

Rola stresu w dysfunkcjach seksualnych, na przykładzie rodziców dzieci chorych na epilepsję

The role of stress in sexual dysfunctions, on the example of parents of children suffering from epilepsy

Andżelika Murjas

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wielkopolskim

Streszczenie

Wstęp: W niniejszej pracy podjęto próbę przedstawienia, jak stres wynikający z sytuacji życiowej rodziców dzieci chorych na epilepsję wpływa na powstanie problemów i zaburzeń seksualnych.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 67 rodziców, każda para z co najmniej jednym dzieckiem chorym na epilepsję. Autorka założyła następujące hipotezy: 1) osoby z wysokim natężeniem stresu będą częściej posiadały zaburzenia seksualne od osób z niższym natężeniem stresu; 2) u rodziców dzieci długotrwale chorych na padaczkę będą częściej występowały zaburzenia seksualne, w przeciwieństwie do rodziców z krótszą ekspozycją na skutki choroby swoich dzieci.

W celu zweryfikowania postawionych hipotez użyto standaryzowanych kwestionariuszy służących ocenie natężenia stresu oraz ocenie zaburzeń seksualnych.

Wyniki: Według przeprowadzonych badań zaobserwowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie czternastu z dwudziestu badanych wymiarów zaburzeń seksualnych, między innymi: chęć i potrzeba kontaktów płciowych, częstość orgazmów, częstotliwość stosunków, podniecenie przed stosunkiem, odczucia podczas stosunku, w przypadku kobiet oceny samej siebie jako partnerki seksualnej. W pozostałych sześciu wymiarach natężenie stresu nie stanowiło czynnika różnicującego.

Wnioski: W ocenie badania potwierdzono pierwszą hipotezę. Formułując drugą hipotezę, autorka kierowała się dwoma założeniami: po pierwsze doświadczenie stresu jest procesem, w którego przebiegu następują po sobie 3 fazy nazywane przez Selye kolejno: reakcją alarmową, stadium odporności, stadium wyczerpania. Po drugie epilepsja dziecka kreuje ciąg krytycznych wydarzeń, które powodują przewlekły stres u rodziców, prowadzący do wyczerpania organizmu. W badaniach obserwuje się odwrotną od zakładanej zależność — im dłuższy czas mijania od zdiagnozowanej choroby u dziecka, tym matki rzadsze zaburzenia seksualne. Wyniki badań sugerują, że następuje adaptacja do zmienionej sytuacji życiowej.

Słowa kluczowe: dysfunkcje seksualne, epilepsja, stres

Seksuologia Polska 2019; 17: 63–74

Abstract

Introduction: In this paper the author made an attempt to present, how stress resulting from the life situation of parents of children with epilepsy influences the development of sexual problems and disorders.

Material and methods: The study involved 67 parents, each couple with at least one child suffering from epilepsy. The author established the following hypotheses: 1) people with high stress intensity will have more frequent sexual disorders than people with lower stress intensity; 2) parents of children with long-term epilepsy will be more likely to have sexual disorders than parents with shorter exposure to their children's disease. Standardized questionnaires were used to assess stress and sexual disorders.

Results: According to the conducted studies, statistically significant intergroup differences in the range of fourteen out of twenty dimensions of sexual disorders were observed, e.g: willingness and need for sexual contact, frequency of orgasms, frequency of intercourse, excitement before intercourse, feelings during intercourse, in the case of women, self-esteem as a sexual partner. In the remaining six dimensions, stress was not a differentiating factor.

Conclusions: The study confirmed the first hypothesis in the evaluation. In formulating the second hypothesis, the author was guided by two assumptions: first, the experience of stress is a process in which three phases follow one another. These phases are called by 'Selye' the alarm reaction, immunity stage, and exhaustion stage. Secondly, epilepsy of a child creates a series of critical events that cause chronic stress in parents, leading to exhaustion of the body. In the study, the opposite dependence is observed, i.e. the longer the time of passing from the diagnosed disease in the child, the less frequently the mothers manifested sexual disorders. The results of the research suggest that there is an adaptation to the changed life situation.

Key words: epilepsy, sexual dysfunction, stress

Seksuologia Polska 2019; 17: 64–74

Stres

Czynniki stresu stanowią obecnie integralną część życia człowieka, a samo słowo „stres” weszło na co dzień do języka potocznego. Istnieje również wiele naukowych wyjaśnień tego pojęcia, począwszy od koncepcji biologicznych, poprzez medyczne, po psychologiczne.

Koncepcje biologiczne są pierwszymi teoriami wyjaśniającymi zjawisko stresu. Koncentrują się wokół wzajemnego oddziaływania organizmu żywego (zwierząt i człowieka) ze środowiskiem zewnętrznym. Przykładem jest teoria stresu Cannona oparta na zasadzie homeostazy, czyli założenia, że organizm funkcjonuje prawidłowo do czasu, gdy utrzymuje swoją wewnętrzną spójność poprzez szybką adaptację. W tym kontekście autor relacje na stres przedstawia za pomocą modelu „walcz lub uciekaj”. Jego zdaniem stresory powodują pobudzenie dwóch układów: gruczołu przysadki oraz współczulnego układu nerwowego. Pierwszy z nich powoduje powstanie hormonów adrenokortykotropowych (ACTH), które aktywują korę nadnerczy, w efekcie czego wydzielany jest kortyzol. Drugi układ poprzez pobudzenie rdzenia nadnerczy powoduje zaś wyrzut adrenaliny i noradrenaliny. Hormony te pełnią funkcję zaworu bezpieczeństwa, gdyż ich aktywacja informuje organizm o niebezpieczeństwie i wymusza na przykład zwiększenie intensywności oddychania, zwiększenie aktywności umysłowej bądź fizycznej. Ponadto Cannon zauważa, że owe hormony nie tylko odgrywają istotną rolę w procesie adaptacji, ale także ich nadmiar może doprowadzić do wyczerpania organizmu, a nawet śmierci [1]. Kontynuatorem takiego spojrzenia był Selye, dla którego stres „jest nieswoistą reakcją organizmu na wszelkie stawiane mu żądania” [2]. Odpowiedzią na powstały stres jest ogólny zespół adaptacyjny (GAS, *general adaptation syndrome*), który złożony jest z trzech faz, tj. reakcji alarmowej, stadium odporności oraz stadium

wyczerpania. Reakcja alarmowa oznacza mobilizację organizmu do przeciwstawienia się stresowi poprzez fazę szoku (przejawiającą się silnym pobudzeniem organizmu powstałym po jego zetknięciu się z czynnikiem szkodliwym) oraz fazę przeciwdziałania szokowi (przejawiającą się reakcjami obronnymi). Stadium odporności oznacza względną adaptację organizmu, poprzez radzenie sobie ze stresorami. Stadium wyczerpania oznacza zaś utratę zdolności radzenia sobie, czego przejawem jest rozregulowane funkcje fizjologiczne.

Koncepcje medyczne natomiast kluczowe znaczenie przypisują informacjom opisującym tak zwane stresowe zdarzenia życiowe. Przykładem jest koncepcja stresowych zdarzeń życiowych Dohrenwendów [za: 3]. Ich zdaniem ów stresowe zdarzenia życiowe powstają na skutek obiektywnych czynników środowiskowych (hałas, oświetlenie, wibracje itp.) oraz na skutek subiektywnych czynników (temperament, osobowość, poziom inteligencji itp.). Doświadczanie tychże zdarzeń wywołuje stres, a jego siła uzależniona jest zarówno od czynników zewnętrznych (wsparcie emocjonalne, materialne itp.), jak i czynników wewnętrznych (samoocena, zdrowie itp.). Odczuwany stres z kolei wywołuje skutki neutralne — brak istotnych zmian dla zdrowia, negatywne — zaburzenia w funkcjonowaniu fizjologicznym, pozytywne — rozwój psychospołeczny [3, 4].

Trzecim rodzajem definiowania stresu są koncepcje psychologiczne, które koncentrują się na emocji negatywnej. Przykładem jest teoria napięcia emocjonalnego Janisa [za: 3]. Badacz ujmował stres psychologiczny jako zmianę w otoczeniu, którą wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego powstały u większości ludzi pozostających w dokładnie takich samych okolicznościach. Jednocześnie napięcie te uniemożliwia normalny zakres reagowania. W ten sposób Janis wprowadził do słownika pojęciowego dwa określenia: sytuacja stresowa oraz reakcja stresowa. Pierwsza z nich to zespół bodźców powodujących zaburzone

zachowanie. Drugie określenie oznacza zmiany w zachowaniu, uczuciach i postawach powstałe na skutek bodźca, czyli sytuacji stresowej. Poza tym zdaniem Janisa stres psychologiczny posiada trzy fazy: zagrożenia, działania niebezpieczeństwa oraz skutków. W fazie zagrożenia organizm rozpoznaje oznaki niebezpieczeństwa, na przykład uczucie strachu czy lęku. W fazie działania niebezpieczeństwa zaś organizm spostrzega ów niebezpieczeństwo. W fazie skutków natomiast organizm zauważa negatywne rezultaty, które mogą mieć charakter krótko- lub długotrwały [3].

Innym przykładem koncepcji psychologicznych jest teoria zachowania zasobów Hobfolla [za: 5]. Jak sama nazwa wskazuje, teoria ta koncentruje się wokół poszukiwania, pozyskiwania oraz ochrony cenionych obiektów, nazywanych przez badacza zasobami. Autor ten wskazuje na cztery rodzaje zasobów, tj. przedmioty, które określają status społeczno-ekonomiczny (np. mieszkanie), zasoby okolicznościowe, które są cenne i występują rzadko (np. awans zawodowy), zasoby osobiste, które różnicują ludzi i sprzyjają odporności na stres (np. umiejętności interpersonalne) zasoby energetyczne, które służą do pomnażania innych zasobów (np. pieniądze). Przy tym sama utrata zasobów nie przesądza o stresie psychologicznym. Zmiana jest wówczas stresująca, gdy nie można utraconych zasobów odzyskać lub skompensować innymi cenionymi obiektami.

Ponadto warto także poruszyć wątek polskich badań psychologicznych nad stresem. Głównie są to koncepcje nawiązujące do poznawczego nurtu. Przykładami mogą być teoria sytuacji trudnych Tomaszewskiego (stres psychologiczny oznacza sytuacje, w której dochodzi do rozbieżności między potrzebami a możliwościami ich zaspokojenia bądź między zadaniami, jakie chce osiągnąć człowiek a możliwościami ich wykonania), informacyjno-regulacyjna teoria stresu Reykowskiego (stres psychologiczny interpretowany jest jako klasę czynników zakłócających tok czynności) czy poznawczo kompetencyjną teorię stresu Sęk (stres psychologiczny należy rozumieć jako dynamiczną sekwencję sprzężenia zwrotnego oceny pierwotnej i wtórnej stresora, aktów zmagania się między oczekiwaniami i możliwościami człowieka a wymaganiami otoczenia, oraz oceną tego zmagania się [6]).

Podsumowując, warto wskazać charakterystyczne cechy definicyjne pojawiające się w większości teorii stresu. Po pierwsze stres jest stanem organizmu, który z kolei znajduje się we wzajemnej interakcji ze swoim otoczeniem. Po drugie jest niecodziennym stanem, który do zdefiniowania wymaga poczucia zagrożenia dla organizmu lub poczucia przeszkody w osiąganiu celów. Po trzecie długotrwałe pozostawanie w tym sta-

nie powoduje negatywne skutki w sferze zdrowia, bądź emocjonalnej, bądź behawioralnej tego organizmu.

Epilepsja jako wydarzenie życiowe powodujące stres

Ujmowanie przyczyn stresu w kategoriach wydarzeń życiowych wiąże się z medycznymi koncepcjami. Na przełomie XIX i XX wieku psychiatra Meyer skonstruował listę zdarzeń w życiu człowieka, których występowanie może powodować powstawanie chorób. Na potrzebę diagnozy lekarskiej Meyer pytał więc o takie sytuacje, jak na przykład: pojawienie się nowego członka rodziny, zmiana warunków życia, w tym zmiana pracy, śmierć osoby znaczącej. Badaczami, którzy podjęli powyższe spojrzenie, byli Holmes i Rahe. Analizowali wśród swoich pacjentów wszelkie zdarzenia życiowe, które wystąpiły około roku przed zachorowaniem. W ten sposób doszli do przekonania, że w życiu człowieka obciążenie adaptacyjne stanowią zarówno poważne i traumatyczne incydenty, jak i drobniejsze obciążenie adaptacyjne. Przy tym mogą mieć zarówno charakter negatywny, jak i pozytywny czy neutralny. Przyjęli zatem założenie, że każda zmiana wymaga wysiłku adaptacyjnego. Aby jakieś zajście traktować jednak w kategorii zdarzenia życiowego powodującego stres, poza zaistnieniem zmiany pociągającej wysiłek adaptacyjny muszą także pojawić się takie cechy, jak: dyskretność, obiektywność oraz obserwowalność. Dyskretność zdarzenia oznacza, że ma ono konkretne ramy czasowe, a tym samym ograniczony zakres trwania. Obiektywność i obserwowalność oznaczają natomiast, że uwaga koncentruje się na wydarzeniach zewnętrznych, a nie uczuciach czy stanach wewnętrznych [7].

Holmes i Rahe ostatecznie opracowali w formie kwestionariusza listę zdarzeń życiowych (SRSS, *Social Readjustment Rating Scale*) [za: 3] (tab. 1).

Osoba badana spośród katalogu zamkniętego wybiera zdarzenia, które miały miejsce w ciągu ostatniego roku. Każdej pozycji testowej przypisana jest wartość punktowa. Suma wszystkich wybranych pozycji testowych służy do oszacowania obciążenia adaptacyjnego. Autorzy założyli, że wynik 150 punktów sygnalizuje kryzys życiowy, a 300 punktów należy interpretować jako poważny kryzys. Przy tym wymienione w tabeli sytuacje nie muszą tworzyć odrębnych epizodów. Istotną kwestią jest związek pomiędzy poszczególnymi zdarzeniami.

Epilepsja (G-40) to zespół chorobowy, którego podstawowym objawem są postępujące ataki padaczkowe. Wystąpienie pojedynczego napadu drgawkowego nie stanowi zatem diagnozy padaczki. Ocenia

Tabela 1. Lista zdarzeń życiowych [za: 3]

Ranga	Zdarzenie życiowe	Wartość punktowa
1.	Śmierć współmałżonka	100
2.	Rozwód	73
3.	Separacja małżeńska	65
4.	Pobyt w więzieniu	63
5.	Śmierć bliskiego członka rodziny	63
6.	Zranienie ciała lub choroba	53
7.	Zawarcie małżeństwa	50
8.	Zwolnienie z pracy	47
9.	Pogodzenie się ze skłóconym współmałżonkiem	45
10.	Przejście na rentę lub emeryturę	45
11.	Choroba w rodzinie	44
12.	Ciąża	40
13.	Kłopoty w pożyciu seksualnym	39
14.	Powiększenie się rodziny	39
15.	Rozpoczynanie nowej pracy zawodowej	39
16.	Zmiany w dochodach finansowych	38
17.	Śmierć bliskiego przyjaciela	37
18.	Zmiana zawodu	36
19.	Wzrost konfliktów małżeńskich	35
20.	Hipoteka ponad 10000 dolarów	31
21.	Wiadomość o konieczności zwrotu większego długu lub pożyczki	30
22.	Zmiana stopnia odpowiedzialności w życiu zawodowym	29
23.	Opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego	29
24.	Kłótnie i starcia z krewnymi współmałżonka	29
25.	Wzmożenie wysiłku dla wykonania jakiegoś zadania	28
26.	Początek lub zakończenie pracy zawodowej współmałżonka	26
27.	Rozpoczęcie lub zakończenie nauki szkolnej	26
28.	Zmiany standardu, poziomu życia	25
29.	Zmiany osobistych nawyków i przyzwyczajęń	24
30.	Starcia z szefem	23
31.	Zmiany warunków pracy lub najbliższego otoczenia	20
32.	Zmiana mieszkania	20
33.	Zmiana szkoły	20
34.	Zmiany w spędzaniu wolnego czasu	19
35.	Zmiany w praktykach religijnych	19
36.	Zmiany w nawykach życia towarzyskiego	18
37.	Hipoteka lub zaciągnięcie długu poniżej 10000 dolarów	17
38.	Zmiana nawyków snu	16
39.	Zmiany częstości spotkań rodzinnych	15

się, że jest to najczęstsze schorzenie neurologiczne, gdyż występuje u około 1% populacji. Szacuje się więc, że w Polsce choruje około 400 tysięcy ludzi. Zwykle epilepsja posiada swój początek w dzieciństwie. Pierwszy napad diagnozuje się u 30% dzieci przed ukończeniem 4. roku życia, 70% — przed 14. rokiem

życia. Wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne nie omija zatem rodziców dziecka chorego [8]. Według listy zdarzeń życiowych konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem cierpiącym z powodu choroby jest uznawane za przewlekły stresor. Co jednak ważniejsze — w przypadku padaczki dziecięcej zachorowalność początkuje kolejne zdarzenia życiowe, które mają odzwierciedlenie w przedstawionej liście. Zjawisko to jest nazywane proliferacją stresu. Z czasem źródłem stresu są też takie sytuacje, jak: konflikty rodzinne, rozkład życia rodzinnego, rezygnacje z zatrudnienia, pogorszenie sytuacji finansowej, obniżenie standardu życia, porzucenie własnych planów i ambicji zawodowych, organicznie życia towarzyskiego i kulturalnego, zmiana organizacji dnia, w tym zmiana nawyków snu czy żywienia itd. [9]. Jeśli uwzględnić te okoliczności towarzyszące, z pewnością suma wartości punktowych uzyska wynik kwalifikujący chorobę jako poważny kryzys życiowy.

Zdaniem Holmesa i Rahe pojawienie się kryzysu życiowego wymusza na jednostce przystosowanie. W przypadku adaptacji do choroby dziecka zdaniem Twardowskiego można wyróżnić cztery fazy: szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego przystosowania się do sytuacji oraz konstruktywnego przystosowania się do sytuacji [10]. Faza szoku jest inaczej nazywana okresem wstrząsu emocjonalnego. Zwykle to czas bezpośredni po usłyszeniu diagnozy epilepsji. W tym czasie rodzice zadają sobie standardowe pytania: dlaczego my? Dlaczego nas to spotkało? Itp. Pytania te pociągają za sobą dramatyczne wyobrażenia dotyczące przyszłości dziecka, konsekwencji choroby. Szczególnie trudna jest sytuacja rodzin z dziećmi chorymi na padaczkę idiopatyczną, czyli o nieznanym pochodzeniu. W tych rodzinach zwykle nie występowały ani padaczka, ani inne długotrwałe schodzenia. Stąd rodzice są zdziwieni, zdezorientowani i często także pogrążeni w bezradności i rozpacz. Towarzyszy im lęk, co wzmacnia napadowość objawów. Częstą reakcją na informacje o diagnozie są łzy. Okres ten trwa zwykle do kilkunastu dni. Faza kryzysu emocjonalnego nazywana jest także okresem rozpacz i depresji. W czasie jej trwania pogłębia się poczucie rozpacz, krzywdy wyrządzonej przez Boga czy los. W fazie tej dominuje obawa o przyszłość dziecka w szerszym spectrum, tj. o jego możliwości intelektualne, poznawcze jak uwaga czy pamięć, funkcjonowanie w grupie rówieśniczej, podejmowanie pracy czy założenie rodziny. Na tym etapie rodzice mają tendencje do obwiniania siebie nawzajem lub obwiniania lekarzy za brak efektów, tj. dalsze występowanie napadów. Pojawia się także reakcja obronna ignorowania tematu, co może powodować niechęć do kontaktów towarzyskich. Podejmowane

w tym czasie decyzji w zakresie metod leczenia (farmakologicznego lub medycyny niekonwencjonalnej), wsparcia rozwoju (rodzaj i intensywność rehabilitacji) czy stosowania metod wychowawczych, sprzyja powstawaniu konfliktów rodzinnych. Czas narastania lęku jest na tyle rozległy, że wymusza w końcu powstanie mechanizmów obronnych. Jest to początek fazy pozornego przystosowania się do sytuacji. Dominujący mechanizm stanowi zaprzeczenie, szczególnie gdy lekarzom udaje się powstrzymać zewnętrzne objawy epilepsji, tj. ataki padaczki. Wówczas opóźnienia psychoruchowe rodzice przypisują cechą osobowościowym dziecka, jak na przykład lenistwo, brak motywacji czy roztargnienie. Z kolei w sytuacji, gdy nie udaje się lekarzom przerwać napadów padaczkowych (dotyczy to głównie padaczek o podłożu genetycznym) typowym zachowaniem rodziców jest poszukiwanie innych metod leczniczych, kolejnych specjalistów, z nadzieją na lepsze rokowania. W skrajności rodzice są na tyle zrezygnowani, że nie podejmują działań stymulujących rozwój psychoruchowy, a nawet zaniedbują badania i kolejne kontrole u specjalistów. Ostatnia faza konstruktywnego przystosowania się jest adaptacją właściwą. To czas pogodzenia się z diagnozą dziecka, co wymusza reorganizację całego życia rodzinnego. Celem jest stworzenie optymalnie właściwych warunków do opieki i rozwoju małego dziecka. Często wiąże się to z rezygnacją z zatrudnienia jednego z rodziców. Jest to też czas poszukiwania rad innych rodziców z podobnym problemem oraz przyjmowania sugestii lekarzy specjalistów. W sferze emocjonalnej zaczynają powstawać uczucia pozytywne. Ma na to wpływ własne poczucie skuteczności wynikające z doświadczania następstw własnej pracy z dzieckiem. Widoczne są rezultaty na przykład w postaci rozwoju zainteresowań dziecka, kontaktów z rówieśnikami [11].

Proces adaptacji rodzica do choroby dziecka pokazuje, w jaki sposób zmianie ulegają sfery emocjonalna i behawioralna z dysfunkcjonalnej do funkcjonalnej. W obszarze uczuć stres wywołuje początkowo dezorientację, bezradność i rozpacz. Z czasem poziom lęku wzrasta, aż do czasu, kiedy staje się dominującym uczuciem. Jednocześnie pojawia się potrzeba obwiniania. Z czasem głęboki smutek maleje na sile, a rodzice przestają się skupiać tylko na negatywnych skutkach choroby. Zaczynają pojawiać się emocje pozytywne związane z sukcesami dziecka. W zakresie behawioralnym zwykle rozpoczyna się natomiast od absencji w pracy, ograniczenia życia towarzyskiego i kulturalnego, różnego rodzaju błędów w działaniu, wypadków, czasami mogą rozwinąć się uzależnienia czy złe pełnienie roli wychowawczej. Ostatecznie po adaptacji właściwej pojawia się pełnienie właściwych

relacji rodzicielskich i społecznych. Poza emocjonalno-behawioralnymi skutkami znaczną grupę stanowią także zaburzenia w stanie zdrowia.

Źródła i konsekwencje stresu rodzicielskiego w rodzinach z dzieckiem chorym na epilepsję

Epilepsja dzieci stanowi wydarzenie krytyczne całej rodziny i zmienia tok dotychczasowego funkcjonowania, czemu towarzyszą silne negatywnie emocje. Oddziaływanie silnych stresorów w połączeniu z brakiem właściwych umiejętności radzenia sobie ze stresem może skutkować zmianami w stanie zdrowia. Pośród nich często akcentuje się zespół ostrego stresu (AST, *acute stress disorder*), a nawet zespół stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*) [12]. Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) stresor traumatyczny stanowi zdarzenie, na którego skutek istnieje realne zagrożenie życia lub fizycznej integralności zarówno w odniesieniu do własnej osoby, jak i osób bliskich. W tym kontekście urazowość choroby epileptycznej wynika z zagrożenia życia, jakie pociągają za sobą nieprzerwane stany padaczkowe. Do czasu wdrożenia odpowiedniego leczenia farmakologicznego u rodziców występuje całkowita utrata poczucia kontroli, a nieprzewidywalność wydarzeń w chorobie skutkuje przerażeniem. Poza tym urazowość tej choroby pogłębia nagłość hospitalizacji oraz obciążające inwazyjne leczenie. Samo wdrożenie leków przeciwpadaczkowych często na początku leczenia zwiększa manifestowanie objawów w postaci napadów padaczkowych, co wzmacnia lęk o przyszłość dziecka. Nie bez znaczenia także pozostaje sama farmakoterapia. Leki przeciwpadaczkowe posiadają liczne skutki uboczne przejawiające się zarówno w sferze intelektualnej, poznawczej, jak i ruchowej. W okresie hospitalizacji pojawia się także wiele czynników sytuacyjnych, jak ciężkie powikłania innych dzieci chorych na padaczkę, a nawet ich śmierć, co także stanowi bodziec stresogenny. Po ustawieniu leczenia farmakologicznego bodźce są bardziej psychologiczne i przejawiają się w uporczywym powracaniu w myślach do napadów padaczkowych oraz lęku przed ich powtórным wystąpieniem. Obecne są także takie zachowania, jak unikanie myśli i rozmów dotyczących choroby dziecka, przez co rodzice często rezygnują z życia towarzyskiego. Konieczność stałego monitoringu dziecka może natomiast powodować zaburzenia snu. Powyższy obraz sytuacji rodzinnej odpowiada subklinicznym symptomom stresu pourazowego [12].

W literaturze przedmiotowej istnieją badania wiążące przewlekły stres z zaburzeniami seksualnymi. Powiązanie między stresem a seksem stanowi sprzężenie zwrotne. Z jednej strony przewlekły seks może powodować niechęć do seksu, a nawet zaburzenia seksualne i niepłodność. Z drugiej zaburzenia seksualne mogą być silnym stresorem [13]. Ponadto wyniki badań Lwa-Starowicza z 2002 roku [14] wskazują, że w ocenie respondentów wśród zdarzeń życiowych negatywnie wpływających na życie seksualne znajdują się: trudności finansowe (ok. 30%), żałoba (ok. 20%), a następnie choroba (ok. 15%). Można zatem wnioskować, że stres rodzicielski wynikający z choroby epileptycznej dziecka będzie powodował powstanie problemów i zaburzeń seksualnych. Nie ma jednak szerszych badań na ten temat.

Material i metody

Na podstawie literatury i dotychczasowych badań założono następujące hipotezy:

1. Osoby z wysokim natężeniem stresu będą częściej ujawniały objawy dysfunkcji seksualnych od osób z niższym natężeniem stresu.
2. Rodzice dzieci długotrwale chorych na padaczkę będą częściej ujawniali objawy dysfunkcji seksualnych niż rodzice dzieci krótkotrwale chorych na padaczkę.

W celu zweryfikowania postawionych hipotez badawczych użyto następujących narzędzi badawczych:

1. *Skala odczuwanego stresu PSS-10* Cohen, Kamarck i Mermelstein, w polskiej adaptacji Zygryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik. Narzędzie służy do samooceny natężenia stresu wynikającego z własnej sytuacji życiowej. Skala ta może zatem być wskaźnikiem oceny obciążenia powstałego na skutek pełnienia roli opiekuna niepełnosprawnego dziecka. Jest to metoda samoopisowa, typu „papier-ołówek”, na którą składa się 10 pytań, tworzących 3 nasilenia odczuwanego stresu (niskie, średnie i wysokie).
2. *Skala Mell-Krat* w wersji dla kobiet (SFK/K) i dla mężczyzn (SFK/M). Polskiej adaptacji Skali dokonała Kromierzyńska.

Powyższe narzędzie służy do oceny potrzeb oraz oceny reakcji seksualnych. Jest to metoda samoopisowa. Wersja dla kobiet składa się z 20 pytań. Do każdego pytania sformułowane są inne odpowiedzi. W każdym zestawie odpowiedzi można uzyskać od 0 do 4 punktów. Maksymalnie w całym teście można zatem zdobyć 80 punktów, przy czym punktem odcięcia dla prawidłowych zachowań seksualnych jest poziom 55 i wyżej. Rzetelność w wersji dla kobiet wynosi 0,69. Wersja dla

mężczyzn złożona jest z 15 pytań. Stąd maksymalnie można zdobyć 60 punktów, a punktem odcięcia jest 42. Rzetelność wersji dla mężczyzn wynosi 0,86.

3. Ankieta — opracowanie własne. Miała na celu poznanie sytuacji życiowej i wskaźników obciążenia chorobą.

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza internetowego. Była to jednorazowa sesja badawcza. Doboru osób do grupy badawczej dokonano za pośrednictwem mediów społecznościowych. Były to głównie nieformalne grupy wsparcia. Badani byli informowani o dobrowolności oraz anonimowości badania, otrzymywali taką samą instrukcję i rozwiązywali poszczególne testy w ustalonej kolejności. Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu SPSS Statistics 23.0. Istotność wyników przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

Osoby badane

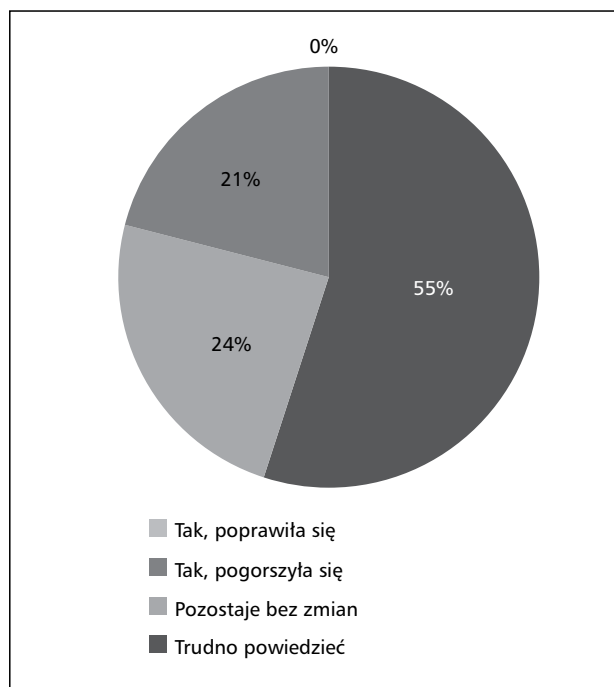
W badaniu wzięło udział 67 rodziców z co najmniej jednym dzieckiem chorym na epilepsję, w tym 62 kobiety i 5 mężczyzn. Nie była to próba reprezentatywna. Na podstawie uzyskanych wyników nie było możliwości zbadania różnic między płciowymi. Ostatecznej analizie zatem poddano grupę kobiet, tj. 62 osoby.

Grupę badawczą ostatecznie tworzyły osoby w wieku 20–53 lat. W badanej grupie najliczniejszym przedziałem wiekowym był 30–39 (40%). Drugie miejsce pod względem liczebności zajmował przedział wiekowy 40–49 (37%). Kolejne miejsce zajęły osoby znajdujące się w przedziale wiekowym 20–29 lat (16%). Najmniej licznie była reprezentowana grupa powyżej 50. roku życia (7%).

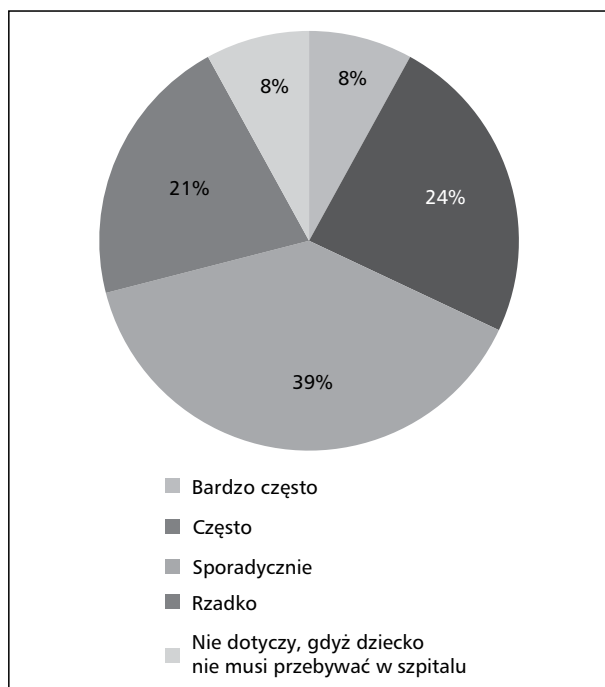
Pod względem stanu cywilnego najliczniejszą grupą były osoby pozostające w małżeństwie — 69%, a następnie pozostające w konkubinacie — 24%. Najmniej licznią grupę stanowili rozwodnicy — 2%. Pozostali respondenci to panny — 5%.

Odnosząc się do liczby dzieci, najliczniejszą grupą były matki z jednym dzieckiem (47%), a następnie matki z dwójką dzieci (42%). Matki wielodzietne stanowiły natomiast grupę 11%.

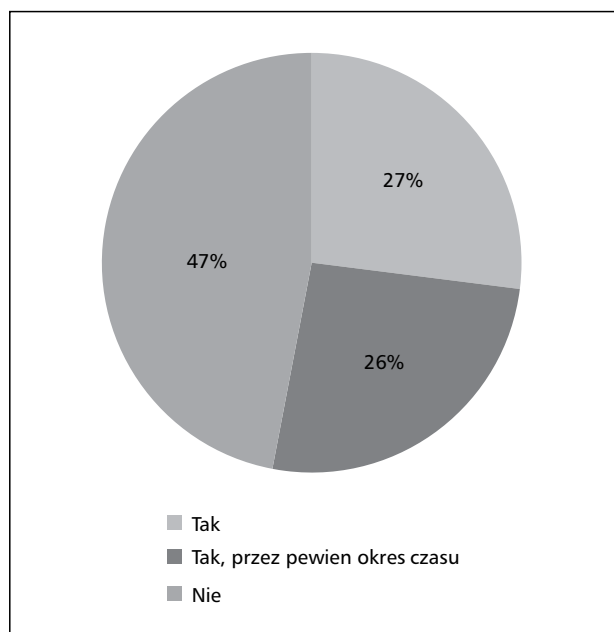
W odniesieniu do czynników wywołujących stres rodzicielski analizowana grupa charakteryzowała się narażeniem na stres przewlekły. Odsetek ankietowanych równy 55% uważał, że sytuacja materialna uległa pogorszeniu od momentu podjęcia leczenia dziecka. Następnie 53% ankietowanych musiało zrezygnować z zatrudnienia w związku z przewlekłą chorobą, w tym 27% na stałe. Ponadto w 32% rodzin leczenie dziecka było powiązane z częstą hospitalizacją jego. Szczegóły przedstawiono na rycinach 1–3.



Rycina 1. Ocena ankietyowanych ich sytuacji materialnej od momentu podjęcia leczenia dziecka



Rycina 3. Ocena ankietyowanych ich sytuacji materialnej od momentu podjęcia leczenia dziecka



Rycina 2. Konieczność rezygnacji z pracy zawodowej jednego z rodziców, w związku z przewlekłą chorobą dziecka

Analizy statystyczne

Zebrane dane poddano analizie statystycznej w programie SPSS Statistics 23.0. W tabeli 2 przedstawiono statystyki opisowe oraz statystyki normalności rozkładu częstości zaburzeń seksualnych, natężenia stresu oraz czasu trwania choroby dziecka.

Zaobserwowano zgodność rozkładu wyników z rozkładem normalnym wyłącznie w przypadku natężenia stresu ($p > 0,05$). Rozkłady wyników częstości dysfunkcji seksualnych oraz czasu trwania choroby odbiegały od rozkładu normalnego ($p > 0,05$). W związku z tym dalsze analizy wykonano z zastosowaniem testów nieparametrycznych.

Na potrzeby dalszych analiz podzielono badane matki pod względem natężenia stresu oraz czasu trwania choroby dziecka. Kryterium podziału stresu stanowiły normy stenowe zaproponowane przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik [15] zakładające, że wyniki w granicach 1–4 stena to wyniki niskie, w granicach 5–6 stena to wyniki przeciętne, natomiast w granicach 7–10 stena to wyniki wysokie. Strukturę natężenia stresu badanych matek przedstawiono na rycinie 4.

Kryterium podziału czasu trwania choroby dziecka stanowiła wartość mediany wynosząca 4,5 roku. Przyjęto, że wyniki poniżej wartości mediany świadczyły o zachorowaniu krótkotrwałym, a powyżej wartości mediany o zachorowaniu długotrwałym. Strukturę czasu trwania choroby dziecka przedstawiono na rycinie 5.

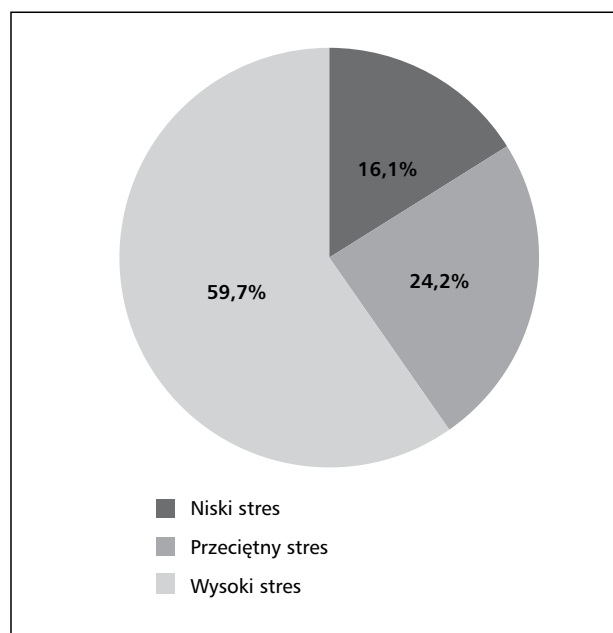
Natężenie stresu a zaburzenia seksualne matek dzieci chorych na epilepsję

Pierwsza hipoteza badań zakładała, że osoby z wysokim natężeniem stresu będą częściej ujawniały objawy dysfunkcji seksualnych od matek z niższym na-

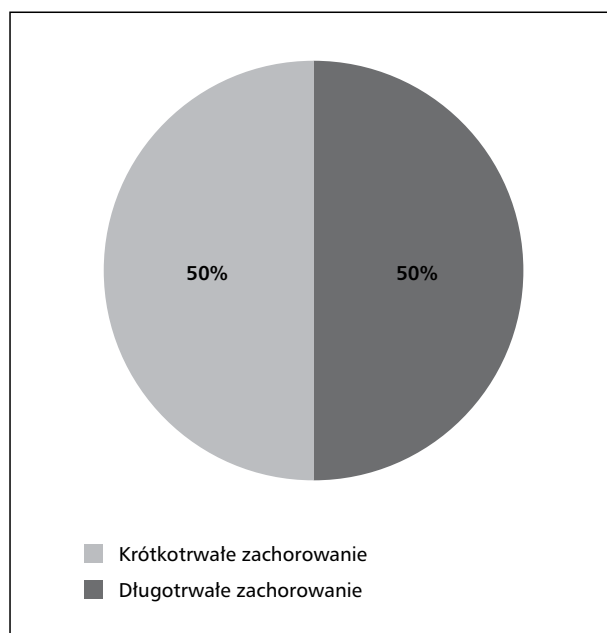
Tabela 2. Statystyki opisowe i statystyki normalności rozkładu badanych zmiennych

	n	Min	Max	M	SD	Z	p
1. Libido	62	1,00	5,00	3,34	1,10	0,27	0,001
2. Potrzeba — częstość	62	1,00	5,00	3,31	1,21	0,28	0,001
3. Częstość orgazmu	62	1,00	5,00	2,87	1,23	0,19	0,001
4. Częstość orgazmu w stosunkach	62	1,00	5,00	3,10	1,26	0,20	0,001
5. Częstość stosunków	62	1,00	5,00	3,08	1,09	0,20	0,001
6. Odsetek stosunków z orgazmem	62	1,00	5,00	3,61	1,59	0,31	0,001
7. Podniecenie przed stosunkiem	62	1,00	5,00	3,11	1,17	0,21	0,001
8. Odczucia podczas stosunku	62	1,00	5,00	3,39	1,38	0,20	0,001
9. Szybkość osiągania orgazmu	62	1,00	5,00	2,92	1,22	0,22	0,001
10. Zgranie z partnerem w orgazmie	62	1,00	5,00	3,35	1,58	0,22	0,001
11. Nastroj przed stosunkiem	62	1,00	5,00	3,40	1,23	0,27	0,001
12. Nastroj po stosunku	62	1,00	5,00	3,45	1,39	0,23	0,001
13. Samoocena	62	1,00	5,00	3,24	1,14	0,31	0,001
14. Aktywność podczas stosunku	62	1,00	5,00	3,48	1,28	0,21	0,001
15. Pozycje	62	1,00	5,00	3,32	1,14	0,24	0,001
16. Zachowanie podczas orgazmu	62	1,00	5,00	2,97	1,43	0,22	0,001
17. Skurcze pochwy podczas orgazmu	62	1,00	5,00	2,60	1,37	0,22	0,001
18. Częstość reakcji pochwy w orgazmie	62	1,00	5,00	2,58	1,49	0,22	0,001
19. Orgazmy nocne	62	1,00	5,00	1,98	1,02	0,24	0,001
20. Czas trwania zaburzeń seksualnych	62	1,00	5,00	3,08	1,42	0,23	0,001
Natężenie stresu	62	5,00	37,00	22,05	8,41	0,10	0,18
Czas trwania choroby dziecka	63	0,50	27,00	7,32	7,00	0,19	0,001

Min — wartość minimalna; Max — wartość maksymalna; M (*mean*) — średnia; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; Z — statystyki testu Kolmogorowa-Smirnowa z poprawką Lillieforsa; p — istotność testu



Rycina 4. Struktura natężenia stresu matek dzieci chorych na epilepsję



Rycina 5. Struktura czasu trwania choroby

tężeniem stresu. Zastosowano test *H* Kruskala-Wallisa do porównywania trzech grup, porównania parami wykonano testem *U* Manna-Whitneya dla dwóch grup. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie czternastu wymiarów zaburzeń seksualnych, w tym w zakresie chęci i potrzeby kontaktów płciowych, częstości orgazmów, częstości sto-

Tabela 3. Zależność pomiędzy natężeniem stresu a częstotliwością ujawniania objawów dysfunkcji seksualnych matek dzieci chorych na epilepsję

	Niski stres n = 10		Przeciętny stres n = 15		Wysoki stres n = 37		Porównanie parami	$\chi^2(2)$	p
	M	SD	M	SD	M	SD			
1. Libido	3,80	0,42	3,93	0,70	2,97	1,21	1, 2 > 3	9,32	0,01
2. Potrzeba — częstość	3,70	0,48	3,87	0,83	2,97	1,36	1, 2 > 3	5,64	0,05
3. Częstość orgazmu	3,10	0,99	3,40	1,06	2,59	1,30	1, 2 > 3	4,96	0,05
4. Częstość orgazmu w stosunkach	3,00	1,15	3,67	0,98	2,89	1,35		4,32	0,12
5. Częstość stosunków	3,30	0,67	3,60	0,83	2,81	1,20	1, 2 > 3	5,80	0,05
6. Odsetek stosunków z orgazmem	4,10	1,66	4,47	0,92	3,14	1,64	1, 2 > 3	7,57	0,02
7. Podniecenie przed stosunkiem	3,50	0,71	3,60	1,06	2,81	1,24	1, 2 > 3	5,95	0,05
8. Odczucia podczas stosunku	3,90	1,10	4,27	1,10	2,89	1,35	1, 2 > 3	12,12	0,001
9. Szybkość osiągania orgazmu	3,20	1,23	3,13	0,99	2,76	1,30	-	1,49	0,47
10. Zgranie z partnerem w orgazmie	3,70	1,49	3,80	1,42	3,08	1,64	-	2,66	0,26
11. Nastroj przed stosunkiem	3,90	0,32	4,00	1,00	3,03	1,34	1, 2 > 3	7,52	0,02
12. Nastroj po stosunku	4,20	0,92	3,93	1,28	3,05	1,41	1, 2 > 3	6,75	0,03
13. Samoocena	3,70	0,67	3,80	0,86	2,89	1,22	1, 2 > 3	8,78	0,01
14. Aktywność podczas stosunku	4,10	0,74	3,93	1,03	3,14	1,38	1, 2 > 3	6,23	0,04
15. Pozycje	3,80	0,92	3,80	0,86	3,00	1,20	1, 2 > 3	6,77	0,03
16. Zachowanie podczas orgazmu	3,30	1,34	3,73	1,03	2,57	1,46	1, 2 > 3	7,29	0,03
17. Skurcze pochwy podczas orgazmu	3,10	1,45	2,93	1,28	2,32	1,36	-	4,06	0,13
18. Częstość reakcji pochwy w orgazmie	3,10	1,45	3,00	1,46	2,27	1,47	-	4,16	0,13
19. Orgazmy nocne	2,20	1,03	2,20	0,94	1,84	1,04	-	2,81	0,25
20. Czas trwania zaburzeń seksualnych	3,80	1,14	3,73	1,10	2,62	1,44	1, 2 > 3	9,23	0,01

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; $\chi^2(2)$ — statystyka testu H Kruskala-Wallis; p — istotność testu H; porównanie parami przedstawia wyniki podsumowania testu U Manna-Whitneya, gdzie 1 — niski stres; 2 — przeciętny stres; 3 — wysoki stres

sunków, odsetka stosunków z orgazmem, podniecenia przed stosunkiem, odczuć podczas stosunku, nastroju przed i po stosunku, oceny samej siebie jako partnerki seksualnej, aktywności podczas stosunku, różnorodności pozycji podczas stosunku, zachowania podczas orgazmu i czasu trwania zaburzeń seksualnych. Matki z wysokim natężeniem stresu wykazały istotnie wyższą częstotliwość występowania objawów dysfunkcji seksualnych niż matki z niskim i przeciętnym natężeniem stresu. Omówione wyniki przedstawiono na rycinie 6.

Przedstawione wyniki stanowią podstawę częściowego przyjęcia pierwszej hipotezy badań zakładającej, że osoby z wysokim natężeniem stresu będą częściej ujawniały dysfunkcje. Wniosek ten dotyczy wyłącznie matek chorych dzieci!

Czas trwania choroby a zaburzenia seksualne matek dzieci chorych na epilepsję

Druga hipoteza badań zakładała, że rodzice dzieci długotrwale chorych na padaczkę będą częściej ujawniali objawy dysfunkcji seksualnych niż rodzice dzieci krótkotrwale chorych na padaczkę. Zastosowano test

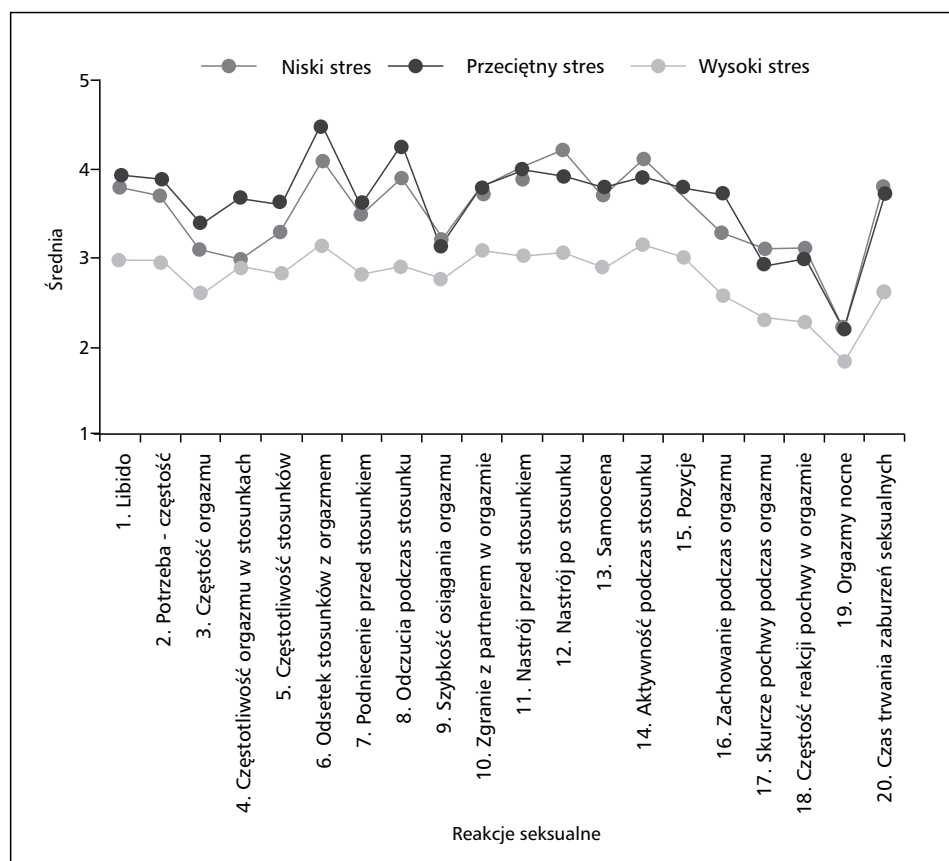
U Manna-Whitneya dla dwóch grup. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie sześciu wymiarów zaburzeń seksualnych, w tym w zakresie chęci kontaktów płciowych, częstości stosunków, szybkości osiągania orgazmu, nastroju przed i po stosunku oraz częstości orgazmów nocny. Matki dzieci krótkotrwale chorych wykazały istotnie wyższą częstotliwość objawów dysfunkcji seksualnych niż matki dzieci długotrwale chorych. Omówione wyniki przedstawiono na rycinie 7.

Przedstawione wyniki stanowią podstawę częściowego odrzucenia drugiej hipotezy badań zakładającej, że rodzice dzieci długotrwale chorych na padaczkę będą częściej ujawniali objawy dysfunkcji seksualnych. Wyniki badania dotyczą wyłącznie matek dzieci chorych na padaczkę! Zaobserwowano natomiast odwrotną od zakładanej zależność — im dłuższy czas mijał od zdiagnozowania choroby u dziecka, tym matki rzadziej ujawniały dysfunkcje w obszarze seksualności.

Wnioski

Niniejsza praca miała na celu analizę roli stresu w zaburzeniach seksualnych, na przykładzie stresu

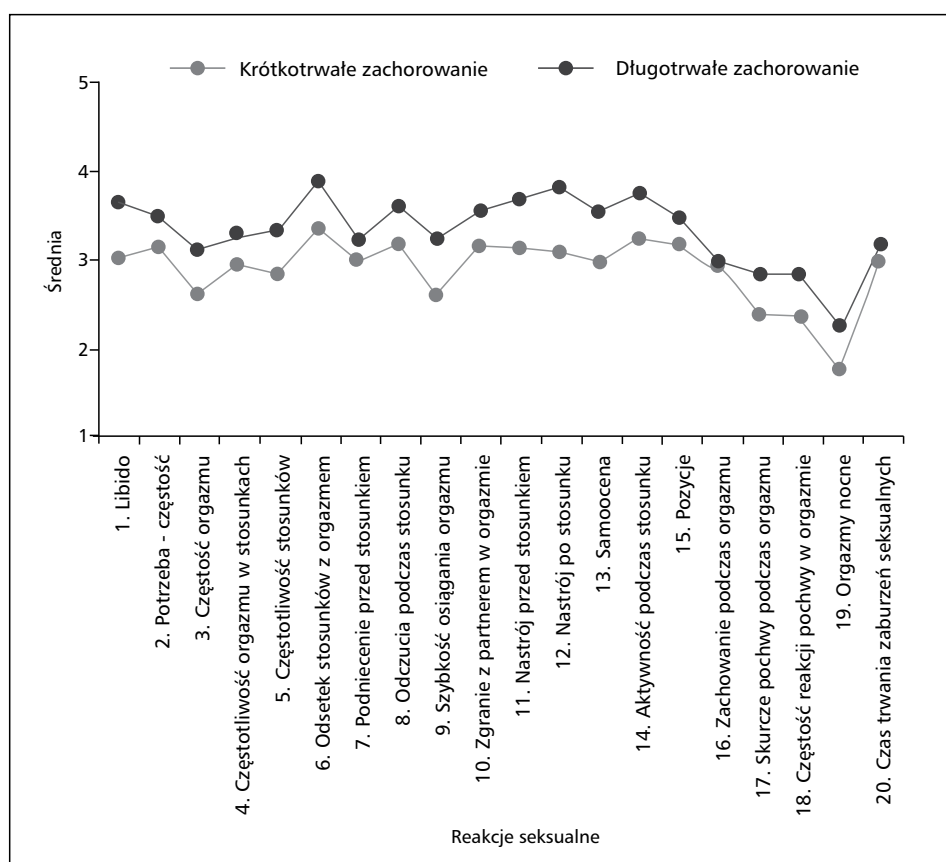


Rycina 6. Zależność pomiędzy natężeniem stresu a częstotliwością objawów dysfunkcji seksualnych matek dzieci chorych na epilepsję

Tabela 4. Zależność pomiędzy czasem trwania choroby dziecka a częstotliwością zaburzeń seksualnych matek dzieci chorych na epilepsję

	Krótkotrwałe zachorowanie n = 31		Długotrwałe zachorowanie n = 31		U	p
	M	SD	M	SD		
1. Libido	3,03	1,17	3,65	0,95	334,50	0,03
2. Potrzeba — częstość	3,13	1,43	3,48	0,93	426,00	0,42
3. Częstość orgazmu	2,61	1,38	3,13	1,02	361,50	0,08
4. Częstość orgazmu w stosunkach	2,94	1,36	3,26	1,15	428,50	0,45
5. Częstość stosunków	2,84	1,27	3,32	0,83	356,50	0,05
6. Odsetek stosunków z orgazmem	3,35	1,64	3,87	1,52	394,00	0,19
7. Podniecenie przed stosunkiem	3,00	1,29	3,23	1,06	431,00	0,47
8. Odczucia podczas stosunku	3,19	1,49	3,58	1,26	404,00	0,27
9. Szybkość osiągnięcia orgazmu	2,61	1,28	3,23	1,09	343,00	0,04
10. Zgranie z partnerem w orgazmie	3,16	1,75	3,55	1,39	434,50	0,50
11. Nastrój przed stosunkiem	3,13	1,28	3,68	1,14	365,50	0,04
12. Nastrój po stosunku	3,10	1,35	3,81	1,35	330,50	0,03
13. Samoocena	2,97	1,35	3,52	0,81	375,00	0,11
14. Aktywność podczas stosunku	3,23	1,26	3,74	1,26	363,50	0,09
15. Pozycje	3,16	1,21	3,48	1,06	406,50	0,28
16. Zachowanie podczas orgazmu	2,94	1,50	3,00	1,37	476,50	0,95
17. Skurcze pochwy podczas orgazmu	2,39	1,41	2,81	1,33	395,50	0,21
18. Częstość reakcji pochwy w orgazmie	2,35	1,54	2,81	1,42	384,50	0,16
19. Orgazmy nocne	1,74	1,06	2,23	0,92	324,50	0,02
20. Czas trwania zaburzeń seksualnych	3,00	1,51	3,16	1,34	454,00	0,70

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; U — statystyka testu U Manna-Whitneya; p — istotność testu U



Rycina 7. Zależność pomiędzy czasem trwania choroby dziecka a częstotliwością zaburzeń seksualnych matek dzieci chorych na epilepsję

rodzicielskiego w rodzinach z co najmniej jednym dzieckiem chorym na epilepsję. Jest to choroba, którą można ujmować w kategoriach wydarzenia traumatycznego. Powoduje zmianę dotychczasowego funkcjonowania członków rodziny, wynikającą z utraty kontroli i realnego zagrożenia życia. W efekcie pojawiają się silne negatywne emocje, jak na przykład lęk, przerażenie czy bezradność. Proces leczenia (hospitalizacje, diagnozowanie, efekty uboczne leczenia farmakologicznego itp.) oraz zmianę sytuacji materialnej i zawodowej, należy traktować jako bodźce stresogenne [8].

W badanej populacji zaobserwowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie czternastu wymiarów zaburzeń seksualnych, w tym w zakresie chęci i potrzeby kontaktów płciowych, częstości orgazmów, częstości stosunków, odsetka stosunków z orgazmem, podniecenia przed stosunkiem, odczuć podczas stosunku, nastroju przed i po stosunku, oceny samej siebie jako partnerki seksualnej, aktywności podczas stosunku, różnorodności pozycji podczas stosunku, zachowania podczas orgazmu i czasu trwania zaburzeń seksualnych. W pozostałych sześciu wymiarach natężenie strasu nie stanowiło czynnika różnicującego. W ocenie globalnej wyniki badań potwierdziły jednak pierwszą hipotezę, ale wyłącznie w odniesieniu do matek chorych dzieci.

Drugie założenie zakładało, że rodzice dzieci długotrwałe chorych na padaczkę będą częściej ujawniali objawy dysfunkcji seksualnych niż rodzice dzieci krótkotrwałe chorych na padaczkę. Według literatury sama epilepsja posiada już charakter przewlekły, gdyż jej leczenie polega na długim okresie oraz powolnych postępach (*World Health Organization*, 2009) [16]. Na potrzeby niniejszej pracy ustalono kryterium podziału grupy, ze względu na czas trwania choroby dziecka. Przyjęto wartość mediany wynoszącej 4,5 roku. Pozwoliło to na podzielenie grupy na dwie równoliczne grupy. Zatem wyniki poniżej wartości mediany świadczyły o zachorowaniu krótkotrwałym, a powyżej wartości mediany o zachorowaniu długotrwałym. Formułując drugą hipotezę, kierowano się dwoma założeniami. Po pierwsze doświadczanie stresu jest procesem, w którego przebiegu następują po sobie 3 fazy. Fazy te nazwane są przez Selye kolejno reakcją alarmową, stadium odporności, stadium wyczerpania. Po drugie, epilepsja dziecka kreuje ciąg krytycznych wydarzeń, które powodują przewlekły stres u rodziców prowadzący do wyczerpania organizmu. Zgromadzony materiał stanowi podstawę odrzucenia drugiej hipotezy badań. W badanej populacji natomiast obserwuje się odwrotną od zakładanej zależność — im dłuższy czas mijał od zdiagnozowania choroby u dziecka, tym matki rzadziej

przejawiały zaburzenia seksualne. Matki dzieci krótkotrwale chorych wykazały istotnie wyższą częstotliwość występowania objawów dysfunkcji seksualnych niż matki dzieci długotrwale chorych, w zakresie sześciu wymiarów zaburzeń seksualnych, tj. chęci kontaktów płciowych, częstości stosunków, szybkości osiągania orgazmu, nastroju przed i po stosunku oraz częstości orgazmów nocny. Powyższe wyniki badań sugerują zatem, że następuje adaptacja do zmienionej sytuacji życiowej. Jest to wniosek zgodny z badaniami Tedeschi i Calhoun w 1996 roku opisanymi przez Ogińską-Bulik (2010) [17], którzy wprowadzili pojęcie potraumatycznego rozwoju. Pojęcie to definiowane jest jako wynik wielu prób poradzenia sobie z sytuacją stresową, jakie podejmują osoby doświadczające wydarzeń krytycznych. Objawia się ono w trzech obszarach, tj. zmiana postrzegania siebie, dotychczasowych relacji z innymi oraz zmiana w filozofii życiowej.

Wnioski z powyższych badań dotyczą jednak wyłącznie matek chorych dzieci, nie mogą być uogólnione na rodziców, gdyż ojcowie nie stanowili grupy badawczej. W przyszłości warto byłoby rozszerzyć badania właśnie o grupę ojców, którzy zmagają się z chorobą swoich dzieci.

Piśmiennictwo:

1. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
2. Selye H. Stres okiełznany. PZWL, Warszawa 1978.
3. Terelak J. Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001.
4. Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. In: Obuchowska I. ed. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP, Warszawa 1999.
5. Heszen I. Psychologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
6. Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. GWP, Gdańsk 2005.
7. Łosiak W. Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Łośgraf, Warszawa 2008.
8. Józwiak S, Kotulska K. Padaczka. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 11–18.
9. Kędziora S. Wpływ przewlekłej choroby dziecka na funkcjonowanie rodziny. Nauczyciel i Szkoła. 2007(3-4): 57–66.
10. Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. In: Obuchowska I. ed. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP, Warszawa 1999: Warszawa.
11. Rozenek H, Owczarek K. „Padaczka u dziecka i jej wpływ na wybrane aspekty funkcjonowania rodziny” Vol. Neurologia Dziecięca. 2008; 17(34).
12. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i postraumatyczny wzrost. Psychiatria. 2012; 9.
13. Lew-Starowicz Z. O seksie, partnerstwie i obyczajach. Wydawnictwo Współczesne, Warszawa 1988.
14. Lew-Starowicz Z. Raport seksualności Polaków 2002. SMG/KRC, Warszawa 2002.
15. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
16. World Health Organization (2009). http://www.who.int/topics/chronic_diseases.
17. Ogińska-Bulik N. Postraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej -rola prężności . Polskie Forum Psychologiczne. 2010; 15(2): 125–136.