązany z występowaniem wysokiego poziomu lęku. Wiąże się to z przeprowadzonymi badaniami autorskimi, w których osoby badane potwierdzały, że lęk i obawa przed utratą zdrowia i życia sprawia, że nie są w stanie skupić się na pozytywnych aspektach i przystosować się do walki z chorobą. Ponadto silny lęk może wywoływać liczne objawy fizjologiczne oraz somatyczne, które zwiększają poczucie bezradności i bezsilności (Lelonek, Cieślik, Kamusińska, 2013). Na adaptację do choroby nowotworowej rzutuje również poziom stresu oraz to w jaki sposób dana osoba sobie z nim radzi. Z badań wynika, iż bierne i bezsilne podejście negatywnie koreluje z akceptacją choroby (Ruszkiewicz, Kreft, 2017). Dodatkowo wykazano, że strategie oparte na emocjach są dużym wydatkiem energetycznym, co też sprawia, że adaptacja do choroby jest trudniejsza i wolniejsza (Poręba-Chabros, Kolańska-Stronka, 2025). Biorąc pod uwagę przebadanych w badaniu własnym partnerów niższy poziom stresu oraz zadaniowe podejście do swojej roli mają pozytywne oddziaływanie na ich funkcjonowanie ale i na zapewnienie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa i opieki małżonkom. Część z osób badanych potwierdza również, że rosnące poczucie stresu zaburza ich codzienne funkcjonowanie i wywołuje niepotrzebne napięcie.

Podsumowując przeprowadzone badania są zgodne z wcześniejszymi badaniami naukowymi, w kontekście adaptacji do choroby nowotworowej, poczucia stresu, lęku oraz strategii radzenia sobie jakie towarzyszą pacjentom onkologicznym i ich partnerom. Jednakże należy pamiętać, iż ze względu na nieliczną grupę badaną oraz specyfikę tematu badania nie mogą być eksplorowane na całą populację.



Przeprowadzona analiza badań dotycząca pacjentów onkologicznych i ich partnerów pozwoliła na sformułowanie kilku wniosków, które mogą dostarczyć cenne spostrzeżenia i zachętę do rozszerzenia badań w danej tematyce. Wnioski mają charakter wyłącznie eksploracyjny i nie mogą być uogólniane na całą populację osób zmagających się z chorobą nowotworową oraz ich partnerów.

### **1. Istotna rola jakości komunikacji małżeńskiej i wsparcia społecznego w procesie adaptacji**

Uzyskane wyniki wykazują, że jakość komunikacji między małżonkami oraz poczucie wsparcia społecznego mają decydujące znaczenie w procesie adaptacji do choroby nowotworowej. Pary, u których w wyniku choroby relacja się pogorszyła wydają się gorzej przystosowane do wyzwań jakie niesie ze sobą choroba onkologiczna. Natomiast pary, w których relacja się polepszyła wykazują się większym zrozumieniem, dojrzałością emocjonalną oraz zrozumieniem emocji swoich i partnera. Dodatkowo nie są narażeni na dodatkowe negatywne napięcia, które rzutują na pogorszenie się stanu psychicznego i fizycznego. Ponadto wysokie wsparcie społeczne zwiększa poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejsza uczucie osamotnienia.

### **2. Zróżnicowany poziom lęku**

Badania wykazały, że osoby chorujące onkologicznie charakteryzują się wysokim poziomem lęku. Choroba nowotworowa jest bardzo ciężkim przeżyciem emocjonalnym. Dodatkowo leczenie jest długim i wymagającym procesem, który wymaga wiele motywacji i samozaparcia. Występujący lęk związany jest głównie z obawą o życie oraz zdrowie. Warto zwrócić uwagę, iż w przypadku partnerów pacjentów onkologicznych poziom lęku jest zróżnicowany. Może mieć to związek z kilkoma czynnikami m.in. codzienne obciążenia, różnica w podejściu do trudnej sytuacji, doświadczenie w występowaniu chorób onkologicznych w rodzinie, płeć.

### **3. Zróżnicowany poziom stresu**

Z badań wynika, iż im wyższy poziom stresu oraz napięcia emocjonalnego tym gorsze funkcjonowanie psychiczne oraz fizyczne. Stres oddziałuje na każdą część życia pacjenta i jego rodziny, może powodować problemy w codziennym funkcjonowaniu np. utrata apetytu, myślenie katastroficzne, brak chęci do dalszego leczenia. W przypadku choroby nowotworowej każda wizyta u lekarza jest obarczona występowaniem wysokiego poziomu stresu. Jego zróżnicowany poziom może zależeć m.in. od poziomu akceptacji choroby.

#### **4. Zróżnicowane style radzenia sobie ze stresem**

Pacjenci i ich partnerzy stosują różne sposoby radzenia sobie ze stresem. W przypadku osób zmagających się z chorobą nowotworową dominuje styl skoncentrowany na emocjach oraz unikaniu. Może mieć to związek z poczuciem niestabilności, niesprawiedliwości oraz i poziomem akceptacji. Dodatkowo odnalezienie się w nowej rzeczywistości, w części przypadków zrezygnowanie z pracy, zmiany w wyglądzie może wywoływać dużo emocji oraz chęci odizolowania się i ucieczki od problemu. Style radzenia sobie partnerów są zróżnicowane. W badaniach własnych w większości dominował styl zadaniowy, który może wynikać z poczucie obowiązku przejęcia roli organizatora oraz zapewnianiu stabilności osobie chorej.

#### **5. Znaczenie wsparcia psychologicznego**

Z badań wynika, że większość pacjentów oraz ich rodzin nie korzysta ze specjalistycznego wsparcia psychologicznego. W przypadku zmagania się z tak trudną sytuacją jaką jest choroba onkologiczna, niezwykle ważnym aspektem jest dbanie nie tylko o zdrowie fizyczne ale i psychiczne. W momencie usłyszenia diagnozy pojawia się wiele emocji, wątpliwości, z którymi bardzo często pacjent i jego rodzina nie są w stanie sobie poradzić. Uczestniczenie w indywidualnych terapiach, bądź też grupach wsparcia czy terapiach par może zwiększyć poczucie bezpieczeństwa oraz lepiej zrozumieć zaistniałą sytuację. Niechęć jaka pojawia się wśród niektórych osób badanych może mieć związek z odczuwaniem dyskomfortu w dzieleniu się swoimi emocjami i trudnościami. Należy jednak pamiętać, iż samodzielne zmaganie się z chorobą swoją lub osoby bliskiej może prowadzić do powstania dużego obciążenia i wyczerpania fizycznego i emocjonalnego.

## Zakończenie

Przeprowadzone badania miały na celu rozróżnienie istotnych kwestii w funkcjonowaniu pacjentów onkologicznych oraz ich partnerów. Szczególną uwagę zwrócono na ocenę poziomu odczuwanego stresu i lęku, strategię radzenia sobie ze stresem, adaptację do choroby nowotworowej oraz oddziaływanie powyższych czynników na przystosowanie się do choroby. Dodatkowo istotnym aspektem było zbadanie relacji między małżonkami i roli jaką pełni wsparcie społeczne w przypadku zmagania się z nowotworem. Badania zostały przeprowadzone na małej grupie badawczej. Umożliwiło to indywidualną i pogłębioną analizę doświadczeń pacjentów oraz ich partnerów. W skład grupy wchodziły osoby w różnym wieku, na różnych etapach chorobowych i przystosowaniem się do diagnozy. W badaniu wykorzystano następujące pytania badawcze: Jaki jest poziom stresu u pacjentów onkologicznych i ich partnerów? Jakie style radzenia sobie ze stresem prezentują pacjenci onkologiczni i ich partnerzy? Jaki jest poziom lęku u pacjentów i ich partnerów oraz w jaki sposób go przeżywają? Jak pacjenci onkologiczni i ich partnerzy adaptują się do wyniku choroby nowotworowej? Jak poziom stresu, lęku i style radzenia sobie ze stresem rzutują na adaptację do choroby?

Na podstawie dogłębnej analizy wyników sformułowano poniższe wnioski:

1. **Diagnoza nowotworowa-** osoby badane podkreślały, że moment uzyskania diagnozy był ciężkim przeżyciem emocjonalnym, który zmienił funkcjonowanie całej rodziny ale stał się również początkiem walki o siebie i zrozumienia swoich emocji.
2. **Rola komunikacji małżeńskiej** – osoby badane deklarowały, że odpowiednia relacja małżeńska zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejsza powstawanie negatywnych napięć.
3. **Adaptacja do choroby** – badania wykazały, że wysoka akceptacja choroby pozytywnie oddziałuje na odnalezienie się w nowej rzeczywistości i poprawia jakość leczenia.
4. **Stres i lęk w chorobie nowotworowej-** analiza wyników ujawniła, iż im wyższy poziom stresu i lęku tym trudniejsza adaptacja do choroby onkologicznej.
5. **Znaczenie specjalistycznego wsparcia psychologicznego-** badania wykazały, że pacjenci i ich bliscy potrzebują specjalistycznego wsparcia, które pomoże im odnaleźć się w nowej, trudnej sytuacji oraz podniesie ich poczucie własnej wartości oraz zmniejszy poczucie wyczerpania.



Mimo niewielkiej grupy badawczej, zrealizowane badania dostarczają wiele ważnych i cennych informacji, które mogą przyczynić się do poprawy jakości życia osób zmagających się z chorobą nowotworową oraz ich rodzin.

## **Możliwość praktycznego wykorzystania wyników badań**

### **1. Wsparcie w radzeniu sobie z diagnozą**

Otrzymanie diagnozy jest traumatycznym doświadczeniem. Bardzo często pacjenci i ich rodziny zostawieni są sami sobie, z wieloma wątpliwościami, nie wiedzą co mają dalej robić. Specjaliści powinni zwrócić szczególną uwagę na sferę emocjonalną pacjenta i jego bliskich. Należy pamiętać, że spokojne i dokładne udzielenie informacji pozytywnie oddziałuje na dalsze leczenie. Opracowanie specjalnych materiałów edukacyjnych i poradników zwiększyłoby poczucie sprawczości oraz zmniejszyłoby poziom towarzyszącego stresu.

### **2. Wsparcie pacjentów onkologicznych**

Jednym z ważniejszych aspektów jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychologicznego pacjentom. Choroba wywołuje w nich poczucie niestabilności, oddziałuje na każdy etap życia. Zmiany zachodzące w ciele, skutki uboczne leczenia są trudne do zaakceptowania. Badania wykazują, że wysoki poziom nadziei i wiary ma silne znaczenie w funkcjonowaniu pacjenta i adaptacji do choroby. Wiele osób chorujących izoluje się i boi się poprosić o pomoc. Odpowiednia wiedza i podejście personelu medycznego oraz zachęta do udziału w spotkaniach indywidualnych bądź grupowych zmniejszyłaby poziom leku i stresu oraz zredukowały wątpliwości pojawiające się na każdym etapie zmagania się z chorobą.

### **3. Wsparcie partnerów i rodzin**

Rodziny pacjentów onkologicznych są często pomijani i pozostawieni sami sobie. Odpowiednie grupy wsparcia oraz programy edukacyjne dają szansę rodzinie pacjenta na lepsze zrozumienie jego potrzeb, specyfiki choroby i pojawiających się zmian. Dodatkowym problemem, który może wystąpić, i z którym trzeba skutecznie walczyć jest wyczerpanie ze strony opiekunów. Dlatego tak ważne jest informowanie rodzin o odpowiednich strategiach radzenia sobie i pamiętaniu także o swoich, własnych potrzebach.

### **4. Edukacja społeczna na temat chorób nowotworowych**

Choroby nowotworowe stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce. Pomimo tego, iż świadomość społeczeństwa się zwiększa, ciągle większość osób traktuje choroby onkologiczne jak temat, który ich nie dotyczy. Niestety zmieniający się świat

i występowanie coraz większej ilości czynników wywołujących choroby przewlekłe sprawia, iż coraz więcej osób otrzymuje diagnozę onkologiczną. Bardzo ważnym, więc elementem jest zwiększanie świadomości społeczeństwa, projektowanie nowych programów profilaktycznych oraz kładzenie jeszcze większego nacisku na systematyczne badania.

Przeprowadzone badania dostają cennych informacji na temat funkcjonowania pacjentów onkologicznych i ich bliskich. Podkreślają znaczenie wzajemnego wsparcia ale i pokazują oddziaływanie stresu, leku oraz strategii radzenia sobie na adaptację do choroby. Wyniki mogą być podstawą do dalszych badań oraz mogą dostarczać praktycznych działań dla fundacji, personelu medycznego i instytucji publicznych.

Należy podkreślić, że ograniczeniem badań była niewielka grupa badana. Dlatego też zaleca się aby przyszłe badania zostały rozszerzone na większą i zróżnicowaną grupę. Dzięki temu można byłoby uzyskać bardziej obszerny obraz i potwierdzić zbadane założenia. Dodatkowo większa ilość osób badanych dostarczyłaby więcej informacji na temat funkcjonowania osób chorujących onkologicznie i ich rodzin, co z kolei mogłoby stanowić podstawę do opracowania jeszcze lepszych programów profilaktycznych i specjalistycznych form wsparcia.



## Bibliografia

- Aniśko-Trambecka, P., & Krajewska-Kułak, E. (2024). *Standard wsparcia rodzin dorosłych pacjentów onkologicznych*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Bargiel-Matusiewicz, K., Ziółkowska, N. (2015). Style radzenia sobie ze stresem oraz poziom lęku u matek oraz ojców dzieci chorych onkologicznie. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, VIII, 183–208.
- Basińska, B. (2000). Strategie radzenia sobie z zagrożeniem kobiet z zaawansowaną chorobą nowotworową narządów rodnych. Unpublished doctoral dissertations. Faculty of Social Sciences, The University of Gdańsk, Poland
- Bumeder, I. (2009). Jakość życia – definicja i metody pomiaru. W M. Dorfmueller & H. Dietzfelbinger (red.), *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne* (s. 381–387). Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Cichosz, W. (2000). *Metodologia: elementarz studenta*. Zakłady Graficzne im. Komisji Edukacji Narodowej.
- Cyrkot, T., Gawęda, Ł., & Szczepanowski, R. (2016). Wywiad ustrukturyzowany w ocenie zaburzeń psychotycznych na przykładzie kwestionariusza SANS i SAPS. *Psychologiczne Zeszyty Naukowe*, 2, 157–172.
- Dąbska, O., Humeniuk, E. Krupa, A. (2017). Depresyjność u osób z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*, 21(2), 52–57
- de Walden-Gałuszko, K. (2013). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: PZWL.
- Dembe, K., Chłosta, P. (2019). *Oblicza choroby nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego oraz dla ich rodzin lub opiekunów*. Polskie Towarzystwo Urologiczne.
- Dembe, K., Chłosta, P. L., & Czech, A. K. (2019). *Oblicza choroby nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego oraz dla ich rodzin lub opiekunów*. Polskie Towarzystwo Urologiczne.
- Dorfmueller, M., Dietzfelbinger, H. (Red. H. Sęk, 1 pol. wyd.). (n.d.). *Psychoonkologia. Diagnostyka - Metody terapeutyczne*.



- Dryhinicz, M., Rzepa, T. (2018). Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio J*, 31(1), 7–21.
- Dudek, B., Koniarek, J., & Szymczak, W. (2007). Stres związany z pracą a teoria zachowania zasobów Stevana Hobfolla. *Medycyna Pracy*, 58(4), 317–325.
- Dymecka, J. (2018). Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci z chorobą nowotworową. Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski. *Psychoonkologia* 2018, 22 (2): 41-49.
- Dzierżanowski, T., & Ciałkowska-Rysz, A. (2016). Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2016 roku. *Medycyna Paliatywna*, 8(4), 177–189.
- Gacek, M., & Smoleń, T. (2025). Personality characteristics attributed to people with intellectual disability. *Current Issues in Personality Psychology*, 13(3), 194–201
- Gajda, E., Biskupek-Wanot, A. (2020). Stres i jego skutki. W A. Biskupek-Wanot, B. Wanot, K. Kasprowska-Nowak (Red.), *Aktywność fizyczna i problematyka stresu*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza.
- Gapik, L., Kosmala, J. (2004). Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek. Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Zdrowie – ogólny dobrostan fizyczny, społeczny oraz psychiczny, a nie brak choroby lub niepełnosprawności* [Raport]. Główny Urząd Statystyczny.
- Gnus, J., Podlaska, P., Maślanka, P., Gonet, M., Blok, K., Winter, P., Dziewiszek, M., Hącia, P., Kuciel-Lewandowska, J., & Paprocka-Borowicz, M. (2020). *Problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową*. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
- Golon, K., & Karczmarek-Borowska, B. (2017). Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. *Problemy Nauk Stosowanych*, 6, 127–134.
- Gołota, S., Białaczyk, K., Wyszowska, Z., Popiołek, A., Krajnik, M., Borkowska, A. (2017). Lęk i depresja u chorych na nowotwory- co tracimy? *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017; 11, 3: 111-117.



Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu: Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heszen, I., & Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heszen-Niejodek, I. (2001). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Izdebski, P., & Ocalewski, J. (2015). Adaptacja do choroby nowotworowej. *Przegląd Psychologiczny*, 58(3), 291–302.6. Jankowska, M. (2014). Postawy rodzicielskie matki i ojca a lęk jako stan i lęk jako cecha u młodych dorosłych. *Kwartalnik Naukowy*, 4(18), ISSN 2082-7067.

Janowska, M., Prystupa, A. (2012). Chchoroba wrzodowa jako jednostka psychosomatyczna. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, Tom 18, Nr 4, 330-333.

Jośka-Ochojska, V. (2019). *Więcej nadziei: O raku, stresie i nowych szansach*. Katowice: Wydawnictwo Górnośląskie.

Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, 4, 11–23

Juszczak Stanisław, *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.

Kaczmarek, A., & Curyło-Sikora, P. (2016). Problematyka stresu – przegląd koncepcji. *Hygeia Public Health*, 51(4), 317–321.

Kieszkowska-Grudny, A.(2013). *Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory-podejście kliniczne*. Europejskie Centrum Zdrowia Otwock.

Klimczak, K., & Wachowicz, A. (2015). Studium przypadku jako metoda badawcza w nauce rachunkowości – analiza metodologiczna przykładowych zastosowań. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 388, 95–106

Kozaka, J.(2010). Radzenie sobie ze stresem choroby- współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010, 2: 60-69.

Krajowy Rejestr Nowotworów. (2021). *Nowotwory złośliwe w Polsce*. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy.

Krawczyk, A. M. (2016). Korelaty przystosowania psychicznego do choroby jako wyznacznika jakości życia u pacjentów z nowotworami płuc. *Psychoonkologia*, 20(2), 66–74.



Krok, D. (2018). W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.2. Gretkowski, A. (2018). Choroba nowotworowa. Psychiczne doznania i reakcje pacjenta. Płock: Płocki Instytut Wydawniczy.

Król, J., Rzepa, T., Milik, A., Ligocka, M., Kołodziejska, A. (2016). Spostrzegane wsparcie społeczne – miejsce i rola w przystosowaniu do choroby nowotworowej. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 22(2), 261–267.

Kulpa, M., Kosowicz, M., Flaga-Łuczkiewicz, M., & Stypuła-Ciuba, B. J. (2019). Strategie radzenia sobie z chorobą i poczucie własnej skuteczności u pacjentów chorych onkologicznie. *Medycyna Paliatywna*, 11(2), 81–87.

Kuś, J., Stefańska, K., & Bukowska, A. (2015). Metodologia badań psychologicznych prowadzonych w przestrzeni Internetu. *Studia Metodologiczne*, 34, 209–237.

Ledwoń, M., Wróbel, M. (2006). Regulacja nastroju oraz radzenia sobie ze stresem wśród matek dzieci z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia Tom 10, nr 2*, 41-50, 2006. Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne.

Lelonek, B., Cieślik, A., Kamusińska, E. (2013). Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. *Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (1): 128-136.*

Leppert, W., & Woron, J. (2016). Dihydrocodeine: safety concerns. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 9(1), 9–12.

Leppert, W., Majkowicz, M., Forycka, M., Mess, E., & Zdun-Ryzewska, A. (2014). Quality of life assessment in advanced cancer patients treated at home, an inpatient unit, and a day care center. *OncoTargets and Therapy*, 7, 687–695.

Luduś-Lududecka, L. (2010). Zaburzenia emocji i ekspresji emocji. Kraków: Wydawnictwo Impuls.

Łobocki, M. (2000). Metody i techniki badań pedagogicznych. Impuls.

Manterys, K., & Błażek, M. (2021). Ocena jakości życia pacjentów z rakiem piersi i szyjki macicy. *Onkologia w Praktyce Klinicznej i Edukacyjnej*, 17(6), 277–284.

Manterys, K., & Błażek, M. (2021). Ocena jakości życia pacjentów z rakiem piersi i szyjki macicy. *Onkologia w Praktyce Klinicznej i Edukacyjnej*, 17(6), 277–284.

Marmola, M. (2017). Style radzenia sobie ze stresem przez matki dzieci z niepełnosprawnością. Uniwersytet Rzeszowski. *Kultura -Przemiany - Edukacja t.V (2017).*



Maszke, A. W. (2004). Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Matkowski, M. (1983). Arkusz samoopoznania Raymonda B. Cattella (IPAT Anxiety Scale – Self-Analysis Form). *Przeгляд Psychologiczny*, 26(2), 412–417

Mielimąka, M., Rutkowski, K., Cyranka, K., Sobański J., Dembińska, E., Muldner-Nieckowski, Ł. (2017). Lęk-cecha i lęk-stan u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(6): 1165-1179.

Miniszewska, J., Paul-Kańska, J., & Zalewska-Janowska, A. (2012). Akceptacja przewlekłej choroby somatycznej (na przykładzie chorych na łuszczycę i astmę). *Psychiatria Polska*, 46(5), 833–844.

Mroczkowska, D., Białkowska, J. (2014). Style radzenia sobie ze stresem jako zmienne determinujące jakość życia młodych dorosłych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, Tom 20, Nr 3, 265-269.

Nowicki, A., Rządowska, B. (2005). Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkologia* (2005) vol. 9; 9 (396-403).

Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*.

Orzeł, A., & Orzeł, J. (2017). *Ciało a choroba nowotworowa* [Body and cancer]. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 1(6).

Ośmiałowska, E., Świątoniowska, N., & Homętowska, H. (2021). Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 11(2), 85–92

Płopa, M., & Makarowski, R. (2010). *Kwestionariusz poczucia stresu: Podręcznik*. Vizja Press & IT.

Poręba-Chabros, A., & Kolańska-Stronka, M. (2025). Style radzenia sobie i poziom bólu u chorych na raka płuc: Mediacyjna rola poziomu stresu i moderująca rola miejsca zamieszkania i płci. *Fides et Ratio. Rivista di Scienze Religiose*, 63(3), 94–103.

PRIMOPRO. (2012). Po diagnozie: Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin (tłum. i adapt. za pozwoleniem American Cancer Society). Warszawa: PRIMOPRO.

Ruszkiewicz, M., Kreft, K. (2017). Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia*, 21(2), 37–44.



- Rychlik, J. (2018). Rola systemu znaczeń i poczucia sensu życia w radzeniu sobie ze stresem. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Sęk, H. (2011). *Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2020). *Cancer statistics, 2020*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 70(1), 7-30.
- Sołoma, L. (2002). *Metody i techniki badań socjologicznych: Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Strelau, J., & Jaworowska, A. (2020). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych: Podręcznik do wersji polskiej* (wyd. 4). Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Tan, M. C., Goedegebuure, P. S., Belt, B. A., Flaherty, B., Sankpal, N., Gillanders, W. E., Eberlein, T. J., Hsieh, C. S., & Linehan, D. C. (2009). Disruption of CCR5-dependent homing of regulatory T cells inhibits tumor growth in a murine model of pancreatic cancer. *The Journal of Immunology*, 182(3), 1746–1755.
- Tysarowski, A. (2024). *Co wiemy o nowotworach i jak je postrzegamy? Raport z badania opinii społecznej*. NIO-PIB w Warszawie.
- Uchto-Żywica, B. (2018). *Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych*. *Psychologia. Journal of the Odessa National University*, 23(2), 67–74
- Ulaniecka, N. (2021). *Doświadczenie choroby nowotworowej – aspekty psychospołeczne*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Wiraszka, G.,; Lelonek, B. (2008). Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne*, 10, 21–26.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworska, A., Fecenec, D. (2011). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*. Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Zaczyński, W. (1995). *Praca badawcza nauczyciela*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Zielazny, P., Zarzeczna-Baran, M., Wojtecka, A. (2013). System rodzinny a nowotwórw – wybrane zagadnienia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, Tom 19, Nr 4, 439-444.



## Spis tabel

Tabela 1. Wyniki Marii w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	40
Tabela 2. Wyniki Marii w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)	41
Tabela 3. Wyniki Marii w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)	41
Tabela 4. Wyniki Stanisława w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	43
Tabela 5. Wyniki Stanisława w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)	43
Tabela 6. Wyniki Stanisława w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)	44
Tabela 7. Wyniki Moniki w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	47
Tabela 8. Wyniki Moniki w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)	47
Tabela 9. Wyniki Moniki w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)	48
Tabela 10. Wyniki Krzysztofa w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	49
Tabela 11. Wyniki Krzysztofa w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)	50
Tabela 12. Wyniki Krzysztofa w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)	50
Tabela 13. Wyniki Ewy w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	53
Tabela 14. Wyniki Ewy w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)	53
Tabela 15. Wyniki Ewy w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)	54
Tabela 16. Wyniki Piotra w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	55
Tabela 17. Wyniki Piotra w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)	56
Tabela 18. Wyniki Piotra w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)	56
Tabela 19. Wyniki Anety w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	58
Tabela 20. Wyniki Anety w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)	58
Tabela 21. Wyniki Anety w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS)	58
Tabela 22. Wyniki Roberta w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	60
Tabela 23. Wyniki Roberta w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)	61



Tabela 24. Wyniki Roberta w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS) .....	61
Tabela 25. Wyniki Dagmary w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS).....	63
Tabela 26. Wyniki Dagmary w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI) .....	63
Tabela 27. Wyniki Dagmary w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS).....	64
Tabela 28. Wyniki Marka w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) .....	65
Tabela 29. Wyniki Marka w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI) .....	66
Tabela 30. Wyniki Marka w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS) .....	66



