

Piotr Rospęk
Uniwersytet Śląski

KONSEKWENCJE CHOROBY NOWOTWOROWEJ W RODZINIE

Nowotwory złośliwe są w Polsce drugą pod względem częstotliwości przyczyną zgonów. W naszym kraju obserwuje się stały wzrost umieralności na nowotwory. Wprowadzenie nowoczesnych metod badania przyczyniło się do zwiększenia wykrywalności nowotworów, jak też zmieniło na bardziej skuteczne podejście terapeutyczne. Osiągnięcia na polu nauk podstawowych, wprowadzanie nowych leków i bardziej optymalnych technik leczenia mogą stać się źródłem dalszej poprawy sytuacji. Pojawienie się choroby nowotworowej w rodzinie całkowicie zmienia życie wszystkich jej członków. W zależności od fazy choroby i postępów w leczeniu ulega zmianie sposób myślenia, uczucia, działania, hierarchia dotychczas wyznaczonych celów oraz wartości. Niemniej jednak walka z chorobą nowotworową w rodzinie jest wciąż zagadnieniem mało poznanym w polskiej psychoonkologii. Artykuł ukazuje wpływ choroby nowotworowej na rodzinę pacjenta, skupiając się na psychologicznym, socjologicznym i duchowym wymiarze postaw i reakcji rodzin wobec krewnych chorych onkologicznie. Jednym z głównych celów autora jest zbadanie, jak kształtuje się i czym jest uwarunkowany lęk doświadczany przez rodziny dotknięte chorobą nowotworową.

1. PSYCHOLOGICZNE KONSEKWENCJE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Psychosocjologia to dział psychologii koncentrujący się na psychospołecznych aspektach funkcjonowania jednostek i zbiorowości społecznych. Jest nauką o problemach wspólnych dla psychologii i socjologii, w szczególności o tym, w jaki

sposób poszczególne zachowania kształtowane są na tle grupy. Przedmiotem zainteresowania psychosocjologii jest między innymi psychologia rodziny, analiza współczesnych form i przemian zachodzących w rodzinie, jako podstawowym środowisku społecznym, w którym rozwija się człowiek. Istotną część szeroko omawianych zagadnień psychospołecznych stanowią problemy w rodzinie – od kryzysów (spowodowanych na przykład chorobą) poprzez trudności w realizacji planów prokreacyjnych i rozwód aż po agresję i przemoc. Do zainteresowań psychosocjologów należy również terapia rodziny¹.

Wyzwaniem dla terapeutów jest wczesne ustalenie potrzeb rodziny. Dobre samopoczucie pacjentów i ich opiekunów jest ze sobą powiązane – mówimy wówczas o tak zwanym efekcie synergicznym². Terapia rodzinna daje możliwość podejmowania świadomych decyzji przez poszczególnych członków rodziny, co z kolei zmniejsza ich lęk przed nieznanym. Terapia rozwiązywania problemów, wykorzystywana w celu udzielenia silnego wsparcia psychologicznego rodzinie i zmniejszenia lęku, określana jest mianem COPE³ (od ang. *Creativity, Optimism, Planning, Expert Information* – kreatywność, optymizm, planowanie, wiedza eksperta). Kreatywność odnosi się do korzystania z różnych perspektyw w celu zdiagnozowania problemu; optymizm to pozytywne, ale jednocześnie realistyczne podejście do procesu rozwiązywania problemów; planowanie to wyznaczanie celów i określanie kroków zmierzających do ich osiągnięcia; wiedza eksperta ma pomóc opiekunom chorego rozeznąć, gdzie i kiedy mają szukać profesjonalnej pomocy. Według National Cancer Institute program COPE zmniejsza poziom lęku i stresu u części opiekunów osób cierpiących z powodu choroby nowotworowej⁴.

Przez wiele lat badania nad stresem związanym z chorobą nowotworową koncentrowały się głównie na pacjentach, natomiast do rodziny nie przykładano zbyt dużej wagi. Już w latach siedemdziesiątych i na początku lat osiemdziesiątych badania dostarczyły dowodów na to, że członkowie rodzin pacjentów również doświadczają skutków choroby w postaci różnego rodzaju zaburzeń, zwłaszcza: braku snu, apetytu, lęku i depresji oraz wszechobecnego poczucia bezradności. Krewni osób dotkniętych chorobą nowotworową, poddani profesjonalnej terapii, często porównują sytuację, w której się znaleźli, do maratonu, czyli biegu długodystansowego, do przebiegnięcia którego trzeba się bardzo solidnie i długo przygotowywać. Rodzinom towarzyszą bowiem bardzo silne emocje, wśród których najbardziej dominujący jest lęk⁵.

¹ P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2002, s. 138.

² I. Janicka, H. Liberska, *Psychologia rodziny*, Warszawa 2014, s. 393.

³ Ang. *cope* – dać sobie radę.

⁴ National Cancer Institute, <https://www.cancer.gov/publications> [dostęp: 27.12.2018].

⁵ M. Dryhinicz, T. Rzepa, *Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia”, 31, 1 (2018), s. 9.

Psychoonkologia to młoda interdyscyplinarna dziedzina medycyny, badająca psychologiczne aspekty choroby nowotworowej. Łączy ona w sobie onkologię kliniczną, psychiatrię, psychologię kliniczną oraz psychologię zdrowia⁶. Dziedzina ta obejmuje profilaktykę przeciwnowotworową, pomoc pacjentom i ich bliskim, a także edukację personelu medycznego. Na powstanie i rozwój psychoonkologii wpłynął m.in. spory postęp w zakresie leczenia raka⁷. Istotne jest, że w kręgu zainteresowań psychoonkologii znajduje się nie tylko promowanie profilaktyki i wspieranie pacjentów onkologicznych, ale także pomoc bliskim chorego. Specjaliści rozumieją, że zmierzenie się z nowotworem jest wyzwaniem również dla osób, którym ciągle towarzyszy strach i obawa o zdrowie i życie bliskiej osoby.

W Polsce bardzo popularny jest opracowany w Stanach Zjednoczonych psychoonkologiczny program terapeutyczny dla osób z chorobą nowotworową i ich bliskich autorstwa Carla O. Simontona (tzw. Terapia Simontowska). Terapia zgodna z programem ma na celu poprawę funkcjonowania emocjonalnego pacjenta, zwiększenie zaangażowania w proces leczenia i poprawę komunikacji z otoczeniem. Udokumentowana skuteczność metody sprawia, że ma ona coraz więcej zwolenników⁸.

Rodzina dotknięta chorobą nowotworową przeżywa kryzys. W związku z czym myśli, odczucia i reakcje wobec chorego odzwierciedlają stosunek rodziny do raka. Na podstawie badań psychoonkologów wyróżnili cztery charakterystyczne postawy wobec choroby nowotworowej:

- postawa aktywnej współpracy – postawa czynna, polegająca na ścisłej współpracy całej rodziny z chorym i lekarzami – członkowie rodziny stawiają na otwartą komunikację i szczerłość, przyjmują rady lekarza, niejednokrotnie sami wychodzą z własną inicjatywą;
- postawa zadaniowa – ograniczająca się do biernego wypełniania poleceń – członkowie rodziny nie wykazują szczególnie zaangażowania czy inicjatywy;
- postawa krytyczna – negatywne postrzeganie procesu leczenia i jego skutków, krytykowanie personelu medycznego, podejmowanie prób leczenia „na własną rękę” – wymaga stanowczej reakcji lekarzy, gdyż może zaszkodzić pacjentowi;
- postawa wyrażająca się w całkowitym braku zaangażowania – członkowie rodziny wychodzą z założenia, że obowiązek leczenia i opieki nad chorym w stu procentach spoczywa na lekarzach i personelu medycznym; w takim przypadku konieczne jest uświadomienie, że pacjent potrzebuje rodziny, aby zapobiec poczuciu odrzucenia⁹.

⁶ P. Zielazny, P. Zielińska, K. de Walden-Gałuszko, i in., *Psychoonkologia w Polsce*, „Psychiatria Polska” 50, 5 (2016), s. 1066.

⁷ Tamże, s. 1071.

⁸ Tamże, s. 1073.

⁹ A. Pietrzyk, *Ta choroba w rodzinie. Psycholog o raku*. Kraków 2006, s. 27.

Rodziny mogą prezentować postawy naprzemiennie lub okresowo wykazywać cechy typowe dla każdej z nich. Dzieje się tak, ponieważ sporo czasu zajmuje proces przystosowawczy i zrozumienie choroby oraz potrzeb osoby chorej.

Rak powoduje zmiany w tożsamości rodziny, rolach i codziennym funkcjonowaniu każdego z jej członków. Największą trudność sprawiają opiekunom i członkom rodzin: przewyciężenie lęku przed rakiem; udzielanie choremu skutecznej pomocy w radzeniu sobie z emocjonalnymi konsekwencjami choroby oraz ze spustoszeniem fizycznym i psychicznym, jakiego choroba zdążyła w nim dokonać. Od dwudziestu do trzydziestu procent osób żyjących w małżeństwach cierpi na zaburzenia psychiczne i zaburzenia nastroju na skutek choroby współmałżonka. Czynniki, które wpływają na taki stan rzeczy, są m.in.: stadium choroby, ogólne predyspozycje emocjonalne partnera, płeć, wiek, staż małżeński oraz system funkcjonowania rodziny¹⁰.

Najnowsze badania psychoonkologiczne koncentrują się na pomiarze poziomu lęku i związanego z nim stresu u pacjenta. Nacisk kładzie się również na zaburzenia pourazowe, objawy somatyczne i dysfunkcje poznawcze u osób chorych i ich rodzin. Dynamicznie rozwija się dziedzina psychoneuroimmunologii, która poszerza wiedzę lekarzy na temat wpływu lęku i stresu na odporność. Przedmiotem badań coraz częściej stają się także jakość życia opiekunów oraz terapia krewnych pacjenta¹¹.

2. SPOŁECZNE KONSEKWENCJE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Choroba w pewnym stopniu upośledza chorego i czyni go niepełnosprawnym członkiem społeczeństwa, a wszelkie doznania z nią związane zależą w dużej mierze od epoki, środowiska oraz kultury. Przebieg choroby oraz jej objawy będą zupełnie inne u człowieka młodego, a inne u człowieka starego. Inny będzie jej przebieg u sportowca, a inny u człowieka, który życie spędza za biurkiem. Inaczej będzie przebiegała choroba u człowieka wcześniej zdrowego, a inaczej u schorowanego. Nie bez znaczenia jest także stosunek rządzących do obywateli przewlekle chorych – a zatem niepełnowartościowych. Człowiek chory staje w obliczu ogromnego stresu wywołanego pojawieniem się choroby i niepewnością co do jej przebiegu oraz rokowań.

Istotny wpływ na przeżywanie stanu choroby ma poziom wiedzy na temat przyczyn powstawania nowotworów, a także społeczno-kulturowe postrzeganie samej choroby i odbiór społeczny osoby chorej i jej rodziny. Dynamiczny rozwój nauki i techniki niesie ze sobą obietnicę młodości, zdrowia i bezpieczeństwa życiowego, a śmierć i cierpienie stają się powodem zakłopotania społecznego

¹⁰ C.G. Blanchard, *The Crisis of Cancer: Psychological Impact on Family Caregivers*, „Oncology Journal” 11, 2 (1997), s. 191.

¹¹ M. Dryhinicz, T. Rzepa, *Poziom lęku, akceptacja choroby i...*, s. 12.

i tematem tabu. Otoczenie przejawia niechęć do choroby nowotworowej, kojarząc ją z bólem, złem i śmiercią, dlatego pacjenci onkologiczni są dodatkowo narażeni na stygmatyzację. Powoduje to paradoksalną alienację osób cierpiących. Sytuacja ta stwarza podwójne obciążenie psychiczne, prowadząc do pogłębienia już istniejących zaburzeń psychospołecznych i emocjonalnych¹².

Jak dowodzi Monika Kornaszewska-Polak, w miarę upływu czasu i wraz z wiekiem wzrasta w związkach małżeńskich u małżonków poczucie alienacji, podczas gdy ich zaangażowanie i intymność maleją. Tendencje takie obserwuje się głównie u mężczyzn – szczególnie tych, którzy pozostają w nieszczęśliwych związkach małżeńskich lub przechodzą kryzys wieku średniego. Wzajemna miłość małżonków i poczucie bezpieczeństwa pozwalają zażegnwać sytuacje konfliktowe i pokonywać życiowe trudności, w tym chorobę¹³.

Rozpoznanie raka jest doświadczeniem, które zmienia życie wszystkich członków rodziny, przynosząc ogromną ilość stresu i powodując wiele trudnych sytuacji. Wpływa to nie tylko na związek dwojga ludzi, na ich życie seksualne, ale może też być przyczyną poważnych urazów u najmłodszych. Osoby opiekujące się chorymi często czują się przeładowane dodatkowymi obowiązkami i rolami, które muszą podjąć. Codzienna rutyna, wspólne działania i podział obowiązków ulegają zmianie. Członkowie rodziny powinni korzystać z różnych metod, które mogą pomóc zarówno ich chorym krewnym, jak też im samym. Metody te oraz reakcje emocjonalne zmieniają się w zależności od fazy choroby¹⁴. Reakcje emocjonalne mogą obejmować gniew, urazę, poczucie winy oraz ból i mogą, ale nie muszą, prowadzić do akceptacji choroby¹⁵. Głównymi etapami, przez które zazwyczaj przechodzą pacjent i jego rodzina, są: diagnoza, rozpoczęcie leczenia, ukończenie leczenia, wyleczenie, nawrót choroby, decyzja o przerwaniu leczenia, śmiertelna choroba i śmierć¹⁶. Wszystko to może być źródłem silnego stresu i obaw, a także może doprowadzić do destabilizacji życia rodzinnego i zaburzonego funkcjonowania w społeczeństwie.

Ponadto coraz częściej opieka nad chorymi na raka sprawowana jest w domu, a więc członkowie rodziny stają się najważniejszymi opiekunami, którzy pomagają pacjentom w wykonywaniu codziennych czynności, zastępują ich w spełnianiu dotychczasowych obowiązków, a nawet podejmują się opieki medycznej. Sprawia to, że nie tylko pacjenci, ale i całe rodziny żyją często odcięci od bodźców zewnętrznych. Opiekunami chorych mogą być zarówno bliscy krewni, na przykład

¹² M.E. Krasuska, *Opieka w chorobie nowotworowej*, Lublin 1997, s. 74.

¹³ M. Kornaszewska-Polak, *Poczucie przywiązania i osamotnienia w relacjach małżeńskich*, „Roczniki Pedagogiczne” 8, 44 (2016), s. 25.

¹⁴ K. Woźniak, D. Iżycki, *Cancer: a family at risk*, „Przegląd menopauzalny” 13, 4 (2014), s. 259.

¹⁵ B.K. Budziszewska, r. Piusińska-Macoch, K. Sulek i in., *Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej*, Warszawa 2005, s. 319.

¹⁶ G.H. Christ, *A psychosocial assessment framework for cancer patients and their families*, Oxford 1983, s. 61.

małżonkowie i dzieci, jak i dalsi krewni lub osoby spowinowacone¹⁷. Ocenia się, że w aktywnym okresie leczenia opieka nad chorym może trwać od 14 do 24 miesięcy. Poziom zaangażowania zależy od nasilenia objawów, rodzaju leczenia oraz stopnia zaawansowania choroby¹⁸.

Barrie Cassileth wymienia kilka obszarów, które mają wpływ na funkcjonowanie rodziny dotkniętej chorobą nowotworową w społeczeństwie¹⁹. Przede wszystkim rak może stanowić zagrożenie dla poprzedniego modelu interakcji rodzinnej. Wprowadza zmiany ról, które mogą być postrzegane przez jedną osobę jako strata, a przez inne jako nadmierne obciążenie. Po drugie, choroba wymusza zmianę planów na przyszłość, ze względu na fakt, że obecność raka wywołuje poczucie niepewności. Niektóre rodziny muszą zrezygnować z planowania, co może zdestabilizować funkcjonowanie rodziny, rodząc poczucie braku celu lub zawieszenia. Po trzecie, wpływa na funkcjonowanie członków rodziny w grupach zewnętrznych, takich jak na przykład środowisko pracy lub szkoła. Pojawiają się poza tym nowe grupy funkcjonujące: lekarze, pielęgniarki oraz inni pacjenci i ich rodziny. Wszystkie te osoby tworzą nowe środowisko i mają ogromne znaczenie dla pacjenta i jego rodziny.

Rak jest chorobą, która może dotknąć każdego, niezależnie od wieku. Osoby żyjące w małżeństwach mogą doświadczać różnych problemów, w zależności od etapu, na jakim znajduje się ich związek. Pary bezdzietne, które dopiero tworzą atmosferę wzajemności, będą miały inne potrzeby i problemy niż te, które są razem od wielu lat i mają dorastające dzieci. Jeszcze inne potrzeby i problemy będą miały pary będące już u schyłku życia²⁰. Dlatego też różne są grupy docelowe interwencji psychologicznej. Interwencja ta musi mieć różny charakter i wskazywać różne sposoby radzenia sobie z chorobą. Niestety w placówkach medycznych zbyt mało uwagi poświęca się kondycji rodziny. Bez względu na fazę raka, choroba nowotworowa zawsze ma ogromny wpływ na funkcjonowanie rodziny w społeczeństwie, zakłóca bowiem codzienny rytm życia oraz plany na przyszłość.

3. SYTUACJA I ROLA RODZINY

Przewlekła choroba, jaką jest nowotwór, przebiega w kilku fazach. Pierwszą z nich jest – w większości przypadków – postawienie diagnozy. Pacjent przeżywa wtedy niepokój, gniew i lęk. Jego partner natomiast próbuje z jednej strony zrozumieć

¹⁷ S.R. Ferrario, A.M. Zotti, G. Massara i in., *A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregiver*, *Psychooncology* 12 (2003), s. 2.

¹⁸ B. Given, C. Given, P. Sherwood, *The challenge of quality cancer care for family caregivers*, *„Seminars in Oncology Nursing”* 28 (2012), s. 207.

¹⁹ B.R. Cassileth, *Psychological preparation of the patient and family*, *„Cancer”* 60 (1987), s. 549.

²⁰ M.M. Cohen, D. K. Wellisch, *Living in limbo: psychosocial intervention in families with cancer patient*, *„American Journal of Psychotherapy”* 32 (1987), s. 568.

emocje chorego, a z drugiej może odczuwać chęć ucieczki od ciężkiej sytuacji, w której się znalazł. Bywa, że sam zaczyna rozmyślać o śmierci i o uregulowaniu bieżących spraw, np. finansowych (spisuje testament)²¹.

Następnie rozpoczyna się faza leczenia (chirurgicznego, chemioterapii czy radioterapii). Partner chorego jest coraz bardziej świadomy bieżących potrzeb pacjenta, zaczyna wspierać go emocjonalnie i powoli akceptować całą sytuację. Jest to etap nieprzewidywalnych emocji i rozmycia granic między członkami rodziny. Po okresie euforii mogą się zdarzać fazy pesymizmu i załamania.

Jeśli po okresie leczenia następuje poprawa zdrowia, członkowie rodziny powracają do dawnych ról. Etap tzw. remisji choroby wiąże się ze stałą czujnością, kontrolą i obawą przed nawrotem nowotworu, która nasila się szczególnie przed badaniami kontrolnymi. Pacjent powoli odzyskuje siły i optymizm, a jednocześnie zachowuje realizm i pokorę. Najbliżsi członkowie rodziny zazwyczaj czynnie go wspierają, ale niektórzy z nich mają problem z zaakceptowaniem zaistniałej sytuacji – trudno jest im na przykład pogodzić się z odmiennym wyglądem chorego. Unikają wówczas kontaktu z nim, uciekając w pracę lub wynajdując pretekst do wyjścia z domu.

Jeśli mimo wyczerpującego leczenia następuje faza nawrotu choroby, wówczas walka rodziny zaczyna się od początku. Lęk towarzyszący poszczególnym osobom może być silniejszy niż kiedykolwiek wcześniej. Nadzieję zastępuje smutek, żal, poczucie klęski i rezygnacja. W rodzinie zachodzą dalsze zmiany na tle emocjonalnym. Na pierwszy plan wysuwa się samotność, lęk przed odejściem chorego i troska, by nie cierpiał. „W niektórych rodzinach w tej fazie dochodzi do pierwszych rozmów o śmierci. [...] Chyba najtrudniejszym zadaniem dla rodziny chorego jest faza kresu życia, towarzyszenie aż do końca, niezatrzymanie umierającego, godne pożegnanie i uszanowanie decyzji chorego o zaprzestaniu leczenia, jeśli taką decyzję podejmie”²².

Ostatnią fazą w życiu rodziny jest etap żałoby i przeżywania straty po odejściu chorego członka rodziny. Osoby, które utraciły bliskiego, doświadczają szeregu zmian. Należą do nich:

- zmiany fizyczne (problemy ze snem, wyczerpanie, podatność na zachorowania, odczuwanie bólu);
- zmiany emocjonalne (smutek, przygnębienie, depresja, bezsilność, samotność, złość, pustka, strach, ale również ulga, poczucie wyzwolenia, ukojenie);
- zmiany o charakterze kognitywnym (tendencje do zapominania, częste błędy logiczne, trudności z koncentracją, stany zamroczenia – bycie nieobecny, słyszenie głosów);
- zmiany w zachowaniu (zdenerwowanie, płacz, nadmierna pedanteria, wykazywanie wrażliwości i współczucia dla innych, odnowienie więzi z rodziną lub

²¹ Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/> [dostęp: 4.01.2018].

²² P. Zielazny, M. Zarzeczna-Baran, A. Wojtecka, *System rodzinny a nowotwór – wybrane zagadnienia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 19, 4 (2013), s. 443.

odcięcie się od najbliższych, angażowanie się w zajęcia, które lubiła zmarła osoba, przyjmowanie nowych ról w rodzinie, wyznaczanie nowych granic);

- zmiany o charakterze duchowym (wzmocnienie lub zachwianie wiary, rozmyślanie o życiu pozagrobowym, złość wobec Boga)²³.

W przeciwieństwie do żałoby, czyli zjawiska uwarunkowanego społecznie i kulturowo, przeżywanie straty jest procesem indywidualnym, przebiegającym z różną intensywnością i trudnym do przewidzenia oraz określenia w czasie.

Wpływ nowotworu na system rodzinny różni się w poszczególnych fazach życia rodzinno-małżeńskiego. W okresach choroby styl życia powinien być dopasowany do potrzeb osoby chorej, zaś w okresie remisji należy w większym stopniu szanować potrzeby zdrowego partnera. Rodziny z dziećmi dorosłymi lub opuszczającymi rodzinne gniazdo powinny zaakceptować nadchodzące w ich życiu rodzinnym zmiany, choć niejednokrotnie zdarza się, że rak opóźnia wychodzenie dorosłych dzieci z domu rodzinnego. Nawrót choroby w dużej liczbie przypadków może u poszczególnych członków rodziny wywołać depresję, lęk i rezygnację. W rodzinach, gdzie chorobą dotknięci zostali seniorzy, następuje zamiana ról – dorosłe dzieci stają się opiekunami i pomocnikami rodziców. Pojawiają się wówczas pierwsze rozmowy o rokowaniach, śmierci i kwestiach duchowych²⁴.

Zderzenie z poważną chorobą rodzica prowadzi do istotnych zmian w życiu potomstwa, które czeka ciężki okres przystosowawczy²⁵. Gdy rodzic zostaje poddany leczeniu, dziecko zauważa zachodzące w nim zmiany fizyczne oraz emocjonalne. Może też odczuwać lęk, doświadczać poczucia winy i zmian nastroju. Często rodzi się w nim złość spowodowana odrzuceniem przez chorego rodzica. Okres remisji choroby jest dla dziecka okresem radości, szczęścia i nadziei na powrót do normalności. W fazie terminalnej konieczne jest przygotowanie dziecka na śmierć rodzica, mimo że ono samo podświadomie czuje, iż sytuacja jest poważna. Choroba w rodzinie może stać się okazją do nauczania dziecka troski i opieki nad chorym człowiekiem – pozytywne wzorce zostaną przez dziecko powielone w przyszłości, gdy zajdzie taka potrzeba. Badania pokazują, że dzieci (zwłaszcza płci żeńskiej) z rodzin dotkniętych chorobą nowotworową wykazują większą emocjonalność, a co za tym idzie, cierpią częściej na dolegliwości o charakterze wegetatywnym, w porównaniu z poddanymi badaniu dziećmi żyjącymi ze zdrowymi rodzicami²⁶.

Częstym problemem jest skupianie się zdrowego rodzica na chorym współmałżonku i odsunięcie spraw dziecka na bok. Rodzice zmagający się z chorobą często nie zapewniają wystarczającego wsparcia swoim dzieciom, którym ciężko jest przystosować się do nowych, trudnych warunków²⁷. Dzieci kierują się intuicją, emocjami oraz przeczuciami. Na własną rękę starają się dotrzeć do informacji

²³ H. Alexander, *Doświadczenie żałoby*, Poznań 2001, s. 60.

²⁴ Tamże, s. 229.

²⁵ P. Zielazny, M. Zarzeczna-Baran, A. Wojtecka, *System rodzinny a nowotwór...*, s. 440.

²⁶ Tamże, s. 441.

²⁷ Tamże, s. 442.

na temat choroby, sięgając do literatury, ulotek czy internetu. Szczególnie stresującymi sytuacjami są dla dzieci okresy następujące bezpośrednio po operacjach czy chemioterapii, ale im bardziej pozytywne są relacje rodzinne, tym lepiej dzieci radzą sobie w najtrudniejszych momentach. Dorastające dzieci czasem przejmują opiekę nad młodszym rodzeństwem i bardziej angażują się w sprawy rodzinne.

Jednym z podstawowym elementów w życiu każdej rodziny jest komunikacja, która w obliczu choroby może być znacznie utrudniona. Rodzice wydają się zagubieni w kontaktach z dziećmi, nie wiedzą, jak z nimi rozmawiać o chorobie, cierpieniu i jak przekazać drżące w nich emocje. Boją się reakcji dzieci na wieść o nowotworze. Z drugiej strony dzieci, powodowane lękiem, boją się pytać o stan zdrowia rodziców. Jest to skutkiem braku opieki psychologicznej, której potrzebują zarówno rodzice, jak i dzieci. Korzystanie z pomocy psychologicznej podtrzymującej lub budującej prawidłową komunikację jest niezwykle ważne na każdym etapie choroby nowotworowej²⁸.

Opieka nad chorym jest wielopłaszczyznowa. Obejmuje udzielanie pacjentowi wsparcia poprzez dzielenie się emocjami: niepewnością, lękiem i nadzieją²⁹. Rodziny, w których podział obowiązków jest sztywny, mogą doświadczać frustracji i poczucia pustki oraz zbytniego obciążenia nowymi obowiązkami³⁰. Badania pokazują, że 20% opiekunów ma problemy z wypełnianiem dodatkowych obowiązków wynikających z opieki, np. z częstym dowozem pacjenta do szpitala na badania kontrolne; 60% opiekunów musiało zrezygnować z dotychczasowych przyzwyczajzeń lub sposobów spędzania wolnego czasu (hobby, spotkania z przyjaciółmi etc.). Nadmiar obowiązków rodzinnych może utrudniać radzenie sobie ze stresem³¹.

Ogólnie rzecz biorąc, w rodzinie można zaobserwować dwa odmienne procesy: albo rodzina całkowicie koncentruje się na pacjencie, albo przeciwnie – członkowie rodziny mają ogromną potrzebę normalnego życia, wierzą w specjalistów i cechuje ich pozytywne nastawienie. Chęć utrzymania stanu rzeczy takim, jaki był wcześniej, może mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Może mianowicie stanowić swoisty bufor przeciw negatywnym emocjom i zapobiegać wykluczeniu pacjenta z życia rodzinnego. Może jednak też – poprzez zachowywanie pozorów – prowadzić do zaprzeczenia choroby i negatywnych objawów psychologicznych, takich jak gniew i strach przed śmiercią. Niektórzy członkowie rodziny mogą oczekiwać, że tuż po zabiegu pacjent przejmie role, które zaniedbał

²⁸ A. Ostrowska, *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet)*, „Studia Socjologiczne” 3 (2011), s. 18.

²⁹ F. Gaston-Johansson, E.M. Lachica, J.M. Fall-Dickson i in., *Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation*, „Oncology Nursing Forum” 31 (2004), s. 1162.

³⁰ G.H. Christ, *A psychosocial assessment framework for cancer patients and their families*, „Health and Social Work” 8 (1983), s. 61.

³¹ S.R. Ferrario, A.M. Zotti, G. Massarai in., *A comparative assessment...*, s. 2.

podczas leczenia. To stawia pacjenta w niewygodnej pozycji – oczekiwania rodziny zostają bowiem skonfrontowane z jego własnym stanem fizycznym³².

Międzynarodowe badania pokazują, że sprawowanie opieki nad chorymi na raka wiąże się ze znacznym spadkiem stanu zdrowia psychicznego i ogólnej jakości życia ich bliskich³³. Do zaburzeń najczęściej wymienianych w literaturze międzynarodowej należą: poczucie ciężaru, lęk i depresja, z których wszystkie są współzależne. Nic zatem dziwnego, że współczesna medycyna coraz większy nacisk kładzie na zdrowie opiekunów³⁴. Wielu badaczy ocenia, że poziom lęku doświadczanego przez członków rodziny jest porównywalny lub nawet wyższy od tego, który przeżywa sam pacjent³⁵. Uczucie lęku może być tym dotkliwsze, im większa jest niechęć opiekunów do podjęcia nowej roli, bowiem zadania, które ich czekają, są czymś nowym i nieznanym, czują się więc niezdolni lub nieprzygotowani do sprawowania bezpośredniej opieki nad chorym lub wykonywania procedur medycznych. Trudne jest dla nich radzenie sobie z chorobą bliskiej osoby i jednocześnie podtrzymywanie życia rodzinnego, udzielanie emocjonalnego wsparcia innym członkom rodziny i wypełnianie obowiązków domowych. Opiekunom często trudno jest pogodzić te dodatkowe obowiązki z własnym życiem zawodowym. Zwiększa to ogólny poziom stresu, który z kolei może powodować trudności w miejscu pracy, w tym wycofanie lub nieobecność, zmniejszenie wydajności, a w rezultacie groźbę zwolnienia. Osoba sprawująca opiekę może przeżywać większy niepokój, kiedy pogarsza się stan pacjenta. W miarę rozwoju choroby jej objawy stają się bardziej nasilone i chory potrzebuje większej pomocy ze strony rodziny³⁶.

Poziom lęku jest również związany z fazą choroby. Opieka nad pacjentem będącym u schyłku życia może być trudnym i traumatycznym doświadczeniem. Składa się bowiem na nie: opieka medyczna, administracyjna i finansowa, ale również podejmowanie trudnych decyzji, udzielanie wsparcia, planowanie i koordynowanie wielu działań. Co więcej, opiekunowie chorych w fazie paliatywnej muszą również stawić czoła żałobie i stracie po śmierci bliskiej osoby. Niewiele badań skupia się na osobach sprawujących opiekę nad chorymi w rodzinie, ale dostępne dane pokazują, że niezależnie od rodzaju świadczonej pomocy, stres emocjonalny i lęk, z jakimi borykają się opiekunowie, ogranicza ich zdolność do uczestnictwa w codziennej aktywności³⁷. Powodem tego jest prawdopodobnie

³² S. Thorne, *The family cancer experience*, „Cancer Nursing” 8 (1985), s. 287.

³³ K. Milbury, H. Badr, *Sexual problems, communication patterns, and depressive symptoms in couples coping with metastatic breast cancer*, „Psychooncology” 22 (2013), s. 814.

³⁴ Tamże, s. 821.

³⁵ C. Segrin, T. Badger, S.M. Dorrosi in., *Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners*, „Psychooncology” 16 (2007), s. 634.

³⁶ A. Goren, I. Gilloteau, M. Lees i in., *Quantifying the burden of informal caregiving for patients with cancer in Europe*, „Support Care Cancer” 22 (2014), s. 1639.

³⁷ B. Given, G. Wyatt, C. Given i in., *Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life*, „Oncology Nursing Forum” 31 (2004), s. 1112.

świadomość zbliżającego się nieuchronnie końca życia. Opiekunowie zdają sobie sprawę, że śmierć może nadejść w każdej chwili – i jest to źródłem ich cierpienia, które jest niezależne od faktycznego wysiłku, jaki podejmują.

Większość badań wskazuje, że od 20% do 30% małżonków przewidujących możliwą utratę życia partnera cierpi z powodu zaburzeń psychicznych i zwiększonej zachorowalności³⁸. Od momentu postawienia diagnozy współmałżonek osoby chorej może odczuwać takie same dolegliwości jak pacjent, i to nawet przez wiele miesięcy. Wsparcie psychologiczne wydaje się odgrywać znaczącą rolę w terapii pacjentów i ich rodzin na każdym etapie choroby³⁹. Długotrwały stres może zmniejszyć zdolność zdrowego małżonka do zapewnienia odpowiedniej opieki choremu i ma destrukcyjny wpływ na fizyczne i społeczne funkcjonowanie ich obojga, powodując lęk, bezsenność, poczucie izolacji, problemy z koncentracją, uczucie wypalenia, przygnębienie, niestabilność nastroju i zaburzenia odżywiania. Wysoki poziom lęku przeżywanego przez opiekuna związany jest z przeszłością, utratą bliskiej osoby, samotnością, opieką nad dziećmi, koniecznością przejęcia obowiązków domowych, opieką nad chorym w domu, a także doświadczaniem bólu fizycznego. Badania pokazują, że 18% małżonków pacjentów z chorobą nowotworową cierpi z powodu lęku⁴⁰. Jego poziom zależy od takich czynników jak: płeć, wiek, etap rozwoju rodziny. Jedną z głównych przyczyn problemów psychicznych u kobiet jest lęk przed rakiem piersi. Dotyczy to od 10% do 50% z nich⁴¹. Poziom lęku u kobiet z rakiem piersi i ich partnerów jest współzależny. Wyższy poziom lęku u partnerów stanowi odpowiedź na wyższy poziom lęku u ich chorych bliskich. Niepokój występuje razem z depresją, poczuciem zmęczenia psychicznego i fizycznego oraz kiepskim stanem pacjentów.

Depresja to jedno z najczęściej występujących zaburzeń u osób opiekujących się chorymi na raka. Około 40% opiekunów cierpi z powodu lęku, a ponad 80% doświadcza objawów depresji, która jest konsekwencją opieki nad chorym na raka⁴². Depresja jest niejednokrotnie nasiloną do tego samego stopnia, jak w przypadku osób chorych i jest bezpośrednio związana z poziomem jakości życia. Jej intensywność zależy od wielu czynników związanych i z pacjentem, i z opiekunem. Należą do nich: poziom wykształcenia, status społeczno-ekonomiczny, środowisko rodzinne, a nawet obwinianie pacjenta za chorobę. Kobiety są bardziej podatne na rozwój depresji niż mężczyźni. Czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia depresji

³⁸ A. Goren, I. Gilloteau, M. Lees i in., *Quantifying the burden of informal caregiving...*, s. 1638.

³⁹ J. Glińska, E. Adamska, M. Lewandowska i in., *Evaluation of the psychological state of patients with advanced cancer and the impact of support on their emotional condition*, „Contemporary Oncology” 16 (2012), s. 566.

⁴⁰ S. Glasdam, A.B. Jensen, E.L. Madsen i in., *Anxiety and depression in cancer patients' spouses*, „Psychooncology” 5 (1996), s. 26.

⁴¹ C. Segrin, T. Badger, S.M. Dorrosi in., *Interdependent anxiety and psychological distress...*, s. 635.

⁴² B. Park, S.Y. Kim, J. Shin i in., *Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient – family caregiver dyads in Korea*, „Support Care Cancer” 21 (2013), s. 2806.

u partnerów kobiet z rakiem piersi, są: niezadowolenie ze związku małżeńskiego, unikanie bliskości oraz niezadowolenie z życia seksualnego. Stwierdzono, że na zaburzenia depresyjne narażeni są zwłaszcza mężczyźni starsi, mniej wykształceni, z krótszym stażem małżeńskim – to właśnie oni bardziej martwią się o zdrowie żony i jej sytuację w pracy i są niepewni przyszłości małżeństwa⁴³. Faza leczenia również może doprowadzić do pojawienia się objawów depresji, choć podczas chemioterapii częstość występowania depresji maleje, i to zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Mają wówczas miejsce regularne wizyty w szpitalu, a kontakt z personelem medycznym zapewnia opiekunom niezbędne wsparcie⁴⁴.

Rak wpływa nie tylko na aktualne relacje w rodzinie, ale może mieć również daleko idące konsekwencje rzutujące na całą przyszłość. Stawienie czoła diagnozie, a następnie radzenie sobie z terapią, ciągła niedyspozycja i zagrożenie śmiercią mogą doprowadzić członków rodziny na skraj wyczerpania⁴⁵.

4. ŻYCIE DUCHOWE W KONTEKŚCIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Prace naukowe zajmujące się religijnością w kontekście zdrowia człowieka mają już ponadstuletnią historię. Najbardziej znanym badaczem specjalizującym się w poszukiwaniu związków religijności ze zdrowiem jest Harold G. Koenig, który wykazał, że ludzie religijni uzyskują lepsze wyniki morfologiczne, bardziej dbają o zdrowie i żyją dłużej⁴⁶. Zagadnienia dotyczące religijności i jej roli w sprawowaniu opieki nad pacjentem zostały wprowadzone do programu studiów stu (ze stu trzydziestu dwóch) amerykańskich uczelni medycznych. Badania naukowe mające na celu ustalenie związku pomiędzy religijnością i duchowością a zdrowiem człowieka koncentrowały się początkowo na zdrowiu psychicznym. Z czasem coraz większą wagę zaczęto przywiązywać do problematyki wpływu religijności na zdrowie fizyczne, szczególnie w kontekście opieki paliatywnej oraz chorób przewlekłych, w tym chorób nowotworowych. Zależność pomiędzy religijnością a stanem zdrowia określa się najczęściej w oparciu o badania nad częstotliwością uczestnictwa w nabożeństwach, odmawiania indywidualnej modlitwy, lektury treści religijnych oraz własnego postrzegania religijności przez osoby ankietowane. Odpowiedzi respondentów na zadane im pytania ujawniają istotny związek między przynależnością religijną a zachowaniami prozdrowotnymi⁴⁷.

⁴³ F.M. Lewis, K.A. Fletcher, B.B. Cochrane i in., *Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer*, „Journal of Clinical Oncology” 8 (2008), s. 1292.

⁴⁴ A. Williams, A.J. Holmes-Tisch, J. Dixon i in., *Factors associated with depressive symptoms in cancer family caregivers of patients receiving chemotherapy*, „Support Care Cancer” 21 (2013), s. 2393.

⁴⁵ K. Woźniak, D. Iżycki, *Cancer: a family at risk*, s. 256.

⁴⁶ J. Żołnierz, J. Sak, *Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka*, „Journal of Education, Health and Sport” 7, 4 (2017), s. 102.

⁴⁷ Tamże, s. 107.

Prowadzone w Polsce badania również wskazują, że osoby religijne cieszą się lepszym zdrowiem i samopoczuciem niż osoby niewierzące, co potwierdza znany lekarz i filozof Jakub Pawlikowski w wywiadzie udzielonym „Serwisowi Zdrowie”⁴⁸. Życie duchowe ma duże znaczenie dla kondycji zdrowia psychicznego i takich chorób jak depresja czy lęk, a także dla zdrowia fizycznego i chorób nowotworowych czy kardiologicznych. Osoby religijne żyją dłużej i mogą cieszyć się lepszą jakością życia również wtedy, gdy cierpią na choroby przewlekłe:

Duchowość i religijność to sfera wpływająca istotnie nie tylko na sposób przeżywania choroby. Jest również ważnym elementem profilaktyki zdrowotnej na poziomie populacji. Ustabilizowane i regularne życie duchowe korzystnie wpływa zwłaszcza na zdrowie psychiczne oraz pozytywne i negatywne zachowania związane ze zdrowiem. A to ma z kolei ogromny, pośredni i bezpośredni, wpływ także na wiele aspektów zdrowia fizycznego⁴⁹.

Dane epidemiologiczne nałożone na tzw. mapy religijności wskazują, że najbardziej religijne województwa w Polsce (podkarpackie i małopolskie) różnią się znacznie pod względem długości życia mężczyzn w porównaniu z województwami najmniej religijnymi (łódzkie i zachodniopomorskie). Średnia długość życia mężczyzn w województwach podkarpackim i małopolskim jest najwyższa w Polsce. Podobnie ma się rzecz ze współczynnikiem umieralności – liczba zgonów na sto tysięcy mieszkańców z powodu nowotworów oskrzeli, tchawicy i płuc jest najniższa dla województw podkarpackiego i małopolskiego, a w czołówce znajdują się województwa łódzkie i zachodniopomorskie.

Jakub Pawlikowski podkreśla, że osoby regularnie praktykujące, niezależnie od wyznania, są zdrowsze od ludzi niepraktykujących. Wyniki badań wskazują, że osoby regularnie modlące się i uczestniczące w mszach świętych cieszą się wyraźnie lepszym stanem zdrowia psychicznego, samopoczuciem i poczuciem szczęścia w porównaniu do osób niepraktykujących. W uproszczeniu, wyższa religijność zazwyczaj przekłada się na lepsze zdrowie⁵⁰. Najczęściej tłumaczy się ten stan rzeczy zdrowszym stylem życia, który jest przypisywany osobom religijnym. W związku z wyznawaną wiarą stosują się oni do przykazań i norm moralnych, rezygnują z nałogów oraz ryzykownych zachowań seksualnych. To wszystko przekłada się na mniejszą zapadalność na wiele chorób, w tym również nowotworowych. Ponadto religia i duchowość pomagają osobom wierzącym lepiej radzić sobie z codziennym stresem, nerwami i negatywnymi emocjami.

Chodzi tu zwłaszcza o wsparcie społeczne uzyskiwane od grupy religijnej, w której funkcjonuje człowiek wierzący. Osoby zaangażowane w życie religijne regularnie otrzymują od innych członków swojej wspólnoty zainteresowanie, zrozumienie, akceptację, troskę, wdzięczność i inne oznaki miłości bliźniego. W czasie nabożeństw,

⁴⁸ Serwis Zdrowie, <https://zdrowie.pap.pl/wywiad/psyche/milosc-medycyna-i-cuda> [dostęp: 18.01.2018].

⁴⁹ Tamże.

⁵⁰ Tamże.

uroczystości i wspólnych modlitw spotykają osoby, które myślą i czują podobnie. Mogą z nimi porozmawiać o problemach w pracy czy w domu. Te spotkania i towarzyszące im rozmowy, a także wspólne modlitwy pomagają rozładowywać napięcie i stres⁵¹.

Osiągnięcia naukowe potwierdzają pozytywny wpływ religii na zdrowie psychiczne, społeczne i fizyczne człowieka. Religijność i duchowość stanowią ważny aspekt zdrowia i zapewniają lepszą jakość życia człowieka. W grupach osób bardziej religijnych obserwuje się m.in. niższy poziom lęku, większą odporność na stres, zmniejszone ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego oraz niższy wskaźnik umieralności w przebiegu chorób przewlekłych. Religijność ma związek z zadowoleniem pacjentów z jakości udzielanych im świadczeń zdrowotnych, w związku z czym pacjenci deklarują potrzebę podejmowania tematów z zakresu religijności i duchowości oraz włączenia tych treści w proces leczenia. Jest to istotny aspekt holistycznego leczenia, uwzględniającego zarówno sferę cielesną, jak i duchową⁵².

Podsumowując, trzeba stwierdzić, iż pojawienie się w życiu człowieka choroby zagrażającej życiu niesie ze sobą szereg poważnych konsekwencji. Choroba nowotworowa, jak każda choroba przewlekła, zakłóca życie rodzinne. Niejednokrotnie traktuje się ją jako punkt zwrotny w dotychczasowych relacjach rodzinnych. Badania dowodzą, że pacjenci, którzy mogą liczyć na wsparcie rodziny, znacznie lepiej przechodzą poszczególne etapy choroby niż osoby pozbawione takiej troski. Rodzina pacjenta musi poradzić sobie ze zmianą ról, która wynika z faktu obecności w rodzinie człowieka chorego na nowotwór. Konieczna jest konsolidacja i jedność rodziny, które powinny stanowić podstawę otwartego porozumiewania się między chorym i jego krewnymi. W powrocie do normalności pomóc może zaakceptowanie zachodzących zmian oraz wykształcenie realistycznych postaw wobec zaistniałej sytuacji.

THE CONSEQUENCES OF CANCER IN THE FAMILY

Summary

Malignant tumor is the second most frequent cause of death in Poland. A steady increase in cancer mortality has been observed in Poland. The introduction of modern research methods has contributed to an increase in cancer detection and enhanced therapeutic effects. New medical achievements, the introduction of new drugs or more optimal treatment techniques can become a source of further improvement of the situation. The appearance of cancer in the family completely changes the lives of its individual members. The way of thinking, feelings, actions, the hierarchy of goals and values change depending on the phase of the disease and the progress of treatment. Nevertheless, the fight against cancer in the family is still an issue little known in Polish psycho-oncology. The article shows the impact of cancer on the patient's family,

⁵¹ Tamże.

⁵² J. Żołniercz, J. Sak, *Współczesne badania nad wpływem religijności...*, s. 103.

focusing on the sociological, psychological and spiritual dimensions of attitudes and reactions of families towards oncologically ill relatives. One of the author's main goals is to examine how fear and anxiety develop in families affected by cancer.

Słowa kluczowe: *choroba nowotworowa, lęk w obliczu choroby, konsekwencje nowotworu, rodzina w obliczu choroby*

Keywords: cancer, anxiety towards the disease, consequences of the cancer, family in the face of the disease

BIBLIOGRAFIA

- Alexander H., *Doświadczenie żałoby*, Poznań 2001.
- Blanchard C.G., *The Crisis of Cancer: Psychological Impact on Family Caregivers*, „Oncology Journal” 11, 2 (1997), s.189-194.
- Budziszewska B.K., Piusińska-Macoch r., Sulek K. i in., *Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej*, Warszawa 2005.
- Cassileth B.R., *Psychological preparation of the patient and family*, „Cancer”, 60 (1987), s. 547-552.
- Christ G.H., *A psychosocial assessment framework for cancer patients and their families*, Oxford 1983.
- Cohen M.M., Wellisch D.K., *Living in limbo: psychosocial intervention in families with cancer patient*, „American Journal of Psychotherapy” 32 (1987), s. 561-571.
- Dryhnicz M., Rzepa T., *Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne*, „Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska Lublin – Polonia” 31, 1 (2018), s. 7-21.
- Ferrario S.R., Zotti A.M., Massara G. i in., *A comparative assessment of psychological ad psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers*, „Psychooncology” 12 (2003), s. 1-7.
- Gaston-Johansson F., Lachica E.M., Fall-Dickson J.M. i in., *Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation*, „Oncology Nursing Forum” 31 (2004), s. 1161-1169.
- Given B., Given C., Sherwood P., *The challenge of quality cancer care for family caregivers*, „Seminars in Oncology Nursing” 28 (2012), s. 205-212.
- Given B., Wyatt G., Given C. i in., *Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life*, „Oncology Nursing Forum” 31 (2004), s. 1105-1117.
- Glasdam S., Jensen A.B., Madsen E.L. i in., *Anxiety and depression in cancer patients' spouses*, „Psychooncology” 5 (1996), s. 23-29.

- Glińska J., Adamska E., Lewandowska M. i in., *Evaluation of the psychological state of patients with advanced cancer and the impact of support on their emotional condition*, „Contemporary Oncology” 16 (2012), s. 563–568.
- Goren A., Gilloteau I., Lees M. i in., *Quantifying the burden of informal caregiving for patients with cancer in Europe*, „Support Care Cancer” 22 (2014), s. 1637–1646.
- Janicka I., Liberska H., *Psychologia rodziny*, Warszawa 2014.
- Kornaszewka-Polak M., *Poczucie przywiązania i osamotnienia w relacjach małżeńskich*, „Roczniki Pedagogiczne” 8 (2016), s. 23–38.
- Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://onkologia.org.pl/nowodwory-zlosliwe-ogolem-2/> [dostęp: 4.01.2018].
- Krasuska M.E., *Opieka w chorobie nowotworowej*, Lublin 1997.
- Lewis F.M., Fletcher K.A., Cochrane B.B. i in., *Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer*, „Journal of Clinical Oncology” 8 (2008), s. 1289–1295.
- Milbury K., Badr H., *Sexual problems, communication patterns, and depressive symptoms in couples coping with metastatic breast cancer*, „Psychooncology” 22 (2013), s. 814–822.
- National Cancer Institute: <https://www.cancer.gov/publications> [dostęp: 27.12.2018].
- Ostrowska A., *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przy-padek profilaktyki ginekologicznej kobiet)*, „Studia Socjologiczne” 3 (2011), s. 16–23.
- Park B., Kim S.Y., Shin J. i in., *Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient–family caregiver dyads in Korea*, „Support Care Cancer” 21 (2013), s. 2799–2807.
- Pietrzyk A., *Ta choroba w rodzinie. Psycholog o raku*, Kraków 2006.
- Segrin C., Badger T., Dorros M., i in., *Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners*, „Psychooncology” 16 (2007), s. 634–643.
- Serwis Zdrowie, <https://zdrowie.pap.pl/wywiad/psyche/milosc-medycyna-i-cuda> [dostęp: 18.01.2018].
- Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2002.
- Thorne S., *The family cancer experience*, „Cancer Nursing” 8 (1985), s. 285–291
- Williams A., Holmes-Tisch A.J., Dixon J. i in., *Factors associated with depressive symptoms in cancer family caregivers of patients receiving chemotherapy*, „Support Care Cancer” 21 (2013), s. 2387–2394.
- Woźniak K., Iżycki D., *Cancer: a family at risk*, „Przegląd menopauzalny” 13, 4 (2014), s. 253–261.
- Zielazny P., Zarzeczna-Baran M., Wojtecka A., *System rodzinny a nowotwór – wybrane zagadnienia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 19, 4 (2013), s. 439–444.
- Zielazny P., Zielińska P., de Walden-Gałuszko K. i in., *Psychoonkologia w Polsce*, „Psychiatria Polska” 50, 5 (2016), s. 1065–1073.
- Żołnierz J., Sak J., *Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka*, „Journal of Education, Health and Sport” 7, 4 (2017), s. 100–112.