

Analiza funkcjonowania psychospołecznego ojców opiekujących się w szpitalu dziećmi z chorobami nowotworowymi

Analysis of the psychosocial functioning of fathers caring for hospitalized children with cancer

Jakub Pilarczyk¹, Marta Pawełczak-Szastok², Natalia Wojtasik³, Sebastian Lizińczyk⁴, Tomasz Urasiński³, Jacek Wachowiak¹, Tomasz Szczepański²

¹Klinika Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

⁴Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Oddział w Katowicach

Psychoonkologia 2012, 2: 37–42

Adres do korespondencji:

mgr Jakub Pilarczyk
Klinika Onkologii, Hematologii
i Transplantologii Pediatricznej
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
ul. Szpitalna 27/33
60-572 Poznań
e-mail: kubapilarczyk@wp.pl

Streszczenie

Wstęp: Najczęstszymi opiekunami dzieci w czasie hospitalizacji z powodu choroby nowotworowej są matki. Istnieje jednak nieliczna grupa ojców sprawujących opiekę nad dzieckiem hospitalizowanym. Celem pracy była ocena motywacji ojców opiekujących się dziećmi hospitalizowanymi z powodu nowotworu oraz ocena ich funkcjonowania psychospołecznego – cech osobowości, postaw rodzicielskich i sposobów radzenia sobie ze stresem.

Materiał i metody: Badaniem objęto 120 ojców, w tym 30 ojców opiekujących się w szpitalu dziećmi z chorobą nowotworową w wieku od 2 do 18 lat z trzech ośrodków onkohematologicznych (Poznań, Szczecin, Zabrze), 40 ojców chorych dzieci niepodających opieki nad dziećmi w czasie hospitalizacji i 50 ojców zdrowych dzieci. W badaniu wykorzystano ankietę dotyczącą sytuacji rodzinnej oraz następujące testy psychologiczne: Inwentarz osobowości NEO-FFI, Skala postaw rodzicielskich i Wielowymiarowy inwentarz do pomiaru radzenia sobie ze stresem (COPE).

Wyniki: Głównymi czynnikami wpływającymi na podejmowanie przez ojców opieki nad dziećmi w trakcie hospitalizacji są: sytuacja zawodowa, wysoka odporność na stres, silna relacja z dzieckiem i dobry wpływ na dziecko. Funkcjonowanie psychospołeczne ojców sprawujących opiekę nad dziećmi w czasie hospitalizacji w porównaniu z grupami kontrolnymi charakteryzuje się wyższym poziomem ugodowości i sumienności, częstszą postawą akceptacji względem dziecka oraz częstszym poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego, emocjonalnego oraz zwrotem ku religii. Sprawowanie opieki nad dzieckiem w szpitalu pozytywnie wpływa na funkcjonowanie psychospołeczne ojców.

Wnioski: Autorzy podkreślają konieczność przeprowadzenia szerszych badań psychologicznych w grupie ojców chorych dzieci oraz objęcia ich opieką psychologiczną.

Abstract

Introduction: Mothers are the most frequent caregivers of children with cancer during hospitalization. Parents uphold this decision with financial reasons, stronger mother-child relationship and better skills in caring for a child. However, there is a small group of fathers taking care of hospitalized children. The aim of this study was to assess the motivation of fathers caring for children hospitalized

with cancer and assess their psychosocial functioning – personality traits, parental attitudes and ways of coping with stress.

Material and methods: The study group consisted of 120 fathers: 30 fathers caring for hospitalized children with cancer aged 2 to 18 years who were treated in three oncohematological departments (Zabrze, Poznań and Szczecin), 40 fathers of children with cancer who were not with them during hospitalization, 50 fathers of healthy children. The fathers completed a questionnaire for the assessment of family situation and psychological tests: the NEO-FFI Personality Inventory, the Parental Attitudes Scale, and the Coping Orientations to Problems Experienced (COPE) scale.

Results: The results indicate that the main factor for fathers who take care of their children during hospitalization were: employment status, stress resistance, a strong relationship with the child and a good influence on the child. Psychosocial functioning of fathers taking care of children during hospitalization compared with control groups was characterized by higher levels of agreeableness and conscientiousness, higher acceptance of the child, and more frequently searching for instrumental and emotional support and focusing on religion. The study indicates that caring for hospitalized children has a positive impact on the psychosocial functioning of their fathers.

Conclusions: The authors also emphasize the need for extended psychological research on fathers of children with cancer and the need to provide psychological care for them.

Słowa kluczowe: dzieci z chorobą nowotworową, ojcowie, podstawowi opiekunowie, cechy osobowości, radzenie sobie ze stresem, postawy rodzicielskie.

Key words: children with cancer, parents, fathers, primary caregivers, personality traits, coping, parental attitudes.

Wstęp

Najczęściej podstawowym opiekunem dziecka z chorobą nowotworową w czasie pobytu w szpitalu jest matka [1]. Zadaniem ojców jest natomiast zabezpieczenie materialne rodziny. Zwraca się uwagę, że taki podział ról może negatywnie wpływać na relację ojciec – dziecko oraz relację małżeńską, co zagraża rozpadem systemu rodzinnego [2]. Autorzy wskazują na odmienny sposób przeżywania sytuacji choroby przez rodziców oraz poszukiwania wsparcia poza systemem rodzinnym [1]. Różnice w sposobie funkcjonowania pomiędzy matkami i ojcami chorych dzieci powodują, że wielu autorów zwraca uwagę na konieczność odrębnego ich traktowania [3]. Podkreślana jest też zasadnicza rola ojców w procesie wychowania i kształtowania się osobowości dziecka [4] oraz konieczność wzmocnienia pozycji ojców przez środowisko pediatryczne [5]. Coraz częściej obserwuje się na oddziałach onkologii zjawisko przejmowania całkowitej opieki nad dzieckiem w czasie hospitalizacji przez ojców [6].

Dotychczas najczęstszą grupą badaną były matki lub rodzice [np. 7, 8]. Bonner i wsp. podają, że w latach 1995–2005 opublikowano 23 badania uwzględniające rozróżnienie między matkami i ojcami [6]. Badania, które traktują rodziców rozłącznie,

mówią zarówno o różnicach, jak i podobieństwach w ich psychospołecznym funkcjonowaniu w obliczu choroby dziecka. Autorzy zwracają uwagę na podobieństwo w przeżywaniu negatywnych emocji lęku i dystresu [9, 10], choć wiele doniesień mówi o ich wyższym poziomie u matek [11, 12]. Różnice między matkami i ojcami są zauważalne także w stosowanych strategiach radzenia sobie ze stresem. Matki preferują styl radzenia skoncentrowany na emocjach, natomiast ojcowie w sytuacji choroby dziecka częściej prezentują styl skoncentrowany na zadaniu. Matki i ojcowie wykazują natomiast podobieństwo w zakresie szacowania jakości swojego życia [13]. Badania prowadzone w populacji ogólnej dowodzą niezbyt dużych różnic w funkcjonowaniu psychoemocjonalnym kobiet i mężczyzn, zauważalnych już w okresie adolescencji [14, 15]. Wśród przyczyn różnic między płciowymi wymienia się zarówno czynniki biologiczne, jak i środowiskowe [16, 17]. Warto więc matki i ojców chorych dzieci traktować jako osobne grupy badanych. Tymczasem przegląd piśmiennictwa z lat 1980–2007 dokonany przez Jonesa i wsp. wykazał istnienie jedynie 53 publikacji dotyczących grupy ojców dzieci chorych na nowotwory [18].

Jeszcze mniejsza liczba publikacji dotyczy ojców, którzy sprawują opiekę nad dzieckiem jako wyłączny lub podstawowy opiekun w czasie hospitaliza-

cji. Bonner i wsp. porównywali ojców i matki zajmujących się dziećmi chorującymi na nowotwór w czasie ich hospitalizacji [6]. U ojców zaobserwowano istotnie wyższe nasilenie objawów depresyjnych. Z kolei Frank i wsp. porównywali 77 matek oraz 48 ojców będących podstawowymi opiekunami dziecka na oddziale onkologii pod względem poziomu lęku i depresyjności [19]. Poziom wymiennych zmiennych u rodziców był podobny, jednak zależał od innych czynników: w przypadku matek od poczucia przynależności do grupy, a ojców – otrzymanego wsparcia i koncentracji na osiągnięciach. Nie znaleziono badań, które różnicowałyby grupę ojców sprawujących opiekę nad dzieckiem chorym na nowotwór w szpitalu i niesprawujących takiej opieki. Ci sami autorzy podkreślają, że wyodrębnienie takich grup ojców może być istotne ze względu na zasadniczą różnicę w ich doświadczeniu (wiedza medyczna, szczególny kontakt z dzieckiem w czasie pobytów na oddziale, zaangażowanie w procedury medyczne, rozmowy z personelem), co może mieć znamieny wpływ na funkcjonowanie emocjonalne.

Celem niniejszych badań było poznanie motywacji ojców opiekujących się w szpitalu dziećmi chorymi na nowotwór do podjęcia się tego zadania oraz ocena ich funkcjonowania psychospołecznego (cech osobowości, postaw rodzicielskich i sposobów radzenia sobie ze stresem) w porównaniu z grupą ojców niepodjęających się opieki nad dzieckiem w szpitalu oraz ojców dzieci zdrowych.

Material i metody

Badania przeprowadzono wśród ojców dzieci z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Badaniem objęto łącznie 120 ojców z trzech ośrodków onkohaematologicznych (Poznań, Szczecin, Zabrze). Na potrzeby badań wyodrębniono trzy grupy badanych ojców: zajmujących się dzieckiem chorym w szpitalu (30 ojców), niezajmujących się dzieckiem w szpitalu (40 ojców) oraz grupę kontrolną ojców dzieci zdrowych (50 ojców). Przedział wiekowy wszystkich osób badanych zawierał się w granicach 25–64 lat.

Kryterium, jakie brano pod uwagę przy podziale dwóch pierwszych grup, był czas poświęcony na zajmowanie się dzieckiem w szpitalu. Do pierwszej grupy zakwalifikowano ojców, którzy byli jedynymi bądź głównymi opiekunami dziecka w szpitalu. Drugą grupę stanowili ojcowie, którzy pojawiali się w szpitalu tylko w czasie odwiedzin (najczęściej weekendowych) oraz którzy w ogóle nie przychodzili do szpitala.

W badaniu zastosowano:

- ankietę stworzoną na potrzeby niniejszego badania w celu określenia podstawowych informacji

dotyczących psychospołecznego funkcjonowania ojców;

- NEO-FFI do diagnozy cech osobowości [20];
- Skalę postaw rodzicielskich autorstwa M. Płopy [21];
- COPE w celu określenia preferowanych strategii radzenia sobie ze stresem [22].

Wyniki

Grupy badane i kontrolna nie różniły się między sobą pod względem struktury zawodowej, wykształcenia oraz sytuacji rodzinnej. Spośród ojców biorących udział w badaniu 90% pracowało zawodowo. Większość ojców miała wykształcenie wyższe – 44%, wykształcenie średnie miało – 33%, zawodowe – 20%, a podstawowe – 3%. Większość ojców (88%) tworzyła rodziny pełne, w konkubinacie żyło 4% ojców, po rozpadzie małżeństwa było 3% ojców, a samotnie wychowywało dzieci 8% ojców (4% z powodu separacji, rozwodu i 4% z powodu śmierci współmałżonka).

Ojcowie z grupy badanej w większości oceniali swoją więź z dzieckiem przed zachorowaniem jako bardzo silną – 88% (8% – umiarkowana, 4% – słaba), a swoje uczestnictwo w wychowaniu dziecka jako intensywne – 70% (26% – umiarkowane, 4% – w swojej ocenie nie brało udziału w wychowaniu).

Spośród ojców, którzy sprawowali opiekę nad dzieckiem na oddziale, 96% podjęło taką decyzję wspólnie z małżonką lub partnerką, 2% – samodzielnie, bez porozumienia z matką dziecka, a jeden ojciec miał poczucie, że żona zadecydowała za niego. Wśród ojców, którzy nie zajmowali się dziećmi w czasie hospitalizacji, 79% podjęło taką decyzję wraz z matką dziecka, 19% ojców uważało, że żona samodzielnie zadecydowała, a jeden ojciec uważał, że taką decyzję podjął lekarz prowadzący leczenie dziecka.

W grupie ojców pozostających z dzieckiem w szpitalu najczęściej podawanym powodem takiej decyzji były: większa dyspozycyjność wynikająca z rodzaju pracy (30% ojców), większa odporność na stres (30% ojców) oraz czynniki związane z relacją ojca z dzieckiem – silniejsza więź i lepszy wpływ na dziecko (30% ojców). Z kolei ojcowie niezajmujący się dziećmi w szpitalu w większości przyczyny upatrywali w swoich wyższych zarobkach – 48% ojców.

Analiza wyników uzyskanych w NEO-FFI testem *U-Manna-Whitneya* wskazuje, że u ojców zajmujących się dziećmi w szpitalu w porównaniu z grupą kontrolną stwierdza się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższy poziom ugodowości (średnia: 6,2 stena, odchylenie standardowe: 2,0 stena, $U = 1195$) oraz sumienności (średnia: 6,3 stena, odchylenie standardowe: 1,7 stena, $U = 844,5$).

Do analizy istotności różnic pomiędzy grupami ojców w wynikach uzyskanych w Skali Postaw Rodzicielskich zastosowano nieparametryczny test ANOVA Kruskala-Wallisa ze względu na rozkład badanych zmiennych niespełniający założeń rozkładu normalnego. Jedyną istotną statystycznie różnicę zaobserwowano w skali *Akceptacja – odrzucenie* między ojcami zajmującymi się dziećmi w szpitalu i grupą kontrolną ($H(2,118) = 9,86, p < 0,01$).

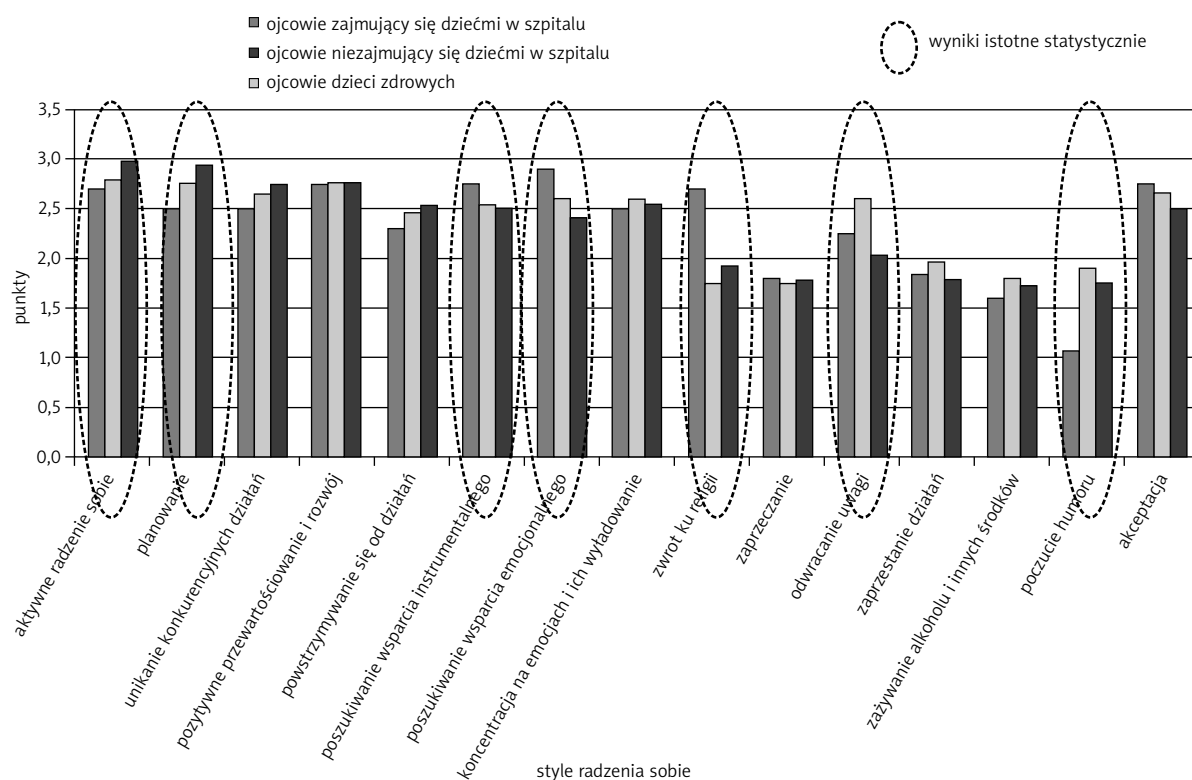
Także do analizy istotności różnic w wynikach poszczególnych grup w zakresie stylów radzenia sobie zastosowano test ANOVA Kruskala-Wallisa. Między poszczególnymi grupami badanych ojców stwierdzono następujące różnice w stosowanych stylach, spełniające kryterium istotności statystycznej $p < 0,05$:

- ojcowie zajmujący się dziećmi w szpitalu różnili się od pozostałych grup ojców w stylach: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zwrot ku religii, poczucie humoru;
- ojcowie zajmujący się dziećmi w szpitalu różnili się od ojców niezajmujących się dziećmi w stylu: odwracanie uwagi;
- ojcowie zajmujący się dziećmi w szpitalu różnili się od ojców dzieci zdrowych w stylach: aktywne radzenie sobie i planowanie.

Wyniki uzyskane przez poszczególne grupy przedstawiono na rycinie 1.

Dyskusja

Wyniki badań wskazują, że ojcowie jako podstawową motywację do opieki nad dzieckiem w szpitalu wskazywali większą dyspozycyjność wynikającą z rodzaju pracy, większą odporność na stres oraz silniejszą więź z dzieckiem i lepsi na nie wpływ w porównaniu z matką. Najprawdopodobniej w związku z elastycznym czasem pracy, dyspozycyjnością ojców, którzy zajmowali się dziećmi w szpitalu, oboje małżonkowie mogli utrzymać pracę (aż 90% ojców pracowało zawodowo pomimo pobytów z dzieckiem na oddziale). Najczęściej w sytuacji choroby dziecka to matki zmuszone są zrezygnować z pracy [23, 24]. Tymczasem, jak podaje Pawełczak-Szastok i wsp. (w druku), gorsza sytuacja materialna rodziny oraz bezrobocie – zarówno matki, jak i ojca – wpływają na znaczne nasilenie lęku u rodziców [25], co może wynikać z nadmiernego obciążenia odpowiedzialnością za status materialny tylko jednej osoby z rodziny [26, 27]. Dlatego pozostanie ojca z dzieckiem w szpitalu i utrzymanie przez niego pracy zapewniało rodzicom większy spokój w kwestiach finansowych.



Rycina 1. Wyniki dotyczące parametrów badanych w kwestionariuszu COPE
Figure 1. Scores obtained by subjects in COPE

Wyniki uzyskane u ojców nieopiekujących się dziećmi w szpitalu pokazują, że finanse mają duże znaczenie dla rodziców – aż 48% tych ojców jako powód braku ciągłej obecności w szpitalu podawało wyższe zarobki od żon. Innym czynnikiem, który wpływał na pozostanie bądź niepozostanie z dzieckiem w szpitalu, była odporność na stres (30% ojców). Zdolność do zmagania się ze stresem, jaki wywołuje diagnoza choroby zagrażającej życiu dziecka, daje przekonanie o gotowości do bycia z dzieckiem, zapewnienia mu opieki i poczucia bezpieczeństwa. Wyrażoną w badaniach własnych opinię ojców o ich lepszych kompetencjach w radzeniu sobie ze stresem w porównaniu z żonami potwierdzają wyniki badań Vrijmoet-Wiersma i wsp. [28] i Sloper [29]. Wynika to z różnic międzyplciowych w tym zakresie [11, 12] oraz z odmiennych sposobów radzenia sobie ze stresem [13]. Ostatnim najczęściej (30%) wymienianym przez ojców czynnikiem mającym wpływ na pozostanie z dzieckiem w szpitalu była dobra z nim relacja.

W badaniach wykazano, że ojcowie zajmujący się dziećmi chorującymi na nowotwór cechują się większym nasileniem takich cech osobowości, jak sumiennosc i ugodowosc, w stosunku do ojców niezajmujących się dziećmi w szpitalu i ojców dzieci zdrowych. Taki układ cech osobowości wpływa na podjęcie przez ojca decyzji o pozostawianiu z dzieckiem jako główny opiekun. Warto zaznaczyć, że od czasu wprowadzenia przez Tedescha i Calhouna (1996) pojęcia wzrostu potraumatycznego pojawia się coraz więcej doniesień mówiących o pozytywnych zmianach obserwowanych u osób doświadczających traumy w obszarach: percepcji siebie, relacji interpersonalnych i filozofii życia [za: 30]. Goldbeck udowadnia, że rodzice dzieci chorych na nowotwory cechują się wyższym poziomem satysfakcji z życia rodzinnego niż rodzice dzieci zdrowych [31], Juczyński obserwuje wzrost doceniania życia oraz satysfakcji z relacji społecznych u matek dzieci z chorobą nowotworową [30], natomiast Hungerbuehler i wsp. rozpoznali potraumatyczny wzrost u 63% rodziców dzieci z cukrzycą lub nowotworem [32].

Analiza wyników dotyczących postaw rodzicielskich wskazuje, że ojcowie zajmujący się dzieckiem w szpitalu prezentują postawę większej akceptacji. Postawa akceptacji mówi o bliskim, uczuciowym kontakcie rodzica z dzieckiem oraz wskazuje, że rodzic jest dla dziecka głównym oparciem w sytuacjach trudnych i kryzysowych [za: 21]. Postawa ta prawdopodobnie wzmacnia się u ojców będących podstawowymi opiekunami pod wpływem częstszego kontaktu z dzieckiem oraz w obliczu doświadczenia ciężkiej choroby. Wielu autorów dowodzi pozytywnego wpływu częstszego kontaktu ojca

z dzieckiem na jego postawę rodzicielską oraz relację między nimi – zarówno w grupie dzieci zdrowych, jak i chorych [33, 34]. Bennett i wsp. twierdzą, że zależność emocjonalna między dzieckiem i ojcem jest obecna wyłącznie w sytuacji zachorowania dziecka, natomiast nie występuje u zdrowych dzieci [3]. Niektórzy autorzy wskazują też, że ojcowie dzieci przewlekle chorych są bardziej ochraniający, pozwalają na większą autonomię i są mniej wymagający niż matki [za: 21]. Choć w badaniach własnych porównanie wyników ojców niezajmujących się dziećmi w szpitalu z pozostałymi nie osiągnęło założonego poziomu istotności statystycznej, podobnie jak u Stawickiej-Wasienko [za: 21], zwraca uwagę nasilenie postawy ochraniającej i niekonsekwencji oraz obniżenie wymagań względem dziecka. Taki układ postaw rodzicielskich może nasuwać wniosek, że ojcowie, którzy nie spędzają z dzieckiem czasu w szpitalu, przeżywają dyskomfort i poczucie winy z tego powodu [35].

Wśród wszystkich badanych ojców zaobserwowano częstsze stosowanie strategii skoncentrowanych na problemie i na emocjach oraz rzadsze stosowanie strategii związanych z unikaniem. Ojcowie zajmujący się dzieckiem w szpitalu częściej niż pozostali ojcowie korzystali ze strategii skoncentrowanych na emocjach (poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego oraz zwrot ku religii), a rzadziej niż ojcowie z pozostałych grup angażowali strategie skoncentrowane na problemie (aktywne radzenie sobie, planowanie) i strategii unikowe (odwracanie uwagi, poczucie humoru). Wyjaśnieniem może być fakt, że ojcowie, powierzając swoje chore dziecko lekarzom, traktują to jako uzyskiwanie od nich wsparcia instrumentalnego. Jednocześnie oczekują od personelu wsparcia emocjonalnego, poparcia ich postępowania, pocieszenia, co potwierdzają wyniki badań innych autorów, m.in. Staci i wsp. [36]. Strategię odwracania uwagi najczęściej wykorzystują ojcowie niezajmujący się dziećmi w szpitalu. Prawdopodobnie, że ten rodzaj radzenia sobie ze stresem – podobnie jak postawa rodzicielska ochraniająca, niekonsekwencji i obniżonych wymagań – ma ochronić tych ojców przed poczuciem winy wynikającym z rzadkiego przebywania z dzieckiem w szpitalu [35]. Nie znaleziono badań dotyczących stylów radzenia sobie ze stresem ojców dzieci chorych na nowotwory, w których różnicowano by grupę ojców sprawujących opiekę nad dzieckiem w szpitalu i niesprawujących takiej opieki. Sterken, badając bez tego rozróżnienia grupę ojców dzieci z chorobą nowotworową, wskazywał, że używają oni strategii unikowych i skoncentrowanych na emocjach [37], natomiast Cayse dowodził stosowania sposobów radzenia sobie zorientowanych na problem i opartych na modlitwie [38].

Wnioski

Należy zwrócić uwagę na aspekt praktyczny badania. Psychologowie pracujący na oddziałach onkohematologii dziecięcej powinni wspierać tych ojców, którzy są głównymi opiekunami dziecka. W przypadku ojców niezajmujących się dzieckiem w szpitalu należy się szczególnie koncentrować na eliminowaniu poczucia winy z powodu nieobecności przy dziecku oraz wspieraniu bardziej korektywnych postaw rodzicielskich.

Otrzymane wyniki zachęcają do kontynuowania badań w przedstawionej grupie ojców. Wydaje się, że ważna jest ocena, czy zaobserwowane różnice w poszczególnych grupach ojców utrzymują się po zakończonym leczeniu.

Piśmiennictwo

1. Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Obuchowska I (red.). Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995; 18-54.
2. Swaminathan S, Alexander G, Boulet S. Delivering a very low birth weight infant and the subsequent risk of divorce or separation. *Matern Child Health J* 2006; 10: 473-479.
3. Bennett ML, Flowers S, McNamara K, Young-Saleme T. Fathers of children with cancer: involvement, coping, and adjustment. *J Pediatr Health Care* 2008; 22: 182-189.
4. Ford J, Nalbone D, Wetchler J, Sutton P. Fatherhood. How differentiation and identity status affect attachment to children. *Am J Fam Ther* 2008; 36: 284-299.
5. Coleman W, Garfield C. Fathers and pediatricians. Enhancing men's roles in the care and development of their children. *Pediatrics* 2004; 113: 1406-1411.
6. Bonner M, Hardy K, Willard V, Hutchinson K. Brief report: psychosocial functioning of fathers as primary caregivers of pediatric oncology patients. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 851-856.
7. Boman K, Lindahl A, Björk O. Disease-related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis. *Acta Oncol* 2003; 42: 137-146.
8. Mack J, Wolfe J, Cook E i wsp. Parents' roles in decision making for children with cancer in the first year of cancer treatment. *J Clin Oncol* 2011; 29: 2085-2090.
9. Norberg A, Lindblad F, Boman K. Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psychooncology* 2006; 15: 335-343.
10. Patiño-Fernández A, Pai A, Alderfer M i wsp. Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatr Blood Cancer* 2008; 50: 289-292.
11. Fotiadou M, Barlow J, Powell L, Langton H. Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. *Psychooncology* 2008; 17: 401-409.
12. Wijnberg-Williams B, Kamps W, Klip E, Hoekstra-Weebers J. Psychological adjustment of parents of pediatric cancer patients revisited: five years later. *Psychooncology* 2006; 15: 1-8.
13. Goldbeck L. Parental coping with the diagnosis of childhood cancer: gender effects, dissimilarity within couples and quality of life. *Psychooncology* 2001; 10: 325-335.
14. Bekker M, van Mens-Verhulst J. Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gend Med* 2007; 4: 178-193.
15. Puskar K, Bernardo L, Ren D i wsp. Sex differences in self-reported anxiety in rural adolescents. *Int J Ment Health Nurs* 2009; 18: 417-423.
16. Kelly M, Tyrka A, Price L, Carpenter L. Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depress Anxiety* 2008; 25: 839-846.
17. Altemus M. Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Hormones Behavior* 2006; 50: 534-538.
18. Jones B, Pelletier W, Decker C i wsp. Fathers of children with cancer: a descriptive synthesis of the literature. *Soc Work Health Care* 2010; 49: 458-493.
19. Frank N, Brown R, Blount R, Bunke V. Predictors of affective responses of mothers and fathers of children with cancer. *Psychooncology* 2001; 10: 293-304.
20. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costa P, McCrae R. Adaptacja polska. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2007.
21. Płopa M. Skala Postaw Rodzicielskich. Wersja dla rodziców. Vizja Press IT, Warszawa 2008.
22. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. NPSR – Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2009.
23. Clarke N, McCarthy M, Downie P i wsp. Gender differences in the psychosocial experience of parents of children with cancer: a review of the literature. *Psychooncology* 2009; 18: 907-915.
24. Earle E, Clarke S, Eiser C, Sheppard L. 'Building a new normality': mothers' experiences of caring for a child with acute lymphoblastic leukaemia. *Child Care Health Dev* 2007; 33: 155-160.
25. Pawełczak-Szastok M, Pilarczyk J, Pobudejska-Pieniążek A i wsp. Lęk w rodzinach dzieci chorujących na nowotwory. *Psychooncologia*, w druku.
26. Finley G, Schwartz S. Perceived paternal and maternal involvement: factor structures, mean differences, and parental roles. *Fathering: A Journal of Theory, Research and Practice about Men as Fathers* 2008; 6: 62-82.
27. Chesler M, Parry C. Gender roles and/or styles in crisis: an integrative analysis of the experiences of fathers of children with cancer. *Qual Health Res* 2001; 11: 363-385.
28. Vrijmoet-Wiersma C, van Klink M, Kolk A i wsp. Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: a review. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 694-706.
29. Sloper P. Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *J Pediatr Psychol* 2000; 25: 79-91.
30. Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny u matek zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. 11 Ogólnopolska Konferencja Psychoonkologiczna „Nowe zadania Psychoonkologii”, Władysławowo 2012.
31. Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life. *Qual Life Res* 2006; 15: 1121-1131.
32. Hungerbuehler I, Vollrath M, Landolt M. Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *J Health Psychol* 2011; 16: 1259-1267.
33. Cohen O, Shnit D. Social workers' recommendations on the non-custodial father's visitation rights with his preschool children. *International Social Work* 2001; 44: 311-329.
34. Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A, Halonen P. Parents' use of nonpharmacological methods to alleviate children's postoperative pain at home. *J Adv Nurs* 2003; 41: 367-375.
35. Pawełczak M, Kajdas L, Szczepański T, Sońta-Jakimczyk D. Emocje doświadczane przez rodziców dzieci z chorobami nowotworowymi krwi. *Pediatr Pol* 2008; 83: 477-484.
36. Staci M, Wolters P, Walker K i wsp. Family functioning and coping styles in families of children with cancer and HIV disease. *Clin Pediatr* 2012; 1: 58-64.
37. Sterken D. Uncertainty and coping in fathers of children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 1996; 13: 81-90.
38. Cayse L. Fathers of children with cancer: a descriptive study of their stressors and coping strategies. *J Pediatr Oncol Nurs* 1994; 11: 102-108.