



**Dobrostan eudajmonistyczny i hedonistyczny rodziców dzieci chorujących onkologicznie
w dwóch warunkach sytuacyjnych: weryfikacja mediacyjnej roli religijnych
i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem**

Eudaimonic and hedonic well-being of parents of children suffering
from the oncological disease in two stress-related contexts: Examining religious
and nonreligious coping as mediators

mgr Natalia Ziółkowska

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
Dr hab. Ewy Gruszczyńskiej, prof. Uniwersytetu SWPS

Warszawa, 2023

Streszczenie

Choroba nowotworowa dziecka stanowi sytuację silnie stresową dla jego opiekunów, zmieniającą funkcjonowanie rodziny na wielu poziomach. Tym samym, stanowi przykład krytycznego wydarzenia życiowego o dużym potencjale obciążającym. Sytuacja choroby dziecka w trakcie pandemii COVID-19 mogła prowadzić do kumulacji obciążenia stresowego, gdzie stresor specyficzny dla opiekuna, czyli choroba dziecka, współistniał ze stresorem niespecyficznym, dotyczącym całej populacji. Głównym celem pracy była zatem analiza różnic w zakresie dobrostanu w ujęciu eudajmonistycznym i hedonistycznym oraz w obszarze strategii religijnego i niereligijnego radzenia sobie ze stresem u rodziców dzieci chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 w porównaniu do rodziców dzieci chorujących na nowotwór przed pandemią. Dodatkowo, celem pracy była także weryfikacja pośredniczącej roli religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem w relacji między warunkami kumulacji stresorów a dobrostanem w obu ujęciach.

Badania zostały przeprowadzone w dwóch wysokospecjalistycznych ośrodkach medycznych. W badaniu uczestniczyło łącznie 310 rodziców dzieci chorujących onkologicznie w trakcie procesu leczenia. Po zastosowaniu kontroli zmiennych ubocznych poprzez *propensity score matching* wyodrębniono 111 par opiekunów, które zostały uwzględnione w analizach właściwych. Wyniki wykazały ograniczoną rolę dodatkowego stresora, jakim była sytuacja pandemii COVID-19, w odniesieniu do dobrostanu i radzenia sobie ze stresem u rodziców dzieci chorujących na nowotwór. W wykonanej serii wielowymiarowych analiz różnic pomiędzy grupą z i bez kumulacji stresorów nie zanotowano istotnych różnic. Analizy jednowymiarowe wskazały takowe różnice w zakresie afektu pozytywnego i pozytywnego przewartościowania, jednak w kierunku przeciwnym od założonego. Mianowicie wyższy afekt pozytywny i wyższe nasilenie pozytywnego przewartościowania obserwowano w grupie rodziców dzieci chorujących na nowotwór

zbadanej w trakcie pandemii COVID-19 w porównaniu do grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie zbadanej przed pandemią COVID-19. W analizach mediacyjnych uzyskano pośredniczącą rolę negatywnego religijnego radzenia sobie w relacji między warunkami sytuacyjnymi a dobrostanem zarówno w ujęciu eudajmonistycznym, jak i hedonistycznym. W grupie rodziców dzieci chorujących onkologicznie przebadanych w trakcie pandemii COVID-19 nasilenie negatywnego religijnego radzenia sobie było niższe, co wiązało się z wyższym dobrostanem. Wyniki nie potwierdziły zatem obciążającego potencjału kumulacji stresorów dla badanej próby rodziców, co może być podyktowane istotniejszą rolą raczej centralności kluczowego stresora niż samym współwystępowaniem stresorów.

Niniejsza praca dostarcza zatem nowej wiedzy w rzadko badanej kwestii radzenia sobie i dobrostanu w kontekście współlistnienia różnych źródeł stresu mimo powszechności takich okoliczności w funkcjonowaniu w warunkach naturalnych. Tym samym, wyniki mogą też przyczynić się do tworzenia interwencji dla rodziców dzieci z chroniczną chorobą somatyczną, z adekwatnym zrozumieniem złożoności procesów nadawania znaczenia sytuacjom stresującym.

Słowa kluczowe: radzenie sobie ze stresem, religijne radzenie sobie, radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu, choroba nowotworowa dziecka, rodzice, pandemia COVID-19, dobrostan hedonistyczny, dobrostan eudajmonistyczny

Nota: W opisie wyników dotyczących zastosowania metody *propensity score matching* wykorzystano część analiz, które wchodzi w skład jednego z opublikowanych przeze mnie artykułów (Ziółkowska i in., 2022). Użyte w pracy narzędzia oraz procedura zostały zaakceptowane i uzyskały pozytywną opinię Komisji Etyki Uniwersytetu SWPS (numer decyzji: 5/2019, aneks: 43/2022).

Abstract

A child's oncological disease can be a very demanding situation for parents, changing family functioning on many levels. Thus, it is a critical life event with high stress potential. The present study hypothesized that a child's oncological illness during the COVID-19 pandemic – in which a stressor specific to the caregiver (i.e., the child's illness) coexisted with a non-specific stressor affecting the entire population (i.e., the COVID-19 pandemic) – would be associated with even higher distress for parents. Therefore, the present study analyzed differences in eudaimonic and hedonic well-being between parents of children with cancer during the COVID-19 pandemic and parents of children with an oncological disease before the pandemic. The study additionally examined the mediating role of religious and non-religious coping strategies between stressor accumulation conditions and well-being in both approaches.

The study was conducted in two high-reference public medical centers. In total, 310 parents of children with oncological diseases during the treatment process participated in the study. After controlling for side variables through propensity score matching, 111 pairs of caregivers were identified and included in the further analysis. The results showed a limited role of an additional stressor, such as the COVID-19 pandemic situation, in relation to well-being and coping with stress in parents of children with cancer. Specifically, in the series of multivariate analyses of differences between the groups with and without cumulative stressors, no significant differences were noted. One-dimensional analyses of variance indicated such differences in the areas of positive affect and positive reappraisal. However, in opposition to the hypothesis, higher positive affect and higher positive reappraisal were observed in the group of parents of children with cancer examined during the COVID-19 pandemic in comparison to the group of parents of children with cancer examined before the COVID-19 pandemic. Negative religious coping mediated the relationship between

situational conditions and both eudaimonic and hedonic well-being. In the group of parents of children with cancer evaluated during the COVID-19 pandemic, negative religious coping was lower, which was then associated with higher well-being.

As such, the results did not confirm the debilitating effect of stressor accumulation for the studied sample of parents, which may be due to the more important role of the centrality of a key stressor rather than the co-occurrence of stressors. The present work thus provides new knowledge in the understudied area of coping and well-being in the context of dealing with various sources of stress, despite the prevalence of such circumstances in natural settings. The results can also contribute to the development of interventions for parents of children with chronic somatic illness, accounting for the complexity of making meaning of stressful situations.

Keywords: coping with stress, religious coping, meaning-focused coping, children with cancer, parents, COVID-19 pandemic, eudaimonic and hedonic well-being

Spis treści

Wprowadzenie	10
Rozdział 1. Problematyka radzenia sobie ze stresem. Koncepcja religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem.	12
Rozdział 2. Dobrostan psychologiczny w ujęciu eudajmonistycznym i hedonistycznym	31
Rozdział 3. Psychologiczne i kliniczne aspekty funkcjonowania rodziców w sytuacji choroby nowotworowej dziecka.	37
Rozdział 4. Pandemia COVID-19 jako dodatkowe źródło stresu dla rodziców dzieci chorujących onkologicznie.	45
Rozdział 5. Uzasadnienie podjętego zagadnienia i problematyka badań własnych.	53
Rozdział 6. Metoda	67
6.1. Osoby badane	67
6.2. Procedura badań	68
6.3. Pomiar zmiennych	69
6.3.1. Pomiar dobrostanu	69
6.3.1.1. Dobrostan eudajmonistyczny	69
6.3.1.2. Dobrostan hedonistyczny	79
6.3.2. Pomiar religijnych strategii radzenia sobie ze stresem	80
6.3.3. Pomiar niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem	81
6.3.4. Pomiar depresyjności	81
6.3.5. Pomiar wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych	82
6.4. Strategia analiz statystycznych	82
Rozdział 7. Wyniki	85
7.1. Statystyki opisowe	85
7.2. Analiza zmiennych ubocznych	86

7.3. Braki danych	88
7.4. Weryfikacja hipotez dotyczących różnic pomiędzy grupami	90
7.4.1. Weryfikacja hipotezy 1.1: dobrostan eudajmonistyczny	90
7.4.2. Weryfikacja hipotezy 1.2: dobrostan hedonistyczny	91
7.4.3. Weryfikacja hipotezy 2 (2.1 i 2.2.): radzenie sobie ze stresem.....	93
7.5. Analiza korelacji między badanymi zmiennymi.....	94
7.6. Weryfikacja hipotez 3.1-3.5: analizy mediacji	97
7.6.1. Dobrostan eudajmonistyczny	98
7.6.2. Dobrostan hedonistyczny	101
7.6.2.1. Aspekt poznawczy: Satysfakcja z życia	101
7.6.2.2. Aspekt afektywny: Afekt pozytywny	103
7.6.2.3. Aspekt afektywny: Afekt negatywny	105
7.6.3. Model skonsolidowany	107
Rozdział 8. Dyskusja wyników.....	109
Podsumowanie	129
Literatura cytowana	131
Załączniki.....	177

Spis rysunków

Rysunek 1. Hipotetyczny model badawczy dotyczący zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi.....	66
Rysunek 2. Analiza confirmacyjna Skali Dobrostanu Psychicznego: Model czynników skorelowanych.	72
Rysunek 3. Analiza confirmacyjna Skali Dobrostanu Psychicznego: Model z jednym czynnikiem.....	73
Rysunek 4. Analiza confirmacyjna Skali Dobrostanu Psychicznego: Model podwójnego czynnika A	73
Rysunek 5. Analiza confirmacyjna Skali Dobrostanu Psychicznego: Model podwójnego czynnika B	74
Rysunek 6. Analiza confirmacyjna Skali Dobrostanu Psychicznego: Model hierarchiczny..	74
Rysunek 7. Średnie i odchylenia standardowe w grupach osób badanych. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1– grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.....	86
Rysunek 8. Oznaczenie ścieżek w modelu mediacji według Barona i Kenny’ego (1986).....	98
Rysunek 9. Model mediacji równoległych dla dobrostanu eudajmonistycznego – skonsolidowane niestandardyzowane współczynniki regresji.....	99
Rysunek 10. Model mediacji równoległych dla SWLS – skonsolidowane niestandardyzowane współczynniki regresji.	101
Rysunek 11. Model mediacji równoległych dla afektu pozytywnego – skonsolidowane niestandardyzowane współczynniki regresji.....	103
Rysunek 12. Model mediacji równoległych dla afektu negatywnego – skonsolidowane niestandardyzowane współczynniki regresji.....	105
Rysunek 13. Podsumowanie dla pośredniczącej roli strategii negatywnego religijnego radzenia sobie. Wyłącznie relacje istotne.....	112
Rysunek 14. Podsumowanie istotnych relacji dla strategii pozytywnego przewartościowania	113
Rysunek 15. Podsumowanie istotnych relacji dla strategii obwiniania siebie.....	114

Spis tabel

Tabela 1. Statystyki opisowe ostatecznej próby osób badanych	67
Tabela 2. Parametry dobroci dopasowania	76
Tabela 3. Ładunki czynnikowe w rozwiązaniu z jednym czynnikiem, wybór pozycji do skali właściwej.....	77
Tabela 4. Różnice między grupami osób badanych przed i po dopasowaniu obserwacji metodą PSM.....	83
Tabela 5. Statystyki opisowe badanych zmiennych.....	85
Tabela 6. Porównanie rozkładu zmiennych kategoryalnych pomiędzy grupami ($df = 1$).	86
Tabela 7. Częstości dla hospitalizacji i typu nowotworu.	87
Tabela 8. Porównanie średnich pomiędzy zmiennymi ciągłymi w dwóch grupach.	87
Tabela 9. Porównanie rozkładu brakujących danych między grupami.	88
Tabela 10. Częstości brakujących danych dla zmiennych typ leczenia i czas trwania leczenia	88
Tabela 11. Średnie i odchylenia standardowe w ANCOVA z użyciem wielokrotnych podstawień dla dobrostanu eudajmonistycznego.....	91
Tabela 12. Wielowymiarowa analiza kowariancji MANCOVA funkcjonowania rodziców dzieci chorujących onkologicznie w obszarach dobrostanu hedonistycznego. Wartości skonsolidowane.....	91
Tabela 13. Średnie i odchylenia standardowe w ANCOVA z użyciem wielokrotnych podstawień dla dobrostanu hedonistycznego.....	92
Tabela 14. Wielowymiarowa analiza kowariancji MANCOVA radzenia sobie ze stresem przez rodziców dzieci chorujących onkologicznie. Wartości skonsolidowane	93
Tabela 15. Średnie i odchylenia standardowe radzenia sobie ze stresem w ANCOVA z użyciem wielokrotnych podstawień	94
Tabela 16. Macierz korelacji między badanymi zmiennymi	96
Tabela 17. Efekty pośrednie w modelu mediacji równoległych dla dobrostanu eudajmonistycznego.....	100
Tabela 18. Efekty pośrednie w modelu mediacji równoległych dla SWLS	102
Tabela 19. Efekty pośrednie w modelu mediacji równoległych dla afektu pozytywnego ...	104
Tabela 20. Efekty pośrednie w modelu mediacji równoległych dla afektu negatywnego....	107

Wprowadzenie

Choroba nowotworowa dziecka jest dla rodziców nieprzewidywalnym i niezwykle trudnym wydarzeniem życiowym o wysokim potencjale obciążającym (Perez i in., 2018). Statystyki wskazują, że każdego roku na świecie 300 000 dzieci i nastolatków w wieku poniżej 19 lat ma stawiane rozpoznanie choroby nowotworowej, która stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów w tej grupie wiekowej (Ahmadi i in., 2019; Burger, i in., 2020). W Europie stwierdza się rocznie około 15 tysięcy nowych diagnoz nowotworów złośliwych w grupie wiekowej 0-14 lat, natomiast wśród adolescentów i młodych dorosłych statystyki wskazują na kolejne dodatkowe 20 tysięcy nowych zachorowań (Kowalczyk, 2021).

Choroba nowotworowa dziecka wywołuje dystres oraz zakłóca funkcjonowanie całego systemu rodzinnego i pociąga za sobą liczne zmiany w życiu rodziny, a szczególnie rodziców chorego dziecka (Gage-Bouchard i in., 2013). Z drugiej strony wyniki badań, wskazują, iż w obliczu choroby onkologicznej dziecka opiekunowie często zmieniają cele życiowe, szukają sensu i znaczenia (Carlsson i in., 2019; Dutta i in., 2020; Schweitzer, i in., 2012). Nadzwyczajne okoliczności pandemii COVID-19 oraz jej długofalowe skutki społeczne i ekonomiczne, w tym związane z dostępem do służby zdrowia, mogły wzmacniać już doświadczany poziom stresu w tej grupie.

W czasie pandemii COVID-19, szczególnie na początku, badacze przede wszystkim skupiali się na psychologicznym funkcjonowaniu populacji ogólnej. W niniejszej pracy wyniki dotyczą badania przeprowadzonego w warunkach naturalnych w grupie klinicznej. Badaniami objęci zostali rodzice dzieci chorujących onkologicznie w trakcie aktywnego procesu leczenia w klinice onkologii, gdzie dodatkowym źródłem stresu była sytuacja pandemii COVID-19. Wyniki uzyskane w tej grupie zostały porównane z wynikami w grupie rodziców dzieci z rozpoznaniem choroby nowotworowej przebadanej w klinikach przed pandemią. Głównym celem pracy, wpisującej się w nurt psychologii zdrowia i psychologii

pozytywnej, było zbadanie różnic i mechanizmów w zakresie dobrostanu eudajmonistycznego oraz hedonistycznego rodziców dzieci chorujących na nowotwór w odmiennych warunkach sytuacyjnych, gdzie pandemia COVID-19 stanowiła dodatkowe źródło stresu o charakterze niespecyficznym. Za istotny mechanizm powiązany z dobrostanem we wskazanych warunkach w dużej mierze niekontrolowanego stresu przyjmuje się radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu z uwzględnieniem strategii religijnych i niereligijnych.

Rozdział 1. Problematyka radzenia sobie ze stresem. Koncepcja religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Poznawczo-transakcyjne ujęcie Lazarusa i Folkman definiuje stres jako: „określoną relację między osobą a otoczeniem, która jest oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi” (Folkman i Lazarus 1984, s.19 za: Heszen-Celińska i Sęk, 2020, s. 138). Kluczowe w tym ujęciu jest podkreślenie transakcji, która łączy wzajemnie na siebie oddziaływujące składowe. Autorzy opisując stres, sygnalizują konieczność uwzględnienia jednostki oraz kontekstu sytuacyjnego (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Transakcja przebiega w dwóch kierunkach, a dodatkowo ważną rolę w tym procesie odgrywa ocena poznawcza dokonywana przez osobę, a nie wyłącznie obiektywne aspekty okoliczności potencjalnie stresujących (Łosiak, 2008). W definicji Lazarusa i Folkman, Heszen (2013) wskazuje na konieczność zwrócenia uwagi na relację pomiędzy jednostką a środowiskiem. Autorka podkreśla, że: „Elementem oceny poznawczej przesądzającym o uznaniu sytuacji za stresową jest zagrożenie dla dobrostanu, czy raczej poznawcze odzwierciedlenie tego zagrożenia” (Heszen, 2013, s. 29). Transakcja stresowa w pierwotnej ocenie może być spostrzegana w trzech aspektach jako: „1. krzywda/strata (*harm/loss*), 2. zagrożenie (*threat*) lub 3. wyzwanie (*challenge*)” (Lazarus i Folkman, 1984 za: Heszen, 2013, s. 29). Choroba przewlekła może łączyć się z każdą z wymienionych transakcji. Ponadto wszystkim wyodrębnionym ocenom towarzyszą charakterystyczne emocje. Postrzeganie sytuacji jako krzywdy bądź straty uruchamia złość, smutek, rozpacz, żal. Zagrożeniu częściej towarzyszy lęk. Odbieranie sytuacji jako wyzwania powoduje pojawienie się zarówno emocji negatywnych, ale również pozytywnych takich jak: nadzieja czy zapał (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Metaanaliza wykazała, iż w przypadku osób chorujących na nowotwory ocena sytuacji jako krzywdy lub zagrożenia wiązała się ze wzrostem poziomu dystresu w czasie (Bigatti i in., 2012; Park i in., 2020). Ocena sytuacji

choroby onkologicznej jako krzywdy była również powiązana z wyższym nasileniem doświadczanego lęku (Bjorck i in., 1999; Park i in., 2020). Z kolei ocena sytuacji choroby nowotworowej jako zagrożenia wiązała się ze wzrostem poziomu lęku, depresyjności, ogólnego dystresu i dystresu związanego z chorobą (Bjorck i in., 1999; Hamama-Raz i in., 2007; Lynch i in., 2008; Park i in., 2020). Natomiast spostrzeganie i ocena choroby onkologicznej jako wyzwania uruchamiała poczucie większej kontroli, co z kolei miało istotne znaczenie dla obniżenia dystresu oraz było buforem pomiędzy odpowiedzią na stres po chemioterapii (Gabrys i in., 2018; Henselmans i in., 2009; Norton i in., 2005). Wyniki te potwierdzają zatem, iż ocena stresora jest istotna i może przewidywać zróżnicowaną reakcję emocjonalną oraz późniejsze podejmowane wysiłki w celu radzenia sobie w tej sytuacji (Park i in., 2020). Ocena poznawcza jest kluczowa w ujęciu poznawczo-transakcyjnym. Emocje są nieodzowną składową danej sytuacji, natomiast wskazuje się na nadrzędne znaczenie czynników poznawczych (Heszen, 2013). W transakcji stresowej zasadniczą funkcję spełnia właśnie ocena poznawcza, która wpływa na stan emocjonalny, a następnie jako ocena wtórna rozpoczyna proces radzenia sobie. Ocena wtórna dotyczy przyczyn stresu, ale również wiąże się z zasobami jednostki.

Koncepcja Lazarusa i Folkman spotkała się też z krytyką. Oponenty zwracają uwagę na słabsze elementy tego ujęcia, m.in. przyjmowanie jako priorytetowej oceny poznawczej, a także przypisywanie emocjom drugorzędного znaczenia. W oparciu o przeprowadzone badania własne Heszen (2013) podkreśla, iż ta zależność może zachodzić w przeciwnym kierunku, a zatem to emocje mogą być pierwotne w stosunku do oceny poznawczej sytuacji. W tym wypadku radzenie sobie jest odzwierciedleniem emocji danej osoby, czyli przybierają one nadrzędną rolę wobec czynników poznawczych (Heszen, 2013).

Lazarus i Folkman definiują, iż radzenie sobie ze stresem to: „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie zewnętrznych i wewnętrznych

wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Lazarus i Folkman, 1984, s.141). W tym ujęciu radzenie sobie jest procesem podejmowania wysiłków w odpowiedzi na ocenę sytuacji. Autorzy wskazują na dwie funkcje tego procesu, czyli instrumentalną/ zadaniową, której celem jest modyfikacja nieadaptacyjnej relacji pomiędzy wymaganiami a możliwościami. Drugą wyodrębnioną funkcją jest samoregulacja emocjonalna. Najczęściej podejmowane są wysiłki w celu obniżenia napięcia psychicznego czy negatywnych emocji, ale warto pamiętać, że emocje pełnią również adaptacyjną rolę. Radzenie sobie ukierunkowane na emocje może sprzyjać większemu pobudzeniu, a tym samym mobilizowaniu do wysiłku (Lazarus i Folkman, 1984). Badania Folkman rozwinęły ten kierunek, a także spowodowały wyodrębnienie i opisanie radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu (Folkman i Moskowitz, 2006). W pierwotnym kształcie teorii autorzy przywiązywali większą wagę do emocji negatywnych, natomiast rozwijając dalej teorię Folkman wykazała paralelną rolę emocji pozytywnych (Heszen-Celińska i Sęk, 2020).

Folkman i Moskowitz (2006) zapoczątkowały konceptualizację radzenia sobie ukierunkowanego na znaczenie, która nawiązuje do tradycyjnego modelu, ale stanowi jego znaczące rozszerzenie. Ten rodzaj radzenia sobie uwzględnia strategie poznawcze, które pozwalają na nadawanie znaczenia sytuacjom niekontrolowanego i przedłużającego się stresu (Park i Folkman, 1997). Autorki podkreślają: „Znaczenie można rozpatrywać na dwóch poziomach: globalnym, odnoszącym się do stałych wartości, przekonań na temat świata i własnej osoby oraz celów wyższego rzędu, a także sytuacyjnym, czyli oceny konkretnej sytuacji w relacji do bliskich celów i własnego dobrostanu” (Folkman i Moskowitz, 2006, za: Heszen, 2013, s. 51). Folkman i Moskowitz zwracają uwagę na ważność podtrzymywania i wyzwiania pozytywnych emocji w sytuacjach chronicznego stresu. Obejmuje to między

innymi: „pozytywne przewartościowanie, radzenie sobie skoncentrowane na kontrolowalnych aspektach problemu oraz kreowanie pozytywnych wydarzeń” (Gruszczyńska, 2007, s. 289).

W oryginalnej koncepcji Lazarus i Folkman (1984) zwracali już uwagę na istotę pozytywnego przewartościowania, a więc dostrzeżenia elementów pozytywnych w sytuacji trudnej. Podkreśla się poszukiwanie sensu w doświadczeniach obciążających oraz zauważenie w tych wydarzeniach możliwości rozwoju (Gruszczyńska, 2007). Pozytywne przewartościowanie jest strategią skoncentrowaną na emocjach, ale zawierającą komponent poznawczy, czyli oddziałuje na zmianę emocji poprzez zmianę oceny poznawczej danej sytuacji (Gruszczyńska i Rzesutek, 2020; Lazarus i Folkman, 1984). Strategie pozytywnego przewartościowania mogą być aktywowane zwłaszcza w sytuacji niekontrolowanej (Kamijo i Yukawa, 2018). Jest to strategia, która zakłada poszukiwanie znaczenia i sensu w tym, co się wydarzyło, a jednocześnie umożliwia zmiany w różnych obszarach: pogłębienie wiedzy o sobie samym, zmianę w relacjach, przeformułowanie priorytetów czy celów życiowych (Folkman, 1997). Bussell i Naus (2010) włączyli pozytywne przewartościowanie, religijne radzenie sobie i akceptację do poznawczych strategii radzenia sobie i wykazali, iż ich stosowanie wiązało się z niższym poziomem doświadczanego dystresu, szczególnie w badaniach przekrojowych (Bussell i Naus, 2010; Sinnott i in., 2022). Słynne badania Taylor (1983) prowadzone w grupie pacjentek chorujących na nowotwór piersi oraz w mniejszej grupie pacjentów kardiologicznych wykazały, iż poznawcze przewartościowanie jest kluczowe w adaptacji do sytuacji zagrażającej. Taylor opisuje ten proces jako trzyfazowy, przy czym proces ten uruchamia właśnie poszukiwanie znaczenia w tym, co się wydarzyło, a także zmianę priorytetów w życiu, co prowadzi do odzyskania poczucia sprawstwa i kontroli (Heszen-Celińska i Sęk, 2020; Taylor, 1983). Część badaczy zwraca uwagę, iż procesowi przewartościowania towarzyszą zmiany w dobrostanie eudajmonistycznym, czyli przekonania o sensie życia i możliwości rozwoju pomimo trudnej sytuacji

(Gruszczyńska, 2007; Lyubomirsky i Tucker, 1998). W istocie pozytywne przewartościowanie stanowi proces poznawczy, podczas którego sytuacja stresowa jest rekonstruowana jako wartościowa. Tym samym może stanowić okazję do rozwoju osobistego i poszerzenia zasobów, takich jak np. zmiana w relacjach interpersonalnych lub nabywanie mądrości życiowej.

Z kolei adekwatne stosowanie strategii skoncentrowanych na problemie oraz rewizja celów nawet przy niskiej kontrolowalności stresora sprzyja poczuciu kontroli i sprawstwa. Tym samym, mimo że reakcje ukierunkowane na rozwiązywanie problemu nie są bezpośrednią odpowiedzią na konieczność regulacji emocjonalnej, to mogą mieć korzystny wpływ na emocje poprzez modyfikację lub eliminację stresorów (Aldao i in., 2009). Wskazuje się, iż niski poziom orientacji na rozwiązywanie problemu lub słabe umiejętności w tym obszarze mogą prowadzić do depresji i lęku (Chang i in., 2004; Nottingham i Faccinni, 1998). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że radzenie sobie ukierunkowane na problem jest jedną z najbardziej adaptacyjnych form radzenia sobie, chociaż w sytuacjach o niskiej kontrolowalności, a więc w przypadku poważnej choroby czy straty, może okazać się niewystarczające (Aldwin, 2007; Park, 2022). W sytuacjach o niskiej kontrolowalności, czyli gdy obiektywna zmiana sytuacji nie zależy bezpośrednio od aktywności osoby, to właśnie radzenie sobie ukierunkowane na znaczenie jest szczególnie istotne i ma potencjalnie najbardziej adaptacyjny charakter (Park i Folkman, 2001; Park, 2022). W kilku badaniach prowadzonych w trakcie pandemii COVID-19 podkreślano, iż ludzie podejmują określone strategie radzenia sobie w celu tworzenia znaczeń dotyczących pandemii (Krok i in., 2023). Najczęściej wymienianymi strategiami były: pozytywne przewartościowanie (Park i in., 2021), poszukiwanie potencjalnych korzyści oraz wzrostu (Yang i in., 2021) i akceptacja sytuacji (Park, 2022; Umucu i Lee, 2020).

Kolejna opisana forma, a więc działanie na rzecz wzbudzania emocji pozytywnych, umożliwia utrzymanie pozytywnego afektu mimo sytuacji długotrwałego stresu. Poszukiwanie i nadawanie znaczenia zwykłym zdarzeniom oraz wzbogacanie ich o optymistyczne akcenty sprzyja pojawieniu się pozytywnych emocji (Heszen, 2013).

W klasycznych badaniach Folkman (1997) dotyczących opiekunów osób z AIDS, wykazano, że doświadczali oni nie tylko negatywnych emocji, ale również i pozytywnych, w tym także stosunkowo krótko po śmierci swoich partnerów, co wskazuje na niezależność doświadczania i regulowania pozytywnych oraz negatywnych stanów afektywnych (Folkman, 2006). Mimo że powszechnie uważa się, iż to wyłącznie negatywny afekt wiąże się ze stresem chronicznym, wiele badań pokazało, że pozytywny afekt również pojawia się podczas chronicznego stresu (Folkman i Moskowitz, 2000). W badaniu osób hospitalizowanych z powodu ciężkiej przewlekłej choroby pacjenci zgłaszali znacznie wyższy poziom emocji pozytywnych niż grupa kontrolna osób zdrowych (Viney, 1986 za: Folkman i Moskowitz, 2000). Silver i Wortman (1987 za: Folkman i Moskowitz, 2000) w swoich badaniach opisali, iż osoby doświadczające ekstremalnego, chronicznego stresu (grupa rodziców w żałobie po utracie dziecka czy grupa osób z urazami kręgosłupa) doświadczwały pozytywnych emocji znacznie częściej niż negatywnych w krótkim czasie od wystąpienia negatywnego zdarzenia, które wywołało przewlekły stres. Pokazuje to, iż osoby w sytuacji trudnej doświadczają zarówno pozytywnych, jak i negatywnych stanów emocjonalnych (Folkman, 2008). Wniosek ten jest do wyprowadzenia także z wyników innych badań (Aldao i in., 2010; Fredrickson 2013; Fredrickson i in., 2001, 2003; Li, Loke, 2013; Tan i in. 2021).

Warto w tym miejscu nawiązać również do teorii poszerzającej i budującej funkcji pozytywnych emocji (ang. *broaden-and-build theory of positive emotions*) Fredrickson (1998, 2008). Teoria ta zakłada, iż emocje pozytywne wpływają na poszerzanie puli zachowań oraz procesów poznawczych, a tym samym w sytuacjach trudnych, dla których nie obowiązujące

gotowe wzorce reagowania wyzwalane przez emocje negatywne, ułatwiają adaptacyjne radzenie sobie. Badania prospektywne wykazały, że ludzie, którzy doświadczali więcej emocji pozytywnych niż negatywnych, cechowali się z czasem wyższym poziomem optymizmu (Fredrickson i in., 2003), zdrowia psychicznego (Stein i in., 1997) oraz lepszą jakością relacji interpersonalnych (Gable i in., 2006; Waugh i Fredrickson, 2006). Fredrickson i in. (2001) w swoich badaniach przeprowadzonych po atakach z 11 września 2001 roku wykazali, że pozytywne emocje (takie jak wdzięczność, zainteresowanie, miłość) były mediatorem pomiędzy sprężystością psychiczną a późniejszym rzadszym pojawieniem się symptomów depresji. Zaobserwowano, iż emocje pozytywne po doświadczeniu kryzysu stanowiły ochronę przed jego negatywnymi skutkami psychologicznymi u osób cechujących się sprężystością (Fredrickson i in., 2001). Garland i in. (2011) również empirycznie zaobserwowali, iż pozytywne przewartościowanie i uważność wzajemnie na siebie oddziaływały i wzmacniały, tworząc dodatnie sprzężenia zwrotne. Praktyka uważności ułatwiała reinterpretację trudnych wydarzeń życiowych, co prowadziło do zmniejszenia dystresu. Mocną stroną tego badania były implikacje kliniczne, a mianowicie wykazano, iż terapia poznawcza wykorzystująca elementy uważności, techniki restrukturyzacji zorientowane na odnajdywanie korzyści i pozytywne przewartościowanie w wypadku stresujących wydarzeń życiowych prowadzi do obniżenia poziomu dystresu i cierpienia (Garland i in., 2011). W najnowszych badaniach (Don i in., 2021), w których tłem teoretycznym była teoria poszerzająca i budująca funkcji pozytywnych emocji (ang. *broaden-and-build theory of positive emotions*), wykazano znaczącą rolę pozytywnych emocji w przypadku okresu wczesnego rodzicielstwa. Doświadczanie emocji pozytywnych przewidywało późniejszą większą satysfakcję ze związku i wyższe spostrzegane wsparcie ze strony partnera. Autorzy sugerują, że emocje pozytywne mogą być zasobem, który sprzyja adaptacji w trakcie chronicznie stresujących okresów w życiu, także zagrażających związkom

intymnym, włączając czas przejścia do okresu rodzicielstwa (Don i in., 2021). Również inne badania wskazują, iż w sytuacjach trudnych pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia i akceptacja wiązały się z dobrostanem, natomiast strategia obwiniania siebie była powiązana z wyższym doświadczanym dystresem (Garrido-Hernansaiz i in., 2020; Kato, 2015). Podsumowując, pozytywny afekt może współwystępować z negatywnym podczas trudnych zdarzeń życiowych. Pozytywny afekt w kontekście stresu pełni ważną rolę adaptacyjną oraz można wyodrębnić strategie radzenia sobie, które sprzyjają generowaniu i podtrzymywaniu tego afektu (Folkman i Moskowitz, 2000). Część z nich lokuje się w obszarze związanym z nadawaniem znaczenia sytuacjom trudnym.

Park i Folkman (1997) opisały model tworzenia znaczeń, który ostatecznie w późniejszym czasie rozwinęła Park (2007, 2022). Jak wskazuje Krok (2017): „Podstawą modelu jest stwierdzenie, że człowiek przypisuje znaczenie każdej sytuacji, którą napotyka w swoim życiu, a szczególnie sytuacji krytycznej i trudnej, np. chorobie. Wykorzystuje przy tym posiadane wartości, cele życiowe i przekonania na temat świata i własnej osoby, które stanowią osobiste zasoby, pomagające w radzeniu sobie” (Krok, 2017, s. 136). Głównymi założeniami modelu tworzenia znaczeń (ang. *meaning-making model*, Park, 1997, 2007, 2022) jest to, iż proces poznawczy dotyczący rozumienia sytuacji krytycznej zachodzi na dwóch poziomach: globalnym i sytuacyjnym. Poziom sytuacyjny dotyczy znaczenia aktualnego wydarzenia i składa się z poznawczej oceny zdarzenia, któremu osoba stara się nadać sens w kontekście wyznawanych wartości oraz przekonań (Krok, 2017). Natomiast poziom globalny odnosi się do rozumienia własnego życia i został on zdefiniowany przez Park i Folkman (1997) jako bardziej abstrakcyjny: zawiera w sobie wiedzę dotyczącą siebie, świata i ich wzajemnej relacji. Poziom ten tworzą przekonania człowieka o tym, co ważne oraz jego cele życiowe (Park, 2010; Park i Folkman, 1997). Znaczenie globalne uwzględnia komponent poznawczy, motywacyjny i afektywny, a więc przekonania i cele globalne oraz

poczucie sensu lub celu (Park, 2022). Doprecyzowując, globalne przekonania koncentrują się wokół wartości i poczucia tożsamości, co buduje podstawowe schematy, za pomocą których ludzie interpretują własne doświadczenia życiowe (Park, 2022). Cele globalne są pewnego rodzaju ideami, stanami, które jednostka chce osiągnąć bądź utrzymać. Poczucie sensu wynika zaś z postrzegania własnego życia jako mającego sens, zawierającego cele, które są dla jednostki ważne, jak również z poczucia ciągłego rozwoju w kierunku realizacji ważnych przyszłych celów. Globalne przekonania oraz cele, a także wynikające z nich poczucie sensu, budują system znaczeń, który następnie jest kluczowy w ocenie oraz interpretacji doświadczeń życiowych (Park, 2022). Znaczenie ogólne kształtuje się we wczesnym rozwoju i następnie podlega zmianom poprzez różne doświadczenia, które przyczyniają się do nabywania wiedzy o sobie i świecie, o wyznawanych wartościach i celach (Krok, 2017; Park, 2010). Model tworzenia znaczeń (Krok, 2017; Park, 2007; Park i Folkman, 1997,) opiera się na założeniu, że stres pojawia się, gdy jednostka dostrzeże rozbieżności pomiędzy globalnym znaczeniem (czyli tym, w co wierzy i czego pragnie) a oceną znaczenia danej sytuacji. Rozbieżność ta motywuje jednostkę do rozwiązania problemu i rozładowania towarzyszących mu emocji negatywnych (Park i in., 2016). Podkreśla się, iż konfrontacja z silnym stresorem może naruszyć system globalnego znaczenia (przekonań dotyczących siebie, innych i świata oraz kluczowych celów), a tym samym zapoczątkowuje poznawcze i emocjonalne wysiłki nadawania znaczenia w celu odbudowania systemu znaczeń. Podejmowane wysiłki nadawania znaczeń sprzyjają zrozumieniu i konceptualizacji stresora w sposób zbliżony do lub zgodny z globalnym znaczeniem jednostki, a także uwzględnienia tego rozumienia w większym systemie globalnego systemu znaczeń poprzez procesy asymilacji i akomodacji (Park i Folkman, 1997; Park, 2022). Podejmowanie działań związanych z radzeniem sobie ze stresującymi wydarzeniami wiąże się więc z redukowaniem rozbieżności pomiędzy poziomem sytuacyjnym a poziomem globalnym systemu znaczeń (Park, 2022).

Radzenie sobie ukierunkowane na poszukiwanie znaczenia umożliwia taką redukcję poprzez wzmocnienie zasobów osobistych i społecznych jednostki, w tym i rozwijanie nowych form radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Park, 2010, 2022; Park i Boals, 2021; Park i Folkman, 1997). W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, iż struktury znaczenia mogą oddziaływać na dobrostan jednostki poprzez strategie radzenia sobie ze stresem (Krok i Telka, 2019). I tak na przykład wykazano, że radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu mediowało związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a jakością życia pacjentów chorujących na nowotwory (Boehmer i in., 2007). Ponadto badania pokazały także, że strategie radzenia sobie takie jak obwinianie siebie oraz pozytywne przewartościowanie mediowały związek pomiędzy wsparciem społecznym a dobrostanem w grupie pacjentek chorujących na nowotwór piersi (Kim i in., 2010). Natomiast radzenie sobie ukierunkowane na unikanie pełniło rolę pośredniczącą w relacji między stresem traumatycznym i dystresem a jakością życia pacjentów chorujących onkologicznie (Yang i in., 2008). Pokazuje to, iż efekty mediacyjne były zależne zarówno od strategii radzenia sobie ze stresem stosowanych przez pacjentów, jak również od innych zmiennych psychologicznych (Krok i Telka, 2019).

W obecnym rozszerzonym ujęciu problematyki radzenia sobie ze stresem uwzględnia się również duchowe bądź religijne formy radzenia sobie w sytuacjach stresowych (Pargament, 1997). Współcześnie badacze zwracają uwagę, iż religia może pełnić istotną rolę na poszczególnych etapach sytuacji stresowej, uwzględniając zarówno ocenę wydarzenia, jak i jego skutki. Warto zauważyć, że badacze zajmują się religijnym radzeniem sobie w kontekście stresu od 20 lat (Ano i Vasconcelles, 2005; Hudson, 2016; Krok, 2017; Pargament, 2013). Jedną z przełomowych teorii w tym obszarze jest koncepcja Pargamenta religijnego radzenia sobie (ang. *religious coping*). Sam Pargament (2011) zwraca uwagę, iż jego koncepcja powstała w wyniku inspiracji publikacjami i badaniami Lazarusa i Folkman (Krok, 2017). Pargament określa religię jako „poszukiwanie znaczenia poprzez sposoby związane ze

świętością” (Pargament, 1997, s. 32 za: Krok, 2017, s. 72). W tych słowach można odnaleźć odniesienie do procesu poszukiwania znaczenia, ale w przypadku teorii Pargamenta jest tutaj wyraźne nawiązanie do sfery religijności. Przy czym nadawanie religijnego znaczenia w kontekście trudnych życiowych doświadczeń okazało się faktycznie istotne w reinterpretacji i dalszym procesie radzenia sobie (Park, 2008; Park i Gutierrez, 2013; Pomerleau i in., 2019).

Religijne radzenie sobie Pargament opisuje jako: „definiowane i mierzone w kategoriach stopnia, w jakim religia jest częścią procesu rozumienia i radzenia sobie z krytycznymi zdarzeniami życiowymi” oraz jako „proces poszukiwania znaczenia poprzez sposoby związane ze świętością” (Pargament i in., 2011, s. 52 za: Krok, 2017, s.149). Według Pargamenta (1997) religijne radzenie sobie realizuje pięć funkcji: szukanie sensu życia, sprawowanie większej kontroli nad życiem, utrzymywanie bliskich relacji z innymi i z Bogiem, otrzymywanie ukojenia od Boga oraz utrzymywanie z nim bliskości, a także proces szukania zmian w życiu (Jarosz, 2011). W tej koncepcji możemy wyodrębnić strategie pozytywne i negatywne. Do pozytywnych strategii religijnego radzenia sobie należy między innymi poszukiwanie wsparcia duchowego, religijne przewartościowanie, duchowe połączenie, religijne nawrócenie. Do negatywnych strategii religijnego radzenia sobie możemy zaliczyć duchowe niezadowolenie, przewartościowanie demoniczne czy uznawanie tego, co się wydarzyło, w kategorii kary za grzechy (Davis i Kiang, 2018; Jarosz, 2011; Pargament i in., 2011). Pozytywne i negatywne strategie religijnego radzenia sobie należy traktować jako odrębne, tzn., mimo iż są ze sobą powiązane, nie stanowią przeciwstawnych biegunów tego samego wymiaru. To założenie teoretyczne zostało potwierdzone w dwuczynnikowej strukturze narzędzia, ale też w badaniach korelatów tych podskal w obrębie różnych wymiarów zdrowia psychicznego (Pargament i in., 2011).

Korzystanie z pozytywnych strategii religijnego radzenia sobie wiąże się z poprawą dobrostanu, a nawet postrzeganym wzrostem potraumatycznym w warunkach stresujących

sytuacji życiowych (Chen i in., 2019; Counted i in., 2020; Pargament, 2008, Prati i Pietrantonio, 2009; Smith i in., 2000). Z drugiej strony negatywne strategie religijnego radzenia sobie wykazywały w badaniach odwrotne zależności, tj. sprzyjały gorszemu zdrowiu psychicznemu i niższemu dobrostanowi (Pargament, 2001), a w badaniu podłużnym prowadzonym wśród pacjentów w starszym wieku stwierdzono nawet, iż niektóre z negatywnych strategii religijnego radzenia sobie wiązały się z wyższym ryzykiem śmierci (Pargament i in., 2001). Można zatem zauważyć, iż religijne radzenie sobie ma służyć regulacji napięcia emocjonalnego, ale także ma znaczenie dla procesu przewartościowania oraz definiowania znaczeń (Ano i Vasconcelles, 2005; Krok, 2017), gdyż mechanizmem takiego regulowania emocji jest tutaj poznawczy proces zmiany znaczenia z wykorzystaniem odniesień do religii.

Pargament (1990) wskazuje, że przekonania religijne mogą prowadzić do umocnienia poczucia kontroli oraz poszukiwania znaczenia. Religijność może być istotną składową procesu rozumienia i nadawania znaczenia w obliczu krytycznych wydarzeń życiowych. Osoba wykorzystując religijne strategie radzenia sobie, odwołuje się do Boga jako oparcia w tych trudnych życiowych momentach i źródła pomocy w przezwycięzeniu stresującego doświadczenia. Szczególnie istotne jest to w sytuacjach stresowych o niekontrolowalnym przebiegu. Religijne strategie radzenia sobie ze stresem mogą być zatem analogiczną i pokrewną formą do radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu, ponieważ obie te struktury skupiają się w sposób istotny na poszukiwaniu sensu w doświadczeniach trudnych (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Tym samym mamy tutaj do czynienia z tożsamością realizowanej funkcji radzenia sobie.

Warto w tym miejscu nawiązać do analizy tych zjawisk w obliczu katastrof naturalnych, które stanowią wydarzenia o znikomej możliwości kontrolowania sytuacji, zwłaszcza jednostkowej. W badaniach prowadzonych po katastrofach naturalnych, gdzie

analizowano relacje pomiędzy religijnym radzeniem sobie a dobrostanem, depresyjnością, zaburzeniami po stresie traumatycznym (PTSD) i wzrostem potraumatycznym (PTG) oraz innymi zmiennymi uzyskano wyniki pokazujące interesujące zależności. W grupie mieszkańców stanu Missisipi po huraganie Katrina wyniki wskazywały, iż negatywne strategie religijnego radzenia sobie były dodatnio powiązane z depresją oraz niższą jakością życia. Natomiast pozytywne strategie religijnego radzenia sobie były ujemnie związane z PTSD, depresją, jakością życia i zwiększonym spożywaniem alkoholu (Henslee i in., 2015). Wyniki okazały się tym samym zaskakujące w kontekście jakości życia, która mimo stosowanych pozytywnych strategii radzenia sobie nie okazała się wyższa. Autorzy podkreślają zatem, aby zachować ostrożność w przypadku jednoznacznej oceny roli religijnego radzenia sobie w sytuacji doświadczeń katastrof naturalnych (Henslee i in., 2015). W innym badaniu, gdzie uczestnikami były osoby, które ocalały podczas trzęsienia ziemi na Haiti w 2010 roku, wykazano, że objawy PTSD były pozytywnie skorelowane zarówno z negatywnymi, jak i pozytywnymi strategiami religijnego radzenia sobie. Ponadto okazało się, iż najsilniejszym predyktorem wzrostu potraumatycznego było pozytywne religijne radzenie sobie, następnie aktywne radzenie sobie, postrzegane wsparcie społeczne, sprężystość psychiczna, zaś w dalszej kolejności symptomy PTSD i negatywne religijne radzenie sobie (Mesidor i Sly, 2019). Pokazuje to, iż silny stres wywołuje u niektórych osób całe spektrum różnych strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej, co jest pochodną przeżywanego stanu emocjonalnego i niekoniecznie sprzyja jego efektywnej poprawie.

Niewiele jest badań prowadzonych bezpośrednio po przeżyciu doświadczenia traumatycznego oraz kryzysowego. Ich większość z powodów organizacyjnych (i zapewne też etycznych) dotyczy okresu już po dłuższym czasie od momentu wystąpienia stresora, co jednak sprawdza raczej adaptację do wydarzenia niż reakcję bezpośrednio na jego wystąpienie (Park i in., 2019). Niezwykle interesujące są w tym świetle badania prowadzone

przez Park i in. (2019), gdzie analizowano religijne radzenie sobie u osób bezpośrednio po doświadczeniu huraganu Katrina, tj. po 12-19 dniach od katastrofy. Wykazano, iż osoby zgłaszały nasilone objawy ostrego zaburzenia stresowego oraz zaburzenia funkcjonowania, a także utraty zasobów. Negatywne religijne radzenie sobie, a w szczególności postrzeganie wydarzenia jako kary i porzucenia przez Boga, było pozytywnie powiązane z objawami ostrego zaburzenia stresowego oraz gorszym funkcjonowaniem. Z kolei relacja negatywnego religijnego copingu i objawów ostrej reakcji stresowej była moderowana przez utratę zasobów. Dodatkowo ani pozytywne religijne radzenie sobie, ani częstotliwość udziału w nabożeństwach przed huraganem, ani też osobista modlitwa nie były powiązane z ostrym zaburzeniem stresowym i funkcjonowaniem psychospołecznym jednostek (Park i in., 2019). Ponadto u osób, które przeżyły huragan i doświadczyły dużej straty lub przesiedlenia, ani religijne nawyki, ani religijne radzenie sobie nie były powiązane z niższym doświadczanym dystresem. Natomiast takie strategie jak wiara w Bożą kontrolę czy duchowa walka wiązały się z gorszą adaptacją i przystosowaniem (Park i in., 2019). Autorzy badania analizując te wyniki zaznaczają, iż w szczytowym momencie stresującego doświadczenia zaobserwowano stosunkowo niewiele dowodów wskazujących na ochronne działanie religijnego radzenia sobie. Być może pojawienie się tych efektów wymaga jednak czasu. Te badania pokazały jednak też, że nie wszystkie osoby odnajdują w religii ukojenie i zasoby do radzenia sobie w trudnych życiowych sytuacjach, korzystają zatem prawdopodobnie z innych zasobów i źródeł wsparcia oraz odmiennych strategii radzenia sobie (Park i in., 2019).

Religijne radzenie sobie pozwala również na analizę i pozytywnych, i negatywnych aspektów religijności dla wielu mechanizmów psychologicznych (Paloutzian i Park, 2005). Jednakże, jak zauważa Park (2022), badania prowadzone w grupie osób zmagających się z chorobą nowotworową nie wyodrębniają religijnego radzenia sobie opartego na znaczeniu jako podskali oddzielnej w stosunku do pozytywnego i negatywnego religijnego copingu.

Pokazuje to także, dlaczego badań ukierunkowanych na zestawienie obu rodzajów radzenia sobie ze stresem w sytuacji choroby onkologicznej (tj. religijnego i świeckiego opartego na strukturach znaczenia) jest wciąż bardzo niewiele.

Przegląd badań w obszarze religijnego radzenia sobie w kontekście pacjentów lub opiekunów osób chorujących onkologicznie pokazuje między innymi, że depresyjność była dodatkowo powiązana z negatywnymi strategiami religijnego radzenia sobie u opiekunów dzieci z chorobą nowotworową (Vitorino i in., 2018). Radzenie to wpisuje się zatem w mechanizmy związane z powstawaniem i podtrzymywaniem objawów depresyjnych w ujęciu poznawczo-behawioralnym, czyli błędnymi oraz dysfunkcjonalnymi przekonaniami dotyczącymi siebie, świata oraz przyszłości (Popiel i Pragłowska, 2008). Religijność i związane z nią strategie radzenia sobie mogą jednak też sprzyjać nadawaniu pozytywnego znaczenia w sytuacjach trudnych (Pargament, 1997). Pokazały to wyniki badań prowadzone wśród kobiet chorujących na nowotwór piersi, które częściej stosowały pozytywne niż negatywne strategie religijnego radzenia sobie. Jak widać zatem, dominacja danego typu strategii i jej ostateczne skutki podlega zatem uwarunkowaniom typowym dla radzenia sobie w ogóle (Rzeszutek i in., 2017). I tak niektóre badania wskazują, iż pozytywne religijne radzenie sobie jest powiązane z lepszym zdrowiem psychicznym i wzrostem potraumatycznym (Zeligman i in., 2020). Natomiast badania ankietowe prowadzone w Szwecji wśród pacjentów chorujących na nowotwory pokazały, że religijne strategie są rzadko stosowane w tej grupie chorych. Częstsze stosowanie tych strategii było obserwowane u kobiet, starszych pacjentów oraz mieszkańców mniejszych miejscowości. Badacze wskazują tym samym, iż czynnik społeczno-kulturowy może odgrywać w tym przypadku ważną rolę (Ahmadi i Ahmadi, 2017). Inne badania z kolei wskazywały, że religijne radzenie sobie było uruchamiane wcześniej w procesie adaptacji do diagnozy i leczenia onkologicznego (Gall i in., 2009). W badaniach Lucette i in. (2016) choroba przewlekła wiązała się u pacjentów z wyższym nasileniem

objawów depresyjnych, natomiast wysoka religijność oraz duchowość pacjentów była tutaj czynnikiem ochronnym. Najistotniejszymi zmiennymi okazały się tu ogólne nadawanie znaczenia i nadzieja, a następnie uczęszczanie do kościoła, nadawanie religijnego znaczenia oraz pozytywny obraz Boga (Lucette i in., 2016).

Specyficzniej już w grupie rodziców dzieci chorujących onkologicznie wykazano, iż negatywne strategie religijnego radzenia sobie były powiązane z wyższym poziomem dystresu. Efekt był jednak najbardziej widoczny u rodziców, którzy deklarowali wysoki poziom religijności. Zaobserwowano także, iż pozytywne strategie religijnego radzenia sobie nie były powiązane z poziomem doświadczanego dystresu (Dolan i in., 2021). Inne zależności obserwowane były w badaniu Abu-Raiya i in. (2015), gdzie wykazano, iż pozytywne strategie religijnego radzenia sobie stosowane u rodziców dzieci chorujących na nowotwór były skorelowane z wyższą satysfakcją z życia, zaś wsparcie społeczne częściowo mediowało relację między tymi zmiennymi (Abu-Raiya i in., 2015).

Na podstawie przeglądu badań można zauważyć, iż w przypadku osób zmagających się z chorobą nowotworową efekt pozytywnych i negatywnych strategii religijnego radzenia sobie nie zawsze jest jednoznaczny. Park (2022) zwraca uwagę, iż pozytywne strategie religijnego radzenia sobie nie są automatycznie powiązane z adaptacją i dobrostanem (Krok i in., 2019; Park, 2022; Thune-Boyle i in., 2006), natomiast bardziej konkluzywne są wyniki dotyczące powiązania negatywnych strategii religijnego radzenia sobie z niższą jakością życia oraz słabszą adaptacją do choroby nowotworowej (Davis i in., 2017; Krok i in., 2019; Park, 2022). Koresponduje to zatem ze znaną też z przeglądu literatury asymetrią potwierdzenia empirycznego dla obszaru adaptacyjnych i nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie (Aldao i in., 2010, 2012).

Na procesy tworzenia znaczeń w dużym stopniu może wpływać religia (Park, 2010, 2013), ale należy pamiętać, iż obejmuje to różne konstrukty, jak również znaczenia, których

można doszukiwać się w systemie danej religii lub poza systemem religijnym (Schnell i Keenan, 2013; Van Uden i Zondag, 2016). Ludzie postrzegają często dane zdarzenie lub okoliczności życiowe jako stresujące, gdy oceniają je i nadają im znaczenie jako wykraczające i niezgodne z ich globalnym systemem znaczeń (np. z postawą, że Bóg jest kochający i ochraniający) (Park, 2020). Religia jest jedną z najczęściej włączanych ram do nadawania znaczenia, ponieważ pomaga ludziom znaleźć poczucie sensu, podtrzymywać poczucie wyższego celu i kierunku oraz stabilizować wyznawane wartości (Davis i in., 2019; Pargament, Cummings, 2010; Park, 2013). Model tworzenia osobistych znaczeń zatem ma często religijny lub duchowy charakter i wiąże się ze zmianą rozumienia znaczenia stresora w celu włączenia go do globalnego systemu znaczeń lub modyfikacji globalnego systemu znaczeń (np. zmiana obrazu Boga). Tworzenie znaczeń, jak zauważa Park (2020), może prowadzić do lepszej adaptacji do stresora, gdy zostanie przywrócona spójność systemu znaczeń. Jednakże przedłużające się wysiłki na rzecz tworzenia znaczeń mogą uruchamiać procesy poznawcze nie sprzyjające dobrostanowi, np. ruminowanie (Park, 2020).

Warto zatem wspomnieć, iż teoria Pargamenta i sposoby jej weryfikacji mają ograniczenia. Wskazuje się, iż badania są przede wszystkim ilościowe, brakuje pogłębionego kontekstu obecnego przy badaniach jakościowych, co z kolei według niektórych badaczy mogłoby stanowić adekwatne podłoże do trafniejszego zrozumienia mechanizmów religijnego radzenia sobie (Xu, 2015). Ponadto podkreśla się niedostateczne uwzględnianie kontekstu kulturowego. Chociaż sam Pargament zwracał kilkakrotnie uwagę na czynniki kulturowe, to inni autorzy wskazują, iż jednak nie zostało to dostatecznie opracowane, zwłaszcza empirycznie (Xu, 2015). W odpowiedzi Abu-Raiya i Pargament (2015) przywołują liczne badania, które dotyczyły religijności i w których stosowano narzędzie - Skalę Religijnego Radzenia sobie (RCOPE) - z drobnymi modyfikacjami lub bez u osób będących innego wyznania i spoza kręgu kultury chrześcijańskiej, np. w badaniu Gardner i in. (2013)

badano za pomocą RCOPE osoby wyznania muzułmańskiego w Nowej Zelandii. Istnieją także inne badania prowadzone wśród muzułmanów mieszkających w Stanach Zjednoczonych (Abu-Raiya i Pargament, 2011). W nowszych badaniach również z powodzeniem korzystano z narzędzia Brief RCOPE, badając zarówno ludność żydowską, jak i muzułmańską w Izraelu (Abu-Raiya i in., 2020). Pokazuje to zatem pewną uniwersalność tej koncepcji w odniesieniu do religii opartej na Bogu osobowym i potwierdzenie empiryczne roli religijnego radzenia sobie niezależnie od kontekstu kulturowego, co ostatecznie jest mocną stroną teorii.

Jak wskazują ponadto inni autorzy (Xu, 2015), religijne radzenie sobie jest znacznie szersze od pojęcia religijności i daje bardziej dogłębny oraz pełny obraz znaczenia tych strategii w radzeniu sobie z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. Pozwala też na uchwycenie subtelności i dynamiki tego aspektu radzenia sobie. Kolejnym argumentem przemawiającym na korzyść teorii Pargamenta jest uwzględnienie dwóch wymiarów religijnego radzenia sobie, a więc strategii zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Badania podłużne prowadzone za pomocą Brief RCOPE w dużej grupie Afroamerykanów w Stanach Zjednoczonych uwzględniające oba dwa wymiary religijnego radzenia sobie wykazały, iż pozytywne strategie religijnego radzenia sobie przewidywały wskaźniki dobrostanu dwa i pół roku później. Podobnie zależności, tylko z przeciwnym znakiem, obserwowano w przypadku negatywnych strategii religijnego radzenia sobie. Dodatkowo negatywne religijne radzenie sobie było silniejszym predyktorem negatywnych aspektów dobrostanu (depresyjność, negatywny afekt) niż strategie pozytywne religijnego radzenia sobie. Wyniki te podkreślają zatem zróżnicowaną relację pomiędzy dwoma wymiarami religijnego radzenia sobie, jak i dwoma wymiarami dobrostanu (Park i in., 2018).

Przytoczony do tej pory obszerny przegląd badań uwidocznia jednak nadal istotną lukę badawczą, gdyż brakuje doniesień dotyczących radzenia sobie skoncentrowanego na

znaczeniu w sytuacji nakładania się stresorów. Istnieją bardzo nieliczne badania, które dotyczą kumulacyjnego efektu doświadczenia traum. Autorzy wskazują, że im więcej traumatycznych wydarzeń, tym wyższy poziom dystresu, depresji oraz większe nasilenie objawów stresu potraumatycznego (Littleton i in., 2012; Park i in., 2014). W literaturze przedmiotu właściwie brakuje doniesień dotyczących kumulacyjnego efektu doświadczenia krytycznych wydarzeń życiowych. W badaniu podłużnym, w którym analizowano związek zasobów oraz stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem z adaptacją do sytuacji doświadczenia kilku krytycznych zdarzeń życiowych, wykazano między innymi, że to doświadczenie było powiązane ze stosowaniem wielu różnych strategii radzenia sobie oraz gorszym dobrostanem (Jopp i Schmitt, 2010).

Pandemia COVID-19 jest zjawiskiem globalnym, które w niektórych opracowaniach jest określone jako nowy rodzaj traumy, różniący się od epidemii o ograniczonym zasięgu, co nadało temu pojęciu nowe znaczenie konceptualne (Kira i in., 2020, 2021). Autorzy opisując pandemię COVID-19 i zestawiając ją z innymi zdarzeniami traumatycznymi podkreślają szczególnie jej skalę, nieprzewidywalność oraz niekontrolowalność (Kira i in., 2020, 2021). Pandemia COVID-19 dodała zatem kontekst stresowy do życia wielu osób, lecz nie spowodowała wykluczenia innych stresorów niezależnych od pandemii. Nie wykluczyła bowiem na przykład stresującej roli innych chorób, a wręcz spowodowała wiele dodatkowych wyzwań dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie (De Micco i in., 2021). Pacjenci cierpiący na różne schorzenia i ich opiekunowie musieli zmagać się z kolejnymi obciążeniami (Binswanger i in., 2021), co stanowi kontekst pozwalający na uchwycenie zjawiska radzenia sobie w obliczu nakładania się stresorów.

Rozdział 2. Dobrostan psychologiczny w ujęciu eudajmonistycznym i hedonistycznym

Dobrostan psychiczny (ang. *well-being*) definiowany jest jako: „poznawcza i emocjonalna ocena własnego życia” (Diener i in., 2002, s. 35). Zgodnie z najbardziej popularnym podejściem Dienera (2000) dobrostan subiektywny rozpatruje się, biorąc pod uwagę dwa podstawowe elementy: komponent poznawczy, a więc globalną pozytywną ocenę własnego życia, oraz komponent afektywny, czyli większe nasilenie doświadczania afektu pozytywnego niż negatywnego (Kaczmarek, 2016). Subiektywny dobrostan (Diener, 1999, 2000; Diener i in., 2002) operacyjnie składa się zatem z trzech niezależnie ocenianych składowych: satysfakcji z życia, afektu pozytywnego i afektu negatywnego. Teoria ta całkiem trafnie opisuje powiązania pomiędzy głównymi składowymi szczęścia, jednakże prezentuje zawężone spojrzenie na doświadczenia osoby w kontekście poczucia sensu i celu w życiu (Kaczmarek, 2016).

Rozumienie dobrostanu można zatem uszczegółowić, uwzględniając przy tym dwa systemy filozoficzne: hedonistyczny i eudajmonistyczny (Oleś i Jankowski, 2018). Hedonizm został stworzony przez Arystypa z Cyreny, który uważał, że szczęście to doświadczanie przyjemności zmysłowych, a dobre życie polega na maksymalizowaniu tych doznań (Waterman i in., 2008). Rozważania te były kontynuowane przez Epikura, który podkreślał, że dążenie do zwiększenia doświadczania przyjemności to główny cel w życiu (Peterson i in., 2005). Niektórzy badacze zwracają uwagę, iż hedonistyczna perspektywa dobrostanu jest niepełna, wskazując, że dobrostanu nie można zawęzić wyłącznie do natychmiastowych satysfakcjonujących doświadczeń (Disabato i in., 2016; Ryff, 1989, Waterman, 1993).

W opozycji do hedonizmu stał eudajmonizm, który został zapoczątkowany przez Arystotelesa. Zakładał, że osiągnięcie prawdziwego szczęścia wymaga znalezienia i zidentyfikowania zalet, które jednostka będzie dalej kultywować i rozwijać (Oleś i Jankowski, 2018; Peterson i in., 2005). Pojęcie dobrostanu eudajmonistycznego odnosi się do

optymalnego ludzkiego funkcjonowania i dążenia do osiągnięcia wartościowych celów w życiu (Huta i Waterman, 2014; Ryan i Deci, 2001; Ryff, 2014). Obecnie podejście eudajmonistyczne nawiązuje do zysków i kosztów funkcjonowania związanego z samorealizacją (Ryff, 1989; Waterman i in., 2010). Jednostka dąży do samorealizacji w zakresie rozwoju własnych unikalnych zalet oraz indywidualnego potencjału, a to sprzyja także realizacji własnego celu w życiu (Anić i Tončić, 2013; Waterman i in., 2008). Eudajmonizm podkreśla rozumienie dobrostanu jako doświadczania sensu oraz przekonania o wypełnianiu wartościowych zamierzeń.

W przeciwieństwie do perspektywy hedonistycznej i badań w tym zakresie, współcześni badacze są jednak mniej zgodni, czym tak naprawdę jest eudajmonia (Huta i Waterman, 2014). Dodatkowo nie ma tutaj jednej, u wspólnionej teorii, jak również brakuje jednolitego podejścia metodologicznego (Disabato i in., 2016). Huta i Waterman (2014) wyodrębnili 11 modeli pomiaru dobrostanu eudajmonistycznego, które obejmowały składowe odnoszące się do orientacji, celów, motywacji, jak również zawierały emocjonalne, poznawcze i społeczne komponenty dobrostanu. Jednakże, według autorów, to model zaproponowany przez Ryff (2014) był najbardziej inkluzywny i całościowy (Huta i Waterman, 2014; Huta, 2015).

Ryff (1989) dokonała obszernego przeglądu literatury przedmiotu i korzystając z dorobku innych badaczy między innymi Rogersa, Frankla, Eriksona, Junga czy Masłowa w swojej koncepcji dobrostanu wyodrębniła sześć wymiarów: 1. autonomię (ang. *autonomy*), czyli niezależność, samostanowienie; 2. samoakceptację (ang. *self-acceptance*), co oznacza między innymi akceptację własnych mocnych i słabszych stron. Kolejne wymiary to 3. rozwój osobisty (ang. *personal growth*), a więc samorealizacja, 4. cel w życiu (ang. *purpose in life*), to przeświadczenie o posiadaniu sensu, celu życiowego. Następnymi wymiarami są: 5. panowanie nad środowiskiem (ang. *environmental mastery*), co oznacza poczucie

sprawstwa, wpływu, a także 6. pozytywne relacje z innymi (ang. *positive relations with others*), czyli umiejętność tworzenia satysfakcjonujących relacji społecznych (Karaś i Ciecuch, 2017; Ryff, 2014). Sama autorka koncepcji wskazuje, że jej atutem jest, iż dobrostan traktuje holistycznie i całościowo, a nie tylko jako przeżywanie pozytywnych emocji (Ryff, 1989). W związku z tym, tak rozumiany dobrostan może być uznawany jako wskaźnik pozytywnego zaadaptowania się do stresu pojawiającego się w życiu jednostki (Ryff, 2014). Jednakże trzeba wskazać, iż koncepcja nie jest wolna od słabości. Głosy krytyczne dotyczyły szczególnie jej operacjonalizacji, gdzie kwestionuje się replikowalność trafności czynnikowej narzędzia pomiarowego zaproponowanego przez Ryff (Springer i Hauser, 2006). Szerzej ten wątek jest omówiony w niniejszej rozprawie w części dotyczącej metody.

Obok Ryff część badaczy opisuje eudajmonię jako zdolność do rozwijania się poprzez kultywowanie określonych cech osobistych, takich jak autonomia, samostanowienie, pozytywne relacje interpersonalne oraz opanowanie w zarządzaniu życiowymi okolicznościami (Ruini i Cesetti, 2019; Ryan i in., 2008; Waterman i in., 2010). Inni natomiast podkreślają poczucie sensu nadawane codziennym działaniom (Ruini i Cesetti, 2019; Steger i in., 2006). Jeszcze inna definicja eudajmonii wywodzi się z modelu „pełnego życia”, gdzie wymiar sensu jest powiązany z wymiarem zaangażowania w życie, co stoi w opozycji do tzw. „pustego życia”, w którym brakuje sensu i zaangażowania (Peterson i in., 2005).

Doniesienia empiryczne wskazują ponadto na trudności związane ze ścisłym rozróżnieniem nurtu eudajmonistycznego i hedonistycznego. W literaturze przedmiotu wyraźnie obecna jest dyskusja, czy w ogóle warto rozróżniać dobrostan w obu tych ujęciach, tj. eudajmonistycznym i hedonistycznym. Jedno stanowisko wskazuje, że mamy tutaj do czynienia z odrębnymi konstruktami, zaś inne wskazuje, iż są to różne wymiary tego samego

ogólnego czy nadrzędnego konstruktów (Blasco-Belled i Alsinet, 2022; Chen i in., 2013). Przeprowadzone badania opisują współzależność obu tych ujęć, na przykład Waterman (1993) wskazuje, iż występuje umiarkowany do silnego (korelacja od 0,71 do 0,86) dodatni związek pomiędzy oboma wymiarami dobrostanu. Podobnie odrębne badania prowadzone w Wielkiej Brytanii opisywały korelację na poziomie 0,76 (Linley i in., 2009), a niektóre badania wskazywały korelację rzędu nawet 0,92 (Gallagher i in., 2009). Inni badacze również zwracają uwagę na istotę rozumienia dobrostanu jako konstruktów łączących oba te wymiary (Bargiel-Matusiewicz, 2014; Kashdan i in., 2008). Jednakże w badaniach Keyesa i in. (2002) konfirmacyjna analiza czynnikowa w reprezentatywnej grupie Amerykanów wykazała, że wskaźniki wymiarów hedonistycznego i eudajmonistycznego ładują dwa różne czynniki latentne, które korelują na poziomie 0,45 (Keyes i in., 2002; Pancheva i in., 2020). Podobnie Chen i in. (2013) potwierdzili w badaniach moc predykcyjną niezależnych czynników hedonistycznego i eudajmonistycznego (Chen i in., 2013; Pancheva i in., 2020). Rozstrzygnięcie w tym zakresie wymaga zatem włączenia obu ujęć dla pozyskiwania adekwatnego materiału empirycznego.

Istnieje natomiast zgoda co do tego, iż dobrostan jest względnie stałą dyspozycją (Lykken, Tellegen, 1996), jednak niepozbawioną pewnej wrażliwości na sytuacje i doświadczenia życiowo trudne oraz przełomowe (Diener i in., 2006; Lucas i in., 2004; Lyubomirsky i in., 2005; Lyubomirsky i in., 2011), co zaobserwowano także w pandemii (Bojanowska i in., 2021). Wracając do kwestii roli rodzicielskiej, na przykład w modelu opracowanym przez Nelson i in. (2014) stwierdzono empirycznie, iż może ona być powiązana z doświadczaniem niższego dobrostanu. Z drugiej strony również powiązane z zostaniem rodzicem doświadczanie sensu życia oraz pozytywnych emocji ma związek z odczuwaniem poczucia szczęścia (Nelson i in., 2014). W badaniach Springer i in. (2011) wykazano, że wymiary dobrostanu w koncepcji Ryff, takie jak rozwój osobisty oraz cel życiowy, ulegają

obniżeniu się wraz z wiekiem, zaś pozostałe wymiary w zależności od kategorii wiekowej osób badanych różnią się. Ryff (2014) w obszernej publikacji, która podsumowuje 25-lecie badań, wskazuje, iż rodzicielstwo umacnia i zwiększa dobrostan rodziców, pod warunkiem, że dzieci nie przejawiają poważnych problemów zdrowotnych lub rozwojowych (Ryff, 2014). W metaanalizie (Ruini i Cesetti, 2019), będącej podsumowaniem badań dotyczących relacji dobrostanu eudajmonistycznego i depresyjności wykazano, iż zarówno eudajmonia, jak i depresyjność były związane z określonymi fazami życia człowieka, jak na przykład podejmowanie roli rodzicielskiej. Inną kwestią pozostaje trwałość tych zmian, zarówno spontanicznych, jak i pod wpływem interwencji mających na celu poprawę dobrostanu (Boyle i in., 2019).

Ryff (2021) w swojej najnowszej publikacji analizuje powiązania między dobrostanem eudajmonistycznym a religijnością oraz duchowością. Przywołuje prace, które wykazały, iż diagnoza choroby nowotworowej u pacjentów była powiązana ze zwiększoną religijnością, jak również, że osoby, u których zdiagnozowano nowotwór we wcześniejszym wieku, doświadczały największego wzrostu religijności na przestrzeni czasu (McFarland i in., 2013 za: Ryff, 2021). Duchowe radzenie sobie u pacjentów chorujących onkologicznie wiąże się z ich osobistym rozwojem (Rudaz i in., 2018; Ryff, 2021). Inne badania wskazały, iż u osób uznanych za wyleczone z choroby nowotworowej, duchowość zwiększała satysfakcję z życia w perspektywie czasu, mimo że na początku badania osoby te prezentowały dość niski poziom deklarowanej satysfakcji z życia (Rudaz i in., 2019; Ryff, 2021). Pokazuje to, iż dobrostan może podlegać fluktuacjom pod wpływem różnych sytuacji, kryzysów czy zdarzeń życiowych.

Literatura przedmiotu wskazuje jednak, że związki pomiędzy religijnym radzeniem sobie a dobrostanem nie są jednoznaczne i proste do wyjaśnienia. Przegląd badań pokazuje, że związek religijnego copingu i dobrostanu w sytuacji stresowej jest silniejszy u osób

bardziej religijnych (Abu-Raiya i in., 2020; Krause i in., 1998; Pargament i in., 2001).

Ponadto religijne radzenie sobie ze stresem może być silniej związane z dobrostanem na przykład w niektórych grupach religijnych (różnice pomiędzy kobietami katoliczkami a ewangeliczkami) (Abu-Raiya i Pargament, 2015). Warto zaznaczyć, iż badań dotyczących dobrostanu w ujęciu eudajmonistycznym w kontekście sytuacji stresu jest jednak znacznie mniej niż dobrostanu w ujęciu hedonistycznym, dlatego niniejsza praca stanowi próbę podjęcia odpowiedzi na tę lukę.

Rozdział 3. Psychologiczne i kliniczne aspekty funkcjonowania rodziców w sytuacji choroby nowotworowej dziecka.

Choroba nowotworowa dziecka jest często dla rodziców wydarzeniem o wysokim potencjale obciążającym, co można rozpatrywać z perspektywy krytycznego wydarzenia życiowego. Przewlekła choroba somatyczna, w tym również choroba onkologiczna dziecka, wpisuje się w koncepcję krytycznych wydarzeń życiowych, które wykraczają poza rutynowe możliwości zaradcze bezpośrednich zasobów (Abu-Raiya i in., 2020; Abu-Raiya i Jamal, 2021; Krause, 1998; Wink i Dillon, 2001). Jest to wydarzenie, które wyróżnia się znaczeniem spośród innych zdarzeń życiowych (Sęk i Ziarko, 2017) i – ze względu na specyfikę choroby przedstawioną poniżej - przekształca się w sytuację stresu chronicznego o zmiennym nasileniu (Irie i in., 2019; Lemos i in., 2020).

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, iż 100 na 1 milion dzieci ma stawiane rozpoznanie choroby nowotworowej (Khanjari i in., 2018). Każdego roku w Stanach Zjednoczonych wykrywa się i diagnozuje około 12 500 nowych zachorowań na nowotwory w grupie dzieci i adolescentów (National Cancer Institute, 2013b; Kazak i Noll, 2015). W Europie współczynnik zachorowalności w większości krajów oscyluje między 120 a 160 nowych zachorowań w ciągu każdego roku na 1 milion dzieci w grupie wiekowej 0-14 lat (Kowalczyk, 2021).

W ciągu roku w Polsce diagnozuje się około 1100-1200 nowych zachorowań na nowotwory wśród dzieci i młodzieży (Karwacki i in., 2015; Kowalczyk, 2021; Samardakiewicz, 2011). Współczynnik zapadalności w Polsce wynosi od kilku lat około 145 nowych zachorowań na 1 milion dzieci i adolescentów w wieku 0-17 lat (Kowalczyk, 2021). W tej grupie wiekowej częstość występowania określonych typów nowotworów jest inna niż w przypadku osób dorosłych. Przykładowo takie typy nowotworów jak nowotwór płuca, żołądka, jelita grubego występują u dzieci rzadko, zaś najczęściej występujące u dzieci

białaczki dotyczą populację dorosłą znacznie w mniejszym stopniu (Kowalczyk, 2021).

W międzynarodowej klasyfikacji nowotworów wieku dziecięcego (ICCC) wyodrębnia się 12 grup nowotworów i podtypy charakterystyczne dla danej grupy. Główne grupy to białaczki z wyszczególnionymi podtypami, na przykład białaczki limfoblastycznej, ostrej białaczki szpikowej. Drugą grupę stanowią chłoniaki i nowotwory układu siateczkowo-śródbłonkowego, trzecia to nowotwory ośrodkowego układu nerwowego i inne nowotwory wewnątrzczaszkowe oraz wewnątrzrdzeniowe. Kolejne wyszczególnione grupy to: nerwiak zarodkowy współczulny i inne nowotwory układu współczulnego, siatkówczaki, nowotwory nerek, wątroby, nowotwory złośliwe kości, mięsaki tkanek miękkich i inne mięsaki pozakostne. Trzy ostatnie wyodrębnione grupy stanowią nowotwory z pierwotnych komórek rozrodczych, guzy trofoblastu oraz nowotwory gonad, inne nowotwory złośliwe pochodzenia nabłonkowego oraz czerniak złośliwy i inne nieokreślone nowotwory złośliwe (Kowalczyk, 2021; Steliarova-Foucher i in., 2005).

W grupie wiekowej dzieci i młodzieży najczęściej występują białaczki i stanowią tym samym 28% wszystkich nowotworów. W przypadku białaczek współczynnik zachorowalności wynosi 43,1 nowych zachorowań na jeden milion dzieci, drugie pod względem częstości występowania są nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (współczynnik zachorowalności wynosi 34,1/1 mln, co stanowi około 23%), a trzecie chłoniaki (współczynnik wynosi 18,6/1 mln, co stanowi około 13%). Nowotwory wątroby, kości, nerwiaki czy siatkówczaki pojawiają się z mniejszą częstotliwością (Kowalczyk, 2021). Porównując dane epidemiologiczne polskie do danych w innych krajach europejskich możemy zauważyć, iż w przypadku nowotworów OUN współczynnik zachorowalności jest podobny. Przykładowo we Francji wynosi 28/1 mln, a w Niemczech 27/1 mln dzieci. Natomiast w krajach skandynawskich czy na Węgrzech ten współczynnik jest wyższy w przypadku tej grupy nowotworów (Dania 38,8/1 mln, Szwecja 41/1 mln, Węgry 35,2/1 mln).

W odniesieniu do chłoniaków, a szczególnie niehodgkinowskich, dane wskazują na wyższą zachorowalność w Polsce niż w innych krajach (Kowalczyk, 2021).

Warto podkreślić, iż nowotwory wieku rozwojowego pojawiają się z różną częstotliwością w zależności od wieku. Ostra białaczka limfoblastyczna najczęściej występuje u dzieci między 2 a 5 rokiem życia, natomiast białaczka szpikowa ma szczyt zachorowań w wieku niemowlęcym. Guzy zarodkowe diagnozuje się najczęściej około 1 roku życia dziecka. Najwięcej zachorowań na neuroblastomę, retinoblastomę czy hepatoblastomę obserwuje się w pierwszym roku życia dziecka. Z kolei mięsak Ewinga czy chłoniak Hodgkina diagnozowany jest często w okresie adolescencji (Karwacki i in., 2015; Kowalczyk, 2021). Płeć nie wpływa w sposób znaczący na zróżnicowanie występowania nowotworów u dzieci, jednakże nieco częściej występują one u chłopców, jest to stosunek 4 do 3 (Karwacki i in., 2015).

Warto wskazać, iż w trakcie pandemii COVID-19 nie zaobserwowano zmniejszonej liczby diagnozowanych na nowotwór dzieci. Pojawiały się tego typu obawy w związku z utrudnionym dostępem do służby zdrowia, ale dane wskazują, iż nadal stwierdzano około 1200 nowych zachorowań na nowotwory w tej grupie wiekowej. W grupie osób dorosłych sytuacja wyglądała odmiennie i zaobserwowano o 20% zmniejszoną ilość diagnozowanych nowotworów u osób dorosłych (NIO, 2021). Statystyki wyleczalności u dzieci są dość optymistyczne, zakłada się, że możliwe jest wyleczenie ponad 70% nowotworów u dzieci, a w wypadku niektórych typów nawet w ponad 90% (Kowalczyk i in., 2018). Jednakże leczenie nowotworów jest często inwazyjne. W przypadku niektórych typów wskazana jest operacja albo przeszczep, zaś w wyniku zastosowania chemioterapii czy radioterapii pojawiają się liczne skutki uboczne. Korzeniewska (2013) zauważa, że często skutkami bardziej odległymi są dodatkowo trudności neuropsychologiczne, jak na przykład: opóźnienie rozwoju, zaburzenia funkcji poznawczych, zwłaszcza w obszarze pamięci i uwagi. Badania

pokazują, że aż między 40 do 100% dzieci, które zostały wyleczone z powodu guzów mózgu i były uznawane za ozdrowieńców borykało się z problemami neuropoznawczymi (Duffner, 2010). Tym samym, leczenie onkologiczne może powodować negatywne konsekwencje nawet po wyleczeniu (Cheung i Krull, 2015; de Ruyter i in., 2013; Marusak i in., 2018). Doniesienia w literaturze wskazują również, że radioterapia jako metoda leczenia w przypadku guzów u dzieci może wiązać się długoterminowo z dysfunkcjami w rozwoju poznawczym, deficytami w zakresie uwagi i pamięci oraz zaburzeniami funkcji wykonawczych (Castellino i in., 2014; Mogavero i in., 2020). Inni autorzy oprócz zaburzeń poznawczych wskazują również na możliwe zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci, które przeszły leczenie z powodu choroby nowotworowej (Mogavero i in., 2020).

Diagnoza choroby nowotworowej wywołuje zatem silny dystres oraz może zaburzać w znaczący sposób i długotrwanie funkcjonowanie całej rodziny, zwłaszcza rodziców chorego dziecka (de Arruda-Colli i in., 2018; Gage-Bouchard i in., 2013; Mazhari i in., 2019). Badania pokazują, że konsekwencją diagnozy choroby onkologicznej u dziecka może być wystąpienie u rodziców symptomów stresu potraumatycznego (Hoven i in., 2016; Kazak i in., 2005). Zaobserwowano także, iż rodzice dzieci chorujących onkologicznie doświadczają podwyższonego poziomu lęku, a w niektórych badaniach nawet ponad 40% przejawiało symptomy depresji (Digryte i Baniene, 2017). W polskich badaniach wykazano również, iż rodzice dzieci chorujących onkologicznie uzyskują podwyższone wyniki na skalach przesiewowych dotyczących depresyjności (Burkiewicz i in., 2017). Co istotne, objawy depresyjne u rodziców dzieci chorujących onkologicznie mogą wiązać się z jakością sprawowanej opieki nad dzieckiem podczas jego leczenia (Burkiewicz i in., 2017; Rosenberg i in., 2014), jak również wskazują na trudności w dostępności emocjonalnej rodzica (Zalewska, 1998). Podkreśla się doświadczanie dystresu u rodziców w trakcie leczenia onkologicznego ich dziecka (Carlsson i in., 2019; Ward i in., 2020), ale istnieją doniesienia

ukazujące, że znaczna podgrupa rodziców zgłasza podwyższony poziom lęku, depresyjności i ogólnego dystresu nawet do 10 lat po diagnozie choroby nowotworowej u dziecka (Carlsson i in., 2019; Ljungman i in., 2014, 2015).

Dietzfelbinger i Dorfmueller (2011) wymieniają wiele stresorów, jakie pojawiają się w sytuacji choroby nowotworowej dziecka, jak na przykład: doświadczanie objawów choroby, ale i skutków leczenia, zmiany w obszarze funkcjonowania społecznego, częste nieobecności w szkole. Ponadto dzieci oraz adolescenti chorujący onkologicznie muszą mierzyć się z wielokrotnymi hospitalizacjami, koniecznością przestrzegania zaleceń lekarzy, zależności od opiekunów i zmniejszenia autonomii, a także wielu innych, które oddziałują również na ich opiekunów (Hesselbarth i Grauber, 2011; Miniszewska, 2020). Choroba nowotworowa dziecka często wiąże się z czasową lub stałą rezygnacją z pracy jednego z rodziców i opieką nad chorym dzieckiem, co może skutkować niższą jakością życia tych rodzin i czynić kwestie finansowe dodatkowym źródłem stresu (Santacroce i Kneipp, 2020). Inne badania wskazywały, że trudnością relacjonowaną przez rodziców była próba pogodzenia życia zawodowego i rodzinnego w sytuacji choroby dziecka (Carlsson i in., 2019). Pojawia się też wątek zmian doświadczanych w reprezentacji dziecka, ale i siebie jako rodzica. Reprezentacja definiowana jest jako: „wewnętrzny obraz dziecka, zawierający przekonania o potrzebach, preferencjach, osobowości dziecka oraz ocenę spostrzeganych jego cech, zachowań, emocjonalny stosunek do dziecka” (Gracka-Tomaszewska, 2006, s.193). W ten obraz dziecka włączone są również pewne oczekiwania, fantazje czy wyobrażenia (Gracka-Tomaszewska, 2006). Choroba nowotworowa zmienia te wyobrażenia, także na skutek wtórnych konsekwencji choroby i leczenia. Pojawia się poczucie braku kompetencji rodzicielskich, trudności z samoregulacją emocjonalną, poczucie winy i niepewność związana z przyszłością (Dietzfelbinger i Dorfmueller, 2011). U rodziców obecne są również obawy dotyczące powodzenia leczenia, a także poczucie niepewności związane z zagrożeniem

wznową (Santos i in., 2018). Ponadto badania wskazują, iż rodzicom towarzyszy poczucie straty po własnych marzeniach o życiu rodzinnym, jakie wcześniej planowali. Choroba nowotworowa dziecka zmienia zatem te oczekiwania oraz wyobrażenia w sposób znaczący (Verberne i in., 2019). Tym samym, w literaturze przedmiotu możemy znaleźć odniesienia do procesu żałoby po dziecku zdrowym i adaptacji do sytuacji choroby dziecka (Cantwell-Bartl, 2018).

W badaniu jakościowym rodzice opisywali reakcję na diagnozę choroby nowotworowej u dziecka jako chaotyczną, niespodziewaną, nacechowaną emocjonalnym dystresem (Carlsson i in., 2019). W badaniach ilościowych wykazano z kolei obecność symptomów zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) (Karadeniz i in., 2017). Przykładowo w badaniu prowadzonym w Szwajcarii wykazano, iż aż 51% matek przebadanych w okresie około 5-6 tygodni od diagnozy choroby nowotworowej dziecka spełniało kryteria diagnostyczne PTSD (Landolt i in., 2012). W grupie ryzyka pojawienia się symptomów PTSD znajdują się szczególnie matki (Masa'deh i Jarrah, 2017). Badania prowadzone w grupie rodziców dzieci chorujących onkologicznie zwracają uwagę, iż rodzice prezentują często wysoki poziom doświadczanego lęku oraz depresyjności (Muscara i in., 2014). W innych badaniach zaobserwowano, iż młodszy wiek dziecka istotnie korelował z nasileniem depresyjności u rodziców (Mess i in., 2022). Z kolei opublikowana metaanaliza wskazuje, że rodzice dzieci chorujących onkologicznie zdecydowanie w większym stopniu doświadczają lęku, depresji i PTSD w porównaniu do rodziców dzieci zdrowych (van Warmerdam i in., 2019). W tej metaanalizie 58 badań, które obejmowały grupę aż 9262 rodziców dzieci chorujących onkologicznie zbiorcze wyniki pokazały, iż kryteria zaburzeń lękowych spełniało 21%, depresji 28%, a zespołu stresu potraumatycznego 26% rodziców (van Warmerdan i in., 2019). W najnowszych doniesieniach, w których badano psychospołeczne i immunologiczne funkcjonowanie rodziców dzieci chorujących

onkologicznie, zaobserwowano w próbkach krwi podwyższone wyniki monocytów w porównaniu do rodziców dzieci zdrowych. Dodatkowo zgłaszali oni gorsze funkcjonowanie psychospołeczne, a szczególnie wyższy poziom odczuwanego stresu, lęku oraz objawów depresyjnych. Relacjonowali też gorsze funkcjonowanie w rolach społecznych i pogorszenie ogólnego stanu zdrowia fizycznego oraz psychicznego (Agbayani i in., 2022).

Mimo tego, iż choroba onkologiczna dziecka pociąga za sobą liczne zmiany w życiu rodziców, czemu towarzyszą silne emocje (McCarthy i in., 2012) i pytania natury egzystencjalnej (Schweitzer i in., 2011), niewiele jest badań ilościowych poświęconych dobrostanowi rozumianemu w inny sposób niż przez wskaźniki ujmujące go negatywnie (objawy lęku, depresji, PTSD) (por. metaanaliza van Warmerdan i in., 2019). Brakuje również badań w obszarze radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu w tej grupie. Rezultaty analiz, bazujące głównie na badaniach jakościowych, wskazują, iż w obliczu choroby nowotworowej dziecka opiekunowie zmieniają cele życiowe, szukają sensu i znaczenia (Cug, 2021; Schweitzer i in., 2011). Rodzice wskazywali na nową perspektywę, jak również przeformułowanie priorytetów, a także chęć dbania o jakość wspólnego spędzania czasu w rodzinnym gronie. Ponadto zwracali większą uwagę i doceniali zwykle momenty oraz małe rzeczy w życiu. Niektórzy twierdzili, że to doświadczenie spowodowało rozwinięcie nowych strategii radzenia sobie z wyzwaniami dnia codziennego (Clarke-Steffen, 1993). Wskazuje się też na umocnienie poczucia sensu życia, docenianie drobnych pozytywnych wydarzeń (Zasępa, 2020). Obecny był także wątek niskiej satysfakcji z pracy zawodowej i kontemplacja zmiany (Carlsson i in., 2019). Inne badanie pokazało, iż rodzice relacjonowali adaptację do sytuacji choroby dziecka, zmianę w obszarze priorytetów, planów życiowych, jak również tworzenie „nowej normalności”, przy czym wyraźny był wysiłek emocjonalny związany z tymi procesami (Verberne i in., 2019). Ponadto rodzice w kontekście przewlekłych chorób somatycznych dzieci, w tym również z doświadczeniem choroby

nowotworowej dziecka, u których leczenie zakończyło się niepomyślnie, wskazują na doświadczenie swoistej transformacji własnej, wdzięczności czy poprawy relacji z innymi (Dutta i in., 2020). W badaniu przeprowadzonym w Polsce analiza wykazała, że prawie 45% rodziców dzieci chorujących onkologicznie doświadczało potraumatycznego wzrostu, zaś największe zmiany odnotowano w obszarze doceniania życia (Ogińska-Bulik, 2017).

Podsumowując, badania pokazują, iż w obliczu choroby nowotworowej dziecka rodzice często doświadczają dystresu oraz prezentują podwyższony poziom lęku, depresyjności czy obecność symptomów zaburzenia stresu pourazowego (Sharp, 2022; Wikman i in., 2017), co sugeruje obniżony poziom dobrostanu hedonistycznego. Jednocześnie w literaturze istnieją doniesienia, że rodzice dzieci chorujących onkologicznie mogą również doświadczać pozytywnych zmian w różnych obszarach swojego życia, a szczególnie w obrębie poszukiwania znaczenia, sensu życia oraz zmian w relacjach społecznych (Cug, 2021; Ogińska-Bulik, 2017), co z kolei wskazuje na zmiany w obrębie dobrostanu eudajmonistycznego. Stosunkowo mało jednak wiadomo o mechanizmach radzenia sobie, które wiążą się z tymi efektami.

Rozdział 4. Pandemia COVID-19 jako dodatkowe źródło stresu dla rodziców dzieci chorujących onkologicznie.

Pod koniec grudnia 2019 roku pojawił się raport, w którym przedstawiono grupę pacjentów cierpiących na zapalenie płuc o nieznannej etiologii w mieście Wuhan. Następnie pojawiły się informacje o możliwym związku nowego koronawirusa z tzw. mokrym targiem w Wuhan. Pod koniec stycznia 2020 roku na łamach pisma *The Lancet*, Ghinai oraz McPherson ze współpracownikami raportowali pierwsze doniesienia o transmisji nowego wirusa z człowieka na człowieka w USA (Chowell i Mizumoto, 2020; Ghinai i in., 2020).

W Europie zanotowano pierwszy przypadek zakażenia SARS-CoV-2 we Francji w styczniu 2020 roku. W dniu 11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła stan pandemii na świecie. Od tego momentu, koronawirus SARS-CoV-2 oraz choroba nim wywołana COVID-19 stała się momentem przełomowym i wyzwaniem dla całego współczesnego świata (Golke i Dzieciatkowski, 2020). Ponadto WHO stwierdziła, iż nowy koronawirus i choroba COVID-19 stanowi niewątpliwe zagrożenie zdrowia publicznego. Dokładnie, 13 marca 2020 roku Europa według WHO stała się aktywnym ogniskiem wirusa, gdyż w bardzo szybkim tempie liczba zakażeń się podwajała. W Polsce 4 marca 2020 roku stwierdzono pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u pacjenta, który wrócił z Niemiec (Dzieciatkowski i Golke, 2020). Pierwszy hard lockdown został wprowadzony w Polsce 16 marca 2020 roku, a więc 5 dni po oficjalnym ogłoszeniu przez WHO stanu pandemii. Na dzień przekazania pracy do recenzji statystyki w Polsce przedstawiają się następująco: osoby zakażone od 4 marca 2020 stanowią 6 497 722, zaś liczba zgonów od początku pandemii wyniosła 119 361.

Początkowo u dzieci zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 było znacznie rzadsze niż u dorosłych oraz u dzieci występował łagodniejszy przebieg w przypadku zakażenia. Jednakże w kwietniu 2020 pojawiły się doniesienia o powiązaniu SARS-CoV-2 z

pediatrycznym wieloukładowym zespołem zapalnym (ang. *pediatric inflammatory multisystem syndrome- PIMS*), później nazywanym zespołem MIS-C (ECDC, 2020). Zespół ten został opisany dokładniej w maju 2020 roku i z badań amerykańskich wynika, iż rozwija się mniej więcej u około 1/1000 dzieci zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (Golfred-Cato i in., 2020; Napierała i in., 2020). Pomiędzy 20 a 40% dzieci spełniało kryteria choroby Kawasaki, natomiast śmiertelność szacuje się na 2% z zespołem MIS-C (Łukasik i Horvarth, 2020). Diagnostyka dotyczy występowania pewnej konfiguracji objawów klinicznych wraz z potwierdzeniem nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych po wyeliminowaniu innej etiologii. Najczęściej wymieniane powikłania to zaburzenia kardiologiczne (jak na przykład zapalenie mięśnia sercowego czy tętniaki tętnic wieńcowych) (Napierała i in., 2020). W październiku 2020 roku zespół ten znalazł się w klasyfikacji ICD-10 jako odrębna jednostka nazwana „wieloukładowym zespołem zapalnym powiązaniem z COVID-19, nieokreślonym” (Napierała i in., 2020).

Jak wskazuje Makara-Studzińska i in. (2021): „Każda epidemia to rodzaj stresora katastroficznego wywołującego zagrożenie o charakterze ekstremalnym z powodu nieograniczonego terytorialnie zakresu występowania oraz łatwego sposobu rozprzestrzeniania się” (Makara-Studzińska i in., 2021, s. 140). Słowa te pokazują, iż pandemia COVID-19 może mieć potencjał wydarzenia traumatycznego, gdyż sprzyja zagrożeniu zdrowia i życia w sposób masowy, i niekontrolowany, a więc prowadzić może do zachwiania poczucia bezpieczeństwa i własnej wartości jednostki, jak również obniżenia nadziei i optymizmu w stosunku do przyszłości (Fiorillo, Gorwood, 2020; Makara-Studzińska i in., 2021).

Warto podkreślić, iż dzieci z chorobą nowotworową stanowią szczególną grupę pacjentów, więc w przypadku rodziców dzieci chorujących onkologicznie doniesienia o powiązaniu zakażenia koronawirusem oraz zespołu MIS-C mogły stanowić dodatkowe

źródło stresu dla rodziców. W badaniu, w którym analizowano potrzeby, doświadczenia oraz lęk u rodziców dzieci chorujących onkologicznie w sytuacji pandemii COVID-19, wykazano, że zdecydowana większość rodziców była zaniepokojona wirusem SARS-CoV-2 i ewentualną transmisją wirusa na dziecko. Dla 69,4% rodziców szpital nie był już miejscem bezpiecznym, rodzice opisywali lęk, a także psychologiczny, społeczny i ekonomiczny wpływ izolacji (Darlington i in., 2021). Badanie prowadzone na początku pandemii COVID-19 w grupie rodziców dzieci chorujących onkohematologicznie pokazało, iż rodzice prezentowali wysoki poziom lęku. Wyniki badań potwierdziły, że rodzice dzieci chorujących na nowotwory stanowią grupę wysokiego ryzyka dla wystąpienia zintensyfikowanego lęku, dystresu oraz pojawienia się symptomów stresu potraumatycznego (Guido i in., 2021). Większość badań (McCarthy i in., 2022; Russell i in., 2021) wskazuje na dodatkowy w stosunku do opisanego w poprzednim rozdziale negatywny efekt pandemii, przy czym nie są to badania podłużne. Rodzice raportowali zintensyfikowany lęk i większy dystres powiązany z dodatkowymi zagrożeniami, jakie niosła pandemia. Relacjonowali również obawy związane z ryzykiem rozwoju ciężkiej postaci COVID-19 oraz problemy finansowe, przy czym bardziej specyficzne dla pandemii pozostają ograniczenia związane z funkcjonowaniem i dostępem do służby zdrowia, izolacją społeczną oraz ograniczenia w zakresie wizyt w szpitalu, co rzutowało również na kwestię wsparcia emocjonalnego i relacje partnerskie (McLoone i in., 2022; Wimberly i in., 2021). Wyniki te pokazują, iż w obliczu pandemii COVID-19 i zmieniających się warunków rodzice mogli doświadczać obniżenia komponentu afektywnego dobrostanu oraz obaw związanych z dalszym leczeniem dziecka, jak również pandemia mogła mieć dodatkowy wpływ na funkcjonowanie systemu rodzinnego, czyli oddziaływać też na komponent satysfakcji z życia i poczucia sensu życia.

W trakcie pandemii COVID-19, a szczególnie na początku, badania koncentrowały się jednak na funkcjonowaniu populacji ogólnej i z powodów oczywistych najczęściej były

prorowadzone online. Jednak, aby podkreślić interesujące zależności pojawiające się w badaniach prowadzonych w populacji ogólnej, warto nawiązać także do tych prac. Park i in. (2021) przeprowadziła pomiary powtórzone w kwietniu 2020 roku oraz następnie w odstępie 5 i 10 tygodni w grupie 674 Amerykanów. Celem badania było określenie poziomu dystresu, a także zidentyfikowanie zasobów oraz sposobów radzenia sobie, które warunkowały adaptację do aktualnej sytuacji pandemii. Wykazano, iż poziom dystresu zmniejszał się w kolejnych pomiarach, natomiast poziom dobrostanu był stabilny i w normie (Park i in., 2021). Ponadto wykazano, że starszy wiek, wyższy poziom uważności i wsparcia społecznego, jak również radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu były korelatami lepszej adaptacji i przystosowania. Radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu było szczególnie nieadaptacyjne (Park i in., 2021). Z kolei w modelach przewidujących zmiany w czasie wykazano, iż radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu, aktywne strategie radzenia sobie ze stresem oraz poszukiwanie wsparcia społecznego były słabymi predyktorami późniejszej adaptacji (Park i in., 2021). Badanie przeprowadzone we Włoszech wśród populacji ogólnej podczas ogólnokrajowego lockdownu wykazało, że związek pomiędzy satysfakcją z życia a odczuwanym stresem jest częściowo mediowany przez aktywne i adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem i pozytywne nastawienie (Gori i in., 2020). Inne badanie prowadzone w Brazylii wśród grupy studentów wykazało, że większość uczestników miała wysoki poziom lęku, depresji i dystresu. Ponadto objawy te były ujemnie związane ze wszystkimi wymiarami dobrostanu psychologicznego w tej grupie. Predyktorami depresji, lęku i dystresu okazały się: płeć (kobieta), wiek, obciążenie chorobą przewlekłą i niższe wyniki w dwóch wymiarach dobrostanu eudajmonistycznego (pozytywne relacje z innymi i samoakceptacja) (Lopes i Nihei, 2021). W badaniu w Wielkiej Brytanii wykazano zaś, że w badanych grupach poziom depresyjności przed pandemią i w trakcie pandemii

COVID-19 nie różnił się. Natomiast wykazano, iż poziom lęku znacząco wzrósł podczas pandemii (Kwong i in., 2020).

Warto też uwzględnić moment prowadzonych badań, ponieważ na samym początku pandemii cała populacja po raz pierwszy mierzyła się z nowym źródłem stresu. W kolejnych etapach pandemii COVID-19 następowało rozluźnianie restrykcji, które potem były ponownie zaostrzane w momencie wzrostu liczby zakażeń i zgonów, ale też w związku z przeciążeniem opieki medycznej i systemu ochrony zdrowia. Badania przeprowadzone w Polsce na początku pandemii, a więc w marcu 2020 roku, i następnie w czerwcu 2020 roku w grupie liczącej, odpowiednio, 1742 i 567 osób, wykazały, że w pierwszym etapie badań 75% respondentów deklaroowało, iż sytuacja pandemii jest silnie stresująca. Spośród tych osób 43% wskazywało na symptomy zaburzenia adaptacyjnego. Natomiast w kolejnym badaniu 52% uczestników deklaroowało objawy zaburzenia adaptacyjnego. Ponadto opisano dodatnie korelacje między lękiem, depresją, a objawami zaburzenia adaptacyjnego (Juszczak i in., 2021).

Reasumując, wyniki te pokazują jak silnie stresową sytuacją okazała się pandemia COVID-19, choć wyraźna jest tu także rola różnic indywidualnych, w tym socjodemograficznych. Ponadto można zaobserwować powiązania sytuacji pandemii z wyższym poziomem lęku i depresyjności oraz objawami zaburzenia adaptacyjnego.

Zdecydowanie mniej jest badań prowadzonych w warunkach naturalnych dotyczących grup klinicznych, tj. pacjentów z różnymi chorobami oraz ich opiekunów, którzy w okresie pandemii COVID-19 mogli doświadczać dodatkowego źródła stresu w stosunku do już wcześniej istniejącego w ich życiu kontekstu stresu chronicznego. Wyniki badań prowadzonych w grupach klinicznych są niejednoznaczne. W badaniu prowadzonym w Polsce, w grupie pacjentów chorujących na cukrzycę typu 1 w czasie pandemii zaobserwowano, iż poziom doświadczanego stresu był wyższy niż w populacji ogólnej. Pacjenci chorujący na cukrzycę typu 1 dłużej niż 10 lat częściej stosowali zadaniowe strategie

radzenia sobie ze stresem, zaś pacjenci chorujący krócej więcej strategii skoncentrowanych na unikaniu (Cyranka i in., 2021). Z kolei duńskie badanie, w którym uczestniczyli dorośli pacjenci chorzy onkologicznie, nie wykazało istotnych różnic w jakości życia oraz funkcjonowaniu emocjonalnym w porównaniu z wynikami „duńskiego barometru”, czyli raportu dotyczącego jakości życia Duńczyków. Jednakże lęk przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 był skorelowany z niższym poziomem jakości życia pacjentów (Jeppesen i in., 2020). Natomiast inne badanie prowadzone w Australii wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 wykazało negatywny efekt pandemii COVID-19 na jakość życia, powiązany z wiekiem uczestników badania (osoby młodsze zgłaszały niższą jakość życia), zaś objawy lękowe i depresyjne pozostały względnie niezmienione (Sacre i in., 2021). Wyniki te sugerują różne skutki pandemii COVID-19 dla negatywnych i dla pozytywnych komponentów dobrostanu (Ziółkowska i in., 2022) oraz odmienność obrazu analizowanego z perspektywy porównywania średnich w stosunku do analiz związków między zmiennymi. Nadal wskazuje to zatem na zróżnicowanie indywidualnych skutków psychologicznych mimo podzielanego obiektywnie kontekstu pandemii.

Badań dotyczących pacjentów chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 oraz ich opiekunów jest niewiele. W badaniu w formie online prowadzonym w grupie pacjentów chorujących onkologicznie w trakcie pandemii aż 31,6% badanej grupy zakwalifikowano do grupy ryzyka wystąpienia stresu potraumatycznego. Stwierdzono, iż te osoby prezentowały objawy depresyjne, lęk, ból, zaburzenia snu oraz osłabienie funkcji poznawczych (Miaskowski i in., 2020). Koresponduje to wynikami przeglądu badań prowadzonych w Chinach, gdzie większość pacjentów chorujących na nowotwór prezentowała podwyższony poziom dystresu, depresyjności oraz lęku. Powiązane z tymi symptomami były czynniki związane z pandemią, takie jak na przykład trudności z kontynuowaniem leczenia czy obawa przed zakażeniem (Xu i in., 2021). Z kolei Foca i in.

(2022) w swoich badaniach porównywali między innymi strategie radzenia sobie u pacjentów zakażonych wirusem HIV i pacjentów chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19. Analiza wyników nie wykazała różnic w zakresie dystresu w obu grupach, jednakże grupa pacjentów chorujących onkologicznie charakteryzowała się wyższym poziomem emocji pozytywnych (o niskiej aktywacji) niż grupa pacjentów zakażonych wirusem HIV (Foca i in., 2022).

Badanie prowadzone wśród pacjentów chorujących onkologicznie i ich rodzin wykazało, że grupa pacjentów najbardziej obawiała się ewentualnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz konieczności leczenia w oddziale intensywnej terapii. Rodziny pacjentów zgłaszały z kolei obawy dotyczące zakażenia i ewentualnej możliwej transmisji wirusa na chorujących bliskich. Obie grupy opisywały także samotność w związku z wprowadzonymi obostrzeniami w czasie pandemii (Schellekens i van der Lee, 2020). Celem innego badania ilościowego i jakościowego prowadzonego między kwietniem 2020 roku a lipcem 2020 roku telefonicznie z pacjentami chorującymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz ich opiekunami było określenie, czy pandemia COVID-19 może intensyfikować doświadczany stres u tych osób, jak również na ile można różnicować obciążenie spowodowane przez pandemię w porównaniu z chorobą podstawową, a więc nowotworem OUN. Ponadto w prowadzonych wywiadach celem było także rozpoznanie obszarów istotnych dla pacjentów i ich opiekunów (Binswanger i in., 2021). Wyniki pokazały, iż poziom dystresu pacjentów związanego z chorobą był wyższy niż poziom dystresu dotyczącego pandemii COVID-19. Opiekunowie również obserwowali większy dystres związany z chorobą nowotworową swoich bliskich. Ponadto dostrzegali obciążenie w związku z ograniczeniami w przestrzeni publicznej, izolacją oraz ograniczeniem kontaktów społecznych, a także zmiany w obszarze dobrostanu. Autorzy podkreślają, iż zdecydowana większość przebadanych pacjentów oraz ich opiekunów w dalszym stopniu postrzegala

nowotwór mózgu jako sytuację bardziej obciążającą niż pandemia (Binswanger i in., 2021). Wskazuje to zatem, iż dla osób chorych i ich opiekunów choroba stanowiła centralny stresor, zaś pandemia COVID-19 była ujmowana raczej jako kontekst, który choć nie był obojętny, ostatecznie nie intensyfikował w sposób znaczący doświadczanego już dystresu.

Podsumowując, przegląd badań sugeruje, iż w trakcie pandemii COVID-19 zarówno w populacji ogólnej, jak i w grupach klinicznych doświadczano zwiększonego dystresu, lęku oraz objawów depresji, chociaż istotne pozostają tu indywidualne czynniki modyfikujące funkcjonowanie emocjonalne. Na trafność tych wniosków wpływać mogą też ograniczenia metodologiczne prowadzonych badań. Dodatkowo istnieją doniesienia informujące, iż mimo zagrożeń, jaki niosła ze sobą pandemia, to nadal właśnie choroba nowotworowa stanowiła główne i centralne źródło stresu dla pacjentów oraz ich opiekunów.

Rozdział 5. Uzasadnienie podjętego zagadnienia i problematyka badań własnych.

Jak wyjaśniono wcześniej, choroba dziecka, w szczególności przewlekła, jest niewątpliwie sytuacją kryzysową dla rodziców. Badania wskazują, że subiektywny dobrostan rodziców dzieci chorujących onkologicznie jest niższy w porównaniu do grup kontrolnych, jakie stanowili rodzice dzieci zdrowych (Crespo i in., 2016; Toffalini i in., 2014). Zważywszy na niską dostępną kontrolę tej sytuacji, istotną rolę może odgrywać tu religijne i niereligijne radzenie sobie realizujące funkcję skoncentrowaną na znaczeniu. Interesującym i niezbadanym w tym kontekście obszarem jest sytuacja interakcji stresorów w przypadku rodziców dzieci chorujących przewlekłe, czyli właśnie na choroby nowotworowe. Choroba onkologiczna dziecka jest przykładem krytycznego wydarzenia życiowego (Abu-Raiya i in., 2020; Abu-Raiya i Jamal, 2021). Pandemia COVID-19 może być uznana za kolejne krytyczne wydarzenie, które stanowi dodatkowy czynnik ryzyka dla pojawienia się stresu chronicznego, czy nawet zjawisko określanego jako *complex trauma* (Cook i in., 2005; Gudino i in., 2021; Van der Kolk, 2005). Pomijając zatem dyskusję o krytycznym lub traumatycznym charakterze tego wydarzenia, co może być też podyktowane jego dynamiką i lokalnym przebiegiem, istotne pozostaje to, iż wymagało ono wysiłku adaptacyjnego wychodzącego poza gotowe indywidualne wzorce przystosowania. Ponadto nadzwyczajne okoliczności pandemii COVID-19 oraz związane z nią zmiany w zakresie funkcjonowania i dostępu do służby zdrowia mogły wzmocnić już pierwotnie doświadczany stres w tej grupie poprzez pojawienie się dodatkowych stresorów, nieobecnych przed pandemią. Zmiana kontekstu psychologicznego polega tu zatem na pojawieniu się dodatkowego źródła stresu, tym razem o charakterze ponadindywidualnym, obok istniejącego już indywidualnego źródła stresu w postaci choroby dziecka. Problemem badawczym wartym dalszych analiz jest zatem związek eudajmonistycznego i hedonistycznego dobrostanu w okresie pandemii i przed jej wystąpieniem z religijnym oraz niereligijnym radzeniem sobie ze stresem, przy jednoczesnej

kontroli depresyjności i rozbudowanej kontroli zmiennych socjodemograficznych oraz klinicznych. Ponadto pogłębionej analizy wymaga rola religijnego radzenia sobie w kontekście dobrostanu (szczególnie w ujęciu eudajmonistycznym) u rodziców dzieci chorujących na nowotwór.

Trzeba zauważyć, iż w wyniku postępu w zakresie diagnostyki i leczenia (Montin i in., 2020) statystyki wyleczalności chorób onkologicznych u dzieci są raczej optymistyczne. Nie jest to jednak równoważone przez analogiczny przyrost wiedzy na temat dobrostanu rodziców i ich radzenia sobie ze stresem. Przeżywany przez rodziców poziom stresu, a nawet bardziej efektywność radzenia sobie z nim, może być kluczowy nie tylko dla komfortu psychicznego dziecka, ale także dla współpracy z personelem medycznym i tym samym oddziaływać na proces leczenia (Kazak i in., 2011, 2015). Tymczasem badacze zajmują się zagadnieniami dobrostanu, stresu i radzenia sobie ze stresem przede wszystkim u pacjentów chorujących na choroby przewlekłe, zdecydowanie mniej miejsca poświęca się opiekunom tych osób, w tym szczególnie rzadko właśnie rodzicom chorych dzieci. O ile w wypadku dorosłych osób chorujących ma to przynajmniej uzasadnienie wynikające z określonego etapu rozwojowego, to w wypadku dzieci brak tej wiedzy pomija istotne kwestie rzutujące na adaptację i radzenie sobie z chorobą przez tych pacjentów oraz utrudnia opracowanie skutecznych, i weryfikowalnych interwencji.

W przeprowadzonym przeglądzie literatury z użyciem bazy EBSCO (Web of Science, PsyARTICLES, MedLine) w algebrze boolowskiej w odpowiedzi na wyszukiwanie według słów kluczowych: *religious coping*, *parents of children with cancer*, *well-being* pojawia się jedynie pięć wyników, nie do końca oddających poszukiwany związek między zmiennymi. Tylko jeden artykuł dotyczy rodziców dzieci chorujących onkologicznie (Abu-Raiya i in., 2015) i wyniki z tych badań zostały już wcześniej omówione (por. s. 27). Przy kombinacji *religious coping* i *eudaimonic well-being* baza wskazuje jedynie na siedem rekordów,

a większość z nich to prace dyplomowe i/lub publikacje nie odnoszące się wprost do relacji pomiędzy tymi zmiennymi. Dodatkowo po wpisaniu jeszcze słowa kluczowego *pandemic* lub *covid-19* lub *coronavirus* wraz z *religious coping* i *eudaimonic well-being* nie pojawia się żaden rekord. Ponadto, warto zaznaczyć, iż jest w ogóle tylko kilka badań opublikowanych z okresu pandemii dotyczących dobrostanu rodziców dzieci chorujących onkologicznie. Po użyciu haseł: *parents of children with cancer*, *well-being* lub *happiness* lub *life satisfaction*, *pandemic* lub *covid-19* lub *coronavirus* pojawia się 29 wyników, w tym trzy są zdublowane i nie opisują badań. Jeden artykuł jest z badań pilotażowych prowadzonych do niniejszej pracy mojego autorstwa wraz z współautorkami, część prac dotyczy zaś dzieci uznawanych za wyleczone z choroby nowotworowej, a więc takich, u których minęło już 5 lat od momentu diagnozy i nie pojawiła się wznowa, co stanowi inną grupę uczestników badania. Pozostałe prace dotyczą jakości życia u dzieci chorujących onkologicznie lub innych zmiennych bezpośrednio nieoddających wyszukiwanych zależności.

W związku z tym, jak widać, temat nadal pozostaje słabo eksplorowany, mimo przytoczonych wcześniej danych epidemiologicznych i wynikającej z tego znaczącej społecznie roli rzetelnej wiedzy psychologicznej w tym obszarze. Głównym celem pracy było zatem zbadanie różnic w zakresie dobrostanu eudajmonistycznego i hedonistycznego oraz religijnego i niereligijnego radzenia sobie ze stresem w obszarze nadawania znaczenia pomiędzy grupą rodziców dzieci chorujących na nowotwór w warunkach pandemii COVID-19 w porównaniu do analogicznej grupy w warunkach przed pandemią oraz rozpoznanie mechanizmów obserwowanych różnic. W ramach wspomnianych mechanizmów przeprowadzono szczegółową analizę radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na znaczeniu z uwzględnieniem pośredniczącej roli religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem w relacji dobrostanu w dwóch ujęciach i grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie w różnych warunkach sytuacyjnych. Istotą badań było poszukiwanie

odpowiedzi na pytanie, czy opisywane mechanizmy są uniwersalne, czy też i w jakim stopniu zależą od warunków sytuacyjnych, stanowiących dodatkowe źródło stresu.

Zgodnie z przyjętymi założeniami teoretycznymi opartymi na modelu Lazarusa i Folkman (1984) oraz koncepcji Pargamenta tzw. pozytywnego i negatywnego religijnego radzenia sobie (Pargament, 1997, 2008, 2011) dobrostan u rodziców dzieci chorujących onkologicznie powinien być zależny od radzenia sobie ze stresem. Perspektywa rozwijana przez Pargamenta odnosiła się do funkcji, jaką religia może pełnić w procesie radzenia sobie z trudnościami pojawiającymi się w życiu. Literatura przedmiotu wskazuje, iż kontekst znaczenia religijnego copingu w trudnych życiowych doświadczeniach może być ważny w procesie reinterpretacji zdarzeń (Park, 2008; Park i Gutierrez, 2013; Pomerleau i in., 2019). Religijność może oferować także ścieżki radzenia sobie z negatywnymi emocjami (David i in., 2022). Rozpatrywana jako zasób zapewnia specyficzne formy radzenia sobie ze stresem, a mianowicie działania odnoszące się do Boga lub Siły Wyższej w celu adaptacji do stresującej sytuacji i trudnych wydarzeń życiowych. Ponadto religijność umożliwia doświadczenie przynależności do wspólnoty, społeczności religijnej (David i in., 2022).

Mimo istniejących badań problematyka ta nadal pozostaje nowatorska. Weryfikacji wymagają zarówno związki religijnego radzenia sobie z dobrostanem w wymiarze eudajmonistycznym i hedonistycznym, jak i uwzględnienie kontekstu nakładania się stresorów o niskim stopniu kontrolowalności: choroby onkologicznej dziecka i pandemii COVID-19. Dodatkowo, religijne radzenie sobie można wpisać w radzenie sobie oparte na znaczeniu, co obejmuje szersze spektrum strategii poznawczych, które pozwalają na nadawanie znaczenia sytuacjom niekontrolowanego i przedłużającego się stresu (Park i Folkman, 1997). Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu umożliwia nadawanie znaczenia sytuacjom chronicznego stresu (Park i Folkman, 1997; Krok i in., 2023). Wobec tego strategie pozytywnego przewartościowania oraz obwiniania siebie mogą być traktowane

jako odpowiedniki pozytywnych i negatywnych strategii religijnego radzenia sobie w sytuacji kryzysów życiowych (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Warto zaznaczyć, iż walorem badań jest to, iż w jednym badaniu analizowany jest religijny, jak i niereligijny aspekt radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu, co umożliwia uzyskanie efektów specyficznych, wychodzących poza wariację wspólną tych konstruktów (Park, 2022). Wydaje się, że mechanizmy działania świeckiego i religijnego radzenia sobie mogą być podobne, gdyż są oparte o atrybucję poznawczą w sytuacji stresu w celu poszukiwaniu sensu (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Badań zestawiających oba copingi w sytuacji złożonej interakcji stresorów jest wciąż bardzo niewiele. W niniejszych badaniach skoncentrowano się na trzech głównych obszarach i pytaniach badawczych dotyczących porównań między analizowanymi grupami oraz powiązań pomiędzy zmiennymi.

Pierwsze pytanie badawcze dotyczy tego, czy występują różnice w zakresie dobrostanu eudajmonistycznego oraz hedonistycznego pomiędzy grupą rodziców dzieci chorujących onkologicznie w warunkach pandemii COVID-19 a grupą rodziców dzieci chorujących na nowotwory przebadanych przed epidemią. Przypuszczać można, iż dobrostan rodziców w warunkach kumulacji stresorów powinien być niższy. Choroba nowotworowa dziecka jest dla rodziców sytuacją niezwykle trudną i obciążającą (Khoury i in., 2013; Pariseu i in., 2019; Pierce i in., 2016). Zmienia dotychczasowe funkcjonowanie rodziny na wielu różnych wymiarach (de Arruda-Colli i in., 2018; Hoven i in., 2016.). Te wysoce zindywidualizowane procesy mogą być dodatkowo modyfikowane przez kontekst doświadczenia kolektywnego stresu, jakim jest pandemia COVID-19 (Luszczynska i in., 2009). Warto zaznaczyć, iż zagrożenie zdrowia publicznego, a więc epidemie oraz pandemie, są traktowane jako eskalujące zagrożenia (Luszczynska i in., 2009). Wybuch pandemii COVID-19 może być traktowany jako kolejne krytyczne wydarzenie, które stanowi czynnik ryzyka dla pojawienia się nowego źródła stresu chronicznego (Cook i in., 2005; Guido i in.,

2021; Van der Kolk, 2005). Zmiana kontekstu psychologicznego polega tu zatem na pojawieniu się dodatkowego nie dającego się uniknąć stresora, tym razem o charakterze ponadindywidualnym. Opiekunowie dzieci chorujących onkologicznie stanowią więc specyficzną grupę, w której może wystąpić interakcja różnych stresorów zarówno w wyniku samego faktu diagnozy i leczenia dziecka, jak i problemów oraz trudności powiązanych z sytuacją pandemii COVID-19 (Parambil i in., 2021).

W przypadku omawianej grupy rodziców pojawiły się zatem dwa kryzysowe wydarzenia, po pierwsze choroba nowotworowa dziecka, a więc stresor o charakterze indywidualnym oraz pandemia COVID-19, czyli stresor o charakterze kolektywnym, co może skutkować niższym dobrostanem zarówno hedonistycznym, jak i eudajmonistycznym. Zagrożeniu podlega bowiem zarówno funkcjonowanie afektywne i satysfakcja z życia, jak i poczucie sensu tego życia. Wyniki badań w początkowej fazie pandemii COVID-19 potwierdziły, że rodzice dzieci chorujących na nowotwory są grupą zwiększonego ryzyka dla intensyfikacji lęku czy dystresu (Guido i in., 2021) i tak już wyższego niż w populacji rodziców dzieci zdrowych (Ward i in., 2020). Biorąc to pod uwagę, można oczekiwać wyraźnie niższego dobrostanu hedonistycznego w okresie pandemii w porównaniu do okresu sprzed pandemii. Z kolei uwzględniając przede wszystkim badania jakościowe w grupie rodziców dzieci chorujących onkologicznie (Dutta i in., 2020; Schweitzer i in., 2012), wskazujące na zmiany o charakterze sensotwórczym można oczekiwać, iż te okoliczności oddziałują również na dobrostan eudajmonistyczny, choć ze względu na wynikające z przeglądu literatury współwystępowanie czynników zarówno obniżających, jak i chroniących ten dobrostan oczekiwany efekt całkowity jest mniej jednoznaczny niż dla dobrostanu w ujęciu hedonistycznym.

Drugie pytanie badawcze dotyczy różnic w obrębie stosowanych strategii religijnego i niereligijnego radzenia sobie pomiędzy analizowanymi grupami rodziców. Zakłada się, iż

w związku ze wzrostem dystresu wzrasta skłonność do stosowania różnych strategii radzenia sobie w tej sytuacji (Heszen-Celińska i Sęk, 2020; Jopp i Schmitt, 2010). W literaturze wskazuje się, iż zasobem wspierającym dobrostan osoby w obliczu trudnych życiowych doświadczeń może być właśnie religijne radzenie sobie (Aten i in., 2019; Chen i in., 2019). Przewlekła choroba somatyczna dziecka uruchamia u rodziców różne strategie radzenia sobie, również religijne. Wyniki badań pokazują, iż religijne radzenie sobie jest dostępne w początkowej fazie adaptacji do choroby nowotworowej (Gall i in., 2009) oraz powiązane z wskaźnikami dobrostanu rodziców (Abu-Raiya i in., 2015; Vitorino i in., 2018). Liczne doniesienia wskazują, iż w obliczu stresujących zdarzeń życiowych ludzie odwołują się do religijności, która stanowi odpowiedź i próbę odbudowy zasobów po doświadczeniach katastrof, poważnych problemów zdrowotnych, epidemiach i wielu innych stresorów (Aten i in., 2019; David i in., 2022; Park i Slattery, 2021). Wobec tego zakłada się, iż rodzice dzieci chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 będą prezentować wyższe wyniki w zakresie stosowanych strategii religijnego radzenia sobie ze stresem niż rodzice dzieci chorujących onkologicznie zbadani przed pandemią. W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż w obliczu trudnych wydarzeń życiowych jednostki częściej jednak korzystają z pozytywnych strategii religijnego radzenia sobie (Pargament i in., 1998; Park i in., 2018). Natomiast nie ma badań dotyczących stosowania religijnego copingu w sytuacji kumulacji stresorów. Można jednak, wobec tego przypuszczać, że osoby doświadczające więcej niż jednego niekontrolowanego wydarzenia krytycznego będą prezentować wyższe nasilenie obu rodzajów strategii religijnego radzenia sobie ze stresem.

Istotnym wątkiem i pytaniem pozostaje też to, czy grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie przebadanych w warunkach przed epidemią oraz w trakcie pandemii COVID-19 różnią się w zakresie niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem (pozytywne przewartościowanie, obwinianie siebie oraz zwrot ku religii celem kontroli). Dotychczasowe

wyniki badań mogą wskazywać, że zagrażająca życiu choroba dziecka oraz stres związany z pandemią sprzyjają poszukiwaniu znaczenia oraz radzeniu sobie ukierunkowanym na znaczenie (Folkman i Moskowitz, 2000; Pargament, 2001; Park i in., 2008; Park, 2017). Literatura przedmiotu wskazuje, że pozytywne przewartościowanie jest szczególnie adaptacyjną strategią regulacji emocji, jak również czynnikiem ochronnym przed wystąpieniem dystresu oraz symptomów depresji czy PTSD (Dolcos i in., 2021; Resick i in., 2013). Ta adaptacyjność jest widoczna w sytuacjach niekontrolowanych, a więc charakterystyka sytuacji modyfikuje jej efektywność (Finkelstein-Fox i Park, 2019; Park i in., 2021). Z kolei jako strategię przeciwstawną do pozytywnego przewartościowania zdecydowano się wybrać strategię obwiniania siebie. Strategia ta może niejako stanowić lustrzane odbicie strategii negatywnego religijnego radzenia sobie, z tym, że odnosi się do atrybucji wewnętrznej, a nie zewnętrznej. Warto zauważyć, iż jedną z powszechnych atrybucji, która pojawia się często szczególnie po stresujących zdarzeniach i doświadczeniach, i może mieć negatywne rezultaty jest właśnie obwinianie siebie (Resick i in., 2017; Schacter i Juvonen, 2015; Straud i McNaughton-Cassill, 2019). Strategia obwiniania siebie polega na przypisywaniu sobie odpowiedzialności, przyczynowości i/lub intencjonalności tego, co się wydarzyło. Często takie obwinianie siebie w kryzysowych sytuacjach jest bezzasadne i zniekształcone, gdyż jednostka nie ma wyłącznego wpływu na bieg wydarzeń. Tym samym obwinianie siebie może być powiązane z postrzeganiem czynników stresowych jako niekontrolowanych i niestabilnych, ale przy jednoczesnym zinternalizowaniu przyczynowości w postaci własnych negatywnych cech („To moja wina, bo jestem ...”). Takie atrybucje korelują z niższą samooceną i negatywnym afektem (Straud i McNaughton-Cassill, 2019).

Dodatkowo zdecydowano się na kontrolowanie zmiennej zwrot ku religii, uwzględnionej w wykorzystanym narzędziu. Zmienna ta opisuje strategię rozumianą jako

poszukiwanie pocieszenia, wsparcia w religii (Boga lub innej Siły Wyższej) (Carver i in., 1989; Ziółkowska i in., 2020) i może pełnić różne funkcje w procesie radzenia sobie (Ano i Vasconcelles, 2005). Metaanaliza (Krageloh, 2011) wykazała, że na poziomie podskali zwrot ku religii ma wspólną wariancję z aktywnym radzeniem sobie oraz pozytywnym przewartościowaniem, podczas gdy na poziomie pozycji jest bardziej związany z takimi strategiami jak zaprzeczanie lub zaprzestanie działań. Trudno zatem przypisać jej nawet na gruncie teoretycznym rolę związaną z nadawaniem znaczenia, gdyż może dotyczyć regulacji emocji również poprzez unikanie lub dystrakcję.

Jak widać zatem, radzenie sobie ze stresem jest wielowymiarowym konstruktem, który obejmuje wiele różnych strategii, jakie wykorzystują ludzie w sytuacjach stresu (Cheng i in., 2014; Rzeszutek i in., 2017; Straud i McNaughton-Cassill, 2019). Uwzględniając brak badań dotyczących problematyki kumulacji krytycznych wydarzeń życiowych można przypuszczać, iż osoby mogą korzystać z wielu, różnych strategii radzenia sobie. Zakłada się zatem, że w sytuacji dodatkowego stresora rodzice mogą prezentować większe nasilenie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych niereligijnych strategii radzenia sobie. Warto też zauważyć, iż w jednym badaniu analizowany jest religijny, jak i niereligijny aspekt radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu, co stanowi rzadkość w badaniach (Park, 2022).

Trzecie pytanie badawcze odnosi się do tego, jaka jest rola religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie w sytuacji kumulacji stresorów w odniesieniu do dobrostanu. W badaniu proponuję analizę dobrostanu w dwóch ujęciach: z perspektywy hedonistycznej (Diener, 2000) oraz eudajmonistycznej (Ryff, 2014). Jest to zatem pytanie dotyczące stopnia podobieństwa mechanizmów radzenia sobie w odniesieniu do dobrostanu w wymiarze eudajmonistycznym i hedonistycznym. Pargament ze swoimi współpracownikami w licznych publikacjach (Pargament, 2008, 2011; Smith i in., 2000) wykazali, iż strategie pozytywnego religijnego radzenia sobie są dodatnio powiązane z

dobrostanem. Inne badania również wskazują na podobne związki (Dolcos i in., 2021; Park i in., 2017; Trevino i in., 2012). Z drugiej strony, strategie negatywnego religijnego radzenia sobie wykazywały odwrotne zależności (np. Abu Raiya i in., 2020; Chan i Rhodes, 2013). Powstaje też pytanie dotyczące regulacyjnej roli strategii radzenia sobie wychodzących poza obszar regulacji skoncentrowanej na emocjach, mianowicie skoncentrowanej na znaczeniu. W niniejszej pracy w odniesieniu do pozytywnych i negatywnych strategii radzenia sobie ze stresem dopasowano świeckie strategie radzenia sobie oparte na znaczeniu. Doświadczenie długotrwałych sytuacji niekontrolowalnych najczęściej wymaga uruchomienia działań związanych z poprawą funkcjonowania emocjonalnego, prawdopodobnie głównie poprzez tworzenie znaczeń (Park, 2022). Wobec tego zakłada się pośredniczącą rolę religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem w relacji między warunkami sytuacyjnymi a dobrostanem. Wyniki badań są niejednoznaczne, dlatego trudno założyć przewagę efektów pośredniczących jednej grupy strategii nad drugimi (tj. religijnych lub niereligijnych), w związku z tym przyjmuje się hipotetyczne założenie o ich równości.

Tak jak wspomniano wcześniej, istotą zagadnienia była też próba odpowiedzi na pytanie, czy opisywane mechanizmy są uniwersalne, czy też i w jakim stopniu zależą od warunków sytuacyjnych, stanowiących dodatkowe źródło stresu. Specyficzność mechanizmu powinna polegać na tym, że w sytuacji kumulacji stresorów obserwuje się przyrost nasilenia jedynie wybranych, a nie wszystkich badanych strategii radzenia sobie, oraz przyrost ten odpowiada za różnice w dobrostanie między warunkami sytuacyjnymi (Krohne, 1993).

Zagadnienie to ma status eksploracyjnego pytania badawczego.

W odpowiedzi na pozostałe pytania badawcze postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Dobrostan w dwóch warunkach sytuacyjnych

- 1.1. Występują różnice w dobrostanie w ujęciu eudajmonistycznym pomiędzy badanymi grupami w warunkach pandemii COVID-19 oraz przed pandemią. Rodzice dzieci

chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 prezentują niższe wyniki w zakresie dobrostanu eudajmonistycznego.

1.2. Występują różnice w zakresie dobrostanu w ujęciu hedonistycznym (tj. satysfakcji z życia, afektu pozytywnego i afektu negatywnego) pomiędzy badanymi grupami rodziców dzieci chorujących onkologicznie w warunkach pandemii COVID-19 oraz przed pandemią. Rodzice dzieci chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 prezentują niższe wyniki w zakresie dobrostanu hedonistycznego.

2. Religijne i niereligijne strategie radzenia sobie w dwóch warunkach sytuacyjnych

2.1. Występują różnice w zakresie stosowanych religijnych (pozytywnych i negatywnych) strategii radzenia sobie ze stresem pomiędzy grupą rodziców dzieci chorujących na nowotwór w warunkach pandemii COVID-19 w porównaniu do grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie zbadanych przed pandemią COVID-19. Rodzice dzieci chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 prezentują wyższe wyniki w zakresie stosowanych strategii religijnego radzenia sobie ze stresem.

2.2. Występują różnice w zakresie stosowanych niereligijnych strategii radzenia sobie (pozytywne przewartościowanie, obwinianie siebie) pomiędzy grupą rodziców dzieci chorujących na nowotwór w warunkach pandemii COVID-19 w porównaniu do grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie zbadanych przed pandemią COVID-19. Rodzice dzieci chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 prezentują wyższe wyniki w zakresie stosowanych strategii niereligijnego radzenia sobie ze stresem.

3. Pośrednicząca rola strategii radzenia sobie ze stresem w relacji między warunkami sytuacyjnymi a dobrostanem

3.1. Religijne radzenie sobie ze stresem pełni pośredniczącą rolę w relacji między warunkami sytuacyjnymi (tj. przynależnością do grupy rodziców dzieci chorujących

onkologicznie badanych w trakcie pandemii COVID-19 vs przed pandemią)

a dobrostanem eudajmonistycznym, w ten sposób, że:

3.1.1. Nasilenie negatywnego religijnego radzenia sobie jest większe w warunkach pandemii COVID-19, co przekłada się na niższy dobrostan eudajmonistyczny.

3.1.2. Nasilenie pozytywnego religijnego radzenia sobie jest większe w warunkach pandemii COVID-19, co przekłada się na wyższy dobrostan eudajmonistyczny.

3.2. Religijne radzenie sobie ze stresem pełni rolę pośredniczącą w relacji między warunkami sytuacyjnymi (tj. przynależnością do grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie badanych w trakcie pandemii COVID-19 vs przed pandemią) a dobrostanem hedonistycznym, w ten sposób, że:

3.2.1. Nasilenie negatywnego religijnego radzenia sobie jest większe w warunkach pandemii COVID-19, co przekłada się na niższy dobrostan hedonistyczny.

3.2.2. Nasilenie pozytywnego religijnego radzenia sobie jest większe w warunkach pandemii COVID-19, co przekłada się na wyższy dobrostan hedonistyczny.

3.3. Niereligijne radzenie sobie ze stresem pełni pośredniczącą rolę w relacji między warunkami sytuacyjnymi (tj. przynależnością do grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie badanych w trakcie pandemii COVID-19 vs przed pandemią) a dobrostanem eudajmonistycznym, w ten sposób, że:

3.3.1. Nasilenie obwiniania siebie jest większe w warunkach pandemii COVID-19, co przekłada się na niższy dobrostan eudajmonistyczny.

3.3.2. Nasilenie pozytywnego przewartościowania jest większe w warunkach pandemii COVID-19, co przekłada się na wyższy dobrostan eudajmonistyczny.

3.4. Niereligijne radzenie sobie ze stresem pełni pośredniczącą rolę w relacji między warunkami sytuacyjnymi (tj. przynależnością do grupy rodziców dzieci chorujących

onkologicznie badanych w trakcie pandemii COVID-19 vs przed pandemią)

a dobrostanem hedonistycznym, w ten sposób, że:

3.4.1. Nasilenie obwiniania siebie jest większe w warunkach pandemii COVID-19,

co przekłada się na niższy dobrostan hedonistyczny.

3.4.2. Nasilenie pozytywnego przewartościowania jest większe w warunkach

pandemii COVID-19, co przekłada się na wyższy dobrostan hedonistyczny.

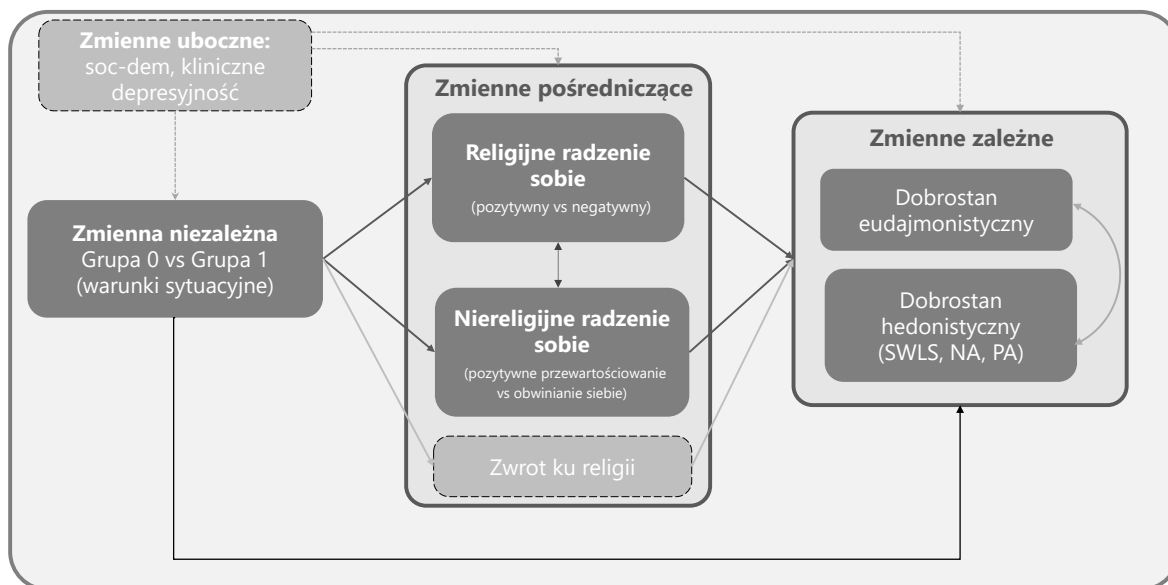
3.5. Efekty pośredniczące religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem

w odniesieniu do dobrostanu eudajmonistycznego lub hedonistycznego są sobie

równe.

Proponowany model badawczy dotyczący pośredniczącej roli religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem w relacji dobrostanu w ujęciu eudajmonistycznym i hedonistycznym z doświadczeniem kumulacji stresorów (tj. przynależnością do grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie badanych w trakcie pandemii COVID-19 vs przed pandemią) zaprezentowano poniżej na Rysunku 1. Jak widać, jest to model korelacyjno-regresyjny (Brzeziński, 1989; Rydzewski, 2010), bazujący na modelu mediacyjnym (Baron i Kenny, 1986), z założonym efektem pośredniczącym (Hayes, 2013) religijnego i niereligijnego radzenia sobie.

Rysunek 1. Hipotetyczny model badawczy dotyczący zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi



Nota. Grupa 0- rodzice dzieci chorujących onkologicznie badani przed pandemią; Grupa 1- rodzice dzieci chorujących onkologicznie badani w warunkach pandemii COVID-19. SWLS- satysfakcja z życia, NA – negatywny afekt, PA – pozytywny afekt

Rozdział 6. Metoda

6.1. Osoby badane

W badaniach uczestniczyło łącznie 310 rodziców dzieci chorujących onkologicznie w trakcie aktywnego procesu leczenia w klinikach onkologii. W pomiarze przed pandemią COVID-19 zebrano wypełnione kwestionariusze od 197 rodziców, zaś w trakcie pandemii COVID-19 w badaniu wzięło udział 113 rodziców dzieci chorujących onkologicznie.

Tabela 1. Statystyki opisowe ostatecznej próby osób badanych

Zmienna	Rozkład	
Rodzice		
Płeć	kobiety 79,7%	mężczyźni 20,3%
Wykształcenie	wyższe 57,2%	bez wyższego 42,8%
Związek	tak 93,2%	nie 6,8%
Wyznanie	katolickie 92,3%	niewierzący 4,1%
Opieka w szpitalu	jeden rodzic 72,1%	oboje rodzice 27,9%
Zamieszkanie	> 50 km od kliniki 69,8%	<= 50 km 30,2%
Praca zawodowa	tak 40,5%	nie 59,5%
Sytuacja ekonomiczna	poniżej przeciętnej 70,3%	powyżej przeciętnej 29,7%
Dzieci		
Płeć	chłopcy 58,6%	dziewczynki 41,4%
Nowotwory	guzy lite 75,3%,	układ krwiotwórczy/chłonny 24,7%.
Stopień zaawansowania	I 23,3% II 14,5%	III 20,3% IV 41,9%.
Wznowa	TAK 21,9%	NIE 78,1%
Metoda leczenia:		
Operacja (przygotowanie)	NIE 95,5%	NIE 4,5%
Przeszczep (przygotowanie)	NIE 94,5%	NIE 5,4%
Aktualna hospitalizacja	NIE 61%	TAK 39%
Rodzeństwo	TAK 75,7%	NIE 24,3%
Leczenie główne	chemioterapia 67,5%	leczenie wspomagające 26,5% radioterapia 12%

Nota. Operacja (przygotowanie) – dziecko przygotowujące do operacji; Przeszczep (przygotowanie) – dziecko przygotowujące do przeszczepu

Uwzględniając możliwe różnice w charakterystykach obu grup, w celu zmniejszenia ich oddziaływania na wynik porównań międzygrupowych została przeprowadzona analiza PSM (ang. *propensity score matching*; Rosenbaum i Rubin, 1985). Dzięki zastosowanej metodzie 111 par zostało wyodrębnionych do dalszych analiz. Szczegóły tej analizy znajdują

się w rozdziale dotyczącym analizy wyników. Tabela 1 zawiera statystyki opisowe dla ostatecznej próby użytej do weryfikacji hipotez.

6.2. Procedura badań

Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Etyki SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego w Warszawie (numer: 5/2019, aneks: 43/2022). Badania były realizowane w ramach otrzymanych dwóch grantów wewnętrznych Instytutu Psychologii SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego w Warszawie (nr WP/2018/B/40 i nr SZ81-84-04 ISD). Wyniki badań pilotażowych zostały opublikowane w czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym (Ziółkowska i in., 2020, 2022).

Badania zostały przeprowadzone w dwóch wysokospecjalistycznych ośrodkach klinicznych o wysokim stopniu referencyjności: Klinice onkologii dziecięcej Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie oraz w Oddziale hematologii i onkologii dziecięcej Szpitala Klinicznego nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Badanie w ramach drugiego pomiaru w warunkach pandemii COVID-19, zostało przeprowadzone w Oddziale dziennym chemioterapii Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Zgody na przeprowadzenie badań w obu ośrodkach zostały uzyskane w ramach procedury wewnętrznej szpitali. Badania w całości, tj. w obu ośrodkach oraz w obu etapach, były prowadzone wyłącznie przez autorkę rozprawy. Pierwszy etap badań przed pandemią COVID-19 był prowadzony od stycznia 2019 roku do końca lutego 2020 roku. Natomiast w trakcie pandemii COVID-19 po spełnieniu warunków dopuszczenia do kontynuowania, badania w ośrodku były prowadzone od lipca do końca września 2020 roku. Przy obowiązującym reżimie sanitarnym z zachowaniem wszystkich zasad bezpieczeństwa oraz każdorazowo po wykonaniu testu na obecność SARS-CoV-2 dopuszczono mnie do kontynuowania badań w oddziale dziennym chemioterapii.

Osoby badane w obu pomiarach były rekrutowane podczas pobytu z dzieckiem w klinikach. Przedstawiano szczegółowo rodzicom cel badania, procedurę i metodę. W przypadku pojawienia się pytań ze strony osób badanych wszelkie wątpliwości były wyjaśniane. Zaznaczono, iż badani mogą się wycofać w każdym dowolnym momencie, a udział w badaniu jest dobrowolny. Osoby badane wypełniały świadomą zgodę na udział w badaniach, w której zostały opisane szczegóły prowadzonych badań. Badania w obu etapach były prowadzone w warunkach naturalnych w formie papier - ołówki. Osoby badane otrzymywały komplet kwestionariuszy w kopercie, którą po wypełnieniu mogły zakleić i przekazać osobie prowadzącej badanie. Ta procedura służyła maksymalizowaniu zachowania poufności i anonimowości. Przeciętny czas wypełniania kwestionariuszy wynosił 25-30 minut.

Uczestnicy nie otrzymywali wynagrodzenia za udział w badaniach. Osoby badane wykazywały zaangażowanie i chęć udziału w badaniu. Problemem były jedynie trudności ze zwrotem wypełnionych ankiet, gdy preferowano zwrot w innym niż proponowany terminie lub chęć wysyłki wypełnionych ankiet pocztą. Nie monitorowano jednak takich przypadków jako systematycznego źródła błędu doboru próby, gdyż ich ilość była znikoma.

6.3. Pomiar zmiennych

6.3.1. Pomiar dobrostanu

6.3.1.1. Dobrostan eudajmonistyczny

Do pomiaru dobrostanu w aspekcie eudajmonistycznym wykorzystano Skalę Dobrostanu Psychicznego (Ryff, 1989) w polskiej adaptacji Kroka (2009; załącznik 1). Składa się ona z 42 sformułowań pogrupowanych w sześć wymiarów: 1. autonomię; 2. samoakceptację; 3. rozwój osobisty; 4. cel życiowy; 5. panowanie nad środowiskiem i 6. pozytywne relacje z innymi (Ryff, 1989; Krok, 2009). Osoby badane oceniają stwierdzenia na 7 stopniowej skali od 1 = „zdecydowanie nie zgadzam się” do 7 = „zdecydowanie zgadzam się”

się”. Następnie wskaźnik ogólny liczony jest jako uśrednienie wszystkich odpowiedzi osoby badanej. Wyższe wartości wskazują na większe nasilenie dobrostanu eudajmonistycznego. W oryginalnej wersji Skali Dobrostanu Psychicznego (Ryff, 1989) alfa Cronbacha dla poszczególnych podskali wynosiła od 0,86 do 0,93. W polskiej adaptacji (Krok, 2009) wartości te mieściły się od 0,72 do 0,86.

Warto jednak zwrócić uwagę, iż Skala Dobrostanu Psychicznego w wersji oryginalnej powstała w 1989 roku (Ryff, 1989). Z powodu pojawiającej się refleksji krytycznej kwestionującej założoną strukturę tego kwestionariusza, w tym także dlatego, iż teoretyczne wymiary ujęte w podskalach są mało specyficzne, powstaje pytanie, o trafność czynnikową tego narzędzia (Springer i Hauser, 2006; Springer i in., 2006). Springer i Hauser (2006) wykazywali, że aż cztery z sześciu wymiarów mogłyby być jednym wspólnym wymiarem. Ponadto zwracali uwagę na wysokie korelacje pomiędzy podskalami, zwłaszcza rozwoju osobistego, celu w życiu, samoakceptacji i panowania nad środowiskiem oraz na brak spójnych różnic empirycznych pomiędzy wymiarami (Springer i in., 2006). Inni badacze sugerują zaś, że Skala Dobrostanu Psychicznego powinna raczej zawierać trzy zamiast sześciu wymiarów, gdzie panowanie nad środowiskiem, samoakceptacja, cel życiowy i rozwój osobowy są grupowane w jeden czynnik (Abbott i in., 2006; Burns i Machin, 2009). Ryff i Singer (2006) po krytyce narzędzia bronili jednak istnienia sześciu wymiarów dobrostanu, uwzględniając także dyskryminacyjny aspekt korelatów socjodemograficznych i psychologicznych. I tak panowanie nad środowiskiem wykazuje tendencję wzrostową wraz z wiekiem, zaś cel w życiu i rozwój osobisty z wiekiem może się zmniejszać (Chen i in., 2013). Nadal jednak słabością tego kwestionariusza jest to, iż podczas testowania mocy wyjaśniającej skal, wariancja każdego wymiaru jest „zanieczyszczona” wspólną wariancją dzieloną z innymi wymiarami, co obniża ich wariancję specyficzną. Uwzględniając wysokie korelacje pomiędzy sześcioma wymiarami, kluczowe jest zatem oddzielenie specyficznego

wkładu każdego wymiaru od zasobów wariancji wspólnej dla wszystkich komponentów (Vitterso, 2003; Chen i in., 2013).

Jedną z możliwych struktur czynnikowych w tym wypadku jest struktura podwójnego czynnika (ang. *bifactor*) (Highhouse i in., 2017; Mcabee i in., 2014). Analiza podwójnego czynnika jest zazwyczaj używana do modelowania struktury czynnikowej konstrukcji wielowymiarowych, w których zakłada się na podstawie teorii występowanie ogólnego czynnika wyższego rzędu oraz specyficznych czynników niższego rzędu. W tej strukturze pozycje jednocześnie ładują wspólny czynnik ogólny i ortogonalne czynniki niższego rzędu, odpowiadające podskalom.

Modele podwójnego czynnika były wykorzystane na przykład w analizie inteligencji (Gustafsson i Balke, 1993), osobowości (DeYoung i in., 2008) oraz ogólnego dobrostanu subiektywnego (Chen i in., 2013). Model ten jest odpowiedni, jeśli istnieje ogólny czynnik odpowiadający za wspólną wariancję pomiędzy itemami, a także występuje wiele powiązanych, lecz odrębnych specyficznych czynników, jak również wtedy, gdy badacze są zainteresowani zarówno czynnikiem ogólnym oraz specyficznymi dla danej domeny, w tym przypadku dobrostanu (Chen i in., 2006; Zhang i Renshaw, 2020). Chen i in. (2013) opublikowali interesujące wyniki badań, w których celem była eksploracja dwóch konkurencyjnych poglądów na dobrostan przy wykorzystaniu modelu podwójnego czynnika. Pozwoliło to na zbadanie wspólnej wariancji dzielonej przez dwa typy dobrostanu oraz wariancji specyficznej dla każdego z nich (Chen i in., 2013). Wyniki tych analiz przeprowadzone na reprezentacyjnej próbie pokazały, iż model podwójnego czynnika ujawnił silny ogólny czynnik wspólny dla obu dobrostanów, jak również cztery specyficzne czynniki dobrostanu psychicznego (ujęcie Ryff) i trzy specyficzne czynniki dobrostanu subiektywnego (ujęcie Dienera) (Chen i in., 2013). Następnie autorzy zbadali relacje tak wyodrębnionych poszczególnych czynników dobrostanu z innymi zmiennymi. Wykazano, iż specyficzne

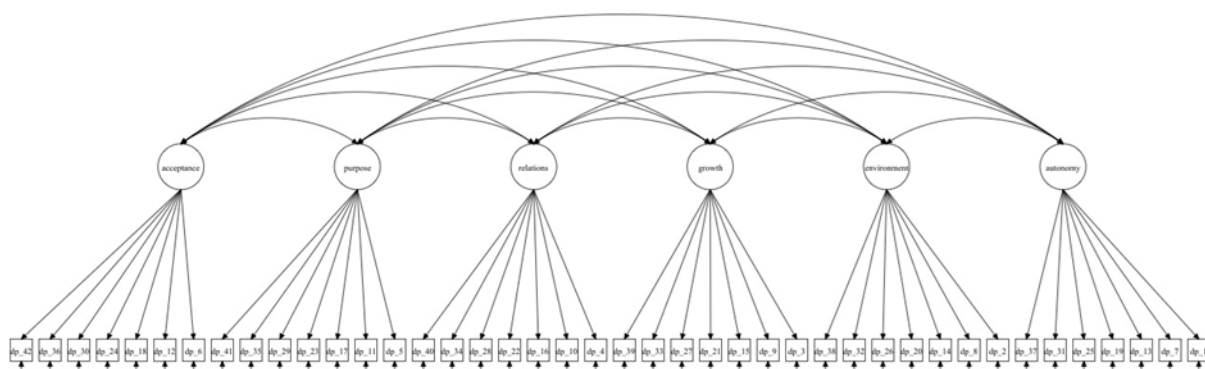
czynniki cechowały się przyrostową mocą predykcyjną w stosunku do ogólnego czynnika dobrostanu. Wyniki te pokazują, iż oba ujęcia dobrostanu są silnie powiązane ze sobą na poziomie ogólnego konstruktów, ale ich poszczególne komponenty są jednak odrębne (Chen i in., 2013). Badacze są zgodni, iż model Ryff daje trafną konceptualizację ogólnego dobrostanu psychicznego (ujęcie eudajmonistyczne), ale wykazuje słabość w identyfikowaniu sześciu konkretnych wymiarów (Blasco-Belled i Alsinet, 2022).

Uwzględniając powyższe wątpliwości, potwierdzone empirycznie, zdecydowano się na weryfikację struktury narzędzia w odniesieniu do zbadanej grupy osób. Na potrzeby niniejszej pracy przeprowadzono zatem confirmacyjną analizę czynnikową dla pięciu modeli opisanych poniżej, przy czym szczególnie wskazane ze względu na cele pracy jest przetestowanie modelu podwójnego czynnika (Pokropek, 2015). Warto przy tym wskazać, iż dla N=310, spełniony warunek 5 osób na każdą pozycję kwestionariusza (Hatcher, 1994).

Testowano:

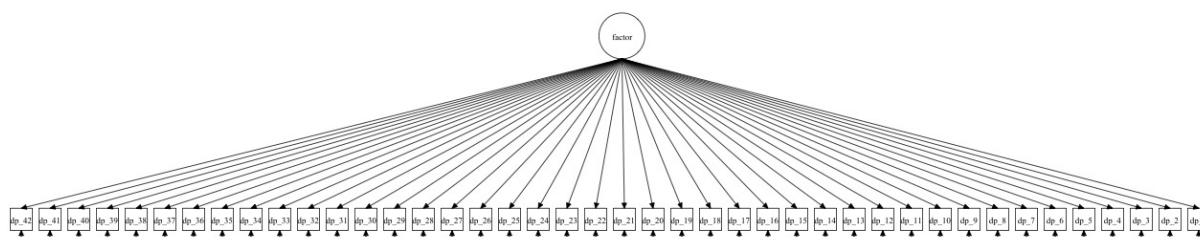
- Model 1. Model czynników skorelowanych, w którym wariancja wszystkich pozycji skali jest wyjaśniana przez 6 skorelowanych czynników latentnych odpowiadających poszczególnym podskalom (autonomia, panowanie nad środowiskiem, cel życiowy, rozwój osobisty, samoakceptacja, pozytywne relacje z innymi); por. Rysunek 2.

Rysunek 2. Analiza confirmacyjna *Skali Dobrostanu Psychicznego*: Model czynników skorelowanych



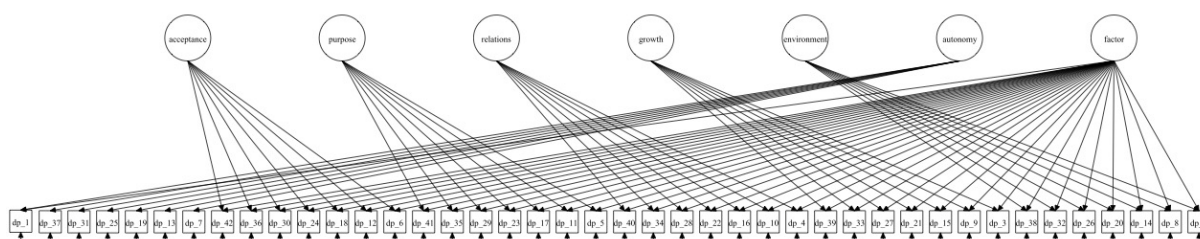
- Model 2. Model z jednym czynnikiem: wszystkie pozycje skali są wyjaśniane poprzez jeden czynnik latentny; por. Rysunek 3.

Rysunek 3. Analiza konfirmacyjna *Skali Dobrostanu Psychicznego*: Model z jednym czynnikiem



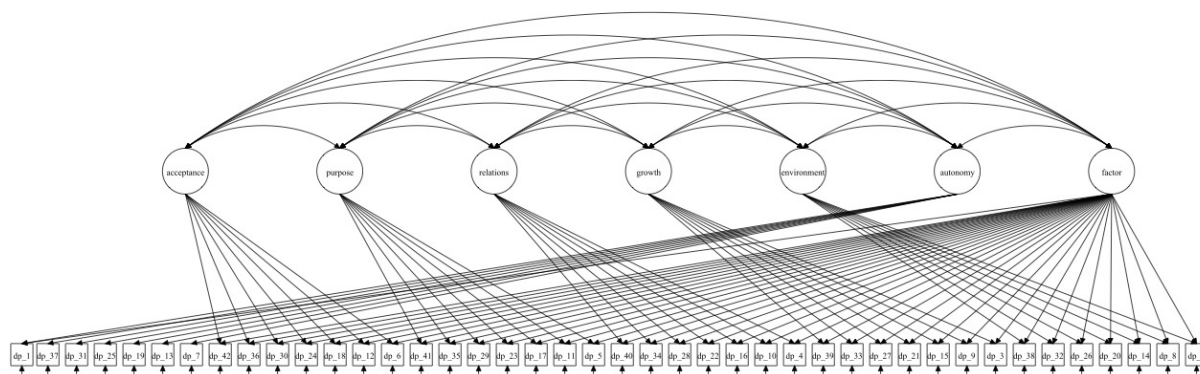
- Model 3. Model podwójnego czynnika A - kanoniczny: czynnik ogólny i ortogonalne czynniki specyficzne (ang. *bifactor restricted*; Chen, 2011); por. Rysunek 4.

Rysunek 4. Analiza konfirmacyjna *Skali Dobrostanu Psychicznego*: Model podwójnego czynnika A



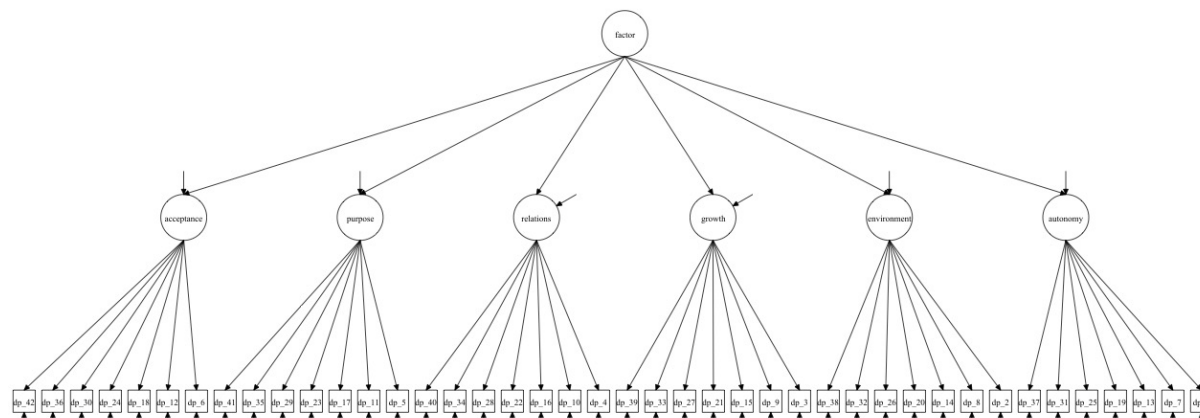
- Model 4. Model podwójnego czynnika B - czynnik ogólny i nieortogonalne czynniki specyficzne (ang. *bifactor unrestricted*, np. Hyland, 2015); por. Rysunek 5.

Rysunek 5. Analiza konfirmacyjna *Skali Dobrostanu Psychicznego*: Model podwójnego czynnika B



- Model 5. Model hierarchiczny – czynnik ogólny jako zmienna latentna drugiego rzędu oraz czynniki specyficzne jako zmienne latentne pierwszego rzędu; por. Rysunek 6.

Rysunek 6. Analiza konfirmacyjna *Skali Dobrostanu Psychicznego*: Model hierarchiczny



Do analiz wykorzystano oprogramowanie Mplus (Muthén, et al., 2017). Użyto metody największej wiarygodności (ang. *maximum likelihood robust estimation*). Wstępna inspekcja macierzy korelacji ujawniła negatywne korelacje między jedną z rekodowanych pozycji skali (pozycja 5: *Żyję dniem dzisiejszym i nie zastanawiam się wiele nad przyszłością*) a dwiema pozycjami nierekodowanymi (pozycje 4 i 7, por. Tabela 3), co może być wynikiem sposobu

udzielania odpowiedzi, np. skłonności osób badanych do potakiwania, niezrozumienia tej pozycji skali lub jej nietrafności (Cronbach, 1946; Posten i Steinmetz, 2022). Z kolei znaczące korelacje zaobserwowano pomiędzy pozycjami skali, które w założeniu powinny należeć do różnych podskal, np. pozycja 32 i 33, $r(304) = 0,6, p < 0,001$, podczas gdy pozycje wewnątrz tych podskal były słabiej skorelowane. Obecność negatywnych korelacji może utrudnić ogólne dopasowanie modelu, podczas gdy silne korelacje między pozycjami przypisanymi do różnych wymiarów mogą utrudnić wyłonienie wymiarów. Z tą wiedzą wstępną przystąpiono do estymacji modeli.

Wskaźniki dopasowania modelu do danych zamieszczono w Tabeli 2. Oszacowanie dopasowania oparto na wskaźnikach rekomendowanych w literaturze dotyczącej równań strukturalnych: RMSEA (ang. *Root Mean Square Error of Approximation*), CFI (ang. *Comparative Fit Index*), SRMR (ang. *Standardized Root Mean Square Residual*) oraz Chi-kwadrat (Kline, 2016). RMSEA odnosi się do poziomu dopasowania modelu do macierzy kowariancji, przy uwzględnieniu liczby stopni swobody i wielkości próby. Wartości RMSEA niższe niż 0,08 przyjmuje się za podstawę akceptacji modelu (Hu i Bentler, 1999). Podobnie, SRMR także jest indeksem dopasowania, dla którego większe wartości sygnalizują gorsze dopasowanie danych do testowanego modelu. Przyjmuje się, że wartości SRMR niższe niż 0,08 są podstawą do akceptacji modelu (Hu i Bentler, 1999). Kolejny wskaźnik to CFI będący wskaźnikiem względnej dobroci dopasowania modelu testowanego w porównaniu do hipotetycznego modelu zerowego, w którym nie zakłada się żadnych zależności. Wartości CFI powyżej 0,9 uznaje się za podstawę akceptacji modelu (Hu i Bentler, 1999). Ostatni wskaźnik to wynik testu Chi-kwadrat, porównującego testowany model z danymi. Nieistotny wynik testu oznacza, że model nie odbiega istotnie od danych obserwowanych. Jednakże, jako że wynik tego testu jest uzależniony od wielkości próby, zaleca się alternatywne użycie

proporcji χ^2/df jako wskaźnika dopasowania, uznając za podstawę akceptacji modelu wartości ≤ 2 (Ullman, 2001) lub ≤ 5 (Schumacker i Lomax, 2004).

Tabela 2. Parametry dobroci dopasowania

Model	$\chi^2(df)$	$\chi^2/(df)$	RMSEA	CFI	SRMR
Model 1	brak konwergencji i/lub identyfikacji, model nieestymowany				
Model 2	2113,06 (819) ***	2,58	0,07	0,66	0,08
Model 3	brak konwergencji i/lub identyfikacji, model nieestymowany				
Model 4	brak konwergencji i/lub identyfikacji, model nieestymowany				
Model 5	brak konwergencji i/lub identyfikacji, model nieestymowany				
Model 6 (model ostateczny)	576,54 (170) ***	3,39	0,08	0,80	0,07

Nota. Wyjaśnienie skrótów w tekście. *** $p < 0,001$

Jak widać w Tabeli 2, model jednego czynnika okazał się względnie akceptowalnie dopasowany do danych. Słabością tego modelu jest jedynie niska korelacja między pozycjami (niski CFI). Nie udało się natomiast estymować współczynników pozostałych modeli ze względu na brak konwergencji i/lub identyfikacji. Ujawniono następujące nieprawidłowości: (1.) w modelach 1 i 5 zaobserwowano wysoką korelację pomiędzy latentnymi wymiarami samoakceptacji i panowania nad środowiskiem ($r > 1,00$), czyli tzw. Heywood case – niemożliwa wartość korelacji, która tu wskazuje na empiryczny brak identyfikacji modelu (por. Chen i in., 2001), (2) w modelu 5 zaobserwowano negatywną wariancję resztową zmiennej latentnej panowanie nad środowiskiem (Heywood case, por. Chen i in., 2001), (3) w modelach 3 i 4 uzyskano negatywne ładunki czynnikowe dla czynnika ogólnego oraz (4) w modelu 4 - negatywny związek między czynnikiem ogólnymi i czynnikami specyficznymi. Aby rozwiązać powyższe nieprawidłowości, podjęto następujące działania: 1. skorelowanie błędów, 2. uwzględnienie czynnika wspólnej metody, 3. uwolnienie estymacji pierwszych pozycji wymiarów. Żaden z tych kroków nie pozwolił na poprawną estymację. Tym samym, podjęto decyzję o odrzuceniu modelu 1, 3, 4 i 5.

Ładunki czynnikowe uzyskane w modelu czynnika ogólnego (model 2) przedstawia Tabela 3. Jak widać, wartości ładunków czynnikowych na jednym wspólnym czynniku

wahają się od 0,05 do 0,75. Do ostatecznej wersji skali wybrano wyłącznie te itemy, które uzyskały ładunki o wartościach powyżej 0,5 (wybaldowane w Tabeli 3). Przesłanką było zwiększenie trafności pomiaru, a więc lepsza operacjonalizacja zmiennej, jaką jest dobrostan eudajmonistyczny. W ten sposób utworzono jednowymiarową skalę składającą się z 20 itemów, w tym 12 rekodowanych. Strukturę tej skali ponownie sprawdzono za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej, uzyskując akceptowalne dopasowanie do danych (por. ostatni wiersz Tabeli 2), w tym CFI wyższy niż w wypadku modelu z jednym czynnikiem latentnym obejmującym wszystkie itemy oryginalnej skali. Skala cechuje się też wysoką spójnością wewnętrzną, α Cronbacha = 0,92. Obejmuje ona itemy ze wszystkich podskal, przy czym tylko jedna pozycja należy do podskali autonomii. Najsilniej łądował item „Mam trudności z ułożeniem sobie życia w satysfakcjonujący dla mnie sposób” (rekodowany), a najslabiej „Czuję się często przytłoczony przez moje obowiązki” (rekodowany), oba z podskali panowania nad środowiskiem. Analiza treści wskazuje, że narzędzie odzwierciedla założenia teoretyczne stojące za konstruktem dobrostanu eudajmonistycznego. W związku z tym, iż nie uzyskano potwierdzenia alternatywnych struktur czynnikowych, zmodyfikowana skala została uznana za wystarczająco dobre narzędzie do operacjonalizacji ogólnego dobrostanu eudajmonistycznego w analizach testujących hipotezy niniejszej pracy.

Tabela 3. Ładunki czynnikowe w rozwiązaniu z jednym czynnikiem, wybór pozycji do skali właściwej

Pozycja skali	Podskala woryginale	Treść pozycji skali	Ładunki czynnikowe
DP_32	panowanie nad środowiskiem	Mam trudności z ułożeniem sobie życia w satysfakcjonujący dla mnie sposób.	0,75
DP_12	akceptacja siebie	Na ogół, czuję się pewny i zadowolony z siebie.	0,71
DP_17	cel życiowy	Na dobrą sprawę nie wiem, co próbuję osiągnąć w życiu.	0,68
DP_33	rozwój osobisty	Zrezygnowałem z prób wprowadzania dużych zmian lub udoskonalania swojego życia.	0,68
DP_30	akceptacja siebie	Pod wieloma względami czuję się rozczarowany moimi osiągnięciami w życiu.	0,65
DP_11	cel życiowy	Posiadam kierunek i cel w życiu.	0,64
DP_16	pozytywne relacje z innymi	Czuję się często samotny, ponieważ mam niewielu przyjaciół, z którymi mogę szczerze porozmawiać.	0,64
DP_20	panowanie nad środowiskiem	Dobrze radzę sobie z wieloma wymaganiami codziennego życia.	0,62

Pozycja skali	Podskala woryginalie	Treść pozycji skali	Ładunki czynnikowe
DP_21	rozwój osobisty	Myślę, że bardzo rozwinąłem swoje możliwości jako osoba.	0,61
DP_38	panowanie nad środowiskiem	Potrafiłem wytworzyć sobie środowisko i styl życia, który mi odpowiada.	0,61
DP_24	akceptacja siebie	Lubię większość swoich cech charakteru.	0,60
DP_10	pozytywne relacje z innymi	Utrzymywanie bliskich relacji z innymi osobami jest dla mnie trudne i stresujące.	0,60
DP_18	akceptacja siebie	Myślę, że wielu ludzi, których znam, dostało więcej dobrego od życia niż ja.	0,58
DP_29	cel życiowy	Czerpię radość z tworzenia planów na przyszłość i wprowadzania ich w życie.	0,57
DP_8	panowanie nad środowiskiem	Wymagania codziennego życia często mnie przytłaczają.	0,57
DP_36	akceptacja siebie	Moja postawa wobec siebie nie jest tak pozytywna, jak u większości innych ludzi.	0,53
DP_34	pozytywne relacje z innymi	Jak dotąd, nie doświadczyłem wielu ciepłych i bliskich relacji z innymi ludźmi.	0,53
DP_22	pozytywne relacje z innymi	Czerpię przyjemność ze spotkań i rozmów z członkami rodziny i przyjaciółmi.	0,53
DP_31	autonomia	Często martwię się tym, co inni ludzie myślą o mnie.	0,52
DP_26	panowanie nad środowiskiem	Czuję się często przytłoczony przez moje obowiązki.	0,50
DP_15	rozwój osobisty	Kiedy myślę o swoim osobistym rozwoju, to uważam, że nie był on duży w ostatnich latach.	0,50#
DP_6	akceptacja siebie	Kiedy patrzę na moje dotychczasowe życie, to jestem zadowolony z rzeczy, które się wydarzyły.	0,49
DP_25	autonomia	Trudno jest mi zabierać głos w kontrowersyjnych sprawach.	0,48
DP_2	panowanie nad środowiskiem	Na ogół mam poczucie, że panuję nad sytuacją, w której się znajduję.	0,48
DP_14	panowanie nad środowiskiem	Uważam, że nie pasuję do ludzi i grupy społecznej, w której żyję.	0,47
DP_40	pozytywne relacje z innymi	Wiem, że mogę zaufać moim przyjaciołom, i oni wiedzą, że mogą mi zaufać.	0,45
DP_1	autonomia	Nie obawiam się wyrażać swoich opinii, nawet wtedy, gdy są one sprzeczne z opiniami większości ludzi.	0,43
DP_13	autonomia	Często ulegam ludziom mającym silne przekonania.	0,42
DP_7	autonomia	Na moje decyzje nie ma dużego wpływu to, jak postępują inni ludzie.	0,41
DP_9	rozwój osobisty	Myślę, że ważne jest posiadanie nowych doświadczeń, które stanowią wyzwanie dla dotychczasowego myślenia o sobie samym i świecie.	0,41
DP_42	akceptacja siebie	Kiedy porównuję siebie do moich przyjaciół i znajomych, to czuję się zadowolony z tego kim jestem.	0,41
DP_41	cel życiowy	Czasami czuję się, jakbym zrobił już w życiu wszystko, co jest do zrobienia.	0,38
DP_23	cel życiowy	Codziennie sprawy, które wykonuję, często wydają mi się błahe i nieważne.	0,38
DP_3	rozwój osobisty	Nie interesuję się działaniami, które rozszerzają moje horyzonty myślenia.	0,37
DP_28	pozytywne relacje z innymi	Ludzie określili by mnie jako osobę, która chętnie poświęca czas innym.	0,36
DP_19	autonomia	Jestem przekonany do własnych opinii, nawet wtedy, gdy są one sprzeczne z ogólnymi poglądami.	0,35
DP_37	autonomia	Osądzam siebie na podstawie tego, co sam uważam za ważne, a nie tego, co myślą inni.	0,32

Pozycja skali	Podskala w oryginale	Treść pozycji skali	Ładunki czynnikowe
DP_39	rozwój osobisty	Nie lubię przebywać w nowym otoczeniu, które oczekuje ode mnie zmiany moich starych przyzwyczajęń i nawyków.	0,30
DP_4	pozytywne relacje z innymi	Większość ludzi spostrzega mnie jako kochającą i czułą osobę.	0,27
DP_27	rozwój osobisty	Moje życie polega na nieustannym uczeniu się, zmianach i rozwoju.	0,26
DP_35	cel życiowy	Nie należę do ludzi, którzy wędrują przez życie bez żadnego celu.	0,25
DP_5	cel życiowy	Żyję dniem dzisiejszym i nie zastanawiam się wiele nad przyszłością.	0,05

Nota. #0,496

6.3.1.2. Dobrostan hedonistyczny

Dobrostan hedonistyczny operacjonalizowany był za pomocą dwu narzędzi.

W badaniach wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia SWLS (Diener i in., 1985) w adaptacji Juczyńskiego (2009)¹. Kwestionariusz ocenia ogólną satysfakcję z życia. Zawiera 5 sformułowań, do których odnosi się osoba badana na 7-punktowej skali: od 1= „zdecydowanie nie zgadzam się”, do 7= „zdecydowanie zgadzam się”. Dla oryginalnej wersji SWLS rzetelność wynosiła 0,87, w polskiej adaptacji osiągnięto podobną wartość narzędzia równą 0,81 (Juczyński, 2009). W niniejszym badaniu wykazuje również wysoką rzetelność, $\alpha = 0,81$.

Do badania pozytywnego i negatywnego afektu został wykorzystany Kwestionariusz Emocji KSE (Gruszczyńska i in., 2017, załącznik 2). Jest on zbudowany na podstawie kołowego modelu emocji (ang. *circumplex model of affect*), opierającego się na wymiarach walencji i aktywacji (Larsen i Diener, 1992; Russell, 1980). Skala składa się z 16 sformułowań, odnoszących się do emocji, jakich osoba badana doświadczała w ciągu ostatnich 4 tygodni. Osoba badana zaznacza odpowiedzi na skali 5-stopniowej (od stwierdzenia 0 = „w ogóle” do 4 = „bardzo silnie”). W niniejszym badaniu zdecydowano o

¹ Ze względu na prawa autorskie, które są przypisane Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, nie zamieszcza się oryginalnego narzędzia w załącznikach. Narzędzie do badania w wymaganej ilości egzemplarzy zostało także zakupione przez autorkę rozprawy.

wybraniu emocji, które odnoszą się bardziej do walencji (np. zadowolona/y, smutna/y) niż do aktywacji (np. cicha/y, aktywna/y), stąd do dalszych analiz i wskaźników wybrano 5 emocji pozytywnych (szczęśliwa/y, zadowolona/y, zrelaksowana/y, spokojna/y, entuzjastyczna/y) oraz 5 emocji negatywnych (nerwowa/y, smutna/y, markotna/y, drażliwa/y, ospała/y).

W niniejszych badaniach wskaźnik dla afektu pozytywnego ma wysoką rzetelność, $\alpha = 0,83$, podobnie dla negatywnego $\alpha = 0,80$. W badaniu nie zdecydowano się na zastosowanie popularnego narzędzia do badania emocji pozytywnych i negatywnych, jakim jest PANAS (Watson i in., 1988), uwzględniając krytykę narzędzia (Diener i in., 1995). Krytycy wskazują, iż kwestionariusz zawiera pozycje, które nie do końca określają emocje, jak na przykład stwierdzenia „czujny” lub „aktywny” (Diener i in., 1995; Egloff i in., 2003). Także oficjalna polska adaptacja zawiera określenia nieodnoszące się bezpośrednio do afektu.

6.3.2. Pomiar religijnych strategii radzenia sobie ze stresem

Wykorzystano Skalę Religijnego Radzenia Sobie w wersji skróconej (Brief RCOPE, Pargament, 1997, 2011) w polskiej adaptacji Jarosza (2011, załącznik 3). Skala złożona jest z 14 sformułowań, które odnoszą się do tego, w jakim stopniu osoba badana stosuje strategie pozytywnego i negatywnego religijnego radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Osoba badana zaznacza odpowiedzi na 5-stopniowej skali, gdzie 1 = „zdecydowanie nie”, zaś 5 = „zdecydowanie tak”. W wersji oryginalnej uzyskano dobre właściwości psychometryczne (Pargament i in., 2011). Rzetelność określana alfa Cronbacha w grupie studentów dla pozytywnych strategii religijnego radzenia sobie wynosiła 0,90, a dla negatywnych strategii religijnego radzenia sobie 0,87, zaś dla osób hospitalizowanych odpowiednio 0,81 i 0,69. W polskiej wersji uzyskano wskaźniki rzetelności dla pozytywnego religijnego copingu 0,86, zaś dla negatywnego religijnego copingu 0,74. W omawianych badaniach własnych skala okazała się rzetelna, alfa Cronbacha dla pozytywnego copingu religijnego wynosiła $\alpha = 0,95$, a dla negatywnego $\alpha = 0,91$. Skala była stosowana z sukcesem w różnych populacjach (Abu-

Raiya i Pargament, 2015). W instrukcji kierowanej do rodziców dzieci chorujących onkologicznie podkreślano, iż osoby są proszone, aby przy wypełnianiu kwestionariusza uwzględnić obecną sytuację choroby dziecka.

6.3.3. Pomiar niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem

Do pomiaru wybranych niereligijnych strategii radzenia sobie wykorzystano trzy podskale: „pozytywne przewartościowanie”, „zwrot ku religii” oraz „obwinianie siebie” z Mini-COPE (Carver i in., 1989) w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (Juczyński, 2009, załącznik 4). Każda z podskali złożona jest z 2 itemów ocenianych przez osobę badaną na skali 4-stopniowej (od 0 = „prawie nigdy tak nie postępuję” do 3 = „prawie zawsze tak postępuję”). Wskaźniki rzetelności w wersji oryginalnej dla większości skal mają wartość zbliżoną do 0,70, w wersji polskiej wskaźniki rzetelności są zbliżone do wersji oryginalnej (od 0,62 do 0,89 dla poszczególnych strategii). W niniejszym badaniu wskaźniki dotyczące pozytywnego przewartościowania i obwiniania siebie mają zadowalającą rzetelność (odpowiednio: $\alpha = 0,65$ i $\alpha = 0,78$), zaś wskaźnik podskali zwrot ku religii wysoką rzetelność: $\alpha = 0,90$.

6.3.4. Pomiar depresyjności

Nasilenie objawów depresji oceniano za pomocą skali Center for Epidemiologic Studies Depression Scale CES-D (Radloff, 1977) w polskiej adaptacji Jankowskiego (2016, załącznik 5). Kwestionariusz złożony jest z 20 sformułowań dotyczących odczuć lub zachowań w trakcie minionego tygodnia (Jankowski, 2016). Osoby badane oceniają stwierdzenia na 4-stopniowej skali (od 0 = „rzadko lub wcale” do 3 = „przeważnie lub cały czas”). Wskaźnik powstaje jako średnia itemów. W polskiej adaptacji alfa Cronbacha wynosiła 0,90, zaś w niniejszym badaniu $\alpha = 0,82$.

6.3.5. Pomiar wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych

Na potrzeby niniejszych badań została przygotowana i wykorzystana ankieta socjodemograficzna oraz kliniczna (załącznik 6), zawierająca dane dotyczące sytuacji zachorowania i leczenia dziecka (płeć i wiek dziecka chorego w momencie rozpoznania oraz obecnie, typ nowotworu, stopień zaawansowania choroby, rodzaj leczenia, czas leczenia obecną metodą, hospitalizacja, wznowa, przygotowanie do operacji, przygotowanie do przeszczepu) oraz informacje dotyczące danych socjoekonomicznych rodziny (płeć rodzica, wykształcenie, wiek, wyznanie, sytuacja ekonomiczna rodziny, związek małżeński/partnerski, opieka nad dzieckiem w szpitalu, odległość miejsca zamieszkania od kliniki, praca zawodowa). Zdecydowano się na pomiar wyżej wymienionych zmiennych na podstawie literatury ze względu na ich możliwą rolę dla funkcjonowania rodziców w sytuacji choroby nowotworowej dziecka.

6.4. Strategia analiz statystycznych

Analizy statystyczne zostały opracowane i przeprowadzone z użyciem oprogramowania R: pakietów RMatchIt (Ho i in., 2011), miceadds (Robitzsch i in., 2022), mice (van Buuren, 2021) i robmed (Alfons i Ates, 2022) oraz oprogramowania IBM SPSS Statistics (Version 27) z macro PROCESS (model 4; Hayes, 2018).

Na początku, w celu dopasowania grup osób badanych, została przeprowadzona analiza propensity score matching (Rosenbaum i Rubin, 1985), która „zastępując” w warunkach naturalnych randomizację, pozwala dobrać grupę kontrolną tak, by była ona możliwie jak najbardziej podobna do grupy eksperymentalnej. Zakłada się, że grupa rodziców dzieci chorujących onkologicznie przebadanych przed pandemią COVID-19 stanowi grupę porównawczą do grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie przebadanych w trakcie pandemii COVID-19. Na podstawie literatury (Ye i in., 2019) oraz przesłanki maksymalizacji wyłonionej liczby par wśród osób badanych zostały zidentyfikowane następujące kluczowe

zmienne doboru: wiek rodzica, wiek dziecka, płeć rodzica, płeć dziecka. Zastosowano dwie najpopularniejsze metody dopasowania: dokładne dopasowanie (*exact*) i dopasowanie najbliższego sąsiada (*nearest neighbour*) (Randolph i in., 2014). Procedura dokładnego dopasowania (*exact*) ujawniła tylko 10 par obserwacji, podczas gdy druga, tj. metoda najbliższego sąsiada (*nearest neighbour*), wyłoniła 111 par. Wyniki przedstawiono w Tabeli 4 poniżej.

Tabela 4. Różnice między grupami osób badanych przed i po dopasowaniu obserwacji metodą PSM

Zmienna	Grupa 0		Grupa 1		SMD	p
	M	SD	M	SD		
<i>Przed dopasowaniem</i>						
Wiek rodzica	36,31	6,45	38,00	6,41	0,26	0,028
Płeć rodzica	0,22	0,41	0,20	0,40	0,04	0,761
Wiek dziecka (msc)	86,60	65,72	97,35	53,08	0,09	0,142
Płeć dziecka	0,63	0,48	0,58	0,50	0,18	0,432
<i>Po dopasowaniu</i>						
Wiek rodzica	37,77	5,91	38,05	6,42	0,05	0,736
Płeć rodzica	0,20	0,40	0,21	0,41	0,02	0,868
Wiek dziecka (msc)	97,97	68,60	97,35	53,08	0,04	0,786
Płeć dziecka	0,58	0,50	0,59	0,49	0,01	0,941

Nota. Płeć kodowana jako: 0 - kobieta, dziewczynka, 1- mężczyzna, chłopiec. M - średnia, SD – odchylenie standardowe, SMD - standaryzowana średnia różnic, Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, Grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii

Kolejnym krokiem w analizach statystycznych była analiza zmiennych ubocznych. Posłużono się statystyką chi-kwadrat dla zmiennych nominalnych, a dla zmiennych ciągłych wyrażonych na skali ilościowej przeprowadzono serię testów t-Studenta dla prób niezależnych. Następnie wykonano analizę braków danych. Rubin (1976) stworzył podwaliny do współczesnego podejścia do analizy braków danych oraz opracował metody radzenia sobie z ewentualnym ich wystąpieniem (Pokropek, 2018). Zgodnie z podejściem Rubina i innych badaczy możemy wyodrębnić trzy typy mechanizmów generujących braki danych: 1. mechanizm całkowicie losowy (ang. *missing completely at random*, MCAR), 2. mechanizm losowy (ang. *missing at random*, MAR), 3. mechanizm nielosowy (ang. *missing not at random*, MNAR) (Pokropek, 2018, s. 292). Mechanizm całkowicie losowy, a więc MCAR

oznacza, iż braki danych są zupełnie losowe. W przypadku mechanizmu losowego MAR przyczyna braków danych zależy od obserwowalnych zmiennych, zaś w odniesieniu do mechanizmu losowego MNAR mamy do czynienia wtedy, gdy proces powstania braków danych jest spowodowany przez nieobserwowalne zmienne (Graham, 2009; Pokropek, 2011, 2018). W sytuacji wystąpienia braków danych o mechanizmie losowym MAR efektywnym rozwiązaniem jest zastosowanie metod bazujących na wielokrotnych imputacjach bayesowskich (Graham, 2009; Pokropek, 2018; Rubin, 1976).

Następnie etapem jest weryfikacja hipotez. Jednym z celów badania były porównania w zakresie dobrostanu eudajmonistycznego i hedonistycznego oraz radzenia sobie ze stresem grup rodziców dzieci chorujących onkologicznie w warunkach pandemii COVID-19 do analogicznej grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie w warunkach normalnych. W tym celu posłużono się w pierwszej kolejności wielowymiarową analizą kowariancji (MANCOVA). W kolejnym kroku przystąpiono do jednowymiarowych analiz kowariancji (ANCOVA), w których każdy wskaźnik był analizowany odrębnie. Kolejnym etapem było wykonanie analiz korelacji r-Pearsona w celu analizy relacji między badanymi zmiennymi. Następnie testowano hipotezy o pośredniczącej roli religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem. W tym celu użyto modelu równoległych efektów pośrednich (ang. *parallel indirect effects*; Hayes, 2018). Model ten jest wskazany, gdy zakładamy, że związek między predyktorem a zmienną zależną może być zapośredniczony przez więcej niż jedną zmienną, ponieważ pozwala porównać siłę efektów pośrednich.

Rozdział 7. Wyniki

7.1. Statystyki opisowe

Tabela 5 przedstawia średnie oraz odchylenia standardowe badanych zmiennych oraz wyniki testów normalności rozkładu w grupach. W przypadkach większości zmiennych odbiegał on istotnie od rozkładu normalnego, jednakże wartości skośności i kurtozy świadczą, że wielkość tych odchylen pozostaje na poziomie umożliwiającym wykonanie testów parametrycznych (Gravetter i Wallnau, 2014; Trochim i Donnelly, 2006).

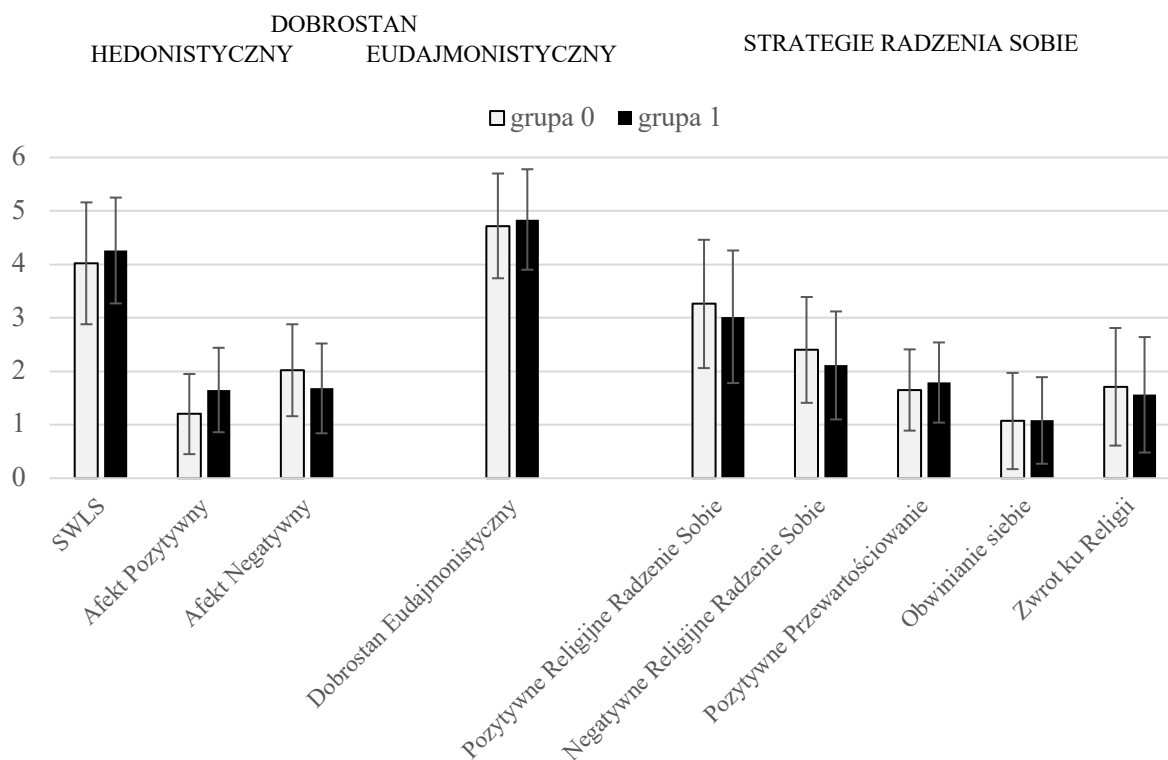
Tabela 5. Statystyki opisowe badanych zmiennych

Zmienne	Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność	Kurtoza	Test Kolmogorova-Smirnova	
						<i>D</i>	<i>p</i>
Dobrostan hedonistyczny							
SWLS	0	4,02	1,14	-0,09	-0,38	0,07	0,20
	1	4,26	0,99	-0,27	-0,42	0,09	0,03
Afekt pozytywny	0	1,20	0,75	0,33	-0,60	0,08	0,07
	1	1,65	0,79	0,12	0,14	0,10	0,01
Afekt negatywny	0	2,02	0,86	0,02	-0,47	0,08	0,07
	1	1,68	0,84	0,12	-0,44	0,07	0,20
Dobrostan eudajmonistyczny							
Dobrostan eudajmonistyczny	0	4,72	0,98	-0,70	0,99	0,08	0,16
	1	4,84	0,94	-0,15	-0,27	0,08	0,07
Radzenie sobie							
Pozytywne religijne radzenie sobie	0	3,26	1,20	-0,50	-0,85	0,14	<0,001
	1	3,02	1,24	-0,32	-1,10	0,12	<0,001
Negatywne religijne radzenie sobie	0	2,40	0,99	0,13	-0,96	0,09	0,03
	1	2,11	1,01	0,72	-0,24	0,13	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	0	1,65	0,76	-0,50	-0,32	0,21	<0,001
	1	1,79	0,75	-0,16	-0,57	0,13	<0,001
Obwinianie siebie	0	1,07	0,90	0,69	-0,32	0,21	<0,001
	1	1,08	0,81	0,35	-0,66	0,15	<0,001
Zwrot ku religii	0	1,71	1,10	-0,26	-1,32	0,18	<0,001
	1	1,56	1,08	-0,10	-1,37	0,15	<0,001

Nota. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, Grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii

Poniższy rysunek przedstawia średnie i odchylenia standardowe dla pokategoryzowanych zmiennych. Jak widać, istnieją deskryptywne różnice w poziomie wskaźników pomiędzy grupami osób badanych, w żadnym z przypadków jednak nie przekraczają one jednego odchylenia standardowego. Różnice te będą dalej weryfikowane w ramach testowania hipotez.

Rysunek 7. Średnie i odchylenia standardowe w grupach osób badanych. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.



7.2. Analiza zmiennych ubocznych

Przeprowadzono serię testów chi-kwadrat w celu porównania rozkładu odpowiedzi w zmiennych kategoryalnych pomiędzy grupami. Dane zostały przedstawione w Tabeli 6.

Tabela 6. Porównanie rozkładu zmiennych kategoryalnych pomiędzy grupami (df = 1).

Zmienna	χ^2	<i>p</i>	<i>N</i>
Wyznanie	0,57	0,449	222
Praca zawodowa	0,30	0,585	222
Sytuacja ekonomiczna	0,78	0,378	222
Sprawowanie opieki w szpitalu	1,43	0,231	222
Odległość miejsca zamieszkania od kliniki	0,02	0,884	222
Wykształcenie	0,17	0,684	222
Status związku	0,07	0,789	222
Rodzeństwo	0,10	0,754	222
Przygotowanie do przeszczepu	3,17	0,075	220
Przygotowanie do operacji	1,68	0,196	222
Wznowa	1,70	0,192	215
Hospitalizacja	60,00***	<0,001	218
Leczenie wspomagające	1,13	0,287	166
Radioterapia	0,15	0,696	166
Chemioterapia	1,71	0,191	166
Stopień zaawansowania	2,47	0,116	172
Typ nowotworu	12,71***	< 0,001	219

Nota. *** *p* < 0,001

Rozkład okazał się nierównomierny dla dwóch zmiennych: hospitalizacja i typu nowotworu. Częstość odpowiedzi dla tych zmiennych ilustruje Tabela 7. Jak widać, więcej hospitalizacji występowało w grupie rodziców badanej przed pandemią. Ogólnie, w obu grupach osób badanych najczęstszym typem nowotworu były guzy. Występowały one jednak częściej w grupie badanej podczas pandemii, natomiast nowotworu układu krwionośnego i chłonnego - częściej w grupie badanej przez pandemią.

Tabela 7. Częstości dla hospitalizacji i typu nowotworu. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.

Zmienna		Grupa 0		Grupa 1		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Hospitalizacja	tak	70	64,8	15	13,6	85	39,0
	nie	38	35,2	95	86,4	133	61,0
	Razem	108	100,0	110	100,0	218	100,0
Typ nowotworu	0	38	35,2	16	14,4	54	24,7
	1	70	64,8	95	85,6	165	75,3
	Razem	108	100,0	111	100,0	219	100,0

Nota. Typ nowotworu: 0 - nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego; 1 - nowotwory lite (guzy).

W zakresie zmiennych ciągłych wyrażonych na skali ilościowej przeprowadzono serię testów t-Studenta dla prób niezależnych w celu porównania zmiennych w dwóch grupach. Istotne różnice zaobserwowano dla zmiennej czas od momentu zachorowania oraz depresyjności, co zostało przedstawione w Tabeli 8. Dzieci rodziców badanych podczas pandemii miały średnio prawie dwukrotnie dłuższy czas (w miesiącach) od zachorowania niż dzieci rodziców badanych przed pandemią. Rodzice w grupie badanej podczas pandemii wykazali niższą depresyjność niż rodzice badani przed pandemią. Czas leczenia nie różnicował istotnie obu grup.

Tabela 8. Porównanie średnich pomiędzy zmiennymi ciągłymi w dwóch grupach. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.

Zmienna	Grupa	M	SD	t	df	p
Czas od zachorowania	0	19,73	32,56	-3,94	203	<0,001
	1	38,60	36,11			
Czas leczenia	0	5,49	5,05	- 1,88	96	0,06
	1	7,53	6,95			
Depresyjność	0	1,09	0,68	2,85	218	0,01
	1	0,85	0,58			

Na podstawie powyższych wyników zmienne uboczne, dla których wykazano istotne różnice pomiędzy grupami, zostaną uwzględnione jako kowarianty w części analiz dotyczącej porównywania grup.

7.3. Braki danych

Dla następujących zmiennych odsetek braków danych był wyższy niż 5% (tj. obejmował 10 obserwacji): typ leczenia, stopień zaawansowania choroby, czas od momentu zachorowania i czas trwania leczenia. W Tabeli 9 zostały przedstawione wyniki testów porównujących rozkłady braków danych między grupami. W przypadku zmiennych typ leczenia i czas trwania leczenia brakujące wartości nie były równomiernie rozłożone pomiędzy grupami. Częstości braków danych dla tych dwóch zmiennych ilustruje Tabela 10. Jak widać, w grupie badanej przed pandemią dla obu zmiennych występowało mniej braków danych niż w grupie badanej podczas pandemii.

Tabela 9. Porównanie rozkładu brakujących danych między grupami.

Zmienna	χ^2	df	<i>p</i>	N
Stopień zaawansowania	1,65	1	0,199	222
Typ leczenia	21,49	1	<0,001	222
Czas od momentu zachorowania	1,08	1	0,299	222
Czas leczenia	10,09	1	0,001	222

Tabela 10. Częstości brakujących danych dla zmiennych typ leczenia i czas trwania leczenia

Zmienna		Grupa 0		Grupa 1		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Typ leczenia	tak	13	11,7	43	38,7	56	25,2
	nie	98	88,3	68	61,3	166	74,8
	Razem	111	100,0	111	100,0	222	100,0
Czas trwania leczenia	tak	31	27,9	54	48,6	85	38,3
	nie	80	72,1	57	51,4	137	61,7
	Razem	111	100,0	111	100,0	222	100,0

Aby zatem zweryfikować całkowitą losowość braków danych (MCAR), przeprowadzono test Little'a, uwzględniając następujące zmienne ciągłe: czas od diagnozy, czas trwania leczenia, depresyjność, dobrostan eudajmonistyczny, SWLS, afekt pozytywny,

afekt negatywny, pozytywny religijny coping, negatywny religijny coping, pozytywne przewartościowanie, zwrot ku religii, obwinianie siebie; oraz zmienne jakościowe: stopień zaawansowania nowotworu, typ leczenia: chemioterapia, radioterapia, leczenie wspomagające. Założenie o całkowitej losowości braków danych (MCAR) nie zostało spełnione, $\chi(73) = 125,15; p < 0,001$. Następnie, aby przetestować częściową losowość braków danych (MAR), przeprowadzono serię testów t, która wykazała zależność między zmiennymi obserwowanymi a brakami danych. Stwierdzona na tej podstawie, że:

- badani, którzy odpowiedzieli na pytanie o czas leczenia, deklarowali mniejsze nasilenie pozytywnych emocji ($p = 0,032$) i krótszy czas od momentu zachorowania dziecka ($p < 0,001$);
- badani, którzy odpowiedzieli na pytanie o czas od momentu zachorowania dziecka, deklarowali mniejsze nasilenie depresyjności ($p = 0,045$);
- badani, którzy odpowiedzieli na pytanie o typ leczenia, deklarowali mniej pozytywnych emocji ($p = 0,002$), wyższą depresyjność ($p = 0,006$) i krótszy czas od momentu zachorowania ($p < 0,001$).

Braki danych w odpowiedzi na pytanie o poziom zaawansowania nowotworu nie były zależne od poziomu innych wskaźników.

W sytuacji wystąpienia braków danych o mechanizmie losowym MAR efektywnym rozwiązaniem jest zastosowanie metod bazujących na wielokrotnych imputacjach bayesowskich (Pokropek, 2018; Rubin, 1976). W celu uzupełnienia braków danych zastosowano metodę zatem wielokrotnych imputacji. Metoda ta zakłada trzy etapy: (1) wygenerowanie zestawów imputacji, w których każdemu brakowi danych przypisano wartość imputowaną na podstawie równania regresji stochastycznej; (2) przeprowadzenie testów statystycznych na każdym z zestawów imputacji; (3) agregację wyestymowanych parametrów i błędów standardowych zgodnie z algorytmem Rubina (Pokropek, 2018). W zgodzie z

powyższym w niniejszej pracy wygenerowo pięć zestawów wyimputowanych danych, stanowiących złożoną bazę dla dalszych obliczeń. Analizy przeprowadzono używając oprogramowania R, pakietu miceadds (Robitzsch i in., 2022). Dalsze analizy przeprowadzono dla danych po imputacji.

7.4. Weryfikacja hipotez dotyczących różnic pomiędzy grupami

Analizy przeprowadzono używając oprogramowania R - pakietów miceadds (Robitzsch i in., 2022) i mice (van Buuren, 2021) - oraz oprogramowania IBM SPSS 27. Celem tych analiz była weryfikacja Hipotez 1 i 2 dotyczących tego, czy dobrostan i radzenie sobie rodziców dzieci chorujących onkologicznie różniły się przed i podczas pandemii COVID-19. Hipotezę tę testowano w odniesieniu do trzech obszarów funkcjonowania: (1) dobrostanu eudajmonistycznego, (2) dobrostanu hedonistycznego, (3) strategii radzenia sobie. Wskaźnikiem dobrostanu eudajmonistycznego był globalny wskaźnik dobrostanu eudajmonistycznego. Dobrostan hedonistyczny operacjonalizowano poprzez SWLS, afekt pozytywny oraz afekt negatywny. Jako wskaźniki radzenia sobie wykorzystano miary negatywnego religijnego copingu, pozytywnego religijnego copingu, pozytywnego przewartościowania, obwiniania siebie i zwrotu ku religii. Jako współzmiennie wprowadzono wskaźnik depresyjności, hospitalizację, czas od momentu zachorowania oraz typ nowotworu, czyli zmienne zidentyfikowane w analizie zmiennych ubocznych jako istotnie różniące się między grupą doświadczającą kumulacji stresorów a grupą porównawczą.

7.4.1. Weryfikacja hipotezy 1.1: dobrostan eudajmonistyczny

Aby przetestować różnice w poziomie wskaźników dobrostanu eudajmonistycznego między rodzicami dzieci chorych onkologicznie przed i podczas pandemii przeprowadzono jednowymiarową analizę kowariancji. Jako zmienne niezależne wprowadzono grupę (0 – przed pandemią, 1 – podczas pandemii) oraz kowarianty. Zmienną zależną był globalny wskaźnik dobrostanu eudajmonistycznego. Analizy wykonano dla sumy kwadratów typu II,

która pozwala kontrolować wpływ innych efektów, np. kowariantów, oraz nie zakłada interakcji.

Dla tego wskaźnika nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami. Oznacza to, że zgromadzone dane nie potwierdzają hipotezy dotyczącej różnic w zakresie dobrostanu eudajmonistycznego pomiędzy analizowanymi grupami. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w Tabeli 11.

Tabela 11. Średnie i odchylenia standardowe w ANCOVA z użyciem wielokrotnych podstawień dla dobrostanu eudajmonistycznego

Zmienna	Grupa 0		Grupa 1		<i>F</i>	η^2 <i>pooled</i>
	M	SD	M	SD		
Dobrostan eudajmonistyczny	4,76	0,08	4,78	0,08	0,001	0,0001

Nota. Statystyki opisowe po kontroli kowariantów. Wszystkie wartości podano jako wartości skonsolidowane. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.

7.4.2. Weryfikacja hipotezy 1.2: dobrostan hedonistyczny

Aby przetestować różnice w poziomie wskaźników dobrostanu hedonistycznego w grupie rodziców badanych przed pandemią z grupą badaną podczas pandemii, w pierwszej kolejności przeprowadzono wielowymiarową analizę kowariancji. MANCOVA nie wykazała istotnych efektów (por. Tabela 12), co oznacza, że grupy nie różniły się pod względem dobrostanu hedonistycznego.

Tabela 12. Wielowymiarowa analiza kowariancji MANCOVA funkcjonowania rodziców dzieci chorujących onkologicznie w obszarach dobrostanu hedonistycznego. Wartości skonsolidowane.

Zmienna	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>
Stała	2,59	1,68	0,146
Grupa (0 vs. 1)	0,08	0,19	0,691
Współzmiennie			
Typ nowotworu	-0,06	0,13	0,637
Czas od momentu zachorowania	0,001	0,002	0,803
Hospitalizacja	0,02	0,14	0,885
Depresyjność	-0,14	0,81	0,867

Nota. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.

W kolejnym kroku przystąpiono do jednowymiarowych analiz kowariancji, w których każdy wskaźnik był analizowany odrębnie. W związku z tym, że MANCOVA jest analizą bardziej restrykcyjną pod względem liczebności próby oraz wielowymiarowej normalności rozkładów, odkrycie słabych zależności między zmiennymi jest bardziej prawdopodobne przy użyciu analiz jednowymiarowych (Aranowska i Rytel, 2010). Analogicznie do analizy MANCOVA, w analizach jednowymiarowych jako zmienne niezależne wprowadzono grupę (0 – przed pandemią, 1 – podczas pandemii) oraz kowarianty. Analizy ponownie wykonano dla sumy kwadratów typu II.

Analizy wykazały istotne różnice w poziomie afektu pozytywnego między porównywanymi grupami. Średnia skonsolidowana dla tego wskaźnika była istotnie wyższa w grupie rodziców badanych podczas pandemii niż w grupie przed pandemią. Dla pozostałych zmiennych - SWLS oraz afektu negatywnego - nie zaobserwowano różnic międzygrupowych. Hipoteza dotycząca niższych wskaźników dobrostanu hedonistycznego w grupie rodziców dzieci chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 nie została zatem potwierdzona, ponadto zanotowano nieoczekiwany efekt dla afektu pozytywnego. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w Tabeli 13.

Tabela 13. Średnie i odchylenia standardowe w ANCOVA z użyciem wielokrotnych podstawień dla dobrostanu hedonistycznego

Zmienna	Grupa 0		Grupa 1		<i>F</i>	η^2 <i>pooled</i>
	M	SD	M	SD		
SWLS	4,10	0,10	4,18	0,109	0,21	0,001
Afekt pozytywny	1,31	0,66	1,54	0,66	5,49*	0,03
Afekt negatywny	1,90	0,65	1,81	0,65	0,75	0,004

Nota. Statystyki opisowe podano przy kontroli kowariantów. Wszystkie wartości podano jako wartości skonsolidowane; * $p < 0,05$. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.

7.4.3. Weryfikacja hipotezy 2 (2.1 i 2.2.): radzenie sobie ze stresem

Aby przetestować różnicę w poziomie wskaźników radzenia sobie ze stresem przed i podczas pandemii, wykonano w pierwszej kolejności wielowymiarową analizę kowariancji. Nie wykazała ona istotnych efektów (por. Tabela 14). W kolejnym kroku przystąpiono do jednowymiarowych analiz kowariancji. Przeprowadzono serię takich analiz, w każdej z nich jako zmienne niezależne wprowadzając grupę (0 – przed pandemią, 1 – podczas pandemii) oraz kowarianty. Zmiennymi zależnymi w analizach były kolejno miary negatywnego religijnego copingu, pozytywnego religijnego copingu, pozytywnego przewartościowania, obwiniania siebie i zwrotu ku religii. Analizy wykonano dla sumy kwadratów typu II.

Analizy wykazały istotny związek sytuacji kumulacji stresorów i pozytywnego przewartościowania. Mianowicie, średnia skonsolidowana dla tego wskaźnika była istotnie wyższa w grupie podczas pandemii niż w grupie przed pandemią. Dla pozostałych zmiennych nie zaobserwowano istotnych efektów grupy. Oznacza to, że zgromadzone dane nie potwierdzają hipotezy dotyczącej różnic w zakresie nasilenia religijnych strategii radzenia sobie ze stresem pomiędzy badanymi grupami. Częściowo potwierdziła się natomiast hipoteza dotycząca różnic w zakresie niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem pomiędzy analizowanymi grupami (pozytywne przewartościowanie). Szczegółowe wyniki zaprezentowano w Tabeli 15.

Tabela 14. Wielowymiarowa analiza kowariancji MANCOVA radzenia sobie ze stresem przez rodziców dzieci chorujących onkologicznie. Wartości skonsolidowane

Zmienna	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>
Stała	1,81	1,004	0,084
Grupa (0 vs. 1)	0,08	0,19	0,684
Współzmiennie			
Typ nowotworu	-0,11	0,17	0,522
Czas od momentu zachorowania	0,001	0,002	0,750
Hospitalizacja	-0,20	0,20	0,298
Depresyjność	0,31	0,40	0,441

Tabela 15. Średnie i odchylenia standardowe radzenia sobie ze stresem w ANCOVA z użyciem wielokrotnych podstawień

Zmienna	Grupa 0		Grupa 1		<i>F</i>	η^2 <i>pooled</i>
	M	SD	M	SD		
Pozytywny religijny coping	3,15	0,13	3,14	0,13	0,002	0,00002
Negatywny religijny coping	2,28	0,10	2,23	0,10	0,17	0,001
Pozytywne przewartościowanie	1,61	0,77	1,84	0,77	4,03*	0,02
Obwinianie siebie	0,99	0,08	1,16	0,08	2,16	0,01
Zwrot ku religii	1,60	0,11	1,67	0,11	0,11	0,001

Nota: Statystyki Opisowe podano przy kontroli kowariantów. Wszystkie wartości podano jako wartości skonsolidowane; * $p < 0,05$. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.

7.5. Analiza korelacji między badanymi zmiennymi

Przed wykonaniem analiz mediacji (weryfikacja hipotez 3.1.-3.5.) w celu sprawdzenia związków pomiędzy analizowanymi zmiennymi, w tym szczególnie także powiązań między dwoma rodzajami dobrostanu, wykonano analizę korelacji. Macierz korelacji przedstawiono w Tabeli 16. Prezentuje ona skonsolidowane współczynniki korelacji r-Pearsona dla zmiennych ciągłych.

Większość korelacji pozostaje istotna statystycznie. W obrębie dobrostanu hedonistycznego zgodnie z oczekiwaniami satysfakcja z życia była pozytywnie powiązana z afektem pozytywnym i negatywnie z afektem negatywnym, oba te wymiary afektywne pozostawały w istotnej umiarkowanej (Cohen, 1988) korelacji negatywnej. Dobrostan eudajmonistyczny korelował istotnie ze wszystkimi wymiarami dobrostanu hedonistycznego, relacje te nie wykrczały jednak poza ok. 30% wspólnej wariancji, co wskazuje na podobieństwa między tymi wymiarami, ale też na wyraźny obszar ich odrębności.

W zakresie relacji dobrostanu hedonistycznego ze strategiami radzenia sobie widać prawidłowość polegającą na zbliżonych co do siły korelacjach SWLS, afektu negatywnego i pozytywnego z negatywnym religijnym radzeniem sobie i obwinianiem siebie. Pozytywny

religijny coping wiąże się słabo i dodatnio wyłącznie z afektem negatywnym, natomiast pozytywne przewartościowanie najsilniej koreluje z afektem pozytywnym.

Również dobrostan eudajmonistyczny przejawia silniejsze związki negatywne z obwinianiem siebie i negatywnym religijnym radzeniem sobie, słabszy dodatni związek z pozytywnym przewartościowaniem i pozostaje bez związku z radzeniem sobie poprzez zwrot ku religii.

W obrębie relacji między strategiami radzenia sobie występują co najwyżej związki umiarkowane, poza silną relacją zwrotu ku religii i pozytywnego religijnego radzenia sobie (0,83). Relacje istotne są wyłącznie dodatnie, co potwierdza wniosek z części teoretycznej, iż ludzie stosują w procesie radzenia sobie różne strategie radzenia sobie, strategie te jednak poza wariancją wspólną mają też wariancję specyficzną.

Reasumując, wyniki analiz potwierdzają istnienie związków między strategiami radzenia sobie a dwoma rodzajami dobrostanu, co uzasadnia testowanie hipotez mediacyjnych (3.1.-3.5.). Ważną obserwacją z analizy korelacji jest również kolinearność strategii. Wskazuje ona na słuszność przeprowadzenie analiz mediacji w schemacie mediacji równoległej, tj. testując wpływ wszystkich potencjalnych mediatorów jednocześnie w celu wzajemnej kontroli powiązań między nimi (Hayes, 2018).

Tabela 16. Macierz korelacji między badanymi zmiennymi

Zmienne	SWLS	Afekt pozytywny	Afekt negatywny	Pozytywny religijny coping	Negatywny religijny coping	Pozytywne przewartościowanie	Obwinianie siebie	Zwrot ku religii
Afekt pozytywny	0,48***							
Afekt negatywny	-0,27***	-0,42***						
Pozytywny religijny coping	0,09	-0,04	0,15*					
Negatywny religijny coping	-0,25***	-0,29***	0,32***	0,33***				
Pozytywne przewartościowanie	0,13*	0,33***	-0,18**	0,12	-0,08			
Obwinianie siebie	-0,26***	-0,30***	0,44***	0,15*	0,40***	-0,12		
Zwrot ku religii	0,06	-0,04	0,14*	0,83***	0,15*	0,10	0,15*	
Dobrostan eudajmonistyczny	0,56***	0,47***	-0,55***	-0,09	-0,41***	0,24***	-0,56***	-0,07

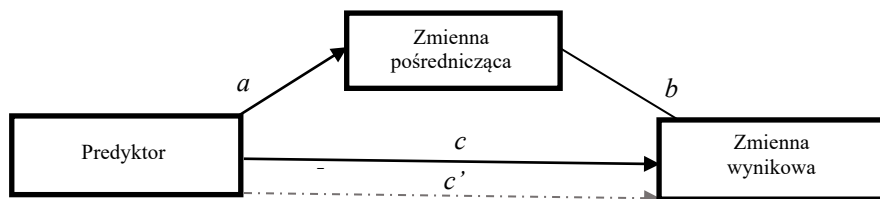
Nota. Skonsolidowane współczynniki korelacji. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

7.6. Weryfikacja hipotez 3.1-3.5: analizy mediacji

W celu weryfikacji hipotez dotyczących pośredniczącej roli religijnego i niereligijnego radzenia sobie ze stresem dla związku między kumulacją stresorów a dobrostanem eudajmonistycznym i hedonistycznym, przeprowadzono analizy w modelu mediacyjnym. Precyzując, zgodnie z przyjętymi hipotezami i strategią analityczną zmiennymi pośredniczącymi w relacji między kumulacją stresorów a dobrostanem eudajmonistycznym i hedonistycznym były wskaźniki religijnego radzenia sobie (negatywne i pozytywne religijne radzenie sobie) oraz świeckiego radzenia sobie ze stresem w obszarze nadawania znaczenia (pozytywne przewartościowanie i obwinianie siebie), także celem kontroli zwrot ku religii.

Model analizowano zgodnie z zaleceniami Barona i Kenny'ego (1986; por. Rysunek 8), tj. ścieżka pomiędzy grupą a zmienną pośredniczącą reprezentowana jest przez współczynnik regresji liniowej jednopredyktorowej (*ścieżka a*), ścieżka pomiędzy zmienną pośredniczącą a zmienną wynikową reprezentowana jest przez współczynnik regresji dla zmiennej pośredniczącej przy kontroli grupy (*ścieżka b*). Zgodnie z logiką testowania modelu wskazaną przez Barona i Kenny'ego ścieżka pomiędzy grupą a zmienną wynikową obliczona jest na dwa sposoby: jako efekt całkowity (ang. *total effect*) tj. współczynnik regresji jednopredyktorowej (*ścieżka c*), oraz efekt bezpośredni (ang. *direct effect*) tj. współczynnik regresji przy kontroli zmiennej pośredniczącej (*ścieżka c'*). Stosunek efektu pośredniego do całkowitego określa, jaki procent związku między predyktorem a zmienną zależną wyjaśnia zmienna pośrednicząca (Kenny i in., 1998). Z mediacją mamy do czynienia wówczas, gdy przy włączeniu mediatora do modelu regresji istotnie zmniejsza się lub zanika efekt zmiennej niezależnej. W literaturze przedmiotu dyskusji podlegała kwestia konieczności istotności ścieżki c dla dalszych analiz opartych na modelu mediacyjnym. Obecnie uznaje się, że nie zachodzi taka konieczność (Hayes, 2013).

Rysunek 8. Oznaczenie ścieżek w modelu mediacji według Barona i Kenny'ego (1986)



Wartość poszczególnych ścieżek dla modeli regresji (rysunki 9-12) obliczono za pomocą programu IBM SPSS Statistics techniką agregacji do wyniku skonsolidowanego. Z kolei ze względu na niedostępność techniki umożliwiającej obliczenia wartości efektu pośredniego poprzez agregację wyników uzyskanych z baz danych imputowanych (wyniki skonsolidowane) dla modelu mediacji równoległych, w bieżącym badaniu efekty pośrednie obliczono w każdej z pięciu baz imputowanych osobno. W tym celu posłużono się pakietem *robmed* w środowisku R (Alfons i Ates, 2022). Zastosowano 5000 próbek bootstrapowych. Wybraną metodą estymacji efektu była regresja, zaś w metodzie największego prawdopodobieństwa założono normalny rozkład błędu. Do określenia przedziałów ufności zastosowano metodę bootstrapu przyspieszonego i skorygowanego (ang. *bias-corrected and accelerated*, BCA), której zaletą jest korekta ze względu na skośność szacowanego parametru w rozkładzie próbek (Carpenter i Bithell, 2000).

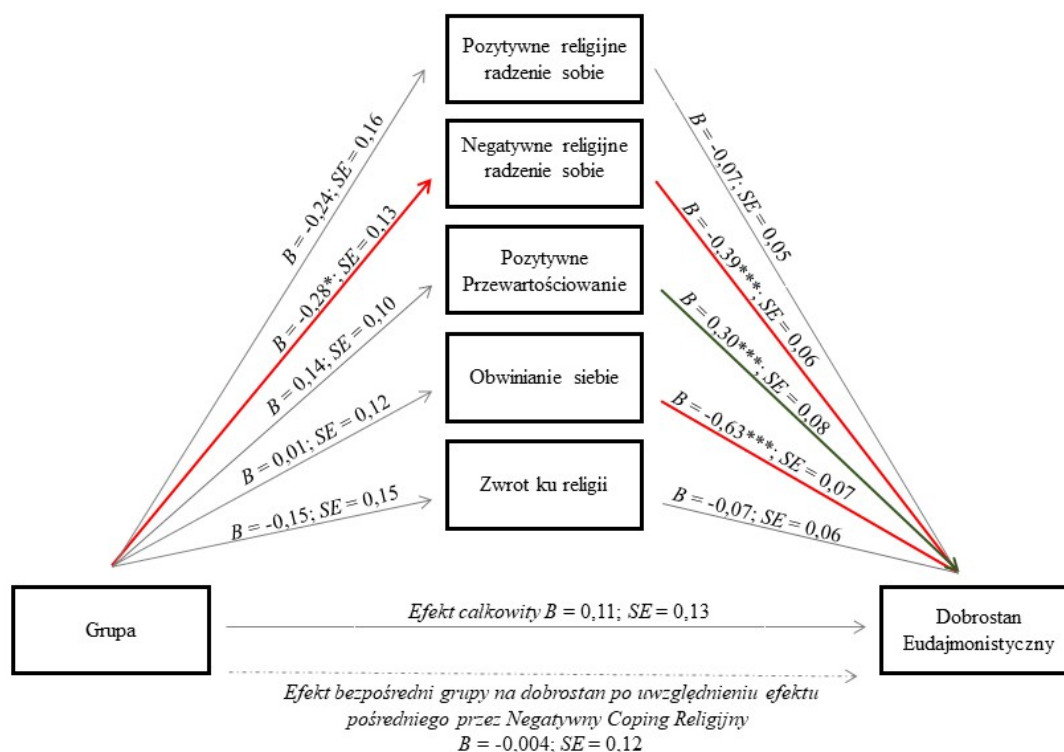
Ponadto korzystając z wcześniejszych wyników ANCOVA i MANCOVA dotyczących kowariantów, gdzie dla znaczącej części zmiennych zależnych nie zanotowano ich istotnego efektu, zdecydowano się na odejście od ich uwzględniania w badanych modelach.

7.6.1. Dobrostan eudajmonistyczny

W modelu dla dobrostanu eudajmonistycznego nie zaobserwowano efektu całkowitego (*ścieżka c*). Następnie przy kontroli wszystkich innych zmiennych pośredniczących zaobserwowano związek negatywnego religijnego radzenia sobie z grupą (*ścieżka a*) oraz poziomem dobrostanu eudajmonistycznego (*ścieżka b*). Pozytywne

przewartościowanie i obwinianie siebie także okazały się istotnie związane z dobrostanem eudajmonistycznym (*ścieżka b*), ale nie były istotnie związane z grupą. Szczegółowe wartości ścieżek przedstawia Rysunek 9.

Rysunek 9. Model mediacji równoległych dla dobrostanu eudajmonistycznego – skonsolidowane niestandardowane współczynniki regresji. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.



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

W przypadku analizy efektów pośrednich, dla wszystkich pięciu baz danych zaobserwowano ten sam wzorzec wyników: istotny pozytywny efekt pośredni grupy na dobrostan eudajmonistyczny poprzez negatywny religijny coping. Jak już wspomniano, dla tego układu zmiennych nie zaobserwowano jednak istotnego efektu całkowitego (*ścieżka c*) ani bezpośredniego (*ścieżka c'*). Oznacza to, że o ile kumulacja stresorów, reprezentowana w badaniu poprzez przynależność do grupy badanej, nie miała bezpośredniego przełożenia na poziom dobrostanu eudajmonistycznego, oddziaływała ona jednak na jego poziom pośrednio. Ogólnie zatem, negatywny religijny coping jest związany z niższym dobrostanem eudajmonistycznym na zasadzie następującej: grupy badanych rodziców różnią się nasileniem

negatywnego religijnego radzenia sobie, a jego wyższe nasilenie łączy się z niższym dobrostanem eudajmonistycznym. Na uwagę zasługuje to, że nasilenie tego copingu jest *niższe* u rodziców badanych *podczas pandemii*, w konsekwencji zatem ich poziom dobrostanu eudajmonistycznego jest wyższy. Wyniki analiz zaprezentowano w Tabeli 17 (efekty pośrednie) oraz na Rysunku 9 (efekt całkowity i bezpośredni).

Na uwagę zasługuje też to, że u badanych rodziców chorych dzieci dobrostan eudajmonistyczny jest istotnie powiązany z trzema z pięciu badanych strategii radzenia sobie, mianowicie negatywnym religijnym copingiem (ujemnie), pozytywnym przewartościowaniem (dodatnio) i obwinianiem siebie (ujemnie).

Tabela 17. Efekty pośrednie w modelu mediacji równoległych dla dobrostanu eudajmonistycznego

Imputacja	Zmienna pośrednicząca	Efekt pośredni			
		efekt	95% CI		<i>p</i>
1	PRC	-0,02	-0,11	0,01	0,25
	NRC	0,06	0,01	0,14	0,02
	PP	0,03	-0,004	0,09	0,09
	Obwinianie siebie	-0,002	-0,12	0,12	0,98
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,09	0,30
2	PRC	-0,02	-0,11	0,01	0,25
	NRC	0,06	0,01	0,15	0,02
	PP	0,03	-0,01	0,09	0,11
	Obwinianie siebie	-0,002	-0,11	0,12	0,99
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,09	0,34
3	PRC	-0,01	-0,11	0,02	0,30
	NRC	0,07	0,01	0,15	0,02
	PP	0,03	-0,01	0,09	0,11
	Obwinianie siebie	-0,002	-0,12	0,12	0,98
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,08	0,39
4	PRC	-0,02	-0,11	0,01	0,24
	NRC	0,07	0,01	0,15	0,02
	PP	0,03	-0,01	0,10	0,10
	Obwinianie siebie	-0,002	-0,11	0,11	0,99
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,08	0,33
5	PRC	-0,02	-0,11	0,01	0,26
	NRC	0,06	0,01	0,14	0,02
	PP	0,03	-0,005	0,09	0,10
	Obwinianie siebie	-0,002	-0,12	0,12	0,96
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,09	0,36

Nota. PRC – pozytywny religijny coping; NRC – negatywny religijny coping; PP – pozytywne przewartościowanie. Pogrubieniem zaznaczono istotny efekt pośredniczący.

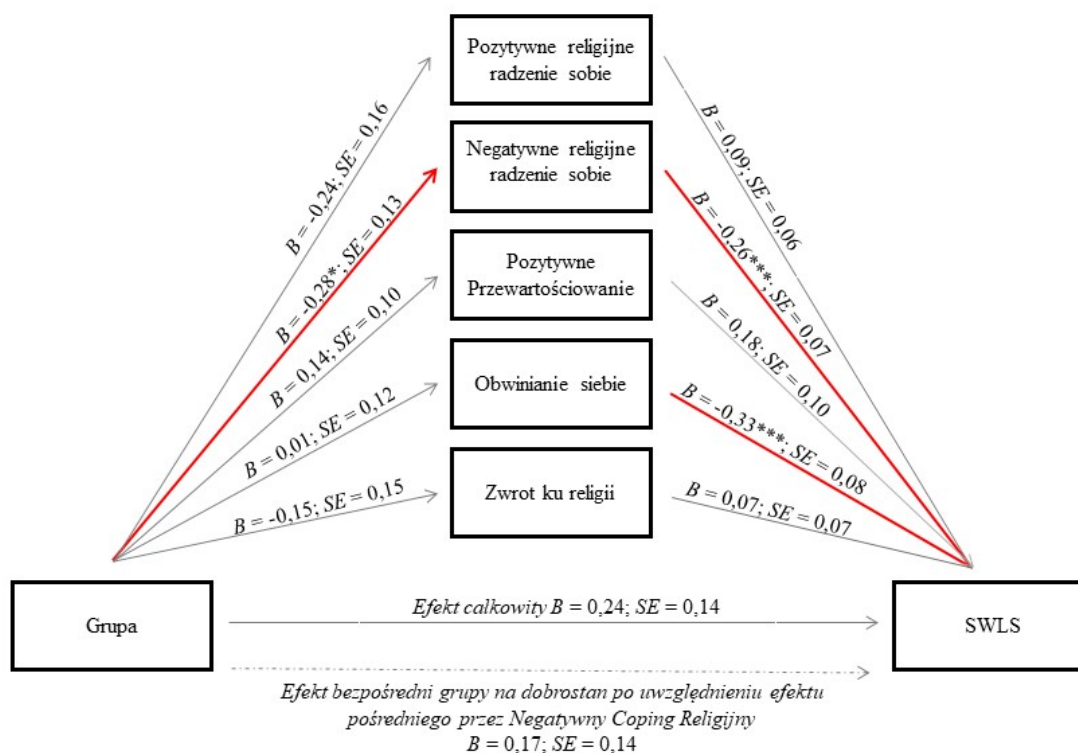
7.6.2. Dobrostan hedonistyczny

7.6.2.1. Aspekt poznawczy: Satysfakcja z życia

W modelu dla wskaźnika SWLS nie zaobserwowano istotnego efektu całkowitego, natomiast przy kontroli pozostałych strategii zaobserwowano istotny związek negatywnego religijnego copingu z grupą (*ścieżka a*) oraz poziomem SWLS (*ścieżka b*). Obwinianie siebie także okazało się istotnie związane z SWLS (*ścieżka b*), ale nie było związane z grupą.

Szczegółowe wartości tych ścieżek przedstawia Rysunek 10.

Rysunek 10. Model mediacji równoległych dla SWLS – skonsolidowane niestandardyzowane współczynniki regresji. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1– grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.



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

W przypadku analizy efektów pośrednich, dla wszystkich pięciu zestawów zaobserwowano ten sam wzorec wyników: istotny pozytywny efekt pośredni doświadczenia

kumulacji stresorów dla SWLS przez negatywny religijny coping. Jak już wspomniano, dla tego układu zmiennych nie zaobserwowano istotnego efektu całkowitego (*ścieżka c*) ani bezpośredniego (*ścieżka c'*). Oznacza to, że doświadczenie kumulacji stresorów nie miało bezpośredniego przełożenia na poziom SWLS, wiązało się jednak z jego poziomem pośrednio, poprzez negatywny religijny coping. Ogólnie, negatywny religijny coping jest związany z niższym poziomem SWLS, czyli *niższy* poziom tego copingu podczas pandemii wiązał się wówczas z *wyższym* SWLS. Wyniki analiz zaprezentowano w Tabeli 18 (efekty pośrednie) oraz na Rysunku 10 (efekt całkowity i bezpośredni).

Tabela 18. Efekty pośrednie w modelu mediacji równoległych dla SWLS

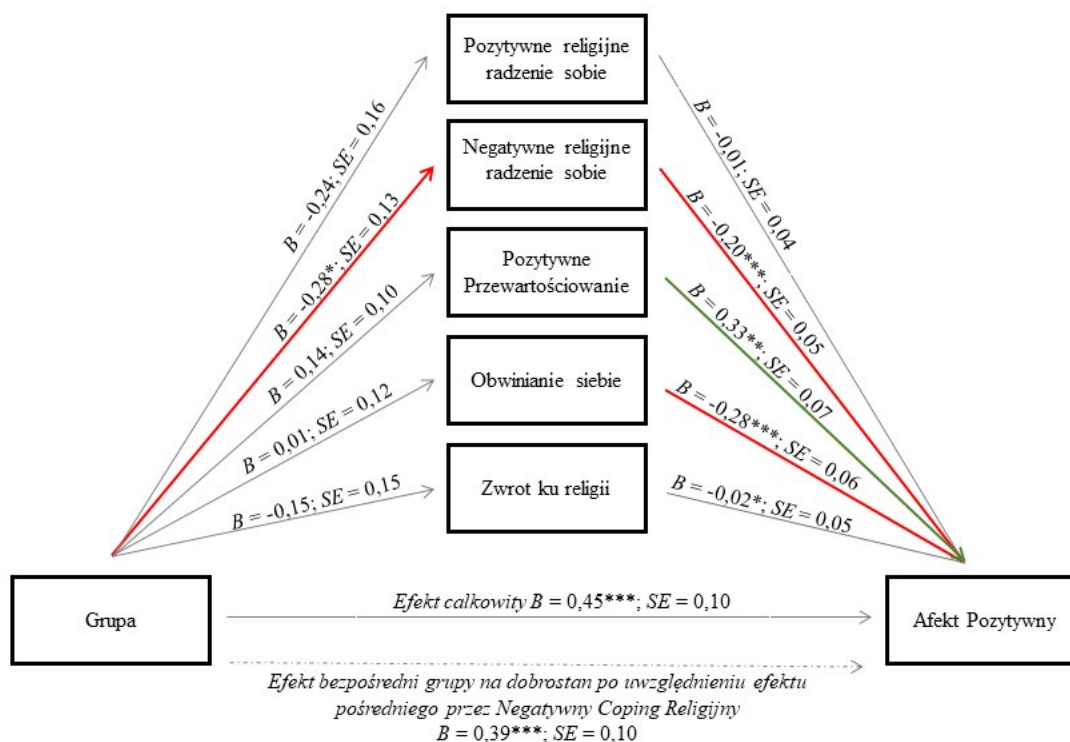
Imputacja	Zmienna pośrednicząca	Efekt pośredni			
		efekt	95% CI		<i>p</i>
1	PRC	-0,06	-0,22	0,01	0,077
	NRC	0,07	0,01	0,20	0,017
	PP	0,01	-0,01	0,07	0,234
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,06	0,06	0,947
	Zwrot ku religii.	0,02	-0,01	0,15	0,251
2	PRC	-0,06	-0,23	0,01	0,077
	NRC	0,07	0,01	0,19	0,026
	PP	0,01	-0,01	0,07	0,244
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,06	0,06	0,931
	Zwrot ku religii.	0,02	-0,02	0,15	0,259
3	PRC	-0,06	-0,21	0,01	0,095
	NRC	0,07	0,01	0,19	0,025
	PP	0,01	-0,01	0,07	0,242
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,06	0,06	0,933
	Zwrot ku religii.	0,02	-0,02	0,13	0,277
4	PRC	-0,06	-0,22	0,01	0,073
	NRC	0,07	0,01	0,20	0,019
	PP	0,01	-0,01	0,07	0,251
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,06	0,06	0,955
	Zwrot ku religii.	0,02	-0,02	0,14	0,276
5	PRC	-0,06	-0,23	0,01	0,083
	NRC	0,07	0,01	0,19	0,020
	PP	0,01	-0,01	0,08	0,243
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,07	0,05	0,918
	Zwrot ku religii.	0,02	-0,02	0,14	0,270

Nota. PRC – pozytywny religijny coping; NRC – negatywny religijny coping; PP – pozytywne przewartościowanie. Pogrubieniem zaznaczono istotny efekt pośredniczący.

7.6.2.2. Aspekt afektywny: Afekt pozytywny

W modelu dla wskaźnika afektu pozytywnego zaobserwowano istotny efekt bezpośredni. Następnie, przy kontroli pozostałych strategii zaobserwowano związek negatywnego religijnego radzenia sobie z doświadczeniem kumulacji stresorów (*ścieżka a*) oraz poziomem afektu pozytywnego (*ścieżka b*). Pozytywne przewartościowanie i obwinianie siebie także okazały się istotnie związane z afektem pozytywnym (*ścieżka b*), ale okoliczności kumulacji stresorów pozostały nieistotne dla nasilenia tych strategii (*ścieżka a*). Szczegółowe wartości tych ścieżek przedstawia Rysunek 11.

Rysunek 11. Model mediacji równoległych dla afektu pozytywnego – skonsolidowane niestandardyzowane współczynniki regresji. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1– grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.



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

W przypadku analizy efektów pośrednich dla wszystkich pięciu zestawów baz danych zaobserwowano ten sam wzorzec wyników: istotny pozytywny efekt pośredni kumulacji stresorów łączy się z afektem pozytywnym poprzez negatywny religijny coping. Dla tego układu zmiennych zaobserwowano także *istotny* efekt całkowity (*ścieżka c*) oraz bezpośredni (*ścieżka c'*). Oznacza to, że obserwowany całkowity efekt doświadczenia kumulacji stresorów na poziom pozytywnych emocji może być wyjaśniony zarówno poprzez efekt bezpośredni, jak i pośredni poprzez negatywny religijny coping. Ogólnie, negatywne religijne radzenie sobie jest związane z niższym poziomem afektu pozytywnego. To, że poziom tego radzenia sobie jest niższy się podczas pandemii, tj. rodzice dzieci chorujących onkologicznie w sytuacji kumulacji stresorów raportują jego niższe nasilenie niż rodzice wyłącznie w sytuacji choroby dziecka, wiąże się z kolei z wyższym poziomem afektu negatywnego. Istotny efekt całkowity oznacza, że inne dodatkowe czynniki także mogą wyjaśniać różnice między grupami w poziomie tego afektu. Sam negatywny religijny coping wyjaśnia około 13% związku między kumulacją stresorów a afektem pozytywnym. Wyniki analiz zaprezentowano w Tabeli 19 (efekty pośrednie) oraz na Rysunku 11 (efekt całkowity i bezpośredni).

Tabela 19. Efekty pośrednie w modelu mediacji równoległych dla afektu pozytywnego

Imputacja	Zmienna pośrednicząca	Efekt pośredni			
		efekt	95% CI		<i>p</i>
1	PRC	-0,02	-0,09	0,01	0,213
	NRC	0,04	0,003	0,11	0,029
	PP	0,04	-0,01	0,11	0,135
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,04	0,05	0,967
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,07	0,292
2	PRC	-0,02	-0,09	0,01	0,219
	NRC	0,04	0,002	0,11	0,033
	PP	0,04	-0,01	0,11	0,135
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,04	0,05	0,963
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,07	0,325
3	PRC	-0,02	-0,09	0,01	0,215
	NRC	0,04	0,003	0,11	0,026
	PP	0,04	-0,01	0,11	0,129
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,04	0,05	0,984
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,07	0,279

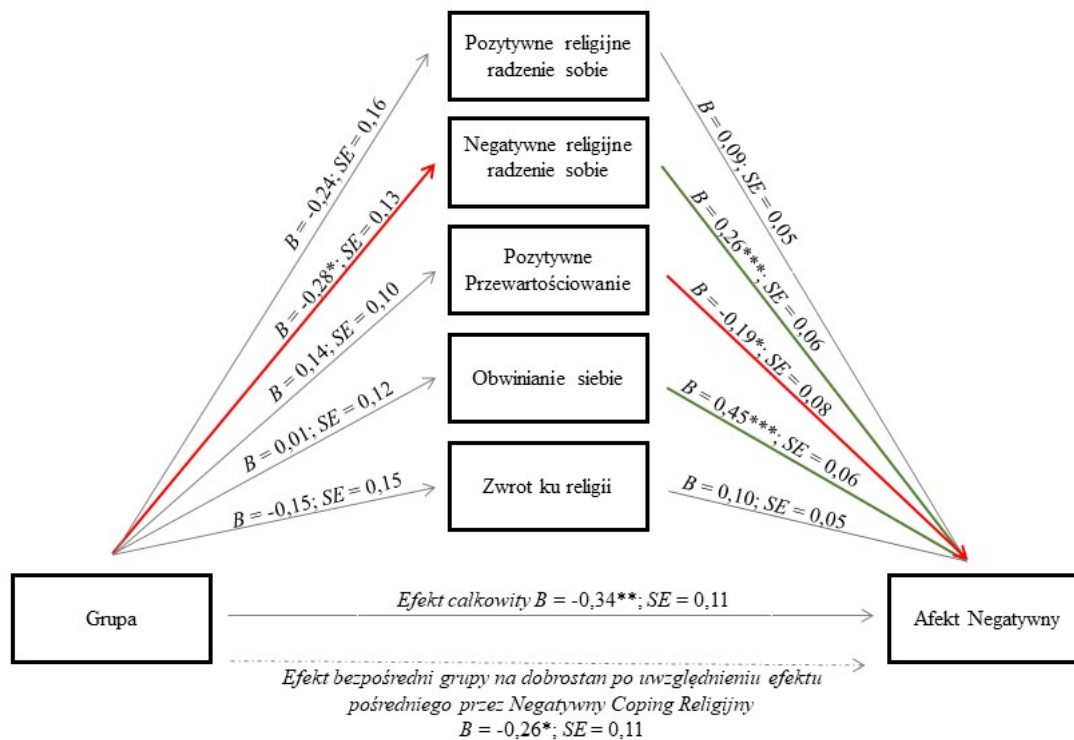
4	PRC	-0,02	-0,09	0,01	0,205
	NRC	0,04	0,003	0,11	0,032
	PP	0,04	-0,01	0,11	0,144
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,04	0,05	0,970
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,07	0,301
5	PRC	-0,02	-0,09	0,01	0,218
	NRC	0,04	0,003	0,11	0,031
	PP	0,04	-0,01	0,11	0,134
	Obwinianie siebie	-0,001	-0,04	0,05	0,993
	Zwrot ku religii.	0,01	-0,01	0,07	0,317

Nota. PRC – pozytywny religijny coping; NRC – negatywny religijny coping; PP – pozytywne przewartościowanie. Pogrubieniem zaznaczono istotny efekt pośredniczący.

7.6.2.3. Aspekt afektywny: Afekt negatywny

W modelu dla afektu negatywnego zaobserwowano istotny efekt całkowity. Następnie przy kontroli pozostałych strategii radzenia sobie zaobserwowano związek negatywnego religijnego copingu z doświadczeniem kumulacji stresorów (*ścieżka a*) oraz poziomem afektu negatywnego (*ścieżka b*). Pozytywne przewartościowanie i obwinianie siebie także okazały się istotnie związane z negatywnym afektem (*ścieżka b*), ale niezwiązane z doświadczeniem kumulacji stresorów (*ścieżka a*). Szczegółowe wartości tych ścieżek przedstawia Rysunek 12.

Rysunek 12. Model mediacji równoległych dla afektu negatywnego – skonsolidowane niestandardyzowane współczynniki regresji. Grupa 0 – grupa rodziców przebadanych przed pandemią, grupa 1 – grupa rodziców przebadanych w trakcie pandemii.



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

W przypadku analizy efektów pośrednich, dla wszystkich pięciu zestawów baz imputowanych zaobserwowano ten sam wzorec wyników: istotny negatywny efekt pośredni doświadczenia kumulacji stresorów na negatywny afekt przez negatywny religijny coping. Dla tego układu zmiennych zaobserwowano także istotny efekt całkowity (*ścieżka c*) oraz bezpośredni (*ścieżka c'*). Oznacza to, że obserwowany całkowity efekt doświadczenia kumulacji stresorów na poziom negatywnego afektu może być wyjaśniony poprzez efekt bezpośredni i efekt pośredni poprzez negatywne religijne radzenie sobie. Ogólnie, negatywny religijny coping jest związany z wyższym nasileniem afektu negatywnego. Tym samym to, że poziom tego copingu jest niższy się podczas pandemii, łączy się z niższym nasileniem afektu negatywnego. Ten efekt pośredni wyjaśnia 21% całkowitego związku między kumulacją

stresorów a afektem negatywnym. Wyniki analiz zaprezentowano w Tabeli 20 (efekty pośrednie) oraz na Rysunku 12 (efekt całkowity i bezpośredni).

Tabela 20. Efekty pośrednie w modelu mediacji równoległych dla afektu negatywnego

Imputacja	Zmienna pośrednicząca	Efekt pośredni			
		efekt	95% CI		<i>p</i>
1	PRC	0.01	-0.03	0.07	0,574
	NRC	-0.03	-0.10	-0.002	0,036
	PP	-0.02	-0.07	0.002	0,083
	Obwinianie siebie	0.002	-0.09	0.08	0,965
	Zwrot ku religii.	-0.01	-0.08	0.01	0,268
2	PRC	0.01	-0.03	0.08	0,506
	NRC	-0.03	-0.10	-0.002	0,033
	PP	-0.02	-0.07	0.003	0,100
	Obwinianie siebie	0.002	-0.09	0.08	0,971
	Zwrot ku religii.	-0.01	-0.09	0.01	0,270
3	PRC	0.01	-0.03	0.07	0,527
	NRC	-0.03	-0.10	-0.001	0,043
	PP	-0.02	-0.07	0.003	0,095
	Obwinianie siebie	0.002	-0.10	0.08	0,990
	Zwrot ku religii.	-0.01	-0.08	0.01	0,272
4	PRC	0.01	-0.03	0.07	0,542
	NRC	-0.03	-0.10	-0.002	0,035
	PP	-0.02	-0.06	0.004	0,110
	Obwinianie siebie	0.002	-0.09	0.08	0,977
	Zwrot ku religii.	-0.01	-0.08	0.01	0,254
5	PRC	0.01	-0.03	0.08	0,515
	NRC	-0.03	-0.10	-0.001	0,046
	PP	-0.02	-0.07	0.004	0,115
	Obwinianie siebie	0.002	-0.09	0.08	0,972
	Zwrot ku religii.	-0.01	-0.09	0.01	0,231

Nota. PRC – pozytywny religijny coping; NRC – negatywny religijny coping; PP – pozytywne przewartościowanie. Pogrubieniem zaznaczono istotny efekt pośredniczący.

7.6.3. Model skonsolidowany

W celu pełniejszego zbadania relacji między grupą a dobrostanem eudajmonistycznym i dobrostanem hedonistycznym z pośredniczącą rolą negatywnego copingu religijnego, wykorzystano technikę agregacji wyników uzyskanych z zestawów imputacyjnych (wyniki skonsolidowane). Ze względu na niedostępność techniki umożliwiającej taką analizę dla modelu równoległych efektów pośrednich, wykorzystano uproszczony model z jedną zmienną pośredniczącą. Analizę wykonano w programie R, używając pakietu mediation, funkcji

mediations i amelidiate (Tingley i in., 2013). Uzyskano istotne efekty pośrednie doświadczenia kumulacji stresorów dla dobrostanu eudajmonistycznego poprzez negatywny religijny coping (*estimate* = 0,11; 95% CI [0,03; 0,20]) i dla dobrostanu hedonistycznego odpowiednio: dla SWLS (*estimate* = 0,07; 95% CI [0,01; 0,15]), afektu pozytywnego (*estimate* = 0,06; 95% CI [0,01; 0,11]) i afektu negatywnego (*estimate* = -0,07; 95% CI [-0,14;-0,01]).

Tym samym można stwierdzić, iż niezależnie od rodzaju dobrostanu konsekwentnie uzyskano pośredniczącą rolę negatywnego religijnego radzenia sobie. Hipotezy jednak zakładały inny kierunek tej zależności. Mianowicie spodziewano się większego nasilenia negatywnego religijnego copingu, a nie mniejszego, więc tym samym nie można uznać, że hipotezy 3.1.1 i 3.1.2 oraz 3.2.1 i 3.2.2. zostały potwierdzone. Jednocześnie oznacza to, że zgromadzone dane nie potwierdzają hipotez zakładających pośredniczącą rolę innych niż religijne strategii radzenia sobie (hipotezy 3.3. i 3.4.). W konsekwencji zatem odrzucono także hipotezę 3.5. zakładającą, że efekty pośredniczące religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem w odniesieniu do dobrostanu eudajmonistycznego i hedonistycznego są sobie równe.

Rozdział 8. Dyskusja wyników

Nowotwór jest chorobą, która zagraża życiu, a więc uważa się, iż jest krytycznym wydarzeniem życiowym o wysokim potencjale obciążającym (Cieślak i in., 2022; Krok, 2017; Pietnoczko i Steuden, 2020). Ponadto szczególną sytuację stresową dla rodziców stanowi choroba nowotworowa dziecka, co może wiązać się z ryzykiem wystąpienia u nich zaburzeń emocjonalnych i poznawczych oraz mieć istotne znaczenie dla roli i relacji rodzicielskich (Kazak i in., 2005; Ogińska-Bulik i Socha, 2017; Pietnoczko i Steuden, 2020). Literatura przedmiotu wskazuje, iż choroba dziecka to jedno z największych źródeł stresu dla rodziców (Khoury i in., 2013; Pariseu i in., 2019), a gdy zagraża życiu i jest przewlekła to wiąże się z doświadczeniem stresu chronicznego i uruchamia różne strategie radzenia sobie (Santos i in., 2018; Ziółkowska i in., 2020).

Niniejsza praca w tym kontekście podejmuje bardzo rzadko w sposób zaplanowany ujmowane zagadnienie kumulacji stresorów, a mianowicie stresora specyficznego, jakim jest choroba nowotworowa dziecka, oraz stresora ogólnego, czyli pandemii COVID-19. Pytania badawcze dotyczyły różnic w zakresie dobrostanu eudajmonistycznego i hedonistycznego oraz religijnego i niereligijnego radzenia sobie ze stresem w obszarze nadawania znaczenia pomiędzy grupą rodziców dzieci chorujących na nowotwór w warunkach pandemii COVID-19 w porównaniu do analogicznej grupy w warunkach przed pandemią, a także potencjalnych mechanizmów tych różnic. Zgodnie z teorią Lazarusa i Folkman (1984) radzenie sobie ze stresem jest aktywowane jako odpowiedź na stresujące zdarzenie życiowe, a więc pośredniczy w procesie i powinno wyjaśniać zróżnicowanie indywidualne dobrostanu pomimo analogicznego kontekstu sytuacyjnego (Baron i Kenny, 1986; Bryden i in., 2015; Folkman i Moskowitz, 2000b; Grant i in., 2003). Opiekunowie są grupą szczególnie narażoną na ryzyko stresu i wypalenia (Maslach i in., 2001; Russell i in., 2021; Sołtys i in., 2021), a obciążenia związane z tą rolą mają charakter zarówno subiektywny, jak i obiektywny,

prowadząc do inter – i intraindywidualnego zróżnicowania kosztów tej roli (Christie i in., 2019; Russell i in., 2021).

W niniejszej pracy postawiono dziewięć głównych hipotez badawczych. Cztery dotyczyły porównań dobrostanu w ujęciu eudajmonistycznym i hedonistycznym oraz religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem pomiędzy grupami rodziców dzieci chorujących onkologicznie badanych przed i w trakcie pandemii COVID-19. Następnie założono pośredniczącą rolę religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem w relacji między warunkami sytuacyjnymi a dobrostanem w obu ujęciach, co ujęto w pięciu hipotezach dotyczących efektu mediacyjnego.

Wyniki przeprowadzonych w ramach tej pracy badań okazały się jednak w sporym zakresie inne od przewidywanych, w tym także zaobserwowano relacje nieoczywiste, aczkolwiek nadal dające się wyjaśnić w ramach teorii psychologicznych. W wykonanej serii analiz różnic pomiędzy grupą z i bez kumulacji stresorów w poziomie dobrostanu w ujęciu eudajmonistycznym i hedonistycznym oraz stosowanych strategii religijnego i niereligijnego radzenia sobie zaobserwowano, iż grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie różniły się w zależności od wspomnianych warunków sytuacyjnych w zakresie doświadczanego afektu pozytywnego oraz pozytywnego przewartościowania. Grupa rodziców dzieci chorujących na nowotwór zbadana w trakcie pandemii COVID-19 prezentowała większe nasilenie w zakresie afektu pozytywnego w porównaniu do grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie zbadanej przed pandemią COVID-19. W obszarze stosowanych strategii religijnego i niereligijnego radzenia sobie ze stresem istotne różnice pomiędzy grupami wykazano w przypadku pozytywnego przewartościowania. Oznacza to, iż grupa rodziców dzieci chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 prezentowała wyższe nasilenie w zakresie tej strategii w porównaniu do grupy rodziców dzieci chorujących

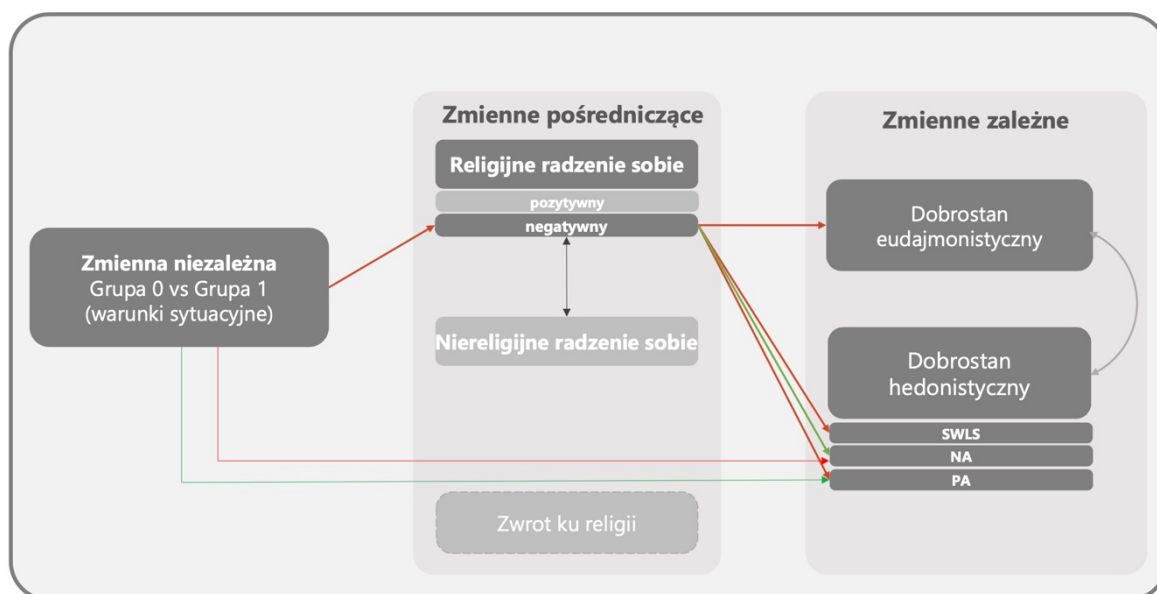
na nowotwór w warunkach przed pandemią. Niemniej jednak należy zauważyć, iż różnice w analizie wariancji nie potwierdziły się w analizie mediacji.

Trzeba tu zatem poddać dyskusji kwestie metodologiczne. Warto zaznaczyć, że w wielowymiarowej analizie kowariancji (MANCOVA) uwzględniono wszystkie zmienne objaśniane zgodnie z wskazywaną przewagą wielowymiarowych analiz wariancji nad jednowymiarowymi, szczególnie „w kontekście obserwowania wielu zmiennych objętych siecią różnych relacji” (Aranowska i Rytel, 2010, s.138). W przypadku zastosowania tej metody nie zanotowano istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami. Podjęto jednak decyzję o wykonaniu dodatkowo jednowymiarowych analiz wariancji, gdzie ujawniły się różnice w zakresie dwóch zmiennych zależnych, tj. afektu pozytywnego i pozytywnego przewartościowania. Całościowo daje to szansę na uzyskanie bardziej pogłębionego obrazu relacji. Mianowicie, na poziomie analizy różnic w obrębie poszczególnych wymiarów rodzice dzieci chorujących onkologicznie badani w sytuacji kumulacji stresorów raportują wyższy afekt pozytywny w obszarze dobrostanu hedonistycznego oraz wyższe nasilenie pozytywnego przewartościowania, co samo w sobie stanowi wynik niezgodny z oczekiwaniami. Natomiast, gdy następuje przejście do analizy bardziej złożonych relacji wynik ten po pierwsze przestaje być istotny, co może wynikać z podzielanej przez te zmienne wariancji z innymi zmiennymi oraz słabej siły tego efektu. Faktycznie, jak widać z analiz korelacji, relacje między zmiennymi zależnymi były istotne i wielowymiarowa analiza kowariancji brała to pod uwagę. Silną korelację zanotowano na przykład dla zmiennych zwrot ku religii i pozytywne religijne radzenie sobie, znaczące były też związki w obrębie wymiarów dobrostanu hedonistycznego. Tym samym, faktycznie wielowymiarowe analizy kowariancji mogą się różnić od analiz jednowymiarowych. Ponadto jeszcze inne informacje uzyskano na podstawie analiz mediacji.

Uzyskane relacje w stosunku do testowanego modelu w ramach podsumowania przedstawiają poniższe rysunki. Jak widać na Rysunku 13, w serii analiz mediacji dla

wszystkich zmiennych związanych z dobrostanem zaobserwowano przede wszystkim istotny efekt pośredni kumulacji stresorów na dobrostan zapośredniczony przez negatywne religijne radzenie sobie ze stresem. Pokazuje to, iż potwierdzono pośredniczącą rolę negatywnego religijnego radzenia sobie w relacji między warunkami sytuacyjnymi a dobrostanem zarówno w ujęciu eudajmonistycznym i hedonistycznym.

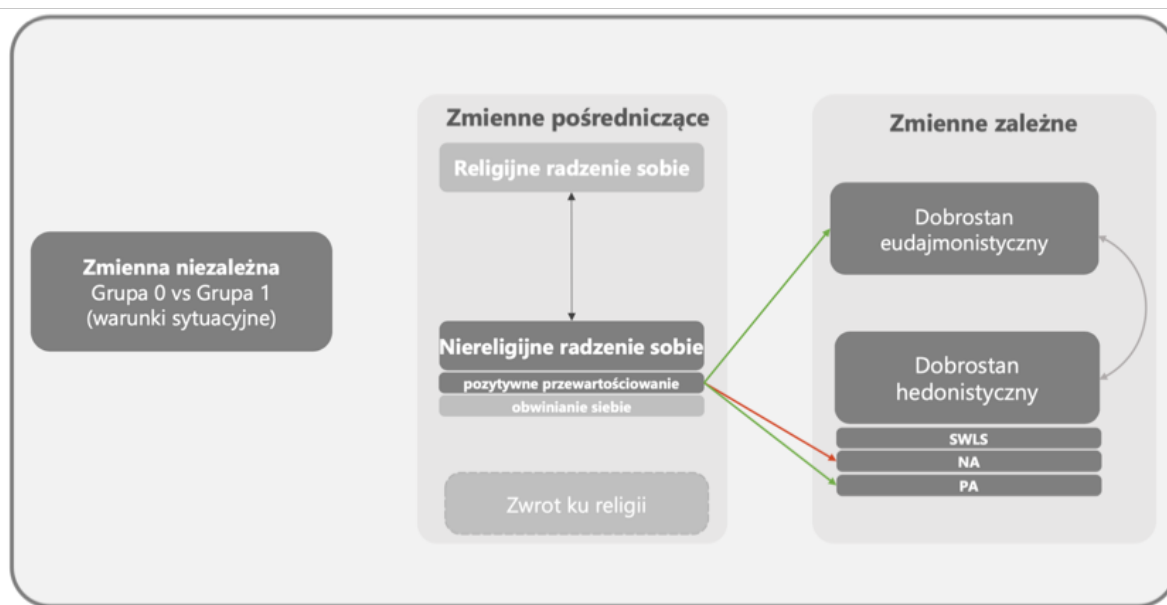
Rysunek 13. Podsumowanie dla pośredniczącej roli strategii negatywnego religijnego radzenia sobie. Wyłącznie relacje istotne. Strzałki w kolorze oznaczają, odpowiednio: zielone - dodatni istotny efekt, czerwone - ujemny istotny efekt.



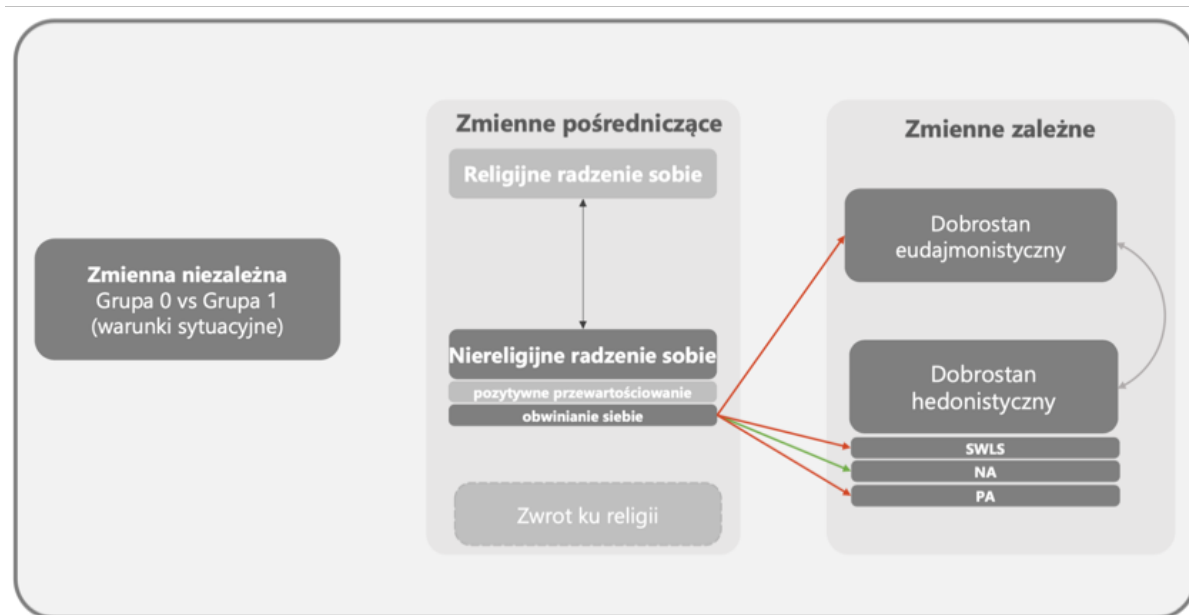
Ciekawym wynikiem pozostaje też to, że możemy zaobserwować więcej istotnych relacji między zmiennymi pośredniczącymi a dobrostanem, co ilustrują dodatkowo Rysunek 14 i Rysunek 15. Uzyskano zatem takie relacje dla trzech z pięciu analizowanych strategii: negatywne religijne radzenie sobie, pozytywne przewartościowanie i obwinianie siebie. Istotny w tym świetle jest także brak jakichkolwiek relacji tego typu dla pozytywnego religijnego radzenia sobie. Podobne wnioski zaobserwowano w badaniu przeprowadzonym w grupie opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera, gdzie wykazano, że pozytywne religijne radzenie sobie nie miało ani pośredniego, ani bezpośredniego wpływu na dobrostan

psychiczny (Gonyea, O'Donnell, 2021). Konkluzje z tego obszaru analiz są zatem następujące. O ile badane strategie niereligijnego radzenia sobie wiążą się z dobrostanem eudajmonistycznym i hedonistycznym, to nie zanotowano ich związku z sytuacją kumulacji stresorów, gdyż ich nasilenie wówczas ani nie rośnie, ani nie spada, przy wzajemnej kontroli relacji między nimi. Natomiast zaobserwowany ostatecznie efekt pośredni polega zatem na tym, że również po kontroli innych badanych strategii radzenia sobie, w sytuacji kumulacji stresorów rodzice przejawiają niższe nasilenie negatywnego religijnego copingu, co wiąże się z wyższym poziomem dobrostanu.

Rysunek 14. Podsumowanie istotnych relacji dla strategii pozytywnego przewartościowania. Strzałki w kolorze oznaczają, odpowiednio: zielone - dodatni istotny efekt, czerwone- ujemny istotny efekt.



Rysunek 15. Podsumowanie istotnych relacji dla strategii obwiniania siebie. Strzałki w kolorze oznaczają, odpowiednio: zielone - dodatni istotny efekt, czerwone- ujemny istotny efekt.



Analizy przeprowadzone w niniejszej pracy pokazują, że nie możemy stwierdzić przyrostowego efektu stresu dla nasilenia strategii radzenia sobie w obliczu pandemii COVID-19. Zakładano na podstawie bardzo nielicznych badań dotyczących zjawiska kumulacji stresorów, że ta kumulacja może zwielfokrotnie subiektywne doświadczenie stresu, a tym samym mieć znaczenie dla intensyfikacji radzenia sobie i dobrostanu. Zjawisko empirycznego powiązania dystresu i nasilenia radzenia sobie jest bowiem obecne w literaturze przedmiotu (Heszen, 2013; Kato, 2013; Rzeszutek i in., 2017). W badanej grupie ostatecznie jednak zaobserwowano pośredniczącą rolę związaną z *niższym* nasileniem strategii negatywnego religijnego radzenia sobie w sytuacji potencjalnie uważanej za bardziej stresującą. Wynik ten jest nieoczywisty nie tylko w sensie założeń teoretycznych, ale także i światle dominującego dyskursu o negatywnych skutkach pandemii.

Pandemia jako sytuacja nadzwyczajna o charakterze nieprzewidywalnego, nowego i trudnego do kontrolowania stresora o charakterze uniwersalnym powinna bowiem zwiększać doświadczany stres w grupie osób badanych będących w sytuacji, która już sama w sobie ma

potencjał krytycznego wydarzenia życiowego (choroba onkologiczna dziecka). Badania własne nie ujawniły tego efektu. Prawdopodobnie pomimo tego, że rodzice w obu warunkach sytuacyjnych faktycznie uruchamiali strategie radzenia sobie ze stresem, co pokazują średnie w badanych grupach, to pandemia COVID-19 nie spowodowała efektu przyrostowego w grupie rodziców dzieci chorujących onkologicznie w obliczu trwającego zagrożenia epidemiologicznego, jakim była pandemia. Analiza średnich między grupami osób badanych pokazuje też, iż nie mamy do czynienia z „efektem podłogi”, ponieważ średnie nie prezentują się na wyjątkowo niskim poziomie, ale też nie uwidocznia się „efekt sufitu”, gdzie sama sytuacja choroby nowotworowej dziecka stanowiłaby sytuację tak nasilonego radzenia sobie, iż nie pozostawiałaby miejsca na dodatkową jego intensyfikację. Pokazuje to, iż zostały zapewnione warunki, aby możliwe było zaobserwowanie ewentualnych różnic pomiędzy grupami w zakresie religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz dobrostanu. Wyjaśnienia dla uzyskanego w badaniu stanu rzeczy należy zatem poszukiwać w dwu perspektywach: teoretycznej oraz metodologicznej związanej z ograniczeniami badań własnych.

Zaczynając od pierwszej, warto otrzymany wynik zestawić z już dostępnymi badaniami na temat funkcjonowania ludzi podczas pandemii COVID-19. Badacze zajmujący się wówczas grupą pacjentów chorujących na nowotwór mózgu i ich opiekunów również zaobserwowali, iż to właśnie choroba nowotworowa stanowiła centralne źródło stresu, a pandemia COVID-19 była tłem i kontekstem zewnętrznym, ale nie powodowała doświadczenia intensyfikacji dystresu (Binswagner i in., 2021). Z kolei szczególnie w populacji ogólnej wykazywano natomiast, iż pandemia wiązała się z obniżeniem dobrostanu (Kachanoff i in., 2020; Xiang i in., 2020). Z drugiej strony dane z letniej edycji Eurobarometru 2020 obejmujące grupę ponad 30 tysięcy osób w 34 krajach zbadanych przed pandemią (wrzesień-grudzień 2019) i w trakcie pandemii COVID-19 (lipiec- sierpień 2020)

wykazały bardzo małe zmiany w zakresie satysfakcji z życia, a wręcz obserwowano niewielki wzrost zadowolenia z życia (Aknin i in., 2022; European Commission, 2020). Pokazuje to, iż warto zachować ostrożność w wysuwaniu jednoznacznych wniosków na temat skutków pandemii, gdyż prawdopodobnie mamy tu do czynienia z dużą stratyfikacją populacji, zależną od warunków wyjściowych, stosowanych mechanizmów radzenia sobie oraz kontekstu sytuacyjnego.

Jak widać z badań własnych, taki wysoce specyficzny kontekst może modyfikować inne doświadczenia. Mimo skrajnie trudnego czasu dla rodziców dzieci chorujących onkologicznie, okres pandemii COVID-19 również dla populacji ogólnej stanowił czas niepewności i licznych zagrożeń. W istocie, wiele osób, zwłaszcza w okresie początkowym, na całym świecie odczuwało zintensyfikowany lęk w związku z sytuacją pandemii (McGinty i in., 2020; Wang i in., 2020). Zmagano się bowiem wówczas na dużą skalę z zachorowaniem na nową zakaźną chorobę, której zarówno krótko-, jak i długofalowe skutki nie były znane, a także nie było skutecznych metod leczenia. Jak wskazują statystyki, w Polsce mimo tych okoliczności nakładających nadzwyczajny reżim sanitarny dzieci chorujące onkologicznie miały możliwość kontynuacji leczenia na oddziałach onkologicznych (NIO, 2021). Wszystko to składa się na uniwersalność pandemii w zakresie podzielanego kontekstu społecznego, ale też i na specyfikę jej oddziaływania na indywidualne konteksty sytuacyjne. Prawdopodobnie rodzice dzieci chorujących onkologicznie koncentrowali się jednak szczególnie na sytuacji choroby dziecka, a pandemia COVID-19, tak jak wskazano wcześniej, stanowiła okoliczności zewnętrzne, utrudniające, ale nie kluczowe – jej obecność nie zmieniała podstawowego faktu choroby dziecka. Pozostaje to zgodne z teorią ograniczonej puli zmartwień (ang. *finite pool of worry*, Weber, 2006; Smirnov, Hsieh, 2022), która wskazuje, iż ludzie nie są w stanie poznawczo zajmować się wieloma negatywnymi wydarzeniami w tym samym czasie. Zgodnie z tą teorią wynika to z ograniczonych zasobów poznawczych, z którymi powiązane

są także ograniczone możliwości emocjonalne (Sisco i in., 2020). Martwienie się o jedno zagrożenie może spowodować wyczerpanie zasobów do martwienia się innymi wydarzeniami i – tym samym – sprzyjać koncentracji na stresorze centralnym w danym momencie. Być może podobny mechanizm występował w badanej grupie rodziców dzieci chorujących onkologicznie. Ograniczone zasoby zarówno poznawcze, jak i emocjonalne rodziców mogły osłabiać to, aby w podobnym lub jeszcze większym stopniu martwić się również o zagrożenie zewnętrzne, jakie stanowiła pandemia COVID-19. Innymi słowy, to choroba nowotworowa dziecka stanowiła dla nich główne źródło stresu, zaś pandemia COVID-19 spowodowała zmianę kontekstu zewnętrznego, ale nie przyczyniła się do intensyfikacji dystresu i związanego z tym radzenia sobie. Mechanizm ten musi zostać jednak poddany osobnemu badaniu i ma tu status jedynie probabilistyczny.

Nie wyjaśnia on także, dlaczego doszło do obniżenia nasilenia jednego typu strategii radzenia sobie związanego z obszarem nadawania znaczenia, mianowicie negatywnego religijnego radzenia sobie. Prawdopodobnie można to próbować wytłumaczyć w kategoriach stosowanych atrybucji. Atrybucje do woli Boga czy przekonania religijne w sytuacjach trudnych mogą pomagać jednostce w utrzymywaniu wiary w porządek i sensowność świata, a także stanowić ramy dla rozumienia własnych doświadczeń (Pargament i Hahn, 1986). Wyjaśnienia w ramach atrybucji z odwołaniem do Boga często zawierają różne koncepcje Boga, jak na przykład w badaniach Cook i Wimberly (1983), w których rodzice po śmierci dziecka z powodu choroby nowotworowej przypisywali Bogu różne znaczenie, w tym pozytywne (Bóg chroniący i kochający, także odnajdywanie w śmierci dziecka większego celu boskiego), jak i negatywne (karzący Bóg) (Cook i Wimberly, 1983; Pargament i Hahn, 1986). Z kolei w badaniach osób z niedawną diagnozą choroby nowotworowej i na wczesnym etapie leczenia przypisanie Bogu kontroli nad rakiem wiązało się z niższym poziomem dystresu powiązanego z chorobą (Carney i Park, 2018). Również w innych badaniach można

zauważyć przypisywanie pozytywnego znaczenia religijnego w interpretowaniu kryzysu poprzez ideę dobrotliwego czy kochającego Boga (Ai i in., 2010; Smith i in., 2000; Unser i Riegel, 2022). Jednakże wyniki badań w tym obszarze są niespójne (Unser i Riegel, 2022).

Aby odnieść to do uzyskanego w badaniu własnym wyniku, warto uwzględnić treści stwierdzeń opisujących negatywne radzenie sobie ze stresem w Brief RCOPE (Załącznik 3). O ile zatem w sytuacji specyficznej, czyli jednostkowej konieczne jest poszukiwanie znaczenia w zindywidualizowanej relacji Bóg-ja, o tyle te procesy mogą przebiegać inaczej, gdy ta sama sytuacja obejmuje większą grupę ludzi. O ile ma być to zatem „kara za grzechy”, to już nie indywidualne. Jeśli zatem przyjąć, że choroba dziecka stanowiła dla rodziców główny stresor, to uniwersalny kontekst pandemii obniżał wręcz te indywidualne negatywne atrybucje religijne. Badań w obszarze atrybucji i nadawania religijnego znaczenia pandemii COVID-19 jednak praktycznie nie ma. Jedyne znalezione koresponduje z wcześniejszą konkluzją, gdyż wskazuje, że w kontekście pandemii religijność była powiązana raczej z ideą Boga życzliwego, a słabo z ujęciem Boga karzącego (Unser i Riegel, 2022).

Warto również zaznaczyć, iż badania własne były prowadzone w grupie klinicznej, a nie populacji ogólnej, co dodatkowo mogło również mieć istotne znaczenie dla uzyskanych wyników. Należy nadmienić, iż wcześniejsze badania prowadzone po katastrofach i kataklizmach czy po atakach terrorystycznych w populacji ogólnej wykazały potencjalne ochronne czynniki zmniejszające ich skutki psychologiczne, obejmowały one zmienne socjodemograficzne (płeć męska, starszy wiek, zasoby finansowe), zasoby psychospołeczne (zdolności regulacji emocji, wsparcie społeczne, uważność), a także stosowanie strategii radzenia sobie ze stresem ukierunkowanych na aktywne próby rozwiązywania problemów (Bell i in., 2017; Bonanno i in., 2007; Park i in., 2021). Jednakże nie można było przewidzieć, czy wyniki te okażą się predykcyjne w kontekście pandemii COVID-19, kiedy typowe zachowania społeczne były w znaczącym stopniu utrudnione, a szereg zakazów ograniczało

swobodne funkcjonowanie, także fizycznie (Park i in., 2021). Park i Blake (2020) zauważają, iż w kontekście katastrof, które charakteryzuje niski stopień kontrolowalności wiele różnych strategii radzenia sobie może sprzyjać lepszej adaptacji i zmniejszać poziom dystresu.

Religijne radzenie sobie czy pozytywne przewartościowanie nie zawsze okazują się pomocne, ale po katastrofach naturalnych często wiążą się z niższym poziomem prezentowanego dystresu (Park i Blake, 2020; Park i in., 2021). Z kolei w niniejszych badaniach wykazano, iż rodzice dzieci chorujących onkologicznie w czasie pandemii COVID-19 prezentowali niższe nasilenie negatywnych strategii religijnego radzenia sobie. Można przypuszczać, iż w sytuacji kumulacji stresu, gdzie dla rodziców to sytuacja choroby dziecka stanowi główny i centralny stresor, okoliczności zewnętrzne nie powodują intensyfikacji w zakresie uruchamiania negatywnego religijnego copingu. Być może tak jak wskazano wcześniej zagrożenie zewnętrzne nie wzmacnia mechanizmu ukierunkowanego na negatywne strategie religijnego radzenia sobie, a więc działań doszukujących się dzieła szatana, kary Bożej czy walki z Bogiem. W tym aspekcie można uznać, iż sytuacja pandemii COVID-19 stanowiąca dodatkowy stresor była okolicznościami o charakterze uniwersalnym dla wszystkich, a nie skierowanymi na określoną grupę.

Dochodzimy w ten sposób do możliwych kwestii metodologicznych. Uzyskany wynik może być bowiem artefaktem wynikającym między innymi z tego, iż mamy do czynienia z badaniem poprzecznym, a nie podłużnym. Rodzice badani przed i w trakcie pandemii to inne osoby. Mimo zastosowania metod statystycznych, które mają te grupy upodabniać do siebie, nie da się jednak wykluczyć, że ten zaobserwowany wynik ma charakter przypadkowy. Faktem pozostaje jednak to, że w grupie badanej w trakcie pandemii po kontroli innych strategii radzenia sobie uzyskano wynik wskazujący na niższe nasilenie negatywnego religijnego radzenia sobie. W samym składzie tych grup trudno wskazać czynniki, które mogłyby sprzyjać uzyskaniu w sposób przypadkowy tego wyniku.

Zaskakujące wówczas pozostaje nadal jednak to, iż ewentualne oddziaływanie miałyby dotyczyć tylko tej jednej kategorii strategii spośród analizowanych pięciu.

Bardzo ważnym wynikiem uzyskanym w niniejszych badaniach jest też to, że pozytywne przewartościowanie nie jest tym samym, co pozytywne religijne radzenie sobie. Strategie te mimo przyjętych podobieństw funkcjonalnych nie opisują tożsamyh konstruktów. I tak na przykład relacja pomiędzy pozytywnym przewartościowaniem a pozytywnym religijnym radzeniem sobie okazała się nieistotna. Powstaje zatem pytanie teoretyczne czy obie te strategie pełnią faktycznie funkcję zorientowaną na znaczenie w procesie radzenia sobie ze stresem. W świetle teorii wskazuje się, że taką funkcję na pewno powinno pełnić pozytywne przewartościowanie. Jak podkreśla Park (2022), pozytywne przewartościowanie, a więc szukanie pozytywnych aspektów danego zdarzenia oraz skupienie się na identyfikacji pozytywnych cech sytuacji i odnajdywanie korzyści, to powszechne sposoby tworzenia znaczeń (Park, 2010, 2022). Inne strategie tworzenia znaczeń uwzględniają na przykład poszukiwanie korzystnych wyjaśnień danej sytuacji oraz porównania w dół z osobami w gorszej sytuacji życiowej (Gerber i in., 2018; Park, 2022). Tym samym, istota pytania dotyczy tego, czy pozytywne religijne radzenie sobie pełni funkcję nadawania znaczenia, czy raczej jest strategią skoncentrowaną głównie na emocjach. Wyniki badań są niejednoznaczne, wymaga to dalszej eksploracji i poszerzenia analiz w tym zakresie.

Analizując jednak treść poszczególnych itemów dotyczących pozytywnych strategii religijnego radzenia sobie możemy dostrzec, iż zawierają w sobie komponent poszukiwania wsparcia od Boga „Szukałem silniejszej łączności z Bogiem”, prośby o odpuszczenie grzechów „Prosiłem o odpuszczenie grzechów”, szukanie łączności i zwrot ku Bogu „Poszukiwałem Bożej miłości i opieki”, ale również koncentrowanie się na religii w celu unikania myślenia o aktualnym problemie „Koncentrowałem się na religii, aby przestać się

martwić moimi problemami” (Jarosz, 2008). Być może jest tu również komponent unikania i traktowania religii bardziej jako źródła obniżenia napięcia niż tylko nadawania znaczenia. Warto również zaznaczyć, iż badacze podkreślają, że często wiek wpływa na przesunięcie się w kierunku religijności oraz istotne znaczenie można przypisać także czynnikom społeczno-kulturowym (Krause, 2008; Krok, 2017).

W tym świetle, co ważne, w badaniu własnym grupa osób badanych była stosunkowo homogeniczna pod względem deklarowanego wyznania. Zdecydowaną większość (92,3%) stanowiły osoby o wyznaniu katolickim, zgodnie z przewidywaniem. Dostępne dane GUS wskazują, że przynależność do Kościoła rzymskokatolickiego deklarowało 91,9% Polaków (GUS, 2018). Najnowsze dane ze spisu powszechnego są jeszcze w trakcie opracowywania. Natomiast ograniczenie badania w tym kontekście stanowi brak poszerzonej ankiety socjodemograficznej o bardziej szczegółowe aspekty związane z religijnością, a odnoszące się na przykład do częstotliwości uczestnictwa w nabożeństwach, udziału we wspólnotach wyznaniowych, praktykowania religii. Być może dodatkowe odpowiedzi na te pytania pozwoliłyby na identyfikację moderatorów dla uzyskanego wyniku. Niemniej jednak, badania własne pokazały, iż religijne radzenie sobie jest czymś odmiennym od pozytywnego przewartościowania, a więc w tym kontekście Pargament miał rację rozwijając dodatkowy konstrukt.

Dodatkowo trzeba też zauważyć, że rzetelność pozytywnego przewartościowania jest niezadowalająca (alfa Cronbacha 0,65). Strategia ta była mierzona dwoma itemami z Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini- COPE (Carver i in., 1989) w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (Juczyński, 2009), czyli „Staram się zobaczyć to w pozytywnym świetle” i „Szukam pozytywnych stron w tym, co się wydarzyło”, analogicznie, jak w innych badaniach (Park i in., 2021; Rzeszutek i in., 2017; Sinnott i in., 2021). Ta niesatysfakcjonująca spójność wewnętrzna w badaniu własnym jest

jednak zaskoczeniem i może sugerować, że itemy mają jednak inne znaczenie ze względu na specyfikę badanych osób. Na uwagę w tym kontekście zasługuje możliwe zróżnicowanie temporalnych aspektów obu stwierdzeń. Pierwszy item dotyczy bardziej koncentracji na „tu i teraz”, a drugi odnosi się wydarzenia „w przeszłości”. Można przypuszczać, iż dla badanych rodziców dzieci chorujących na nowotwór ta różnica jest wyraźna. Szukanie pozytywów w aktualnych okolicznościach jest bowiem czym innym niż przypisywanie pozytywnego znaczenia wystąpieniu choroby nowotworowej u dziecka. Ten drugi proces jest też możliwy, jednak wysoce wymagający emocjonalnie w sytuacji leczenia dziecka, być może także wręcz blokowany ze względu na inne pojawiające się wówczas emocje (np. poczucie winy). Te aspekty wskazują na złożoność procesu nadawania znaczenia.

W tym miejscu należy się zatem zastanowić nad procesem nadawania znaczenia w sytuacji stresującej. Odwołując się do czołowych badaczek, a więc Folkman (2008), Moskowitz (2019) czy Park (2013), zazwyczaj ujmujemy nadawanie znaczenia sytuacji stresowej w kategoriach pozytywnych. Cały nurt psychologii pozytywnej również wskazuje na istotne znaczenie czynników salutogenetycznych oraz ukierunkowanych na procesy tworzenia znaczenia w odniesieniu do pozytywnych zmian w obrębie systemu wartości, poczucia sensu życia czy zmiany w relacjach interpersonalnych (Fredrickson, 2013; Lyubomirsky i Layous, 2013; Seligman i in., 2005). Jednakże zastanawiający jest skąpy dorobek w odniesieniu do perspektywy nadawania znaczenia w kategoriach negatywnych. Co prawda w psychologii egzystencjalnej można się doszukać rozpatrywania znaczenia w kontekście poczucia winy czy cierpienia, jednak uchwycenie tego zjawiska nie jest proste i pokazuje trudności z jednoznacznym definiowaniem terminu znaczenia (Krok, 2017). Dodatkowo pomija się często wątek poznawczego nadawania znaczenia w kierunku negatywnym, mimo obecności tych kwestii od lat w literaturze dotyczącej psychopatologii, np. zniekształcenia poznawcze w depresji znane jako triada depresyjna.

Literatura przedmiotu jednoznacznie wskazuje, że diagnoza choroby nowotworowej dziecka często jest dla rodziców wydarzeniem niezwykle trudnym, które uruchamia pojawienie się wielu pytań natury egzystencjalnej, mogących też prowadzić do obwiniania siebie (Burkiewicz i in., 2017; Kazak i Noll, 2015; Ruiz-Frutos i in., 2021). Pokazuje to, że w sytuacji wydarzenia trudnego, szczególnie, gdy ulega on transformacji w kontekst chroniczny, można odnaleźć ścieranie się zarówno pozytywnych, jak i negatywnych treści znaczeniowych. W kontekście badań własnych warto zwrócić uwagę, iż pozytywne religijne radzenie oraz negatywne religijne radzenie sobie ze stresem pozostają dodatnio umiarkowanie skorelowane ze sobą oraz istotnie wiążą się ze strategią obwiniania siebie. W przypadku pozytywnego religijnego copingu obserwujemy korelację słabą, ale pozytywną. Z kolei relacja negatywnego religijnego copingu i obwiniania siebie jest umiarkowana i też dodatnia. Wyniki te sugerują, iż w analizowanym kontekście religijne radzenie sobie, bez względu na jego założoną walencję, w jakimś stopniu może być też ukierunkowane właśnie w stronę nadawania negatywnego znaczenia poprzez tego typu definiowanie relacji nie tylko z Bogiem, ale z samym sobą jako rodzicem. Reasumując, przewidywane w badaniach własnych, iż religijne i niereligijne strategie radzenia sobie ze stresem w kompatybilny sposób (pary: pozytywne religijne radzenie sobie – pozytywne przewartościowanie oraz negatywne religijne radzenie sobie – obwinianie siebie) realizują tę samą funkcję, a więc radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu, nie do końca się zatem potwierdziły. Być może część z nich pełni tę funkcję, ale właśnie w sposób negatywny, co w literaturze przedmiotu nie jest szeroko omawiane. Jak wskazuje Krok (2017), religia oprócz pozytywnych może dostarczać także negatywnych ram odniesienia dla funkcjonowania jednostkowego i społecznego: „możemy także dostrzec negatywne oddziaływanie treści religijnych, czego konsekwencją mogą być różnego rodzaju zachowania aspołeczne (...), a także negatywne konsekwencje psychiczne, takie jak nadmierne poczucie winy, skrupuły

religijno-moralne czy neurotyczny obraz Boga” (Krok, 2017, s. 86, por. też Koenig i in., 2012; Park i Slattery, 2013). Uzyskany wynik stanowi zatem dobry punkt wyjścia do dalszej eksploracji zagadnienia i badań w zakresie religijnego radzenia sobie ze stresem oraz procesu nadawania znaczenia w kategoriach nie tylko pozytywnych, ale też negatywnych.

Pomimo wielu ograniczeń badań własnych, o których już wspomniano wcześniej i które także zostaną szerzej omówione w dalszej części, warto uwzględnić również ich mocne strony. Większość badań prowadzonych w obszarze modelu tworzenia znaczeń posiada ograniczenia. Mianowicie, wiele z nich przeprowadzono retrospektywnie w stosunkowo długim czasie po wyeliminowaniu stresora i prawie wszystkie oceniały jeden lub najwyżej dwa punkty czasowe, co powoduje, iż trudno uchwycić dynamikę zmian, gdyż w pewnym momencie dochodzi do adaptacji do stresora (Boehmer i in., 2007; Lachnit i in., 2019; Park i in., 2008). Ponadto w wielu tych badaniach oceniano tylko jeden z aspektów modelu, np. pozytywne przewartościowanie (Lachnit i in., 2019; Park i in., 2008).

W niniejszej pracy zestawiono, co bardzo rzadkie, zarówno, religijne jak i świeckie strategie radzenia sobie. Ponadto niereligijne strategie radzenia sobie ze stresem zostały bardzo wnikliwie wybrane, aby mogły stanowić odpowiedniki funkcjonalne dla pozytywnych i negatywnych religijnych strategii radzenia sobie. Dodatkową mocną stroną przeprowadzonych badań było uchwycenie stosunkowo wczesnego czasu pandemii COVID-19. Badanie zostało przeprowadzone praktycznie bezpośrednio po wycofaniu krajowego lockdownu, co powoduje, iż prawdopodobnie nie można mówić o pełnej adaptacji do sytuacji pandemii COVID-19, gdyż był to początkowy jej okres oraz nie było w tym czasie skutecznej ochrony przed wirusem, szczepionek czy nawet doniesień o terminie ich realnej dostępności. Badanie zostało przeprowadzone w warunkach naturalnych w kontakcie bezpośrednim z osobami badanymi, co warto zaznaczyć jako walor tej pracy: osoby badane na pewno zatem były rodzicami dzieci chorujących onkologicznie, nie bazowano też na retrospekcji.

Ponadto warto zaznaczyć, iż w pracy zastosowano zaawansowane metody statystyczne z uwzględnieniem analizy *propensity score matching* (Rosenbaum i Rubin, 1985) oraz szczegółowej analizy braków danych wraz z zastosowaniem metod bazujących na bayesowskich imputacjach wielokrotnych (Graham, 2009; Pokropek, 2018; Rubin, 1976). Analizy główne, a więc seria wielowymiarowych i jednowymiarowych analiz kowariancji oraz analiz mediacji, zostały wykonane na bazach wyimputowanych i w odpowiednio dobranych grupach badawczych. Metody te wykorzystano zatem w celu przewyżczenia ograniczeń typowych dla badań w warunkach naturalnych. Wnioski końcowe formułowano zatem na podstawie serii obliczeń, wskazując także transparentnie na istniejące wątpliwości w tym zakresie i dokładając wszelkich starań, by je przewyżczać dostępnymi narzędziami zgodnie z obowiązującymi standardami (Pokropek, 2018).

Dodatkową zaletą pracy jest też złożona weryfikacja struktury kwestionariusza do badania dobrostanu w ujęciu eudajmonistycznym. Uwzględniając pogłębioną refleksję nad narzędziem oraz doniesienia krytyczne w literaturze przedmiotu zdecydowano się na przeprowadzenie confirmacyjnej analizy czynnikowej, uzyskując potwierdzenie zgłaszanych uwag co do wątpliwej trafności czynnikowej narzędzia. Tym samym, widać wyraźne, że dalsze badania nad dobrostanem, szczególnie w ujęciu eudajmonistycznym, wymagają dobrej psychometrycznej operacjonalizacji tego konstruktów, obniżającej redundancję ze wskaźnikami dobrostanu hedonistycznego. W badaniu własnym uzyskano bowiem ich korelacje, jednak wyraźnie słabsze niż przytaczane w literaturze przedmiotu (Gallagher i in., 2009; Linley i in., 2009). Nawet zatem jeśli przeprowadzona weryfikacja nie jest doskonała, to pokazuje, że w niektórych wypadkach ta uwspólniona wariancja może wynikać z kontaminacji na poziomie pomiarowym bardziej niż teoretycznym.

Natomiast, tak jak już zaznaczono, badania własne nie są wolne od ograniczeń. Jak wskazuje na to też przeprowadzona dyskusja, warto było w modelu w uwzględnić

indywidualną ocenę poznawczą sytuacji. Jednakże, trudno o jej dobrą operacjonalizację, która nie jest tożsama z oceną stanu emocjonalnego. Warto zauważyć, iż w koncepcji Lazarusa i Folkman (1984) mimo iż ocena poznawcza stanowiła kluczowy konstrukt tej teorii, to autorzy nie zaproponowali i nie opracowali narzędzia do jej kwestionariuszowego badania. Z kolei próby podejmowane przez innych badaczy w celu opracowania narzędzia i powstałe w ich wyniku skale często kontaminują ze stanem emocjonalnym (Włodarczyk i Wrześniewski, 2010).

W obszarze procedury zrealizowane badania są poprzeczne, co nie pozwala na opisanie związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy analizowanymi zmiennymi. Mimo przyjętych założeń teoretycznych jest też możliwe, iż to aktualny dobrostan rodziców oddziaływał na ich strategie radzenia sobie. Świadomie unika się zatem wszelkich sformułowań kauzalnych. Jednocześnie, niezależnie od kierunku zależności w modelu mediacyjnym, zaobserwowane zależności dotyczące niższego nasilenia wybranych zmiennych w trakcie pandemii pozostają w mocy.

Kolejne ograniczenie wynika z tego, iż nie jest to ta sama grupa rodziców dzieci chorujących onkologicznie badana w dwukrotnym pomiarze, a dwie różne grupy, które później zostały za pomocą specjalnych metod statystycznych odpowiednio dopasowane. Pozostając przy kwestii doboru próby warto zaznaczyć, iż zdecydowaną większość osób badanych stanowiły matki. Większy udział ojców stanowiłby dodatkowy atut, warto jednak zauważyć, iż w przypadku dzieci chorujących przewlekłe najczęściej głównym opiekunem w trakcie pobytu szpitalnego jest właśnie matka (Kocaaslan i in., 2021). W badaniach własnych zdecydowana większość osób badanych była w związku małżeńskim lub partnerskim, co samo w sobie nie jest oczywistym aspektem, w obliczu przewlekłej choroby dziecka często zdarzają się sytuacje oficjalnego rozpadu relacji między rodzicami. W badanej próbie prawdopodobnie mamy raczej z podziałem ról w obliczu choroby i częściej na

oddziale szpitalnym były dostępne matki. Ponadto należy uwzględnić także pandemię COVID-19, która - choć w pracy stanowiła intencjonalnie ujęty kontekst badawczy - wpłynęła jednak na możliwości opieki nad dzieckiem w oddziale. Najczęściej były to ograniczenia do jednej osoby przebywającej w szpitalu z chorującym małym pacjentem. Tym samym, kolejną okolicznością mogą mieć wpływ na wyniki jest zawężenie grupy rodziców dzieci chorujących onkologicznie w trakcie pandemii COVID-19 jedynie do oddziału dziennego chemioterapii.

W pomiarze wykonywanym przed pandemią był dostęp do grupy rodziców przebywających stacjonarnie w klinice onkologii, natomiast w trakcie pandemii z racji wprowadzonych restrykcji jedyną możliwością prowadzenia badań w tak specyficznej grupie i w tak specyficznym czasie był oddział dzienny. Niewątpliwą zaletą było to, iż kontynuacja rozpoczętych badań okazała się w ogóle możliwa. Wykonalne było to jednak wyłącznie kosztem metodologicznym powodującym różnice w zakresie sytuacji rodziców dzieci chorujących onkologicznie, wynikające z pobytu z dzieckiem w szpitalu, który w przypadku oddziału dziennego był stosunkowo krótki (ograniczający się czasem do trzech dni hospitalizacji).

Ograniczenia badań w obszarze metodologicznym obejmują też trafność i rzetelność pomiaru, tj. omawiana już stosunkowo niska rzetelność skali pozytywnego przewartościowania oraz niedoskonałości psychometryczne użytej do pomiaru dobrostanu eudajmonistycznego Skali Dobrostanu Psychicznego. Kolejną istotną kwestią, z którą się transparentnie zmagano, jest także nielosowy ubytek danych. Nie da się przy tym określić, by taki jego charakter wynikał z błędów w procedurze. Wreszcie uzyskane w analizach badaniach efekty są słabe, więc nie da się wykluczyć, iż wskazują na skutki bardziej natury metodologiczno-statystycznej niż faktyczny stan rzeczy. Z drugiej strony, macierz korelacji wskazuje, że uzyskane relacje między zmiennymi są spójne i dają się interpretować zgodnie

z wiedzą psychologiczną. Trzeba zatem też zasygnalizować zbyt słabą moc statystyczną. Natomiast, tak jak wcześniej wspomiano, wielkość próby zarówno w odniesieniu do grup badanych rodziców dzieci chorujących onkologicznie, jak i często do badań w kontekście religijnego radzenia sobie i katastrof jest zbliżona do omawianych doniesień w literaturze przedmiotu (Guido i in., 2021; Mesidor i Sly, 2019; Park i in., 2019).

Konkludując, niniejsze badania mogą stanowić punkt wyjścia do dalszej eksploracji problematyki nakładania się różnych kontekstów stresujących i radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na znaczeniu, przy wyraźnym odejściu od jego a priori pozytywnych konotacji dla efektywności w zakresie regulacji emocjonalnej. Wątkiem wartym dalszej uwagi są wzajemne relacje dobrostanu w ujęciu eudajmonistycznym i hedonistycznym, w tym ich operacjonalizacja, oraz weryfikacja synergistycznej lub antagonistycznej roli badanych łącznie religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Nieoczywistość uzyskanych wyników, choć wymaga potwierdzenia w badaniach podłużnych, stanowi jednak inspirację, podejmuje bowiem wyzwanie wobec jednoznacznego przypisywania nawet zbiorowo doświadczanym sytuacjom trudnym określonych i takich samych skutków psychologicznych dla wszystkich jej uczestników.

Podsumowanie

W niniejszej pracy podjęto zagadnienie dotyczące kontekstu nakładania się stresorów: jednego o charakterze specyficznym dla grupy (choroby nowotworowej dziecka), drugiego o charakterze powszechnym (pandemii COVID-19), w wyjaśnianiu różnic w zakresie dobrostanu hedonistycznego i eudajmonistycznego oraz radzenia sobie ze stresem, z uwzględnieniem pośredniczącej roli religijnych i niereligijnych strategii zaradczych. Podejmowana problematyka ma charakter wychodzący poza istniejącą już wiedzę z następujących trzech powodów:

- 1) Uwzględnienie szerszego kontekstu sytuacyjnego. Badania dotyczące radzenia sobie z chorobą somatyczną pomijają często ten aspekt, ujmując proces radzenia sobie wyłącznie indywidualistycznie mimo silnego aspektu kontekstualnego obecnego w modelu Lazarusa i Folkman (1984);
- 2) Ujęcie dwu aspektów dobrostanu. Dobrostan w badaniu był ujmowany nie tylko hedonistycznie (Diener, 1984), ale i eudajmonistycznie (Ryff, 1989), adekwatnie do doświadczanych sytuacji, które wymagają uruchomienia działań związanych z poprawą funkcjonowania emocjonalnego, prawdopodobnie głównie poprzez tworzenie znaczeń (Park, 2022).
- 3) Analiza odpowiednio dobranych par religijnych i niereligijnych strategii radzenia sobie. W jednym badaniu analizowane były oba rodzaje radzenia sobie uznawanego za skoncentrowane na znaczeniu, co umożliwiło uzyskanie efektów specyficznych, wychodzących poza wariację wspólną tych konstruktów (Park, 2022).

Uzyskane wyniki ujawniły różnice w zakresie doświadczanego afektu pozytywnego oraz pozytywnego przewartościowania pomiędzy badanymi grupami rodziców dzieci chorujących onkologicznie w zależności od warunków sytuacyjnych. Jednakże, różnice w analizie wariacji nie potwierdziły się w analizie mediacji. Ponadto, w badaniach

potwierdzono pośredniczącą rolę negatywnego religijnego radzenia sobie w relacji między warunkami sytuacyjnymi a dobrostanem zarówno w ujęciu eudajmonistycznym, jak i hedonistycznym.

Warto byłoby poszerzyć przyszłe badania przede wszystkich o adekwatne modele podłużne z powtarzanymi pomiarami, uwzględniające najlepsze możliwe operacjonalizacje konstruktów. W dalszej perspektywie zasadne byłoby także opracowanie na podstawie tak uzyskanych wyników interwencji dla rodziców dzieci z chroniczną chorobą somatyczną, z adekwatnym zrozumieniem złożoności naturalnych procesów nadawania znaczenia sytuacjom stresującym.

Literatura cytowana

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J., Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological wellbeing items in a UK cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 76. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-76>
- Abu-Raiya, H., Sasson, T., Pargament, K., Rosmarin, D. (2020). Religious Coping and Health and Well-Being among Jews and Muslims in Israel. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 1-14. <https://doi.org/10.1080/10508619.2020.1727692>
- Abu-Raiya, H., Hamama, L., Fokra, F. (2015). Contribution of Religious Coping and Social Support to the Subjective Well-Being of Israeli Muslim Parents of Children with Cancer: A Preliminary Study. *Health & Social Work*, 40, 3, 83-91. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv031>
- Abu-Raiya, H., Jamal, H. (2021). The links between religious coping and subjective well-being among Israeli-Muslims who lost a beloved person through death, *Death Studies*, 45:4, 296-304. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626951>
- Ahmadi, F., Ahmadi, N. (2018). Existential Meaning-Making for Coping with Serious Illness: *Studies in Secular and Religious Societies*. New York: Routledge.
- Ahmadi, F., Zandi, S. (2021). Meaning-Making Coping Methods among Bereaved Parents: A Pilot Survey Study in Sweden. *Behav. Sci.*, 11, 131. <https://doi.org/10.3390/bs11100131>
- Ahmadi, M., Rassouli, M., Gheibizadeh, M., Karami, M., Poormansouri, S. (2019). Predictors of Caregiver Burden among Parents of Children with Cancer. *Iran J of Ped Hematol Oncol.*, 9,4, 253-263. <https://doi.org/10.18502/ijpho.v9i4.1574>.
- Agbayani, C. J., Tucker, J. A., Nelson, E. L., Martinez, F., Cortes, H., Khoury, D., Kain, Z. N., Lin, C., Torno, L., Fortier, M. A. (2022). Immunological and psychosocial functioning in parents of children with cancer. *Supportive care in cancer: official*

- journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(4), 3379–3388. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06770-0>
- Ai, A. L., Pargament, K., Kronfol, Z., Tice, T. N., Appel, H. (2010). Pathways to postoperative hostility in cardiac patients: mediation of coping, spiritual struggle and interleukin-6. *Journal of health psychology*, 15(2), 186–195. <https://doi.org/10.1177/1359105309345556>
- Aknin, L. B., De Neve, J.-E., Dunn, E. W., Fancourt, D. E., Goldberg, E., Helliwell, J. F., Jones, S. P., Karam, E., Layard, R., Lyubomirsky, S., Rzepa, A., Saxena, S., Thornton, E. M., VanderWeele, T. J., Whillans, A. V., Zaki, J., Karadag, O., Ben Amor, Y. (2022). Mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: A review and recommendations for moving forward. *Perspectives on Psychological Science*, 17(4), 915–936. <https://doi.org/10.1177/17456916211029964>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 261–277. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Aldwin, C. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. Guilford Press.
- Alfons, A., Ateş, N. Y., Groenen, P. J. F. (2022). Robust Mediation Analysis: The R Package robmed. *Journal of Statistical Software*, 103(1), 1–45. <https://doi.org/10.18637/jss.v103.i13>
- Anić, P., Tončić, M. (2013). Orientations to happiness, subjective well-being and life goals. *Psihologijske teme*, 22 (1), 135-153.

- Ano, G. G., Vasconcelles, B. (2005). Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461–80.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Aranowska, E., Rytel, J. (2010). Wielowymiarowa analiza wariancji - MANOVA. *Psychologia Społeczna*, 5, 2-3(14), 117-141.
- Aten, J.D., Smith, W.R., Davis, E.B., Van Tongeren, D.R., Hook, J.N., Davis, D.E., Shannonhouse, L., DeBlaere, C., Ranter, J., O’Grady, K., Hill, P.C., (2019). The psychological study of religion and spirituality in a disaster context: a systematic review. *Psychological Trauma*, 11 (6), 597–613. <https://doi.org/10.1037/tra0000431>
- Bargiel-Matusiewicz, K. (2014). *Przewlekły stres związany z dializoterapią. Zastosowanie interwencji psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beierl, E. T., Böllinghaus, I., Clark, D. M., Glucksman, E., Ehlers, A. (2020). Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: A prospective study of Ehlers and Clark’s model in survivors of assaults or road traffic collisions. *Psychological Medicine*, 50(13), 2172–2181. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002253>
- Bell, C. J., Boden, J. M., Horwood, L. J., Mulder, R. T. (2017). The role of peri-traumatic stress and disruption distress in predicting symptoms of major depression following exposure to a natural disaster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51, 711–718. <https://doi.org/10.1177/0004867417691852>
- Bigatti, S. M., Steiner, J. L., Miller, K. D. (2012). Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress & Health*, 28, 355-361.

- Binswanger, J., Kohl, C., Behling, F., Noell, S., Hirsch, S., Hickmann, A. K., Tatagiba, M. S., Tabatabai, G., Hippler, M., Renovanz, M. (2021). Neuro-oncological patients' and caregivers' psychosocial burden during the COVID-19 pandemic-A prospective study with qualitative content analysis. *Psycho-oncology*, 30(9), 1502–1513.
<https://doi.org/10.1002/pon.5713>
- Bjorck, J. P., Hopp, D. P., Jones, L. W. (1999). Prostate cancer and emotional functioning: Effects of mental adjustment, optimism, and appraisal. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17, 71- 85.
- Blasco-Belled, A., Alsinet, C. (2022). The architecture of psychological well-being: A network analysis study of the Ryff Psychological Well-Being Scale. *Scandinavian journal of psychology*, 63(3), 199–207. <https://doi.org/10.1111/sjop.12795>
- Boehmer, S. (2007). Relationships between felt age and perceived disability, satisfaction with recovery, self-efficacy beliefs and coping strategies. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 895–906. <https://doi.org/10.1177/1359105307082453>
- Boehmer, S., Luszczynska, A., Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20, 61–65. <https://doi.org/10.1080/10615800701195439>
- Bojanowska, A., Kaczmarek, Ę.D, Koscielniak, M., Urbańska, B. (2021) Changes in values and well-being amidst the COVID-19 pandemic in Poland. *PLoS ONE* 16(9): e0255491. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255491>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671–682.
<https://doi.org/10.1037/0022006X.75.5.671>

- Boyle, C. C., Cole, S. W., Dutcher, J. M., Eisenberger, N. I., & Bower, J. E. (2019). Changes in eudaimonic well-being and the conserved transcriptional response to adversity in younger breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 103, 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.01.024>
- Bryant-Davis, T., Ullman, S., Tsong, Y., Anderson, G., Gray, A. (2014). Healing Pathways: Longitudinal effects of religious coping and social support on PTSD symptoms in African American sexual assault survivors. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(1), 114–128. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.969468>
- Bryden, C. I., Field, A. M., Francis, A. J. P. (2015). Coping as a mediator between negative life events and eudaimonic well-being in female adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3723–3733. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0180-0>
- Brzeziński, J. (1989). Eksperymentalne badanie zmian - metodologiczne problemy stosowania pretestu zmiennej zależnej. *Przegląd Socjologiczny / Sociological Review*, 37, s. 113-139.
- Burns, R. A., Machin, M. A. (2009). Investigating the structural validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales across two samples. *Social Indicators Research*, 93, 359–375. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9329-1>
- Bussell, V., Naus, M. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 61–78. <https://doi.org/10.1080/07347330903438958>
- Bürger Lazar, M., Musek, J. (2020). Well-being in parents of children with cancer: The impact of parental personality, coping, and the child's quality of life. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(5), 652–662. <https://doi.org/10.1111/sjop.12653>

- Burkiewicz A., Samardakiewicz M., Karczmarczyk T.: Poziom depresji i postrzeganego wsparcia społecznego u rodziców dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 2017; 21(1): 17-21.
- Cantwell-Bartl, A. (2018). Grief and coping of parents whose child has a constant life-threatening disability, hypoplastic left heart syndrome with reference to the Dual-Process Model. *Death Studies*, 42: 569–78.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1407380>
- Carlsson, T., Kukkola, L., Ljungman, L., Hove´n, E., von Essen, L. (2019) Psychological distress in parents of children treated for cancer: An explorative study. *PLoS ONE* 14(6): e0218860.
- Carney, L. M., Park, C. L. (2018). Cancer survivors' understanding of the cause and cure of their illness: Religious and secular appraisals. *Psycho-oncology*, 27(6), 1553–1558.
<https://doi.org/10.1002/pon.4691>
- Carpenter, J., Bithell, J. (2000). Bootstrap confidence intervals: when, which, what? A practical guide for medical statisticians. *Statistics in medicine*, 19(9), 1141-1164.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267.
- Castellino, S.M., Ullrich, N.J., Whelen, M.J., Lange, B.J. (2014). Developing interventions for cancer-related cognitive dysfunction in childhood cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 106,8. <https://doi.org/10.1093/jnci/dju186>
- Chan, C.S., Rhodes, J.E. (2013). Religious Coping, Posttraumatic Stress, Psychological Distress, and Posttraumatic Growth Among Female Survivors Four Years After Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 257-265.
<https://doi.org/10.1002/jts.21801>.

- Chang, E. C., Downey, C. A., Salata, J. L. (2004). Social problem solving and positive psychological functioning: Looking at the positive side of problem solving. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 99-116). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Chen, F., Bollen, K. A., Paxton, P., Curran, P., Kirby, J. (2001). Improper solutions in structural equation models: Causes, consequences, and strategies. *Sociological Methods & Research*, 29, 468-508.
- Chen, F. F., West, S., Sousa, K. (2006). A Comparison of Bifactor and Second-Order Models of Quality of Life. *Multivariate Behavioral Research*, 41(2), 189–225. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr4102_5
- Chen, F. F., Jing, Y., Hayes, A., Lee, J. M. (2013). Two concepts or two approaches? A bifactor analysis of psychological and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 14(3), 1033–1068. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9367-x>
- Cheng, C., Lau, H., Chan, M. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140, 1582–1607. <https://doi:10.1037/a0037913>
- Chen, C., Zhang, Y., Xu, A., Chen, X., Lin, J. (2020). Reconstruction of meaning in life: meaning made during the pandemic of COVID-19. *International Journal of Mental Health Promotion*, 22 (3), 173–184. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2020.011509>
- Cheung, Y. T., Krull, K. R. (2015). Neurocognitive outcomes in long- term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia treated on contemporary treatment protocols: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 53, 108–120.

- Chowell, G., Mizumoto, K. (2020). The COVID-19 pandemic in the USA: what might we expect? *Lancet (London, England)*, 395(10230), 1093–1094.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30743-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30743-1)
- Christie, H., Hamilton-Giachritsis, C., Alves-Costa, F., Tomlinson, M., Halligan, S. L. (2019). The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1550345.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.-1550345>
- Cieślak, M., Kozaka, J., Golińska, P. B., Bidzan, M. (2022). Mentalization and Its Relation to Life Satisfaction and the Level of Mental Adjustment to Illness in Women with Breast Cancer-A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(16), 10323. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610323>
- Clarke-Steffen, L. (1993). A model of the family transition to living with childhood cancer. *Cancer Practice*, 1, 285–292.
- Cohen, J. (1988). Set Correlation and Contingency Tables. *Applied Psychological Measurement*, 12(4), 425–434. <https://doi.org/10.1177/014662168801200410>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M. (2005). Complex trauma in children. *Psychiatr. Ann.* 35, 390–398.
- Cook, J. A., D. Wimberly, D. (1983). “If I should die before I wake: Religious commitment and adjustment to the death of a child.” *Journal for the Scientific Study of Religion* 22: 222-38.
- Counted, V., Pargament, K.I., Bechara, A.O., Joynt, S., Cowden, R.G., 2020. Hope and well-being in vulnerable contexts during the COVID-19 pandemic: does religious coping matter? *The Journal of Positive Psychology*, 1–12.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1832247>.

- Crespo, C., Santos, S., Tavares, A., Salvador, Á. (2016). "Care that matters": Family-centered care, caregiving burden, and adaptation in parents of children with cancer. *Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare*, 34(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/fsh0000166>
- Cronbach, L. J. (1946). Response sets and test validity. *Educational and Psychological Measurement*, 6, 475–494.
- Cug, F. D. (2021). Psychological Needs of Parents whose Children Have Cancer in the Treatment Process/Çocuklari Kanser Olan Ebeveynlerin Tedavi Sürecindeki Psikolojik İhtiyaçları. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler/Current Approaches to Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.18863/pgy.996268>
- Cyranka, K., Matejko, B., Klupa, T., Małeckı, M., Cyganek, K., Kieć-Wilk, B., Dudek, D. (2021). Type 1 Diabetes and COVID-19: the level of anxiety, stress and the general mental health in comparison to healthy control. *Psychiatria Polska*, 55(3), 511-523. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/133356>
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J., IV, Faccinni, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1091-1107.
- Darlington, A. E., Morgan, J. E., Wagland, R., Sodergren, S. C., Culliford, D., Gamble, A., Phillips, B. (2021). COVID-19 and children with cancer: Parents' experiences, anxieties and support needs. *Pediatric blood & cancer*, 68(2), e28790. <https://doi.org/10.1002/pbc.28790>
- David, A. B., Park, C. L., Awao, S., Vega, S., Zuckerman, M. S., White, T. F., Hanna, D. (2023). Religiousness in the first year of COVID-19: A systematic review of empirical research. *Current research in ecological and social psychology*, 4, 100075. <https://doi.org/10.1016/j.cresp.2022.100075>

- Davis, E.B., Kimball, C.N., Aten, J.D., Andrews, B., Van Tongeren, D.R., Hook, J.N., Davis, D.E., Granqvist, P., Park, C.L., (2019). Religious meaning making and attachment in a disaster context: a longitudinal qualitative study of flood survivors. *The Journal of Positive Psychology* 14, 659–671. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1519592>.
- Davis, R. F. III, Kiang, L. (2020). Parental stress and religious coping by mothers of children with autism. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(2), 137–148. <https://doi.org/10.1037/re10000183>
- De Arruda-Colli, M. N. F., Bedoya, S. Z., Muriel, A., Pelletier, W., Wiener, L. (2018). In good times and in bad: what strengthens or challenges a parental relationship during a child's cancer trajectory? *Journal of psychosocial oncology*, 36(5), 635–648. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1485813>
- De Micco, R., Siciliano, M., Sant'Elia, V., Giordano, A., Russo, A., Tedeschi, G., Tessitore, A. (2020). Correlates of Psychological Distress in Patients with Parkinson's Disease During the COVID-19 Outbreak. *Movement disorders clinical practice*, 8(1), 60–68. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13108>
- De Ruiter, M.A.; van Mourik, R.; Schouten-van Meeteren, A.Y.; Grootenhuis, M.A.; Oosterlaan, J. (2013). Neurocognitive consequences of a paediatric brain tumour and its treatment: A meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55, 408–417
- DeYoung, C. G., Peterson, J. B., Séguin, J. R., Tremblay, R. E. (2008). Externalizing behavior and the higher order factors of the Big Five. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 947.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575, <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.95.3.542>

- Diener, E., Smith, H., Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 130–141. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.130>
- Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2004). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: Czapiński J. (red.): *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 35-50.
- Diener, E., Lucas, R. E., Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *The American psychologist*, 61(4), 305–314. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.305>
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Digryte, L., Baniene, I. (2017). Depression, anxiety and stress coping in parents of children with the oncological disease. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology*, 19, 1-2, 9-13.
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., Jarden, A. (2016). Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychological Assessment*, 28(5), 471–482. <https://doi.org/10.1037/pas0000209>
- Dolan, J.G, Hill, D.L, Faerber, J.A, Palmer, L.E, Barakat, L.P, Feudtner, C. (2021). Association of psychological distress and religious coping tendencies in parents of children recently diagnosed with cancer: A cross-sectional study. *Pediatr Blood Cancer.*, 68:e28991. <https://doi.org/10.1002/pbc.28991>
- Dolcos, F., Hohl, K., Hu, Y., Dolcos, S. (2021). Religiosity and resilience: Cognitive reappraisal and coping self-efficacy mediate the link between religious coping and

well-being. *Journal of Religion and Health*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1007/s10943-020-01160-y>

Don, B. P., Eller, J., Simpson, J. A., Fredrickson, B. L., Algoe, S. B., Rholes, W. S., Mickelson, K. D. (2022). New parental positivity: The role of positive emotions in promoting relational adjustment during the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(1), 84–106.

<https://doi.org/10.1037/pspi0000371>

Dorfmüller M., Dietzfelbinger H. (red.) (2011). *Psychoonkologia: diagnostyka, metody terapeutyczne*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Duffner P. K. (2010). Risk factors for cognitive decline in children treated for brain tumors. *European journal of paediatric neurology: EJPN: official journal of the European Paediatric Neurology Society*, 14(2), 106–115

<https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2009.10.005>

Dutta, O., Tan-Ho, G., Choo, P.Y., Low, X.C., Chong, P.H., Ng, C., Ganapathy, S., Yan Ho, A. H. (2020). Trauma to Transformation: the lived experience of bereaved parents of children with chronic life-threatening illnesses in Singapore. *BMC Palliative Care*, 19, 46, <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00555-8>

Dzieciatkowski, T., Golke, A. (2020). Epidemiologia COVID-19. W: Dzieciatkowski, T., Filipiak, K.J. (red.). *Koronawirus SARS-CoV-2. Zagrożenie dla Współczesnego Świata*, Warszawa: Wydawnictwo PZWL, s. 65–75.

Egloff, B., Schmukle, S. C., Burns, L. R., Kohlmann, C.-W., Hock, M. (2003). Facets of Dynamic Positive Affect: Differentiating Joy, Interest, and Activation in the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 528–540. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.3.528>

- European Centre for Disease Prevention and Control (2020). *Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS-CoV-2 infection in children*. ECDC: Stockholm.
- European Commission. (2020). Standard Eurobarometer 93 - Summer 2020.
<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2262>
- Finkelstein-Fox, L., Park, C. L. (2019). Control-coping goodness-of-fit and chronic illness: a systematic review of the literature. *Health psychology review*, 13(2), 137–162.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1560229>
- Fiorillo A, Gorwood P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1): e32.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Focà, E., Fornari, C., Arsuffi, S., Vetrano, M.C., Calza, S., Renzetti, S., Copeta, S., Berruti, A., Castelli, F., Compostella, S., Quiros-Roldan, E. (2022). Psychological and Emotional Impact of COVID-19 Pandemic on People Living with Chronic Disease: HIV and Cancer. *AIDS and Behavior* 26, 2920–2930. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03638-0>
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00040-3)
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping* 21: 3–14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
- Folkman S., Moskowitz J.T. (2006) Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. W: Hewstone M., Schut H., de Wit J., van den Boss K., Stroebe M. (red.) *The scope of social psychology. Theory and application*. Hove, UK: *Psychology Press*, s. 193-208.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000a). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.

- Folkman, S., Moskowitz, J., T. (2000b). Stress, positive emotions, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115-118.
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300–319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M, Waugh, C. E., Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*, 95(5), 1045–1062. <https://doi.org/10.1037/a0013262>
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. In P. Devine & A. Plant (Eds.), *Advances on experimental social psychology*, Vol. 47 (pp. 1–53). Cambridge, MA: Academic Press.
- Gable, S. L., Gonzaga, G. C., Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Supportive responses to positive event disclosures. *Journal of personality and social psychology*, 91(5), 904–917. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.904>
- Gabrys, R. L., Tabri, N., Anisman, H., Matheson, K. (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9: 2219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02219>

- Gage-Bouchard, E. A., Devine, K.A., Heckler C.E. (2013). The Relationship between Socio-demographic Characteristics, Family Environment, and Caregiver Coping in Families. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 478–87. <https://doi.org/10.1007/s10880-013-9362-3>.
- Gall, T.L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C., Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18,1165-1178. <https://doi.org/10.1002/pon.1495>
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J., Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of Personality*, 77, 1025–1050. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00573.x>
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., Fredrickson, B. L. (2011). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2(1), 59–67. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0043-8>
- Garrido-Hernansaiz, H., Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J. (2020). Coping and resilience are differently related depending on the population: A comparison between three clinical samples and the general population. *International Journal of Stress Management*, 27(3), 304–309. <https://doi.org/10.1037/str0000156>
- Gerber J. P., Wheeler L., Suls J. (2018). A social comparison theory meta-analysis 60+ years on. *Psychological Bulletin* 144, 177–197. <https://doi.org/10.1037/bul0000127>
- Ghinai, I., McPherson, T. D., Hunter, J. C., Kirking, H. L., Christiansen, D., Joshi, K., Rubin, R., Morales-Estrada, S., Black, S. R., Pacilli, M., Fricchione, M. J., Chugh, R. K., Walblay, K. A., Ahmed, N. S., Stoecker, W. C., Hasan, N. F., Burdsall, D. P., Reese, H. E., Wallace, M., Wang, C., ... Illinois COVID-19 Investigation Team (2020). First known person-to-person transmission of severe acute respiratory syndrome

- coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in the USA. *Lancet (London, England)*, 395(10230), 1137–1144. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30607-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30607-3)
- Godfred-Cato, S., Bryant, B., Leung, J., Oster, M. E., Conklin, L., Abrams, J., Roguski, K., Wallace, B., Prezzato, E., Koumans, E. H., Lee, E. H., Geevarughese, A., Lash, M. K., Reilly, K. H., Pulver, W. P., Thomas, D., Feder, K. A., Hsu, K. K., Plipat, N., Richardson, G., ... California MIS-C Response Team (2020). COVID-19-Associated Multisystem Inflammatory Syndrome in Children - United States, March-July 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(32), 1074–1080. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932e2>
- Golke, A., Dzieciatkowski, T. (2020). Koronawirusy człowieka i ich miejsce w medycynie. W: Dzieciatkowski, T., Filipiak, K.J. (red.). *Koronawirus SARS-CoV-2. Zagrożenie dla Współczesnego Świata*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL, s. 39–53.
- Gonyea, J.G., O'Donnell, A.E. (2021). Religious coping and psychological well-being in Latino Alzheimer's caregivers. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 36,12, 1922-1930. <https://doi.org/10.1002/gps.5606>
- Gori, A., Topino, E., Di Fabio, A. (2020). The protective role of life satisfaction, coping strategies and defense mechanisms on perceived stress due to COVID-19 emergency: A chained mediation model. *PloS one*, 15(11), e0242402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242402>
- Gouvela, L., Janvier, A., Dupuis, F., Duval M., Sultan, S. (2017). Comparing two types of perspective taking as strategies for detecting distress among parents of children with cancer: A randomised trial. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175342>
- Gracka-Tomaszewska, M. (2006). Matczyzna reprezentacja dziecka- modele teoretyczne i ich znaczenie dla praktyki klinicznej. *Psychiatria i psychologia kliniczna*, 6, s. 193-198.

- Graham J. W. (2009). Missing data analysis: making it work in the real world. *Annual review of psychology*, 60, 549–576. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447–466.
- Gravetter, F., Wallnau, L. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences* (edition 8). Belmont, CA: Wadsworth.
- Gruszczyńska, E., Warner, L.M., Kroemeke, A., Schwarzer R., Knoll, N. (2017). *Wartości i normy kulturowe a pozytywne starzenie się- porównania polsko-niemieckie. Raport końcowy z projektu PNFN 2013-10*. Niepublikowany manuskrypt, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa.
- Gruszczyńska, E. (2007). Susan Folkman rozszerzenie klasycznego modelu stresu i radzenia sobie: o roli i znaczeniu emocji pozytywnych. *Studia Psychologica*, 7, 285-297.
- Gruszczyńska, E., Rzeszutek, M. (2020). Affective Well-Being, Rumination, and Positive Reappraisal among People Living with HIV: A Measurement-Burst Diary Study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12,3, 587-609.
<https://doi.org/10.1111/aphw.12198>
- Guido, A., Marconi, E., Peruzzi, L., Dinapoli N., Tamburrini, G., Attinà, G., Balducci, M., Valentini, V., Ruggiero, A., Chieffo, D.P.R. (2021). Psychological Impact of COVID-19 on Parents of Pediatric Cancer Patients. *Frontiers in Psychology* 12:730341.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730341>
- Gustafsson, J.-E., Balke, G. (1993). General and specific abilities as predictors of school achievement. *Multivariate Behavioral Research*.
https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2804_2

- Gutierrez, I. A., Park, C. L., Wright, B. R. E. (2017). When the divine defaults: Religious struggle mediates the impact of financial stressors on psychological distress. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(4), 387–398.
<https://doi.org/10.1037/rel0000119>
- Hamama-Raz, Y., Solomon, Z., Schachter, J., Azizi, E. (2007). Objective and subjective stressors and the psychological adjustment of melanoma survivors. *Psycho-Oncology*, 16, 287-294. <https://doi.org/10.1002/pon.1055>
- Hatcher, L. (1994). *A Step-by-Step Approach to Using the SAS® System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. Cary, NC: SAS Institute, Inc
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach (Methodology in the Social Sciences)* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P. C., Smink, A., Ranchor, A. V. (2009). Personal control after a breast cancer diagnosis: Stability and adaptive value. *Psycho-Oncology*, 18, 104-108. <https://doi.org/10.1002/pon.1333>.
- Henslee, A. M., Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Tracy, M., Norris, F. H., Galea, S. (2015). Religious Coping and Psychological and Behavioral Adjustment After Hurricane Katrina. *The Journal of psychology*, 149(6), 630–642.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2014.953441>
- Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Heszen I. (2013). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Highhouse, S., Nye, C. D., Zhang, D. C., Rada, T. B. (2017). Structure of the Dospert: Is There Evidence for a General Risk Factor? *Journal of Behavioral Decision Making*, 30(2), 400–406. <https://doi.org/10.1002/bdm.1953>
- Ho, D.; Kosuke IKing, G.; Stuart, E. (2011). MatchIt Nonparametric Preprocessing Inference [Software Documentation]. *Journal of Statistical Software*, 42, 8.
- Hoven, E., Ljungman, L., Boger, M., Ljotsson, B., Silberleitner, N., von Essen, L., Cernvall, M. (2016). Posttraumatic Stress in Parents of Children Diagnosed with Cancer: Hyperarousal and Avoidance as Mediators of the Relationship between Re-Experiencing and Dysphoria. *PLoS ONE*, 11(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155585>
- Hu, L. T., Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Huta, V., Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from Hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1425–1456.
- Huta, V. (2015). An overview of hedonic and eudaimonic well-being concepts. In L. Reinecke & M. B. Oliver (Eds.), *Handbook of media use and well-being*. Chapter 2. New York: Routledge. Manuscript accepted for publication on November 11, 2015.
- IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 27.0) [Computer software]. IBM Corp.
- Irie, W., Shiwaku, H., Taku, K., Suzuki, Y., Inoue, Y. (2021). Roles of Reexamination of Core Beliefs and Rumination in Posttraumatic Growth Among Parents of Children With Cancer: Comparisons With Parents of Children With Chronic Disease. *Cancer nursing*, 44(1), 20–28. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000731>

- Jankowski, K.S. (2016). Morningness-eveningness and depressive symptoms: Test on the components level with CES-D in Polish student. *Journal of Affective Disorders*, 196, 47-53 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.015>
- Jarosz, M. (2011). Skala Religijnego Radzenia Sobie– wersja skrócona (Brief RCOPE). W: M. Jarosz (red.), *Psychologiczny pomiar religijności*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 293-316.
- Jeppesen, S.S., Bentsen, K.K., Jørgensen, T.L, Holm, H.S., Holst-Christensen, L., Tarpgaard, L.S., Dahlrot, R.H., Eckhoff, L. (2021) Quality of life in patients with cancer during the COVID-19 pandemic – a Danish cross-sectional study (COPICADS), *Acta Oncologica*, 60:1, 4-12. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1830169>
- Jopp, D. S., Schmitt, M. (2010). Dealing with negative life events: differential effects of personal resources, coping strategies, and control beliefs. *European journal of ageing*, 7(3), 167–180. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0160-6>
- Joseph, S., Linley, P. A. (2008). Psychological assessment of growth following adversity: A review. In S. Joseph, P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth* (pp. 21–36). John Wiley & Sons, Inc. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118269718.ch2/summary>
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP
- Juszczuk, A., Dragan, M., Grajewski, P., Holas, P. (2021). Prevalence of adjustment disorder in Poland during the COVID-19 pandemic and its association with symptoms of anxiety and depression. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 30(3), 141-153. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.110764>
- Kachanoff, F. J., Bigman, Y. E., Kapsaskis, K., Gray, K. (2021). Measuring Realistic and Symbolic Threats of COVID-19 and Their Unique Impacts on Well-Being and

- Adherence to Public Health Behaviors. *Social Psychological and Personality Science*, 12(5), 603–616. <https://doi.org/10.1177/1948550620931634>
- Kaczmarek, Ł.D. (2016). *Pozytywne interwencje psychologiczne. Dobrostan a zachowania intencjonalne*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo s.j.
- Kamijo, N., Yukawa, S. (2018). The role of rumination and negative affect in meaning making following stressful experiences in a Japanese sample. *Frontiers in Psychology*, 9, 2404. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02404>.
- Karadeniz Cerit, K., Cerit, C., Nart, Ö., Eker, N., Kıyan, G., Dağlı, T., Ekingen, G., Tokuç, G., Karaca, Ö., Çorapçıoğlu, F. (2017). Post-traumatic stress disorder in mothers of children who have undergone cancer surgery. *Pediatrics International: Official Journal of the Japan Pediatric Society*, 59(9), 996–1001. <https://doi.org/10.1111/ped.13343>
- Karaś, D., Ciecuch, J. (2017). Polska Adaptacja Kwestionariusza Dobrostanu (Psychological Well-Being Scales) Carroll Ryff. *Roczniki Psychologiczne*, XX, 4, 815-835 <https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.4-4pl>
- Kashdan, T.B., Biswas-Diener, R., King, L.A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *Journal of Positive Psychology*, 3, 219-233.
- Kato, T. (2015). Frequently Used Coping Scales: A Meta-Analysis. *Stress and Health*, 31(4), 315–323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>
- Kazak, A.E., Boeving, C.A., Alderfer, M.A., Hwang, W.T., Reilly, A. (2005). Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(30): 7405–10. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.09.110>
- Kazak A., Barakat L., Ditaranto S., Biros D., Hwang W. T., Beele D., Kersun L., Alderfer M. A., Mougianis I., Hocking M. C., Reilly A. (2011). Screening for psychosocial risk at

- cancer diagnosis: The Psychosocial Assessment Tool (PAT). *Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 33, 289–294.
- Kazak, A.E., Noll, R.B. (2015). The Integration of Psychology in Pediatric Oncology Research and Practice. Collaboration to Improve Care and Outcomes for Children and Families. *American Psychological Association*, 70, 146–58.
<https://doi.org/10.1037/a0035695>.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (Vol. 1, 4th ed., pp. 233-265). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Khanjari, S., Damghanifar, M., Haqqani, H. (2018). Investigating the relationship between the quality of life and religious coping in mothers of children with recurrence leukemia. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 7, 213–19. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_236_17.
- Khoury, M.N., Huijjer, H.A., Doumit, M.A. (2013). Lebanese parents experience with a child with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17,1, 16-21.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.005>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kocaaslan, E., N., Kocaaslan, E., N., Kostak M., A., Semerci, R., Cetintas, I. (2021). The Relationship between the Care Burden, Anxiety, and Social Support Levels of Mothers of Children with Cancer. *Turkish Journal of Oncology*, 36: 373–380.
<https://doi.org/10.5505/tjo.2021.2607>.

- Koenig H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Korzeniewska J. (2013). Interakcyjny model konsekwencji neuropsychologicznych choroby nowotworowej okresu dziecięcego. *Psychoonkologia*, 3, s. 91-97.
- Kowalczyk J.R. (red.) (2011). *Wprowadzenie do onkologii i hematologii dziecięcej: skrypt dla lekarzy specjalizujących się w onkologii i hematologii dziecięcej*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
- Kowalczyk, J.R., Perek, D., Balwierz, W., Matysiak, M., Szczepański, T., Młynarski, W., Dembowska-Bagińska, B., Kazanowska, B., Styczyński, J. Standardy oddziału onkologii i hematologii dziecięcej. *Przegląd Pediatryczny*, 47, 2.
- Kowalczyk, J.R. (2021). Epidemiologia nowotworów złośliwych u dzieci. W: Chybicka, A., Sawicz-Birkowska, K., Kazanowska, B. (red.). *Onkologia i hematologia dziecięca*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Krause N. (1995). Negative interaction and satisfaction with social support among older adults. *The Journal of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 50: 59-73.
- Krause, N., Ellison, C. G., Wulff, K. M. (1998). Church-based emotional support, negative interaction, and psychological well-being: Findings from a national sample of Presbyterians. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 725–741. <https://doi.org/10.2307/1388153>
- Krause, N. (2008). The Social Foundation of Religious Meaning in Life. *Research on Aging*, 30(4), 395–427. <https://doi.org/10.1177/0164027508316619>
- Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 19–50). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.

Krok, D. (2009). *Religijność a Jakość Życia w Perspektywie Mediatorów Psychospołecznych*.

Opole: Redakcja Wydawnictw WT UO.

Krok, D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*. Opole: Wydawnictwo

Uniwersytetu Opolskiego

Krok, D., Telka, E. (2019) „Optimism mediates the relationships between meaning in life and

subjective and psychological well-being among late adolescents”, *Current Issues in*

Personality Psychology, 7(1), s. 32–42. <https://doi.org/10.5114/cipp.2018.79960>.

Krok, D., Telka, E., Szcześniak, M., Falewicz, A. (2023). Threat Appraisal, Resilience, and

Health Behaviors in Recovered COVID-19 Patients: The Serial Mediation of Coping

and Meaning-Making. *International Journal of Environmental Research and Public*

Health, 20, 3649. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043649>

Kwong, A., Pearson, R., Adams, M., Northstone, K., Tilling, K., Smith, D.,..., Timpson, N.

(2021). Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal

UK population cohorts. *The British Journal of Psychiatry*, 218(6), 334-343.

<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.242>

Lachnit, I., Park, C.L. George, L.S. Processing and Resolving Major Life Stressors: An

Examination of Meaning-Making Strategies. *Cognitive Therapy and Research*, 44,

1015–1024 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10110-7>

Landolt, M. A., Ystrom, E., Sennhauser, F. H., Gnehm, H. E., Vollrath, M. E. (2012). The

mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in

pediatric patients. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(7), 767–774.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02520.x>

Larsen, R. J., Diener, E. (1992). Promises and problems with the circumplex model of

emotion. In M. S. Clark (Ed.), *Emotion* (pp. 25-59). Thousand Oaks, CA US: Sage

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lemos, M. S., Lima, L., Silva, C., Fontoura, S. (2020). Disease-related Parenting Stress in the Post-treatment Phase of Pediatric Cancer. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 43(1), 65–79. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1570393>
- Li, Q., Loke, A. Y. (2013). The positive aspects of caregiving for cancer patients: a critical review of the literature and directions for future research. *Psycho-oncology*, 22(11), 2399–2407. <https://doi.org/10.1002/pon.3311>
- Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G., Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences*, 47, 878–884. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.010>
- Lopes, A. R., Nihei, O. K. (2021). Depression, anxiety and stress symptoms in Brazilian university students during the COVID-19 pandemic: Predictors and association with life satisfaction, psychological well-being and coping strategies. *PloS one*, 16(10), e0258493.
- Lucette, A., Ironson, G., Pargament, K. I., Krause, N. (2016). Spirituality and Religiousness are Associated With Fewer Depressive Symptoms in Individuals With Medical Conditions. *Psychosomatics*, 57(5), 505–513. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.03.005>
- Luszczynska, A., Benight, C. C., Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist*, 14(1), 51–62. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.51>
- Lykken D, Tellegen A. (1996). Happiness Is a Stochastic Phenomenon. *Psychological Science*, 7(3):186–9. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00355.x>

- Lynch, B. M., Steginga, S. K., Hawkes, A. L., Pakenham, K. I., Dunn, J. (2008). Describing and predicting psychological distress after colorectal cancer. *Cancer*, 112(6), 1363–1370. <https://doi.org/10.1002/cncr.23300>
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L. (1998). Implications of individual differences in subjective happiness for perceiving, interpreting, and thinking about life events. *Motivation and Emotion*, 22, 155-186.
- Lyubomirsky, S., Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22, 57–62. <https://doi:10.1177/0963721412469809>
- Łosiak W. (2008) *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Makara-Studzińska, M., Załuski, M., Lickiewicz, J. (2021). Czy ozdrowieńcy COVID-19 to przyszli pacjenci psychiatrów i psychologów? Szybki przegląd literatury naukowej. *Psychiatria*, 18, 2, 140-151. <https://doi.org/10.5603/PSYCH.2021.0013>
- Marusak, H. A., Iadipaolo, A. S., Harper, F. W., Elrahal, F., Taub, J. W., Goldberg, E., Rabinak, C. A. (2018). Neurodevelopmental consequences of pediatric cancer and its treatment: applying an early adversity framework to understanding cognitive, behavioral, and emotional outcomes. *Neuropsychology review*, 28(2), 123–175. <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9365-1>
- Masa'deh, R., Jarrah, S. (2017). Post Traumatic Stress Disorder in Parents of Children With Cancer in Jordan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.012>.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.

- Mazhari, F., Rayyani, M., Iranmanesh, S., Heidari, S., Sabzevari, S. (2021). Power of Religious Beliefs and Coping with Cancer: Opinions of Iranian Parents. *Journal of religion and health*, 60(4), 2878–2891. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-0095>
- McAbee, S. T., Oswald, F. L., Connelly, B. S. (2014). Bifactor Models of Personality and College Student Performance: A Broad Versus Narrow View. *European Journal of Personality*. <https://doi.org/10.1002/per.1975>
- McCarthy, M.C., Ashley, D., Lee, K., Anderson, V. (2012). Predictors of Acute and Posttraumatic Stress Symptoms in Parents Following Their Child's Cancer Diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 558-566, <https://doi.org/10.1002/jts.21745>.
- McCarthy, M.C., Beamish, J., Bauld, C.M., Marks, I.R., Williams, T., Olsson, C.A., De Luca, C.R. (2021). Parent perceptions of pediatric oncology care during the COVID-19 pandemic: An Australian study. *Pediatric Blood & Cancer*, 69, 2. <https://doi.org/10.1002/pbc.29400>
- McFarland, M. J., Pudrovskaya, T., Schieman, S., Ellison, C. G., Bierman, A. (2013). Does a cancer diagnosis influence religiosity? Integrating a life course perspective. *Social science research*, 42(2), 311–320. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.10.006>
- McGinty, E. E., Presskreischer, R., Han, H., Barry, C. L. (2020). Psychological distress and loneliness reported by us adults in 2018 and April 2020. *Journal of the American Medical Association*, 324(1), 93– 94. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9740>
- McLoone, J., Wakefield, C.E., Marshall, G.M., Pierce, K., Jaffe, A., Bye, A. (2022) It's made a really hard situation even more difficult: The impact of COVID-19 on families of children with chronic illness. *PLoS ONE*, 17(9): e0273622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273622>
- Mesidor, J. K., Sly, K. F. (2019). Religious coping, general coping strategies, perceived social support, PTSD symptoms, resilience, and posttraumatic growth among survivors of

- the 2010 earthquake in Haiti. *Mental Health, Religion & Culture*, 22(2), 130–143.
<https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1580254>
- Mess, E.; Misiąg, W.; Klaszczyk, T.; Kryś, K. (2022). Depressive and Anxiety Disorders of Parents of Children with Cancer. *Journal of Clinical Medicine*, 11, 5670.
<https://doi.org/10.3390/jcm11195670>
- Miniszewska, J. (2020). Zmaganie się dziecka z chorobą. W: Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L., Borkowska, A.R. (red.). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Mogavero, M. P., Bruni, O., DelRosso, L. M., Ferri, R. (2020). Neurodevelopmental Consequences of Pediatric Cancer and Its Treatment: The Role of Sleep. *Brain sciences*, 10(7), 411. <https://doi.org/10.3390/brainsci10070411>
- Montin, E., Belfatto, A., Bologna, M., Meroni, S., Cavatorta, C., Pecori, E., Diletto, B., Massimino, M., Oprandi, M., Poggi, G., Arrigoni, F., Peruzzo, D., Pignoli, E., Gandola, L., Cerveri, P., Mainardi, L. (2020). A multi-metric registration strategy for the alignment of longitudinal brain images in pediatric oncology. *Medical & Biological Engineering & Computing*, 58, 4, 843-855. <https://doi.org/10.1007/s11517-019-02109-4>
- Muscara, F., McCarthy, M. C., Woolf, C., Hearps, S. J., Burke, K., Anderson, V. A. (2015). Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(5), 555–561.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.008>
- Muthén, L. K., Muthén, B. O. (2017). *Mplus: Statistical Analysis with Latent Variables: User's Guide (Version 8)*. Los Angeles, CA: Authors.
- National Cancer Institute. 2013b. A Snapshot of Pediatric Cancers. Retrieved from:
http://www.cancer.gov/researchandfunding/snapshots/pdf/A_Y_A-Snapshot.pdf

- Nelson, S.K., Kushlev, K., Lyubomirsky, S. (2014). The Pains and Pleasures of parenting: When, Why, and How is Parenthood Associated With More or Less Well-Being? *Psychological Bulletin*, 140, 3, 846-895. <https://doi.org/10.1037/a0035444>
- Nelson-Coffey, S.K., Killingsworth, M., Layous, K., Cole, S.W., Lyubomirsky, S. (2019). Parenthood Is Associated With Greater Well-Being for Fathers than Mothers. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 45, 1378–1390.
- Nicholas, D. B., Barrera, M., Granek, L., D'Agostino, N. M., Shaheed, J., Beaune, L., Bouffet, E., Antle, B. (2017). Parental spirituality in life-threatening pediatric cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 35(3), 323–334. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1292573>
- Norton, T. R., Manne, S. L., Rubin, S., Hernandez, E., Carlson, J., Bergman, C., Rosenblum, N. (2005). Ovarian cancer patients' psychological distress: The role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviors, perceived control, and self-esteem. *Health Psychology*, 24, 143-152, <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.143>
- Ogińska-Bulik, N. (2017). Zasoby osobiste a wzrost po traumie u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. *Psychoonkologia*, 21,1, 9-16. <https://doi.org/10.5114/pson.2017.70122>
- Ogińska-Bulik, N., Socha, I. (2017). Emotional processing and negative and positive effects of trauma among parents struggling with cancer of their child. *Psychoonkologia*, 21,1, 1-8. <https://doi.org/10.5114/pson.2017.70121>
- Okarska-Napierała, M., Ludwikowska, K., Książyk, J., Kuchar, E., Mazur, A., Szenborn, L., Werner, B., Wysocki, J., Jackowska, T. (2020). Postępowanie z dzieckiem z wieloukładowym zespołem zapalnym powiązany z COVID-19. Wytyczne grupy

- eksperckiej przy Polskim Towarzystwie Pediatrycznym i Konsultancie Krajowym w dziedzinie pediatrii. *Przegląd Pediatryczny*, 49, 4, 1-9.
- Oleś, P., Jankowski, T. (2018). Positive Orientation—a Common Base for Hedonistic and Eudemonistic Happiness? *Applied Research Quality Life* 13, 105–117, <https://doi.org/10.1007/s11482-017-9508-9>
- Paloutzian, R. F., Park, C. L. (Eds.). (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. The Guilford Press.
- Pancheva, M.G., Ryff, C.D., Lucchini, M. (2021). An Integrated Look at Well-Being: Topological Clustering of Combinations and Correlates of Hedonia and Eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 22, 2275–2297. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00325-6>
- Parambil, B., Ch., Goswami, S., Moulik, N.R., Sonkusare, L., Dhamne, C., Narula, G., Vora, T., Prasad, M., Chichra, A., Jatia, S., Sarada, H., Paradkar, A., Deodhar, J., Chinnaswamy, G., Banavali, S. (2022). Psychological distress in primary caregivers of children with cancer during COVID-19 pandemic-A single tertiary care center experience. *Psycho-oncology*, 31(2), 253–259. <https://doi.org/10.1002/pon.5793>
- Pargament, K. I., Hahn, J. (1986). God and the just world: Causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25, 193-207
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.I., Royster, B.J., Albert, M., Crowe, P., Cullman, E.P., Holley, R., Schaefer, D., Sytniak, M., Wood, M. (1990). A qualitative approach to the study of religion and coping: Four tentative conclusions. Paper presented at the *Annual Convention of the American Psychological Association*, Boston, MA.

- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710–724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 4, 519-543. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200004\)56:4%3C519::aid-jclp6%3E3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4%3C519::aid-jclp6%3E3.0.co;2-1)
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill patients: A two year- longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1881-1885. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1881>
- Pargament, K.I. (2008). The sacred character of community life. *American Journal of Community Psychology*, 41(1–2), 22–34. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9150-z>
- Pargament, K. I., Cummings, J. (2010). Anchored by faith: Religion as a resilience factor. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 193–210). The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Feuille, M., Burdzy, D. (2011). The brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping, *Religions*, 2(1), 51 – 76. <https://doi.org/10.3390/rel201005>
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., Hahn, J. (2001b). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1881–5.
- Pariseau, E.M., Chevalier, L., Muriel, A.C., Long, K.A. (2019). Parental Awareness of Sibling Adjustment: Perspectives of Parents and Siblings of Children With Cancer. *Journal of*

- Family Psychology*. Advance online publication.
<https://dx.doi.org/10.1037/fam0000615>
- Park, C.L. (2022). Meaning Making Following Trauma. *Frontiers in Psychology*, 13, 844891.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.844891>
- Park, C.L., Dibble, K.E., Sinnott, S., Sanft, T., Bellizzi, K.M. (2020). Resilience trajectories of cancer survivors: a meaning-making perspective. In: Altmaier, E.M. (ed.). *Navigating Life Transitions for Meaning*. Academic Press, 129-144.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818849-1.00008-4>.
- Park, C.L., Gutierrez, I.A. (2013). Global and situational meanings in the context of trauma: Relations with psychological well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 26,1, 8-25. <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2012.727547>
- Park, C.L. (2008). Testing the meaning making model of coping with loss. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 970–994.
- Park, C.L., Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115–144.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Park, C. L., Slattery, J. M. (2013). Religion, spirituality, and mental health. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 540–559). The Guilford Press.
- Park, C. L., Holt, C. L., Le, D., Christie, J., Williams, B. R. (2018). Positive and Negative Religious Coping Styles as Prospective Predictors of Well-Being in African Americans. *Psychology of religion and spirituality*, 10(4), 318–326.
<https://doi.org/10.1037/rel0000124>

- Park, C. L., Finkelstein-Fox, L., Russell, B. S., Fendrich, M., Hutchison, M., Becker, J. (2021). Psychological resilience early in the COVID-19 pandemic: Stressors, resources, and coping strategies in a national sample of Americans. *American Psychologist*, 76(5), 715–728. <https://doi.org/10.1037/amp0000813>
- Park, C. L., Blake, E. B. (2020). Resilience and recovery following disasters: The meaning making model. In: Schulenberg, S.E. (Ed.), *Positive psychological approaches to disaster: Meaning, resilience, and post-traumatic growth* (pp. 9–25). Springer.
- Park, C.L. Boals, A. (2021). Current assessment and interpretation of perceived post-traumatic growth. In F.J. Infurna and E. Jayawickreme (Eds.) *Redesigning Research on Post-Traumatic Growth*. Oxford University Press.
- Park, C. L. (2017). Distinctions to promote an integrated perspective on meaning: Global meaning and meaning-making processes. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(1), 14–19. <https://doi.org/10.1080/10720537.2015.1119082>
- Perez, M.N., Sharkey, C.M., Tackett, A.P., Delozier, A.M., Bakula, D.M., Gamwell, K.L., Meyes, S., McNall, R., Chaney, J.M., Clawson, A.H., Mullins, L.L. (2018). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer: A mediation model. *Pediatric Hematology and Oncology*, 35, 4, 231-244. <https://doi.org/10.1080/08880018.2018.1524954>
- Peterson, Ch., Nansook, P., Seligman, M. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41. <https://doi.org/10.1080/17439760902933690>.
- Pierce, L., Hocking, M.C., Schwartz, L.A., Alderfer, M.A., Kazak, A.E., Barakat, L.P. (2016). Caregiver distress and patient health-related quality of life: psychosocial screening

- during pediatric cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 26, 1555-1561. <https://doi.org/10.1002/pon.4171>.
- Pietnoczko, M., Steuden, S. (2020). The need for social support and the health condition of parents of children with cancer. *Palliative Medicine in Practice*, 14, 3, 157-165. <https://doi.org/10.5603/PMPI.2020.0014>
- Pokropek, A. (2011). Missing by Design: Planned Missing-Data Designs in Social Science. *ASK Research and Methods*, 20, 81-105.
- Pokropek, A. (2018). Wybrane statystyczne metody radzenia sobie z brakami danych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23, 2, 291-310. <https://doi.org/10.14656/PFP20180205>
- Pomerleau, J. M., Pargament, K. I., Krause, N., Ironson, G., Hill, P. (2020). Religious and spiritual struggles as a mediator of the link between stressful life events and psychological adjustment in a nationwide sample. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(4), 451–459. <https://doi.org/10.1037/rel0000268>
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat
- Posten, A. C., Steinmetz, J. (2022). Who's a yea-sayer? Habitual trust and affirmative response behavior. *European Journal of Social Psychology*, 52(3), pp. 584-596. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2839>
- Prati, G., Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364–388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>
- Purow, B., Alisanski, S., Putnam, G., Ruderman, M. (2011). *Spirituality and pediatric cancer*. *Southern Medical Journal*, 104, 299–302. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3182083f40>.

- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl. Psych. Meas.*, 1, 385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Randolph, Justus J.; Falbe, Kristina; Manuel, Austin Kureethara; and Balloun, Joseph L. (2019). A Step-by-Step Guide to Propensity Score Matching in R, *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 19, 18. <https://doi.org/10.7275/n3pv-tx27>
- Resick, P. A., Monson, C. M., Rizvi, S. L. (2013). Posttraumatic stress disorder. *Psychopathology: History, diagnosis, and Empirical Foundations*, 244–284.
- Robitzsch, A., Grund, S., Henke, T. (2020). Miceadds: Some additional multiple imputation functions, especially for mice. *R package version*, 3(9).
- Rosellini, A. J., Coffey, S. F., Tracy, M., Galea, S. (2014). A person- centered analysis of posttraumatic stress disorder symptoms following a natural disaster: Predictors of latent class membership. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 16–24.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.janxdis.2013.11.002>
- Rosenbaum, P.R, Rubin, D.B. (1985). Constructing a control-group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity score. *Am Stat.* 39, 1, 33–38.
- Rubin, D. B. (1976). Inference and Missing Data. *Biometrika*, 63, 581-590.
<https://dx.doi.org/10.1093/biomet/63.3.581>
- Rudaz, M., Ledermann, T., Grzywacz, J. G. (2018). Spiritual coping, perceived growth, and the moderating role of spiritual mindfulness in cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*, 36(5), 609–623.
<https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1464091>

- Ruini, C., Cesetti, G. (2019). Spotlight on eudaimonia and depression. A systematic review of the literature over the past 5 years. *Psychology research and behavior management*, 12, 767–792. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S178255>
- Ruiz-Frutos, C., Ortega-Moreno, M., Allande-Cusso, R., Dominguez-Salas, S., Dias, A., Gomez-Salgado, J. (2020). Health-related factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic among non-health workers in Spain. *Safety Science*, 133, 133. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104996>
- Russell, B.S., Adamsons, K., Hutchison, M., Francis, J. (2021). Parent’s Well-Being and Emotion Regulation During Infancy: The Mediating Effects of Coping. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/10664807211022230>
- Russell, B. S., Hutchison, M., Park, C. L., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L. (2022). Short-term impacts of COVID-19 on family caregivers: Emotion regulation, coping, and mental health. *Journal of clinical psychology*, 78(2), 357–374. <https://doi.org/10.1002/jclp.23228>
- Ryan, R., Huta, V., Deci, E.L. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139–170. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Rydzewski, P. (2010). Metody analizy danych w socjologicznych badaniach rozwodów. *Rocznik Nauk Społecznych*, 2, 38, 275-298.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is It? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069-1081. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., Singer, B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28, https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1.
- Ryff, C. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff C. D. (2021). Spirituality and Well-Being: Theory, Science, and the Nature Connection. *Religions*, 12(11), 914. <https://doi.org/10.3390/rel12110914>
- Rzeszutek, M., Gruszczyńska, E., Firląg-Burkacka, E. (2017). Coping profiles and subjective well-being among people living with HIV: less intensive coping corresponds with better well-being. *Quality of Life Research*, 26, 2805–2814. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1612-7>
- Sacre, J.W., Holmes-Truscott, E., Salim, A., Anstey, K.J., Drummond, G.R., Huxley, R.R., Magliano, D.J., van Wijngaarden, P., Zimmet, P.Z., Speight, J., et al. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic and lockdown restrictions on psychosocial and behavioural outcomes among Australian adults with type 2 diabetes: Findings from the PREDICT cohort study. *Diabetic Medicine*, 38, e14611.
- Samardakiewicz M. (2011) Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych u dzieci. W: Kowalczyk J.R. (red.) *Wprowadzenie do onkologii i hematologii dziecięcej: skrypt dla lekarzy specjalizujących się w onkologii i hematologii dziecięcej*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, s. 163- 171.

- Santacroce, S. J., Kneipp, S. M. (2020). Influence of pediatric cancer-related financial burden on parent distress and other stress-related symptoms. *Pediatric blood & cancer*, 67(3), e28093. <https://doi.org/10.1002/pbc.28093>
- Santos, S., Crespo, C., Canavarro, M. C., Kazak, A. E. (2018). Family rituals when children have cancer: A qualitative study. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 32(5), 643–653. <https://doi.org/10.1037/fam0000419>
- Schellekens, M. P. J., van der Lee, M. L. (2020). Loneliness and belonging: Exploring experiences with the COVID-19 pandemic in psycho-oncology. *Psycho-oncology*, 29(9), 1399–1401. <https://doi.org/10.1002/pon.5459>
- Schnell, T., Keenan, W. J. F. (2013). The Construction of Atheist Spirituality: A Survey-Based Study. In H. Westerink (Ed.), *Constructs of Meaning and Religious Transformation* (pp. 101-118). Vienna: Vandenhoeck & Ruprecht unipress. <https://doi.org/10.14220/9783737000994.101>
- Schumacker, R. E., Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Psychology press.
- Schweitzer, R., Griffiths, M., Yates, P. (2011). Parental experience of childhood cancer using interpretative Phenomenological Analysis. *Psychology and Health*, 27 (6), 704-720, <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.622379>
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Sęk, H., Ziarko, M. (2017). Człowiek w sytuacji przewlekłej choroby. *Czasopismo Psychologiczne- Psychological Journal*, 23, 1, 89-96, <https://doi.org/10.14691/CP PJ.23.1.89>

- Sharp, K., Tillery, R., Long, A., Wang, F., Pan, H., Phipps, S. (2022). Trajectories of resilience and posttraumatic stress in childhood cancer: Consistency of child and parent outcomes. *Health Psychology*, 41(4), 256–267.
<https://doi.org/10.1037/hea0001132>
- Sinnott, S.M., Park, C.L., Huedo-Medina, T.B. (2022). Cognitive Coping Reduces Posttraumatic Stress Symptoms, Especially in the Context of Self-Blame. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*,
<https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2061879>
- Sisco, M., Constantino, S., Gao, Y., Tavoni, M., Cooperman, A., Bosetti, V., Weber, E. (2020). A Finite Pool of Worry or a Finite Pool of Attention? *Evidence and Qualifications*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-98481/v1>.
- Smirnov, O., Hsieh, P. H. (2022). COVID-19, climate change, and the finite pool of worry in 2019 to 2021 Twitter discussions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(43), e2210988119.
<https://doi.org/10.1073/pnas.2210988119>
- Smith, B. W., Pargament, K. I., Brant, C., Oliver, J. M. (2000). Noah revisited: Religious coping by church members and the impact of the 1993 Midwest flood. *Journal of Community Psychology*, 28(2), 169–86. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200003\)28:2%3C169::AID-JCOP5%3E3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200003)28:2%3C169::AID-JCOP5%3E3.0.CO;2-I)
- Sołtys, A., Bidzan, M., Tyburski, E. (2021). The Moderating Effects of Personal Resources on Caregiver Burden in Carers of Alzheimer's Patients. *Frontiers in psychiatry*, 12, 772050. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.772050>
- Springer, K. W., Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, 35, 1120–1131.

- Springer, K. W., Pudrovska, T., Hauser, R. M. (2011). Does Psychological Well-Being Change with Age?: Longitudinal Tests of Age Variations and Further Exploration of the Multidimensionality of Ryff's Model of Psychological Well-Being. *Social science research*, 40(1), 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.05.008>
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Steger, M.F., Oishi, S., Kashdan, T.B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 43–52.
- Stein, N., Folkman, S., Trabasso, T., Richards, T. A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of psychological well-being in bereaved caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 872–884. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.4.872>
- Steliarova-Foucher, E., Colombet, M., Ries, L., Moreno, F., Dolya, A. (2017). International incidence of childhood cancer, 2001-2010: a population- based registry study. *The Lancet Oncology*, 18, 6, 719-731. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30186-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30186-9)
- Straud, C. L., McNaughton-Cassill, M. (2019). Self-blame and stress in undergraduate college students: The mediating role of proactive coping. *Journal of American college health*, 67(4), 367–373. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1484360>
- Tan, K. R., Santacrose, S. J., Wood, W. A., Mayer, D. K., Santos, H., Mucha, P. J., Schwartz, T. A., Fredrickson, B. L. (2021). Positive psychological states and stress responses in caregivers of adults receiving an allogeneic bone marrow transplant: A study protocol. *Journal of advanced nursing*, 77(4), 2073–2084. <https://doi.org/10.1111/jan.14742>

- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173.
<https://doi.org/10.1037/0003066X.38.11.1161>
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social science & medicine*, 63(1), 151–164.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.055>
- Tingley, D., Yamamoto, T., Hirose, K., Keele, L., & Imai, K. (2014). Mediation: R package for causal mediation analysis.
- Toffalini, E., Veltri, A., Cornoldi, C. (2015). Metacognitive aspects influence subjective well-being in parents of children with cancer. *Psycho-Oncology*, 24, 175-180.
<https://doi.org/10.1002/pon.3622>
- Trevino, K. M., Archambault, E., Schuster, J., Richardson, P., Moye, J. (2012). Religious coping and psychological distress in military veteran cancer survivors. *Journal of Religion and Health*, 51(1), 87–98.
- Trochim, W. M., Donnelly, J. P. (2006). The research methods knowledge base (edition 3). Cincinnati, OH: Atomic Dog.
- Ullman, J. B. (2001). Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell. *Using Multivariate Statistics* (4th ed& pp 653- 771). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Umucu, E., Lee, B. (2020). Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation Psychology*. <https://doi.org/10.1037/rep0000328193>
- Unser, A., Riegel, U. (2022). Making sense of the crisis: how religion shapes the attribution of meaning during the corona pandemic. *Zeitschrift für Religion, Gesellschaft und Politik*. <https://doi.org/10.1007/s41682-022-00135-y>

- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401–408.
- van Uden, R., Zondag, H. (2016). Religion as an Existential Resource: On Meaning-Making, Religious Coping and Rituals. *European Journal of Mental Health*, 11(1-2), 3-17. <https://doi.org/10.5708/EJMH.11.2016.1-2.1>
- van Warmerdam, J., Zabih, V., Kurdyak, P., Sutradhar, R., Nathan, P. C., Gupta, S. (2019). Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. *Pediatric blood & cancer*, 66(6), e27677. <https://doi.org/10.1002/pbc.27677>
- Verberne, L.M., Kars, M.C., Schouten-van Meeteren, A.Y.N., van den Bergh, E.M.M., Bosman, D.K., Colenbrander, D.A., Grootenhuis, M.A., van Delden, J.J.M. (2019). Parental experiences and coping strategies when caring for a child receiving paediatric palliative care: a qualitative study. *European Journal of Pediatrics*, 178, 1075–1085. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03393-w>
- Viney, L. L. (1986). Expression of positive emotion by people who are physically ill: Is it evidence of defending or coping? *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 27–34. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(86\)90062-0](https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90062-0)
- Vitorino, L.M., Lopes-Junior, L.C., Oliveira G.H., Tenaglia, M., Brunheroto, A., Cortez, P.J., Lucchetti, G., (2018). Spiritual and religious coping and depression among caregivers of pediatric cancer patients in latin America. *Psycho-Oncology*, 27,8, 1900-1907, <https://doi.org/10.1002/pon.4739>
- Vittersø, J. (2003). Flow versus life satisfaction: A projective use of cartoons to illustrate the difference between the evaluation approach and the intrinsic motivation approach to subjective quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 4, 141–167. <https://doi.org/10.1023/A:1024413112234>

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Ward, T.G., Regent, U. (2014). Religious coping and posttraumatic growth among children of parental cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 75.
- Ward, J., Murray, P., Powers, K., Smith, J., Hellsten, M. (2020). The Impact of Parent Distress on Symptoms and Quality of Life Experienced By Children Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation or Chimeric Antigen Receptor T-Cell Therapy: An Argument for Increased Parent Support. *Biology of Blood & Marrow Transplantation. Supplement*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2019.12.188>.
- Waterman, A.S., Schwartz, S.J., Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies*, 9, 41-79. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9020-7>.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (Eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678–691. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Waterman, A. S., Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Ravert, R. D., Williams, M. K., Agocha, V. B., Kim, S. Y., Donnellan, M. B. (2010). The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *The journal of positive psychology*, 5(1), 41–61. <https://doi.org/10.1080/17439760903435208>

- Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L. (2006). Nice to know you: Positive emotions, self-other overlap, and complex understanding in the formation of a new relationship. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 93–106. <https://doi.org/10.1080/17439760500510569>
- Weber, E. U. (2006). Experience-based and description-based perceptions of long-term risk: Why global warming does not scare us (yet). *Climatic Change*, 70, 103-120.
- Wikman, A., Ljungman, L., Pingel, R., Hagedoorn, M., Sanderman, R., von Essen, L., & Cernvall, M. (2017). The interdependence of posttraumatic stress symptoms in parental dyads during and after their child's treatment for cancer. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 56(12), 1698–1704. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1355562>
- Wimberly, C. E., Towry, L., Caudill, C., Johnston, E. E., Walsh, K. M. (2021). Impacts of COVID-19 on caregivers of childhood cancer survivors. *Pediatric blood & cancer*, 68(4), e28943. <https://doi.org/10.1002/pbc.28943>
- Wink, P., Dillon, M. (2003). Religiousness, Spirituality, and Psychosocial Functioning in Late Adulthood: Findings From a Longitudinal Study. *Psychology and Aging*, 18(4), 916–924. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.4.916>
- Włodarczyk, D., Wrześniewski, K. (2010). Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS). *Przegląd Psychologiczny*, 53, 4, 479-496.

- Wortman, C. B., Silver, R. C. (1987). Coping with irrevocable loss. In G. R. VandenBos & B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (pp. 185–235). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/111106-005>
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet. Psychiatry*, 7(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)300468](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)300468)
- Xu J. (2016). Pargament's Theory of Religious Coping: Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice. *British journal of social work*, 46(5), 1394–1410. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv080>
- Xu, B., Ng, M. S. N., So, W. K. W. (2021). A review of the prevalence, associated factors and interventions of psychological symptoms among cancer patients in the Chinese Mainland during the COVID-19 pandemic. *Ecancermedicalscience*, 15, 1332. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1332>
- Yang, F. (2021). Coping strategies, cyberbullying behaviors, and depression among Chinese netizens during the COVID-19 pandemic: a web-based nationwide survey. *Journal of Affective Disorders* 281, 138–144. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.023>
- Yang, H. C., Brothers, B. M., Andersen, B. L. (2008). Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping? *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 35(2), 188–197. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9016-0>
- Zalewska M. (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą*. Warszawa: Wydawnictwo Santorski &CO
- Zasępa, E. (2020). Rodzina z dzieckiem z zaburzeniami rozwoju. W: Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L., Borkowska, A.R. (red.). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.

Zhang, D. C., Renshaw, T. L. (2020). Personality and college student subjective wellbeing:

A domain-specific approach. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary*

Forum on Subjective Well-Being, 21(3), 997–1014.

<https://doi.org/10.1007/s10902-019-00116-8>

Ziółkowska, N., Bargiel-Matusiewicz, K., Gruszczyńska, E. (2020). Emotional State of

Parents of Children with Cancer: Examining Religious and Meaning-Focused Coping.

Religions, 11, 132, 1-11. <https://doi.org/10.3390/re111030132>

Ziółkowska, N., Bargiel-Matusiewicz, K., Gruszczyńska, E. (2022). Eudaimonic and Hedonic

Psychological Well-Being among Parents of Children with Cancer before and during

the COVID-19 Pandemic: A Comparative Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical*

Medicine, 11, 1113. <https://doi.org/10.3390/jcm11041113>

Załączniki

1. Skala Dobrostanu Psychicznego
2. Kwestionariusz Emocji KSE
3. Skala Religijnego Radzenia Sobie ze Stresem
4. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini- COPE
5. Skala CES-D
6. Ankieta socjodemograficzna i kliniczna własnego autorstwa

SKALA DOBROSTANU PSYCHICZNEGO

Poniżej znajdują się twierdzenia dotyczące tego, co Pani/Pan myśli o sobie samym(ej) oraz osobistym życiu. Proszę uważnie przeczytać każde z twierdzeń i określić, w jakim stopniu zgadza lub nie zgadza się Pani/Pan z nim, **zakreślając kółkiem wybraną cyfrę** spośród znajdujących się obok twierdzenia. Poszczególne cyfry oznaczają:

- 1 – zdecydowanie nie zgadzam się**
- 2 – nie zgadzam się**
- 3 – raczej nie zgadzam się**
- 4 – nie mam zdania**
- 5 – raczej zgadzam się**
- 6 – zgadzam się**
- 7 – zdecydowanie zgadzam się**

Nie ma tutaj odpowiedzi dobrych, ani złych. Proszę ustosunkować się do wszystkich stwierdzeń.

1. Nie obawiam się wyrażać swoich opinii, nawet wtedy gdy są one sprzeczne z opiniami większości ludzi.	1	2	3	4	5	6	7
2. Na ogół mam poczucie, że panuję nad sytuacją, w której się znajduję.	1	2	3	4	5	6	7
3. Nie interesuję się działaniami, które rozszerzają moje horyzonty myślenia.	1	2	3	4	5	6	7
4. Większość ludzi spostrzega mnie jako kochającą i czułą osobę.	1	2	3	4	5	6	7
5. Żyję dniem dzisiejszym i nie zastanawiam się wiele nad przyszłością.	1	2	3	4	5	6	7
6. Kiedy patrzę na moje dotychczasowe życie, to jestem zadowolony z rzeczy, które się wydarzyły.	1	2	3	4	5	6	7
7. Na moje decyzje nie ma dużego wpływu to, jak postępują inni ludzie.	1	2	3	4	5	6	7
8. Wymagania codziennego życia często mnie przytłaczają.	1	2	3	4	5	6	7
9. Myślę, że ważne jest posiadanie nowych doświadczeń, które stanowią wyzwanie dla dotychczasowego myślenia o sobie samym i świecie.	1	2	3	4	5	6	7
10. Utrzymywanie bliskich relacji z innymi osobami jest dla mnie trudne i stresujące.	1	2	3	4	5	6	7
11. Posiadam kierunek i cel w życiu.	1	2	3	4	5	6	7
12. Na ogół, czuję się pewny i zadowolony z siebie.	1	2	3	4	5	6	7
13. Często ulegam ludziom mającym silne przekonania.	1	2	3	4	5	6	7
14. Uważam, że nie pasuję do ludzi i grupy społecznej, w której żyję.	1	2	3	4	5	6	7
15. Kiedy myślę o swoim osobistym rozwoju, to uważam, że nie był on duży w ostatnich latach.	1	2	3	4	5	6	7
16. Czuję się często samotny, ponieważ mam niewielu przyjaciół, z którymi mogę szczerze porozmawiać.	1	2	3	4	5	6	7
17. Na dobrą sprawę nie wiem, co próbuję osiągnąć w życiu.	1	2	3	4	5	6	7
18. Myślę, że wielu ludzi, których znam, dostało więcej dobrego od życia niż ja.	1	2	3	4	5	6	7

19. Jestem przekonany do własnych opinii, nawet wtedy, gdy są one sprzeczne z ogólnymi poglądami.	1	2	3	4	5	6	7
20. Dobrze radzę sobie z wieloma wymaganiami codziennego życia.	1	2	3	4	5	6	7
21. Myślę, że bardzo rozwinąłem swoje możliwości jako osoba.	1	2	3	4	5	6	7
22. Czerpię przyjemność ze spotkań i rozmów z członkami rodziny i przyjaciółmi.	1	2	3	4	5	6	7
23. Codzienne sprawy, które wykonuję, często wydają mi się błahe i nieważne.	1	2	3	4	5	6	7
24. Lubię większość swoich cech charakteru.	1	2	3	4	5	6	7
25. Trudno mi jest zabierać głos w kontrowersyjnych sprawach.	1	2	3	4	5	6	7
26. Czuję się często przytłoczony przez moje obowiązki.	1	2	3	4	5	6	7
27. Moje życie polega na nieustannym uczeniu się, zmianach i rozwoju.	1	2	3	4	5	6	7
28. Ludzie określili by mnie jako osobę, która chętnie poświęca czas innym.	1	2	3	4	5	6	7
29. Czerpię radość z tworzenia planów na przyszłość i wprowadzania ich w życie.	1	2	3	4	5	6	7
30. Pod wieloma względami czuję się rozczarowany moimi osiągnięciami w życiu.	1	2	3	4	5	6	7
31. Często martwię się tym, co inni ludzie myślą o mnie.	1	2	3	4	5	6	7
32. Mam trudności z ułożeniem sobie życia w satysfakcjonujący dla mnie sposób.	1	2	3	4	5	6	7
33. Zrezygnowałem z prób wprowadzania dużych zmian lub udoskonalania swojego życia.	1	2	3	4	5	6	7
34. Jak dotąd, nie doświadczyłem wielu ciepłych i bliskich relacji z innymi ludźmi.	1	2	3	4	5	6	7
35. Nie należę do ludzi, którzy wędrują przez życie bez żadnego celu.	1	2	3	4	5	6	7
36. Moja postawa wobec siebie nie jest tak pozytywna, jak u większości innych ludzi.	1	2	3	4	5	6	7
37. Osądzam siebie na podstawie tego, co sam uważam za ważne, a nie tego, co myślą inni.	1	2	3	4	5	6	7
38. Potrafiłem wytworzyć sobie środowisko i styl życia, który mi odpowiada.	1	2	3	4	5	6	7
39. Nie lubię przebywać w nowym otoczeniu, które oczekuje ode mnie zmiany moich starych przyzwyczajeń i nawyków.	1	2	3	4	5	6	7
40. Wiem, że mogę zaufać moim przyjaciołom, i oni wiedzą, że mogą mi zaufać.	1	2	3	4	5	6	7
41. Czasami czuję się, jakbym zrobił już w życiu wszystko, co jest do zrobienia.	1	2	3	4	5	6	7
42. Kiedy porównuję siebie do moich przyjaciół i znajomych, to czuję się zadowolony z tego, że kim jestem.	1	2	3	4	5	6	7

Proszę zaznaczyć, w jakim stopniu Pani/Pan tak się czu/a podczas ostatnich 4 tygodni:	w ogóle	trochę	umiarko- wanie	dość mocno	bardzo silnie
szczęśliwa/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nerwowa/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cicha/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smutna/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
podekscytowana/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znudzona/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zadowolona/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
markotna/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drażliwa/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zrelaksowana/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktywna/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ospała/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spokojna/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entuzjastyczna/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bierna/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Płeć: K M Wiek

Następujące pytania odnoszą się do sposobów, w jaki radzisz sobie z negatywnymi wydarzeniami w Twoim życiu. Istnieje wiele sposobów w jaki człowiek próbuje rozwiązywać problemy. Nas interesuje to, w jaki sposób Ty radzisz sobie z tymi wydarzeniami. Każde pytanie mówi o jakimś szczególnym sposobie radzenia sobie. Chcemy się dowiedzieć w jakim zakresie zrobiłeś tak, jak mówi dane pytanie, jak bardzo lub jak często. Nie opieraj swojej odpowiedzi na tym, czy ten sposób radzenia był skuteczny, ale czy tak zrobiłeś, czy nie. Spróbuj ocenić każde pytanie niezależnie od pozostałych. Wybierz odpowiedź jak najbliższe prawdzie. Właściwą odpowiedź zakreśl kółkiem.

	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Nie mam zdania	Raczej tak	Zdecydowanie tak
1. Szukałem silniejszej łączności z Bogiem	1	2	3	4	5
2. Poszukiwałem Bożej miłości i opieki.	1	2	3	4	5
3. Poszukiwałem pomocy od Boga, żeby pozbyć się złości.	1	2	3	4	5
4. Próbowałem realizować plany zgodnie z wolą Bożą.	1	2	3	4	5
5. Próbowałem dostrzec jak Bóg może próbować wzmocnić mnie w tej sytuacji.	1	2	3	4	5
6. Prosiłem o odpuszczenie grzechów.	1	2	3	4	5
7. Koncentrowałem się na religii, aby przestać się martwić moimi problemami.	1	2	3	4	5
8. Zastanawiałem się czy Bóg mnie opuścił.	1	2	3	4	5
9. Czułem się ukarany za brak oddania się Bogu.	1	2	3	4	5
10. Zastanawiałem się, co uczyniłem, że Bóg mnie ukarał.	1	2	3	4	5
11. Kwestionowałem miłość Bożą do mnie.	1	2	3	4	5
12. Zastanawiałem się, czy mój Kościół opuścił mnie.	1	2	3	4	5
13. Uznałem, że szatan to spowodował.	1	2	3	4	5
14. Podważałem moc Bożą.	1	2	3	4	5

©Copyright by Marek Jarosz
Katedra Psychologii Społecznej i Psychologii Religii
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Lublin 2008

Wersja eksperymentalna, wyłącznie do badań
prowadzonych przez Katedrę PSiPR

Charles Carver
Mini-COPE
 Adaptacja: Zygfryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik

..... wiek płeć M K data

Ludzie różnie reagują, gdy natrafiają w swoim życiu na trudne czy stresujące zdarzenia. Ze stresem można sobie radzić w różny sposób. Kwestionariusz ma ustalić, jak zazwyczaj zachowujesz się, gdy doświadczasz tego typu zdarzeń. Jest zrozumiałe, że różne zdarzenia wywołują różne reakcje, lecz co Ty zazwyczaj robisz, gdy przeżywasz bardzo nieprzyjemne zdarzenie?

W każdym wierszu należy zaznaczyć jedną, najbardziej właściwą dla siebie odpowiedź, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę (0–1–2–3). Nie należy opuszczać żadnego stwierdzenia.

Poszczególne cyfry oznaczają:

0 = prawie nigdy tak nie postępuję

1 = rzadko tak postępuję

2 = często tak postępuję

3 = prawie zawsze tak postępuję

Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj:

1. Zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć	0	1	2	3
2. Moje wysiłki koncentrują się na tym, aby coś z tą sytuacją zrobić	0	1	2	3
3. Mówię do siebie „to nieprawda”	0	1	2	3
4. Piję alkohol lub zażywam inne środki, aby poczuć się lepiej	0	1	2	3
5. Uzyskuję wsparcie emocjonalne od innych	0	1	2	3
6. Rezygnuję z prób osiągnięcia celu	0	1	2	3
7. Podejmuję działania, aby poprawić tę sytuację	0	1	2	3
8. Nie chcę uwierzyć, że to naprawdę się zdarzyło	0	1	2	3
9. Mówię o rzeczach, które pozwalają mi uciec od nieprzyjemnych uczuć	0	1	2	3
10. Szukam rady i pomocy u innych odnośnie tego, co należy zrobić	0	1	2	3
11. Piję alkohol lub zażywam inne środki, co pomaga mi przez to przejść	0	1	2	3
12. Staram się zobaczyć to w innym, bardziej pozytywnym świetle	0	1	2	3
13. Krytykuję samego siebie	0	1	2	3
14. Staram się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić	0	1	2	3
15. Otrzymuję otuchę i zrozumienie od innych	0	1	2	3

Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj:

16. Rezygnuję z poradzenia sobie z tym	0	1	2	3
17. Szukam dobrych stron w tym, co się zdarzyło	0	1	2	3
18. Żartuję na ten temat	0	1	2	3
19. Robię coś, aby mniej o tym myśleć, np. idę do kina, oglądam TV, czytam, śnię na jawie, śpię lub robię zakupy	0	1	2	3
20. Akceptuję fakt, że to się już stało	0	1	2	3
21. Ujawniam swoje negatywne emocje	0	1	2	3
22. Staram się znaleźć ukojenie w religii czy w swojej wierze	0	1	2	3
23. Otrzymuję pomoc lub poradę od innych osób	0	1	2	3
24. Uczę się z tym żyć	0	1	2	3
25. Poważnie zastanawiam się nad tym, jakie kroki należy podjąć	0	1	2	3
26. Obwiniam siebie za to, co się stało	0	1	2	3
27. Modłę się lub medytuję	0	1	2	3
28. Traktuję tę sytuację jak zabawę	0	1	2	3

Poniżej znajduje się lista odczuć lub zachowań. Zaznacz jak często czułeś się w dany sposób w minionym tygodniu.

Podczas minionego tygodnia

	Rzadko lub wcale (mniej niż 1 dzień)	Przez niepełny czas (1-2 dni)	Czasem lub przez umiarkowany okres (3-4 dni)	Przeważnie lub cały czas (5-7 dni)
1. Przeszkadzały mi rzeczy, które zazwyczaj mi nie przeszkadzają.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nie miałem ochoty jeść; mój apetyt był słaby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czułem, że nie mogę otrząsnąć się z chandry, nawet z pomocą rodziny lub przyjaciół.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czułem, że jestem tak samo dobry jak inni ludzie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Było mi ciężko skoncentrować się na tym co robię.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czułem się przygnębiony.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czułem, że cokolwiek robię, wymaga wysiłku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Optymistycznie patrzyłem w przyszłość.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Miałem poczucie, że moje życie to porażka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czułem strach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mój sen był niespokojny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Byłem szczęśliwy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mówiłem mniej niż zwykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czułem się samotny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ludzie byli nastawieni nieprzyjaźnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Czerpałem radość z życia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Miałem napady płaczu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Było mi smutno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Czułem, że ludzie mnie nie lubią.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Nie byłem w stanie się za nic zabrać.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Radloff LS 1977. Appl Psych Meas. 1:385-401. Adaptacja: Jankowski KS 2016. J Affect Disord. 196:47-53

ANKIETA SOCJODEMOGRAFICZNA I KLINICZNA

Na potrzeby niniejszych badań chciałabym poprosić Panią/ Pana o wypełnienie ankiety dotyczącej sytuacji zachorowania i leczenia dziecka, jak również informacji zawierających podstawowe dane socjodemograficzne. Proszę zaznaczyć kwadracik lub wpisać informacje.

Poniżej widnieje spersonalizowany identyfikator w postaci algorytmu, który zapewnia anonimowość i posłuży do identyfikowania kwestionariuszy od jednej osoby. Proszę go uzupełnić, zgodnie z instrukcją.

1. Identyfikator osoby badanej

Pierwsza litera imienia	Pierwsza cyfra roku urodzenia	Druga cyfra roku urodzenia	Trzecia cyfra roku urodzenia	Czwarta cyfra roku urodzenia	Pierwsza litera nazwiska

2. Płeć osoby badanej: kobieta mężczyzna

3. Wiek osoby badanej (w latach):

4. Wykształcenie:

- podstawowe
 średnie
 zawodowe
 wyższe niepełne
 wyższe

14. Czy dziecko jest w trakcie przygotowań do operacji?

- Tak
 Nie

15. Czy dziecko jest w trakcie przygotowań do przeszczepu:

- Tak
 Nie

16. Czy dziecko ma rodzeństwo?

- Tak
 Nie

17. Czy obecnie jest Pani/ Pan w związku małżeńskim lub stałym związku niesformalizowanym?

- Tak
 Nie

18. Wyznanie, religia:

- katolicyzm
 prawosławie
 protestantyzm
 osoba niewierząca
 inne

19. Odległość miejsca zamieszkania od Kliniki:

- do 15 km
 15-30 km
 31-50 km
 51-100 km
 więcej niż 100 km

5. Wiek dziecka chorującego (w latach):

- w momencie rozpoznania:
 ▪ obecnie:

6. Płeć dziecka chorującego: córka syn

7. Typ nowotworu (rozpoznanie) u dziecka:

.....

8. Stopień zaawansowania choroby:

- I stopień zaawansowania
 II stopień zaawansowania
 III stopień zaawansowania
 IV najwyższy stopień zaawansowania

9. Proszę podać w miesiącach czas, który minął od momentu zachorowania:

10. Jeśli nastąpiła wznowa, to czas (w miesiącach), który upłynął od zakończenia pierwszego leczenia to:

11. Jak dziecko jest obecnie leczone:

- chemioterapia
 radioterapia
 leczenie wspomagające

12. Czas leczenia obecną metodą w miesiącach

13. Czy dziecko jest aktualnie hospitalizowane? Jeśli tak, jak długo?

- Tak, proszę podać czas hospitalizacji w miesiącach.....
 Nie

20. Kto najczęściej pozostawał z dzieckiem w czasie pobytu w szpitalu?

- matka
 ojciec
 i matka, i ojciec
 rodzeństwo
 dziadkowie
 inna osoba
 dziecko pozostaje najczęściej samo na oddziale

21. Czy w trakcie leczenia dziecka pracuje Pani/ Pan zawodowo?

- Tak
 Nie

22. Sytuacja ekonomiczna Pani/ Pana rodziny:

- Znacznie powyżej przeciętnej
 Powyżej przeciętnej
 Przeciętna
 Poniżej przeciętnej
 Znacznie poniżej przeciętnej

**Proszę się upewnić, że wszystkie punkty zostały uzupełnione.
 Bardzo serdecznie dziękuję!**