ORIGINAL PAPER Curr Probl Psychiatry, Vol. 27(2026):26-42

DOI:10.12923/2353-8627/2026-0003

Czasopismo indeksowane na liście MNiSW - 70 pkt.

Familism and Interpersonal Closeness as Determinants of the Adult Child's Caregiving Relationship with a Mother Diagnosed with Cancer

Familizm i bliskość interpersonalna a relacja opieki dorosłego dziecka wobec matki z chorobą nowotworową

Katarzyna Kamila Walęcka-Matyja ABCDEFG, https://orcid.org/0000-0001-8222-729X,

University of Lodz, Faculty of Educational Sciences, Institute of Psychology, Rodziny Scheiblerów Avenue 2, Lodz, Poland

Abstract

Introduction: A parent's cancer diagnosis constitutes a profound and disruptive stressor that destabilizes the structural and dynamic functioning of the family system. Increasingly, informal caregiving responsibilities for aging and chronically ill parents are undertaken by young adults, who must simultaneously navigate educational, professional, and developmental demands. Psychological variables such as familism and interpersonal closeness may play a significant role in shaping the quality and characteristics of the caregiving relationship.

Aim: The aim of the study was to determine whether interpersonal closeness and the dimensions of familism can predict the quality of the caregiving relationship between an adult child and a mother diagnosed with breast cancer, as well as to compare the intensity of these variables between groups of young adults differing in their mothers' health status.

Method: The study involved 200 young adults, 50% of whom had a mother diagnosed with breast cancer. Three psychological instruments were used: the Unidimensional Relationship Closeness Scale, the Familism Scale, the Caregiving Types of Aging Parents Scale, and a sociodemographic questionnaire.

Conclusions: Young adults whose mothers were diagnosed with breast cancer reported higher levels of interpersonal closeness and higher scores on most dimensions of family values, while simultaneously reporting lower scores regarding the caregiving relationship. Interpersonal closeness proved to be a negative indicator of the caregiving relationship in both groups of young adults, although in the group with an ill mother it was most strongly associated with affective caregiving. The belief in the necessity of fulfilling family obligations was a negative indicator of the caregiving relationship in the group with an ill mother. In contrast, religiosity was a positive indicator of instrumental caregiving.

Keywords: interpersonal closeness, oncological illness, adulthood, familism, caregiving

Streszczenie

Wstęp: Choroba nowotworowa rodzica stanowi silny stresor destabilizujący funkcjonowanie struktury i dynamiki całej rodziny. Coraz częściej można zauważyć, że młodzi dorośli pełnią nieformalne role opiekuńcze wobec starzejących się i chorujących rodziców, jednocześnie łącząc obowiązki edukacyjne, zawodowe i rozwojowe. Niektóre z psychologicznych zmiennych, takie jak familizm oraz bliskość interpersonalna, mogą odgrywać znaczącą rolę w kształtowaniu tego rodzaju relacji opieki.

Cel: Celem badania było określenie, czy wymiary familizmu oraz bliskość interpersonalna pozwalają przewidywać typ relacji opieki dorosłego dziecka wobec chorującej na nowotwór piersi matki, a także porównanie nasilenia tych zmiennych w grupach młodych dorosłych różniących się stanem zdrowia matki.

Metoda: W badaniu uczestniczyło 200 młodych dorosłych, z których połowa miała matkę chorującą na nowotwór piersi. W pomiarze psychologicznym zastosowano trzy narzędzia psychologiczne: Jednowymiarową Skalę Bliskości Interpersonalnej, Skalę Familizmu, Skalę Typów Opieki nad Starzejącymi się Rodzicami oraz ankietę socjodemograficzną.

Wyniki: Młodzi dorośli, których matka chorowała na nowotwór piersi deklarowali wyższe nasilenie bliskości interpersonalnej oraz wyższe wyniki na większości wymiarów wartości rodzinnych, przy jednocześnie niższych wynikach w zakresie relacji opieki. Bliskość interpersonalna okazała się negatywnym wskaźnikiem relacji opieki w obu grupach młodych dorosłych, choć w grupie osób z chorą matką miała największe znaczenie dla relacji opieki afektywnej. Przekonanie o konieczności realizowania

© 2026 Author(s). This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

zobowiązań rodzinnych stanowiło negatywny wskaźnik relacji opiekuńczej w grupie osób z chorą matką. Natomiast zmienna religia stanowiła pozytywny wskaźnik relacji opieki o charakterze instrumentalnym.

Słowa kluczowe: bliskość interpersonalna, choroba nowotworowa, dorosłość, familizm, opieka

Introduction

Cancer is a serious and widespread health problem. The World Health Organization (WHO) announced in 2021 that breast cancer was the most frequently diagnosed cancer worldwide, indicating that approximately 12 percent of women in the world are diagnosed with it each year. It is believed that although modern cancer treatment includes various therapeutic methods, often using an interdisciplinary approach to ensure maximum effectiveness and minimal side effects, their psychological impact on patients and their loved ones is still very strong [1]. They often experience anxiety, depression, a sense of helplessness and a reduced quality of life [2]. Patients' families are also subject to intense emotional stress, a sense of threat, and uncertainty about the future. Psychologists agree that illness in the family disrupts the homeostasis of this environment. Stress, considered in the context of the family system, has a multifaceted impact on the interactions between family members, its structure, and the overall psychological well-being of its members [3]. Each phase of the disease carries tension. In the first of the phases, the cancer diagnosis phase, family members experience anxiety and disorientation. Information about the patient's health may be met with surprising reactions from family members, and an excess of information can be overwhelming even for the most coping individuals. [4]. The treatment phase is another stressful period for the family, but also a time of heightened sensitivity to the patient's needs. After treatment ends, the patient tries to return to their familiar daily life, often revealing their fear of relapse and the difficulties associated with it. Relapse, occurring even after effective therapy, constitutes the fourth, critical phase. It is characterized by intense anxiety and sadness in the family. Preparing for the patient's departure is particularly difficult for the family, for example, when they have to respect the patient's decision to discontinue treatment [5].

The stress connected with illness determines the overall dynamics of family life, often contributing to the modification of family roles, and sometimes even to their reversal. During most stages of family life, parents typically play key roles, providing care and broadly defined support to other family members. Over time, however, as the normal process of individual development unfolds, they face the challenges of subsequent stages, striving to adapt to emerging needs and difficulties, which are also often health-related. Parents of adult children in middle or late adulthood gradually begin to require care and support from those around them. As decisions about parenthood are increasingly made later in life, people entering adulthood sometimes become informal caregivers for aging and ailing parents. This requires them to learn to adapt their current lifestyle and behaviors to the new demands of their family of origin [6,7].

Psychologists consider family values to be a key factor in determining the provision of care for a dependent family member and its quality [8,9]. In the related literature, they are understood as a relatively enduring system of beliefs, norms, and attitudes that regulate the functioning of an individual within a family and set expectations for intergenerational relationships. The term "family values" adopted in this paper is used interchangeably with familism and encompasses values from the communal (support, respect, religion) and individualistic (individualism, focus on material success) perspectives. Familism is associated with family caregiving, i.e., the moral and social obligation of adult children to care for their parents [10]. This obligation can manifest itself in two extreme forms. The first is authoritarian in nature, requiring unconditional subordination to the parents' needs and will. It usually involves overloading the person acting as an informal family caregiver. The second, on the other hand, is reciprocity, built on the foundation of gratitude and emotional closeness with parents. It is often associated with a better quality of caregiving relationships. The profile of familism dimensions has been shown to be significantly associated with the quality of close interpersonal relationships, which clearly translates into their dynamics [11]. Dimensions of familism, such as respect and religion, foster a willingness to provide care. Conversely, values such as individualism, personal success, and materialismmay limit caregiving. It has been noted that they can also play a protective function by promoting mental balance. Family support and religion are regarded as factors that reduce burden and improve the quality of care for a sick family member [12].

Researchers emphasize that the quality of the relationship between the caregiver and the person requiring care is fundamental not only in shaping the caregiving experience but also determines the psychological well-being of both parties. It is assumed that the caregiving relationship encompasses both daily

caregiving activities and the expression of emotional closeness, mutual understanding, and psychological support between the caregiver and the person being cared for [13]. Contemporary researchers emphasize the crucial importance of the relational nature of care, which is understood as a specific relationship. The uniqueness of this relationship lies in respecting the human right to maintain subjectivity, autonomy, and personal dignity, regardless of biological or social limitations [14]. Caring for people in need of support, such as elderly parents, involves two main aspects: instrumental and affective. Instrumental care refers to a set of specific, measurable actions that can be identified and assessed. Therefore, this type of care is often provided by professionals such as nurses, home caregivers, and health specialists [15]. The instrumental aspect of the care relationship involves taking action to meet the physical and practical needs of a dependent person. This includes daily activities such as organizing and accompanying medical appointments, helping them to get dressed, wash, eat and other basic life activities [16]. The affective dimension of the relationship, in turn, is based on the quality of the relationship and providing psychological support to the person being cared for. These elements of care include building and maintaining an emotional bond that provides a sense of security, acceptance, emotional comfort, and demonstrating empathy and understanding [17]. Researchers emphasize that effective care for a dependent person should encompass both instrumental and affective aspects of care. A deficiency in either of these elements can lead to negative consequences. For instance, a parent with a physical illness receiving appropriate instrumental care but lacking emotional support may experience depression and a sense of isolation. In turn, the one receiving only emotional support without adequate physical assistance may experience health neglect [15].

When very intensive caregiving responsibilities are required, conflicts between family members may arise. However, research has shown that emotional support from caregivers significantly contributes to an increase in the mental well-being of the person requiring care [18]. It has been confirmed that intensive care for family members can contribute to a decrease in the mental well-being of caregivers, regardless of gender. It has been noted that positive aspects of relationships, such as a sense of fulfillment and satisfaction with caregiving, can effectively counteract these negative effects [19]. Furthermore, numerous studies have verified the mediating role of perceived social support in the relationship between caregiving burden and the quality of life of family caregivers of people with physical illness. Strong social support may mitigate the negative effects of the caregiving burden, improving caregivers' overall quality of life [20-22].

Many psychologists believe that interpersonal closeness is another important factor that mitigates the negative effects of caring for a sick family member. It is understood as a subjective sense of intimacy, emotional bond and mutual understanding between the caregiver and the person being cared for [23]. It has been confirmed that a high level of interpersonal closeness is associated with the perception of care as valuable and meaningful, and also reduces the sense of psychological burden. At the same time, it is emphasized that too intense an emotional connection can increase the risk of excessive involvement and stress [24].

The aim of this study was to fill an identified research gap in the psychological context of caregiving relationships between adult children and their mothers with cancer. The presented study contributes to a growing body of empirical research examining how socioeconomic and cultural changes impact the family's caregiving role [15, 6, 7, 18]. Psychologists note that the atomization of family life, economic migration and the relativization of values are associated with varying levels of willingness to provide assistance to aging or ill parents [25]. At the same time, caring for aging or ailing parents is now a daily reality not only for the sandwich generation [26] but also for young adults. It has been pointed out that young people often combine professional, educational, and caregiving responsibilities. They play important roles in caregiving networks, often filling gaps in the support system for older adults. It has been noted that their level of involvement may conflict with normative developmental tasks intended for this period of life, such as career development or establishing intimate relationships [27]. It was interesting to examine whether and how psychological variables, such as dimensions of familism and interpersonal closeness with the mother, predict the type of caregiving relationship. It was assumed that interpersonal closeness with the mother may significantly shape the type of caregiving relationship. Positive family relationships contribute to an increased sense of meaning and purpose in caregiving, which in turn may improve caregivers' psychological well-being [17]. On the other hand, conflicting relationships may exacerbate the stress and burden associated with the caregiving relationship. Research also indicates that dimensions of familism determine the initiation, maintenance, and quality of the caregiving relationship [28,10].

The following research questions and hypotheses were formulated:

1. Is there any difference in the intensity of caregiving relationships, interpersonal closeness and dimensions of familism in groups of young adults distinguished by the mother's health condition?

2. Does the intensity of interpersonal closeness and dimensions of familism allow us predict the type of caregiving relationship in groups of young adults distinguished by the mother's health condition?

H1: There is differentiation in the intensity of caregiving relationships in groups of young adults distinguished by the mother's health condition.

H2: There is differentiation in the intensity of interpersonal closeness with the mother in groups of young adults distinguished by the mother's health condition.

H2.1. People whose mother has breast cancer report greater interpersonal closeness.

H3: There is differentiation in the dimensions of familism in groups of young adults distinguished by the mother's health condition.

H3.1. People whose mother has breast cancer have a higher intensity of familism dimensions.

H4: The intensity of interpersonal closeness and dimensions of familism allows us to predict the type of maternal care relationship in the studied groups of young adults.

Material

The study participants were people in early adulthood (N=200) aged 18–34 years (M=24.04; SD=3.59), including 111 women (55.5%) and 89 men (44.5%). Inclusion criteria were as follows: the age of 18–34 years and the maternal health status (no breast cancer vs. stage II–III breast cancer, preoperative status). Exclusion criteria included: being outside the 18–34 age range, lack of informed consent to participate in the study and maternal health status (other chronic diseases). Purposeful sampling was used via support groups for families of oncology patients. Based on the maternal health status, two equal-sized comparison groups were identified. The first group consisted of individuals whose mother did not have cancer (n = 100). The second group consisted of individuals (n = 100) whose mother had breast cancer. The majority of the study participants did not live with their mother (n = 146; 73.0%). The remaining participants lived with their mother (n = 54; 27.0%). In terms of professional and educational status, 115 young adults (57.5%) declared they were employed, 35 (17.5%) were students, and 50 (25.0%) combined studies with work.

Method

This cross-sectional, quantitative, and self-report psychological study allowed for a single data collection. It was conducted in 2024 using the PAPI (Paper-and-Pencil Interviewing) method[1]. The study adhered to the Declaration of Helsinki and APA 7 guidelines. Participants were informed of its purpose, voluntary nature, anonymity, and the right to withdraw without penalty. They were informed that the results of the psychological study would be used exclusively for scientific purposes. Three psychological questionnaires with good psychometric properties and a socio-demographic survey were administered.

The Types of Care for Aging Parents Scale (TCAPS) by Banach and Walęcka-Matyja (2024) was used to measure the caregiving relationship, encompassing the general dimension and two specific dimensions: affective and instrumental. The scale has a high Cronbach's alpha reliability index of 0.91, confirming its internal consistency and psychometric validity. In our study, a Cronbach's alpha value of 0.875 was obtained.

To assess the level of interpersonal closeness in the adult child-mother relationship, the Unidimensional Interpersonal Closeness Scale (UICS) adapted by Wróbel et al. (2014) was used. The scale is characterized by a high Cronbach's alpha of 0.96. In our study, Cronbach's alpha was 0.85, which confirms the scale's usefulness in assessing interpersonal closeness.

The Familism Scale adapted by Walęcka-Matyja (2020) was used to assess the intensity of five dimensions of family values: respect ($\alpha = 0.91$), material success and achievements ($\alpha = 0.87$), religion ($\alpha = 0.95$), individualism ($\alpha = 0.63$), and family support ($\alpha = 0.70$). In our study, the Cronbach's alpha coefficient values (0.92-0.70) that were obtained indicated sufficient internal consistency of the tool.

The sociodemographic survey allowed for the collection of data such as: gender, age, professional and educational status of the respondents, living with their mother and the mother's health condition.

Results

Table 1 presents the descriptive statistics of the analyzed variables, including mean values, standard deviations, ranges of observed results (minimum and maximum values), measures of skewness and kurtosis, and the results of the Shapiro–Wilk normality test.

Considering the results in Table 1, statistically significant deviations from the normal distribution were observed for all variables included. Therefore, nonparametric methods were used in further analyses, and regression analysis was based on the bootstrapping. Statistical analyses were performed using SPSS PC version 29, licensed by the University of Lodz.

Differentiation in the scope of the considered psychological variables in groups of young adults

Firstly, an attempt was made to determine differences in the type of maternal care, interpersonal closeness and dimensions of familism in the compared

[1]*Research carried out as part of the master's seminar by M.Perahod*

Table 1. Descriptive statistics of the studied psychological variables

Variables	*M*	*SD*	*min*	*max*	*S*	*K*	*S-W*	*P*
interpersonal closeness	54.21	13.29	28	79	-0.15	-0.86	.98	.001
caregiving relationship - affective	71.99	19.64	26	110	-0.25	-0.58	.98	.010
caregiving relationship - instrumental	78.18	27.63	23	143	-0.24	-0.91	.96	.001
caregiving relationship - general	150.12	41.46	59	242	-0.27	-0.59	.98	.005
respect	43.16	9.02	23	61	-0.02	-1.20	.95	.001
material success and achievements	36.10	13.37	14	57	0.05	-1.37	.92	.001
individualism	17.23	6.68	5	26	-0.54	-1.01	.90	.001
religion	17.12	6.96	7	34	0.09	-0.99	.95	.001
family support	19.00	6.56	6	30	-0.10	-0.89	.96	.001

M – mean; Me – median; SD – standard deviation; Min – minimum; Max – maximum; S – skewness; K – kurtosis; S–W – Shapiro–Wilk test; p – statistical significance level. Source: own elaboration.

groups of young adults. Table 2 presents the mean values of the analyzed variables in the group of young adults whose mothers did not have cancer and in the group of those whose mothers had breast cancer, along with the results of the nonparametric Mann-Whitney test.

The obtained results indicate the presence of differences in all analyzed psychological variables across the compared groups of young adults. The intensity of interpersonal closeness with the mother was significantly higher in the group of participants whose mother had

Table 2. The mean values of the analyzed variables in the group of young adults whose mothers did not have cancer and in the group of those whose mothers had breast cancer

	Mother					
	healthy		**ailing**			
Variables	***M***	***SD***	***M***	***SD***	***U***	***p***
interpersonal closeness	51.31	12.31	57.10	13.67	3703.00	.002
caregiving relationship - affective	79.23	14.42	64.75	21.48	3096.00	.001
caregiving relationship - instrumental	99.50	13.97	56.86	20.51	479.50	.001
caregiving relationship - general	178.63	25.34	121.61	34.22	964.00	.001
respect	39.19	8.52	47.13	7.69	2433.00	.001
material success and achievements	30.99	12.79	41.21	11.96	2831.50	.001
individualism	14.18	6.71	20.27	5.08	2410.50	.001
religion	18.34	7.60	15.91	6.06	3921.50	.008
family support	15.59	5.78	22.41	5.43	2016.50	.001

M – mean; Me – median; SD – standard deviation; Min – minimum; Max – maximum; S – skewness; K – kurtosis; U- Mann-Whitney test; p – statistical significance level. Source: own elaboration.

breast cancer (M = 57.10; SD = 13.67). At the same time, a statistically significantly lower mean scores were obtained for all three indicators of the caregiving relationship – general, affective, and instrumental ones. Furthermore, significantly higher mean values were obtained for the dimensions of familism, which included respect, family support, material success and achievement, and individualism, in the group of young adults whose mother had breast cancer, while the mean value of the religion variable was significantly lower in this group.

Interpersonal closeness and dimensions of familism vs the quality of care relationship

To answer the second research question, we examined whether psychological variables such as interpersonal closeness and familism dimensions predicted the type of caregiving relationship among young adults, depending on their mother's health status. Interpersonal closeness and familism dimensions were analyzed as predictors of the caregiving relationship in a hierarchical regression analysis. In the first step, interpersonal closeness was included as the only predictor. Next, all familism dimension indicators were entered into the model. The overall score on the caregiving relationship dimension and its two subdimensions, affective and instrumental ones, were analyzed as dependent variables in three separate regression models:first in the group of young adults whose mothers did not have breast cancer, and then in the group of young adults whose mothers had breast cancer. Statistical significance was verified using bootstrapping.

Table 3. Interpersonal Closeness and Dimensions of Familism as Indicators of Caregiving relationship

	Caregiving relationship					
	affective		**instrumental**		**general**	
Predictors	***Beta***	***p***	***Beta***	***p***	***Beta***	***p***
Group: respondents with a healthy mother						
interpersonal closeness	-.35	.003	-.28	.008	-.35	.002
ΔR^2	.12		.08		.12	
interpersonal closeness	-.34	.004	-.28	.010	-.35	.004
respect	.04	.877	.41	.050	.27	.239
material success and achievements	-.06	.848	-.34	.258	-.22	.428
individualism	.20	.359	.28	.175	.25	.212
religion	.11	.472	-.03	.844	.05	.740
family support	.01	.948	-.27	.148	-.15	.438
ΔR^2	.02		.06		.04	
Group: respondents with an ailing mother						
interpersonal closeness	-.29	.007	-.05	.626	-.21	.045
ΔR^2	.08		.01		.04	
interpersonal closeness	-.17	.090	.07	.512	-.06	.506
respect	-.45	.004	-.28	.113	-.45	.005
material success and achievements	-.01	.954	.05	.716	.02	.851
individualism	.31	.062	.35	.075	.41	.023
religion	.17	.110	.36	.001	.32	.011
family support	-.08	.553	-.33	.011	-.25	.039
ΔR^2	.13		.22		.23	

Beta – standardized regression coefficient; p – statistical significance; ΔR^2 – coefficient of determination. Source: authors' own elaboration.

The results are presented in Table 3.

The obtained results (Table 3) allow us to conclude that in the group of young adults whose mothers were healthy, the only significant indicator of the caregiving relationship was the interpersonal closeness variable, which negatively predicted both the affective, instrumental, and general caregiving relationship types (ΔR^2 = 0.08–0.12). The respect variable remained positively related to the instrumental dimension of the caregiving relationship in this group. However, the obtained values of the coefficient of determination were small (0.02–0.06), indicating that the remaining dimensions of familism were insignificant in explaining the caregiving relationship variable. Therefore, the addition of the dimensions of familism did not significantly increase the predictive power of the models.

A different pattern of indicators for the caregiving relationship variable was revealed in the group of participants whose mothers had breast cancer. The significance of the interpersonal closeness variable weakened after introducing additional predictors into the model, and the caregiving relationship was explained by a more complex value system than in the group of participants whose mothers did not have cancer (ΔR^2 = 0.13–0.23). The following dimensions of familism played a key role here: respect (negatively associated with affective and general caregiving relationships), religion (positively associated with instrumental and general caregiving relationships), individualism (positively associated with general caregiving relationships), and family support (negatively associated with instrumental and general caregiving relationships). The results indicate that in this group, the type of caregiving relationship was shaped by the multidimensional structure of familism dimensions rather than a single factor. It was found that in the real-life context of caregiving, family values were more decisive for engaging in caregiving behaviors than the preference for interpersonal closeness alone.

Discussion

The results of the study show many interesting correlations between psychological variables considered in the context of functioning in the caregiving relationship of young adults, depending on the health status of their mothers.

It was noted that the group of individuals whose

mothers had breast cancer achieved significantly lower scores on all three dimensions of the caregiving relationship: general, affective and instrumental ones. This confirmed the assumptions of Hypothesis 1 and suggests the possibility of multifaceted interpretations of this result. Although the mother had breast cancer, she was still before surgery and, in the opinion of her adult children, she may not have required special care. The study participants may not have defined everyday, supportive behaviors as "care," underreporting them in the research tool, despite the actual provision of support. Furthermore, the mother, being under the constant care of medical personnel, may have had limited contact with her adult children, who in turn, may have developed the belief that their care was shared with the medical personnel and not engaged deeply in this regard. This situation is referred to as responsibility diffusion. It involves the perception that when individuals perceive greater available network support, they are more likely to delegate caregiver tasks, which reduces their own involvement. Assuming that adult children had poor contact with the medical personnel involved in their mother's care, they may also have had a lower level of knowledge about her illness, and therefore experienced greater uncertainty and other difficulties adapting to the new situation [29]. Another explanation for the results of our study relates to the insufficient preparation of young adults to assume the role of caregiver. They may believe they lack adequate competencies and skills, and fear being confronted with pain, suffering, and helplessness [5]. Adopting this perspective, it is believed that despite their declared greater interpersonal closeness with their ill mother, young adults may have experienced their relationship with her as more burdensome and were unable, or perhaps even unwilling, to engage more deeply in the caregiving relationship. However, this suggestion requires verification in future psychological research.

Considering the intensity of interpersonal closeness with the mother in the compared study groups, it was found to be significantly higher in the group of individuals whose mothers had breast cancer than in the group of individuals whose mothers were healthy. Thus, hypotheses 2 and 2.1 were positively verified. Interpreting this result, it can be assumed that it stems from greater emotional availability of the mother, who might have focused on seeking support from close family members due to her poor health. Many studies indicate that the greatest potential for support is found within the family group, which is related to its availability, continuity, and less occasional nature than in other, less cohesive social groups [30]. It is also possible that, in situations of stress in the family of origin system, young adults developed a strong emotional bond with their mother. A parent's illness often leads to an increased sense of community, emotional solidarity and an intensified bond, which is considered an adaptive mechanism that helps maintain stability in this uncertain and threatening situation [31]. Stronger interpersonal closeness with the mother with breast cancer may also reflect the process of emotional parentification, in which the child—even as an adult—begins to assume supportive roles toward the parent, which is reflected in a strengthened bond with them. This indicates a transformation of the relationship toward a more asymmetric model, in which the young adult assumes the role of a caregiver rather than a partner [32]. In turn, the lower intensity of closeness with the healthy mother in the group of young adults may result from the predominance of other relational roles in this phase of the life cycle, such as that of a partner, parent, or a professional role, which require a lot of time and energy.

The results of the study also revealed differences in familism dimensions across the compared groups of young adults. Hypotheses 3 and 3.1 were therefore confirmed. It was found that individuals whose mothers had breast cancer had significantly higher mean scores on familism dimensions such as respect, family support, material success and achievement, and individualism, although the mean value of the religion variable was lower in this group.

Psychologists agree that a parent's illness is a significant stressor, contributing to an increased focus on areas that provide control over the life situation. This result may indicate the activation of family resources in a crisis situation, which is consistent with the assumptions of a systemic approach to family [31]. An orientation toward autonomy and self-fulfillment may limit the tendency to provide long-term care, but it can also be a resource – it promotes setting boundaries, rationally distributing tasks, and seeking formal support, which in turn, reduces overload [33]. At the same time, higher financial resources serve a protective function, enabling the employment of external help and reducing the direct burden on the caregiver [34]. These results can be associated with an increased sense of responsibility and an orientation toward goals related to security and stability – both relational and economic ones. At the same time, the lower intensity of the religion variable may suggest that in illness situations, pragmatic values and the need for real agency begin to play a greater role, with a weakened belief in spiritual power. A complementary issue would be to determine what coping strategies the respondents use, as this may be their typical way of overcoming stress [35].

The study results also allow us to identify complex relationships between interpersonal closeness with the mother, dimensions of familism, and the caregiving relationship, and they differ depending on the health status of the young adults' mothers. This positively

verified the fourth hypothesis.

In the group of young adults whose mothers did not have cancer, the variable of interpersonal closeness was negatively associated with the general, affective and instrumental dimensions of the caregiving relationship. It can be assumed that the mother's health did not require the adult children to take increased caregiving actions towards her. Therefore, it is suggested that a higher level of interpersonal closeness with the mother in this group of young adults does not necessarily correlate with the caregiving relationship on these dimensions. It is possible that young adults whose mothers did not have cancer expressed closeness to her in other ways, for example through co-presence. In turn, the variable of respect was an indicator of the instrumental aspect of the caregiving relationship in this group of participants. Respect for parents, family traditions, and transgenerational transmission is understood as a universal moral norm that regulates family relationships and strengthens the sense of obligation to the family. Studies have shown that a high level of this variable is positively associated with the type of caregiving primarily consisting of providing assistance with activities of daily living [28,10]. This is justified in the group of young people whose mothers, not having experienced breast cancer, could be more focused on the hardships of everyday life.

It was noted that in the group of young adults whose mothers had breast cancer, the patterns of dependence were different and more complex. The variable of interpersonal closeness with the mother was negatively associated with the general and affective indicators of the caregiving relationship, which may indicate a weakening of the adult child's resources and caregiving function in the situation of the mother's illness. The idea of interpersonal closeness with the mother in this group may be shaped by a sense of obligation, not solely by the desire to provide emotional support. The negative relationship between the respect variable and the general and affective dimensions of the caregiving relationship may illustrate the adult child's difficulty in fulfilling the role of an emotional caregiver, which, in turn, influences the perception of the relationship as less harmonious [32]. Another explanation for the negative association between the respect variable and the affective and general caregiving relationship may be that adult children value their parent's dignity and authority. Therefore, by reducing their involvement in the caregiving relationship, primarily in the emotional sphere, they try not to undermine the sick mother's sense of agency, so as not to assume the role of an "overprotective" person. It is noted that the results obtained in our study differ from those showing that the respect variable can strengthen normative pressure, treating care as a moral obligation [28]. It was found that in the group of young adults whose mothers had cancer, the variable of religion was positively associated with the general and instrumental dimensions of the caregiving relationship. Interpreting this result, one can refer to the importance of religion as a source of meaning and support in situations of family health crisis. A high level of belief in spiritual power favors the perception of caring for a sick mother as a moral obligation and allows for a positive evaluation of the caregiving role. The obtained results are consistent with those of other authors [36]. Furthermore, the variable of family support was negatively associated with the general and instrumental dimensions of the caregiving relationship. This result can be understood as a reluctance to engage in caregiving activities characterized by asymmetry and functionality in the relationship with the sick mother. It is possible that this value modified the structure of family support, resulting in the mother's husband/partner being more strongly involved in the caregiving relationship than the adult child. However, this suggestion requires further investigation in future psychological research.

Conclusions

1. In the group of young adults whose mothers had breast cancer, there was a greater intensity of interpersonal closeness, while the care relationship was weakened and the family orientation was strengthened with values ensuring the stability of the family system.
2. In the group of young adults whose mothers did not have cancer, interpersonal closeness seems to result from natural emotional bonds and developmental separation processes.
3. Complex relationships between interpersonal closeness and dimensions of familism and the caregiving relationship were identified and varied depending on the health status of the young adults' mothers.

Limitations

Despite the valuable findings, the study has certain limitations that should be considered when interpreting the results. The sample included only individuals in early adulthood, which makes it impossible to generalize to other groups of adult children, such as those in middle age whose parents are aging or ailing. The study design was cross-sectional, which allows for the identification of co-occurrence of variables but does not allow for inferences about the direction of causal relationships. Furthermore, the self-report instruments used may be susceptible to social desirability bias and subjective interpretation of test items.

Despite these limitations, the study is considered to

have significant implications in practice. It emphasizes the role of interpersonal closeness and dimensions of familism in shaping the caregiving relationship between adult children and their parents. The results indicate a specific adaptive profile in which young adults compensate for the deficits in support from their ailing mother by declaratively and emotionally strengthening the bond and affirming family values that support the stability of the family system. Psychologists, as well as those working with families, can use the results as a basis for developing psychological and psychoeducational support programs for young caregivers, especially in families struggling with cancer. It is crucial to reinforce within family caregivers the value of affective care, which is based on respect, patient autonomy, and emotional sensitivity.

Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią poważny i powszechny problem zdrowotny. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła w 2021, że nowotwór piersi był najczęściej diagnozowanym na świecie, wskazując, że każdego roku jest on rozpoznawany u około 12 procent kobiet na świecie. Uważa się, że choć nowoczesne leczenie chorób nowotworowych obejmuje różne metody terapii, często wykorzystujące podejście interdyscyplinarne dla zapewnienia jak największej skuteczności i minimalizacji skutków ubocznych to nadal ich oddziaływanie na psychikę pacjentów oraz ich bliskich jest bardzo silne [1]. Doświadczają oni często lęku, depresji, poczucia bezradności oraz obniżenia jakości życia[2]. Rodziny pacjentów również przeżywają silny stres emocjonalny, poczucie zagrożenia i niepewności, co do przyszłości. Psychologowie zgodnie twierdzą, że choroba w rodzinie zaburza homeostazę tego środowiska. Stres rozpatrywany w kontekście systemu rodzinnego wieloaspektowo oddziaływuje na interakcje między członkami rodziny, jej strukturę, a także na ogólny dobrostan psychiczny jej członków [3]. Każda bowiem z faz związanych z przebiegiem choroby niesie ze sobą napięcie. W pierwszej z nich, fazie diagnozy nowotworu członkowie rodziny doświadczają niepokoju i dezorientacji. Informacje na temat stanu zdrowia chorego mogą spotkać się z zaskakującymi reakcjami osób tworzących rodzinę, a ich nadmiar może działać przeciążająco nawet na najlepiej radzącą sobie w tej sytuacji jednostkę [4]. Faza leczenia to kolejny stresujący okres dla rodziny, ale również czas zwiększonej wrażliwości na potrzeby chorego. Po zakończeniu leczenia pacjent stara się powrócić do codzienności, którą zna, często jednak ujawniając obawę przed nawrotem choroby i trudności z nią związanych. Nawrót choroby, występujący nawet po skutecznej terapii stanowi czwartą, krytyczną fazę. Charakteryzuje się ona występowaniem nasilonego lęku i smutku w rodzinie. Przygotowanie na odejście chorego jest szczególnie trudne dla rodziny, np. wymagające uszanowania decyzji chorego o zaprzestaniu leczenia [5].

Stres związany z chorobą decyduje o ogólnej dynamice życia rodziny, często przyczyniając się do modyfikacji pełnionych ról rodzinnych, a niekiedy nawet do ich odwrócenia. Przez większość etapów życia rodzinnego to zwykle rodzice pełnią kluczowe role zapewniając opiekę oraz szeroko rozumiane wsparcie pozostałym członkom rodziny. Z czasm jednak, w normatywnie przebiegającym procesie rozwoju jednostkowego mierzą się oni z wyzwaniami kolejnych jego faz, starając się dostosować się do pojawiających się potrzeb i trudności, także często o charaktrze zdrowotnym. Rodzice dorosłych dzieci znajdujący się w okresie średnej lub późnej dorosłości zaczynają stopniowo potrzebować opieki i wsparcia ze strony otoczenia. Z uwagi na fakt coraz późniejszego podejmowania decyzji o rodziciecielstwie zdarza się, że osoby wchodzące w dorosłość stają się nieformalnymi opiekunami starzejących się, chorujących rodziców. Wymaga to od nich nauki dostosowywania swojego dotychczasowego stylu życia i zachowań do nowych wymagań związanych z funkcjonowaniem rodziny pochodzenia [6,7].

Za kluczowy czynnik decydujący o podjęciu opieki nad zależnym członkiem rodziny oraz o jej jakości psychologowie uznają wartości rodzinne [8,9]. W literaturze przedmiotu są one rozumiane jako względnie trwały system przekonań, norm i postaw regulujących funkcjonowanie jednostki w rodzinie oraz wyznaczających oczekiwania wobec relacji międzypokoleniowych. Przyjęte w niniejszej pracy znaczenie pojęcia wartości rodzinne używane jest zamiennie z pojęciem familizm i obejmuje wartości z nurtu wspólnotowego (wsparcie, szacunek, religia) oraz z nurtu indywidualistycznego (indywidualizm, orientacja na sukces materialny). Z familizmem łączy się rodzinny obowiązek opiekuńczy, czyli moralne i społeczne zobowiązanie dorosłych dzieci do opieki nad rodzicami [10]. Obowiązek ten może ujawniać się w dwóch skrajnych formach. Pierwsza z nich ma charakter autorytarnej, wymagającej bezwzględnego podporządkowania się potrzebom i woli rodziców. Zwykle wiąże się z przeciążeniem osoby pełniącej rolę nieformalnego opiekuna rodzinnego. Natomiast druga to wzajemność, budowana na fundamencie wdzięczności i

bliskości emocjonalnej z rodzicami. Często łączy się ona z lepszą jakością relacji opiekuńczych Wykazano, że profil wymiarów familizmu jest istotnie powiązany z jakością bliskich relacji interpersonalnych, co wyraźnie przekłada się na ich dynamikę [11]. Wymiary familizmu, takie jak szacunek i religia sprzyjają gotowości do podejmowania opieki. Z kolei wartości, do których zaliczono indywidualizm oraz sukces osobisty i materializm mogą ją ograniczać. Zaznacza się, że mogą one równocześnie pełnić funkcję ochronną, poprzez sprzyjanie osiąganiu równowagi psychicznej. Wsparcie rodzinne i religia uznawane są za czynniki redukujące obciążenia i podwyższające jakość opieki nad chorym członkiem rodziny [12].

Badacze podkreślają, że jakość relacji między opiekunem a osobą wymagającą opieki ma fundamentalne znaczenie dla kształtowania nie tylko doświadczeń opiekuńczych, ale także decyduje o dobrostanie psychicznym obu stron. Przyjmuje się, że relacja opieki obejmuje zarówno czynności opiekuńcze, wykonywane codziennie, jak i okazywanie bliskości emocjonalnej, wzajemnego zrozumienia i wsparcia psychicznego między opiekunem a osobą opiekowaną [13]. Współcześnie badacze akcentują istotne znaczenie relacyjnego charakteru opieki, która rozumiana jest jako specyficzna relacja. Wyjątkowość tej relacji polega na respektowaniu praw człowieka do zachowania podmiotowości, autonomii i godności osobistej, niezależnie od biologicznych lub społecznych ograniczeń [14]. Opieka nad osobami potrzebującymi wsparcia, takimi jak np. starsi rodzice obejmuje dwa główne aspekty: instrumentalny i afektywny. Instrumentalna opieka odnosi się do zestawu określonych, mierzalnych działań, które można zidentyfikować i ocenić. W związku z tym ten rodzaj opieki często jest realizowany przez profesjonalistów, takich jak pielęgniarki, opiekunowie domowi oraz specjaliści ds. zdrowia [15]. Aspekt instrumentalny relacji opieki wiąże się z podejmowaniem działań mających na celu zaspokojenie fizycznych i praktycznych potrzeb osoby zależnej. Obejmuje ona codzienne czynności, takie jak organizowanie i towarzyszenie podczas wizyt lekarskich, pomoc w ubieraniu się, myciu, jedzeniu i innych podstawowych czynnościach życiowych [16]. Z kolei afektywny wymiar relacji opiera się na jakości relacji i na udzielaniu wsparcia psychologicznego osobie znajdującej się pod opieką. Elementy tego rodzaju opieki obejmują budowanie i utrzymywanie emocjonalnej więzi, która zapewnia poczucie bezpieczeństwa, akceptacji, komfortu emocjonalnego oraz okazywanie empatii i zrozumienia [17]. Badacze podkreślają, że efektywna opieka nad osobą potrzebującą zależną powinna obejmować zarówno instrumentalne, jak i afektywne aspekty opieki. Niedostatek jednego z tych elementów może prowadzić do negatywnych skutków. Na przykład, chorujący somatycznie rodzic otrzymujący odpowiednią opiekę instrumentalną, ale przy niedostatku wsparcia emocjonalnego, może doświadczać depresji i poczucia izolacji. Z kolei będąc wspieranym jedynie wsparcie emocjonalne, bez adekwatnej pomocy fizycznej, może zostać zaniedbanym zdrowotne [15].

W przypadku konieczności realizowania w sposób bardzo intensywny obowiązków opiekuńczych mogą wystąpić konflikty między członkami rodzin. W badaniach wykazano jednak, że wsparcie emocjonalne opiekunów zdecydowanie przyczynia się do wzrostu poziomu dobrostanu psychicznego osoby wymagającej opieki [18]. Potwierdzono, że intensywna opieka nad członkami rodziny może przyczyniać się do obnżenia poziomu dobrostanu psychicznego opiekunów, niezależnie od płci. Zauważono, że pozytywne aspekty relacji, takie jak poczucie spełnienia i satysfakcji z opieki, mogą skutecznie przeciwdziałać tym negatywnym skutkom [19]. Ponadto w wielu badaniach zweryfikowano pośredniczącą rolę postrzeganego wsparcia społecznego w związku między obciążeniem opieką, a jakością życia rodzinnych opiekunów osób chorych somatycznie. Silne wsparcie społeczne może łagodzić negatywne skutki obciążenia opieką, poprawiając ogólną jakość życia opiekunów [20-22].

W opinii wielu psychologów innym ważnym czynnikiem zmiejszającym negatywne skutki obciążenia opieką nad chorym członkiem rodziny jest bliskość interpersonalna. Rozumiana jest ona jako subiektywne poczucie intymności, emocjonalnej więzi i wzajemnego zrozumienia między opiekunem a osobą, nad którą sprawuje się opiekę [23]. Powierdzono, że wysoki poziom bliskości interpersonalnej łączy się z postrzeganiem opieki jako wartościowej i sensownej, a także obniża poczucie obciążenia psychicznego. Jednocześnie podkreśla się, że zbyt intensywne emocjonalne związanie może zwiększać ryzyko nadmiernego zaangażowania i stresu [24].

Celem niniejszej pracy było uzupełnienie luki badawczej zidentyfikowanej w obszarze psychologicznego kontekstu relacji opieki sprawowanej przez dorosłe dzieci wobec chorej na nowotwór matki. Zprezentowane badanie wpisuje się nurt doniesień empirycznych, w których autorzy poszukują odpowiedzi na pytanie, jak przemiany socjoekonomiczne i kulturowe oddziaływują na rodzinę w pełnieniu przez nią funkcji opiekuńczej [15, 6,7, 18]. Psychologowie zauważają bowiem, że atomizacja życia w rodzinie, ekonomiczne migracje, relatywizacja wartości wiążą się ze zróżnicowaną gotowością do niesienia pomocy starzejącym czy chorym rodzicom [25]. Jednocześnie sprawowanie opieki nad starzejącymi się czy chorującymi rodzicami stanowi współcześnie codzienność nie tylko osób należących do pokolenia

kanapkowego [26], ale także młodych dorosłych. Wskazuje się, że młodzi ludzie często łączą obowiązki zawodowe, edukacyjne i opiekuńcze. Pełnią oni istotne role w sieciach opiekuńczych, często wypełniając niedostatki w systemie wsparcia dla starszych osób. Zauważa się, że poziom ich zaangażowania może kolidować z normatywnymi zadaniami rozwojowymi przewidzianymi dla tego okresu życia, jak rozwój kariery czy nawiązywanie relacji opartych na intymności [27]. Interesującym było sprawdzenie, czy i w jaki sposób zmienne psychologiczne, jak wymiary familizmu i bliskość interpersonalna z matką pozwalają prognozować typ relacji opieki. Przyjęto, że bliskość interpersonalna z matką może istotnie kształtować typ relacji opieki. Pozytywne relacje rodzinne przyczyniają się bowiem do zwiększenia poczucia sensu i celu w opiece, co z kolei może poprawiać dobrostan psychiczny opiekunów [17]. Z kolei konfliktowe relacje mogą potęgować stres i obciążenie związane z relacją opieki. Badania wskazują także, że wymiary familizmu decydują o podjęciu, utrzymaniu oraz jakości relacji opieki [28,10].

Sformuowano następujące pytania i hipotezy badawcze:

1. Czy występuje zróżnicowanie w zakresie nasilenia relacji opieki, bliskości interpersonalnej i wymiarów familizmu w grupach młodych dorosłych wyróżnionych ze względu na stan zdrowia matki?
2. Czy nasilenie bliskości interpersonalnej i wymiarów familizmu pozwala przewidywać typ relacji opieki w grupach młodych dorosłych wyróżnionych ze względu na stan zdrowia matki?

H1: Występuje zróżnicowanie w zakresie nasilenia relacji opieki w grupach młodych dorosłych wyróżnionych ze względu na stan zdrowia matki.

H2: Występuje zróżnicowanie w zakresie nasilenia bliskości interpersonalnej z matką w grupach młodych dorosłych wyróżnionych ze względu na stan zdrowia matki.

H2.1. Osoby, których matka choruje na nowotwór piersi deklarują większą bliskość interpersonalną.

H3: Występuje zróżnicowanie w zakresie wymiarów familizmu w grupach młodych dorosłych wyróżnionych ze względu na stan zdrowia matki.

H3.1.Osoby, których matka choruje na nowotwór piersi mają wyższe nasilenie wymiarów familizmu.

H4: Nasilenie bliskości interpersonalnej i wymiarów familizmu pozwala przewidywać typ relacji opieki nad matką w badanych grupach młodych dorosłych.

Materiał

Uczestnikami badania były osoby znajdujące się w okresie wczesnej dorosłości (N=200) w wieku 18–34 lat (M = 24,04; SD = 3,59), w tym 111 kobiet (55,5%) i 89 mężczyzn (44,5%).

Za kryteria włączenia przyjęto: wiek 18–34 lat osoby badanej, stan zdrowia matki (brak choroby nowotworowej piersi vs. choroba nowotworowa piersi w stadium II–III, status przed zabiegiem). Za kryteria wyłączenia przyjęto: znajdowanie się poza przedzialem wiekowym 18–34 lat, brak świadomej zgody na udział w badaniu, stan zdrowia matki (inne choroby przewlekłe). Zastosowano celowy dobór do próby, za pośrednictwem grup wsparcia dla rodzin pacjentów onkologicznych. Biorąc pod uwagę kryterium stanu zdrowia matki wyodrębniono dwie grupy porównawcze o równej liczebności. Pierwszą grupę stanowiły osoby, których matka nie chorowała na nowotwór (n = 100). Druga grupa była złożona z osób (n = 100), których matka chorowała na nowotwór piersi. Większość badanych osób nie mieszkała z matką (n = 146; 73,0%). Natomiast pozostałe mieszkały z nią wspólnie (n = 54; 27,0%). Pod względem statusu zawodowo-edukacyjnego, 115 młodych dorosłych (57,5%) zadeklarowało status osoby pracującej, 35 osób (17,5%) studiowało, a 50 osób (25,0%) łączyło studia z pracą.

Metoda

Badanie psychologiczne o charakterze przekrojowym, ilościowym i samoopisowym pozwoliło na jednorazowe zebranie danych. Przeprowadzono je w 2024 roku metodą PAPI (ang. Paper-and-Pencil Interviewing)[1]. Badanie było zgodne z Deklaracją Helsińską i wytycznymi APA7. Uczestnicy otrzymali informację o jego celu, dobrowolności, anonimowości i prawie do wycofania się bez ponoszenia konsekwencji. Zostali poinformowani o wyłącznie naukowym wykorzystaniu rezultatów badania psychologicznego. Zastosowano trzy kwestionariusze psychologiczne o dobrych właściwościach psychometrycznych oraz ankietę socjo-demograficzną.

Do pomiaru relacji opieki, ujętej na wymiarze ogólnym oraz dwóch szczegółowych, tj. afektywnym i instrumentalnym wykorzystano Skalę Typów Opieki nad Starzejącymi się Rodzicami (STOnSR) Banach i XX (2024). Skala ma wysoki wskaźniki rzetelności α Cronbacha wynoszący 0,91, co potwierdza jej spójność wewnętrzną i trafność psychometryczną. W badaniu własnym otrzymano wartość α Cronbacha równą 0,875.

W celu oszacowania nasilenia bliskości interpersonalnej w relacji dorosłe dziecko – matka zastosowano Jednowymiarową Skalę Bliskości Interpersonalnej (JSBI) w adaptacji Wróbel i in. (2014). Skala cechuje się wysoką wartością współczynnika α Cronbacha, który wynosił 0,96. W badaniu własnym współczynnik α Cronbacha wyniósł 0,85, co potwierdza przydatność skali w ocenie bliskości interpersonalnej.

Skala Familizmu w adaptacji XX (2020) została użyta w celu oszacowania nasilenia pięciu wymiarów wartości

[1]*Badania zrealizowane w ramach seminarium magisterskiego przez p. M.Perahod*

rodzinnych: szacunek (α = 0,91), sukces materialny i osiągnięcia (α = 0,87), religia (α = 0,95), indywidualizm (α = 0,63), wsparcie rodzinne (α = 0,70). W badaniu własnym otrzymano wartości współczynnika α Cronbacha (0,92-0,70) wskazujące na wystarczającą spójność wewnętrzną narzędzia.

Ankieta socjodemograficzna pozwoliła na zebranie takich danych jak: płeć, wiek, status zawodowo-edukacyjny badanych, mieszkanie z matką, stan zdrowia matki.

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe analizowanych zmiennych, obejmujące wartości średnie, odchylenia standardowe, zakresy obserwowanych wyników (wartości minimalne i maksymalne), miary skośności i kurtozy oraz wyniki testu normalności Shapiro–Wilka.

Rozpatrując wyniki zawarte w tabeli 1 zauważono występowanie statystycznie istotnych odchyleń od rozkładu normalnego dla wszystkich ujętych w niej zmiennych. W związku z tym w dalszych analizach zastosowano metody nieparametryczne, a analizę regresji oparto na metodzie bootstrapingu. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu SPSS PC w wersji 29, na licencji Uniwersytetu Łódzkiego.

Tabela 1. Statystyki opisowe analizowanych zmiennych

Zmienne	***M***	***SD***	***min***	***max***	***S***	***K***	***S-W***	***P***
bliskość interpersonalna	54,21	13,29	28	79	-0,15	-0,86	,98	,001
relacja opieki- afektywna	71,99	19,64	26	110	-0,25	-0,58	,98	,010
relacja opieki- instrumentalna	78,18	27,63	23	143	-0,24	-0,91	,96	,001
relacja opieki - ogólnie	150,12	41,46	59	242	-0,27	-0,59	,98	,005
szacunek	43,16	9,02	23	61	-0,02	-1,20	,95	,001
sukces materialny i osiągnięcia	36,10	13,37	14	57	0,05	-1,37	,92	,001
indywidualizm	17,23	6,68	5	26	-0,54	-1,01	,90	,001
religia	17,12	6,96	7	34	0,09	-0,99	,95	,001
Wsparcie rodzinne	19,00	6,56	6	30	-0,10	-0,89	,96	,001

M – średnia; SD- odchylenie standardowe; min – wartość minimalna; max – wartość maksymalna; S-W –Shapiro-Wilka test; p – istotność statystyczna. Źródło: opracowanie własne.

Zróżnicowanie w zakresie rozpatrywanych zmiennych psychologicznych w grupach młodych dorosłych

W pierwszej kolejności podjęto próbę określenia zróżnicowania w zakresie typu opieki nad matką, bliskości interpersonalnej i wymiarów familizmu w porównywanych grupach młodych dorosłych. W tabeli 2 zaprezentowano średnie wartości analizowanych zmiennych w grupie badanych młodych dorosłych których matka nie chorowała na nowotwór oraz w grupie badanych z matką chorującą na nowotwór piersi, wraz z wynikami nieparametrycznego testu Manna–Whitneya.

Otrzymane rezultaty wskazują na występowanie zróżnicowania w zakresie wszystkich analizowanych zmiennych psychologicznych w porównywanych grupach młodych dorosłych. Nasilenie bliskości interpersonalnej z

Tabela 2. Średnie wartości analizowanych zmiennych w grupie badanych ze zdrową matką oraz w grupie badanych z matką chorującą na nowotwór

	Matka					
	Zdrowa		**Chora**			
Zmienne	***M***	***SD***	***M***	***SD***	***U***	***p***
bliskość interpersonalna	51,31	12,31	57,10	13,67	3703,00	,002
relacja opieki - afektywna	79,23	14,42	64,75	21,48	3096,00	,001
relacja opieki - instrumentalna	99,50	13,97	56,86	20,51	479,50	,001
relacja opieki - ogólnie	178,63	25,34	121,61	34,22	964,00	,001
szacunek	39,19	8,52	47,13	7,69	2433,00	,001
sukces materialny i osiągnięcia	30,99	12,79	41,21	11,96	2831,50	,001
indywidualizm	14,18	6,71	20,27	5,08	2410,50	,001
religia	18,34	7,60	15,91	6,06	3921,50	,008
wsparcie rodzinne	15,59	5,78	22,41	5,43	2016,50	,001

M – średnia; SD- odchylenie standardowe; min – wartość minimalna; max – wartość maksymalna; S-W –Shapiro-Wilka test; p – istotność statystyczna. Źródło: opracowanie własne.

matką okazało się istotnie wyższe w grupie uczestników, których matka chorowała na nowotwór piersi (*M* = 57,10; *SD* = 13,67). Jednocześnie w zakresie wszystkich trzech wskaźników relacji opieki – ogólnego, afektywnego i instrumentalnego w tej grupie uzyskano istotnie statystycznie niższe wyniki średnie. Ponadto na wymiarach familizmu, do których zaliczono: szacunek, wsparcie rodzinne, sukces materialny i osiągnięcia oraz indywidualizm otrzymano istotnie wyższe wartości średnie w grupie młodych dorosłych, których matka chorowała na nowotwór piersi, przy czym średnia wartość zmiennej religia okazała się jednocześnie w tej grupie istotnie niższa.

Bliskość interpersonalna i wymiary familizmu a jakość relacji opieki

Poszukując odpowiedzi na drugie pytanie badawcze sprawdzono czy zmienne psychologiczne jak bliskości interpersonalna i wymiary familizmu pozwalają prognozować typ relacji opieki młodych dorosłych, w zależności od stanu zdrowia ich matki. Bliskość interpersonalna oraz wymiary familizmu zostały przeanalizowane jako predyktory relacji opieki w analizie regresji hierarchicznej. W pierwszym kroku uwzględniono bliskość interpersonalną jako jedyny predyktor. Następnie do modelu wprowadzono wszystkie wskaźniki wymiarów familizmu. Ogólny wynik na wymiarze relacji opieki oraz na dwóch jej podwymiarach, tj. afektywnym oraz instrumentalnym poddano analizie jako zmienne zależne w trzech odrębnych modelach regresji — najpierw w grupie młodych dorosłych, których matka nie chorowała na nowotwór, a następnie w grupie młodych dorosłych, których matka chorowała na nowotwór piersi. Istotność statystyczną weryfikowano z wykorzystaniem metody bootstrapingu. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Uzyskane wyniki (tab. 3) pozwalają stwierdzić, że w grupie młodych dorosłych, których matka była zdrowa jedynym istotnym wskaźnikiem relacji opieki okazała się zmienna bliskość interpersonalna, która w sposób negatywny pozwalała przewidywać, zarówno typ relacji opieki afektywnej, instrumentalnej, jak i ogólnej (ΔR^2 = 0,08–0,12). Zmienna szacunek pozostawała w tej grupie w dodatnim związku z instrumentalnym wymiarem relacji opieki. Jednak otrzymane wartości współczynnika determinacji były niewielkie (0,02–0,06), co wskazuje,

Tabela 3. Bliskość interpersonalna i wymiary familizmu jako wskaźniki relacji opieki

	relacja opieki					
	afektywna		**instrumentalna**		**ogólnie**	
Predyktory	***Beta***	***p***	***Beta***	***p***	***Beta***	***p***
Grupa: badani ze zdrową matką						
bliskość interpersonalna	-,35	,003	-,28	,008	-,35	,002
ΔR^2	,12		,08		,12	
bliskość interpersonalna	-,34	,004	-,28	,010	-,35	,004
szacunek	,04	,877	,41	,050	,27	,239
sukces materialny i osiągięcia	-,06	,848	-,34	,258	-,22	,428
indywidualizm	,20	,359	,28	,175	,25	,212
religia	,11	,472	-,03	,844	,05	,740
wsparcie rodzinne	,01	,948	-,27	,148	-,15	,438
ΔR^2	,02		,06		,04	
Grupa: badani z chorą matką						
bliskość interpersonalna	-,29	,007	-,05	,626	-,21	,045
ΔR^2	,08		,01		,04	
bliskość interpersonalna	-,17	,090	,07	,512	-,06	,506
szacunek	-,45	,004	-,28	,113	-,45	,005
sukces materialny i osiągięcia	-,01	,954	,05	,716	,02	,851
indywidualizm	,31	,062	,35	,075	,41	,023
religia	,17	,110	,36	,001	,32	,011
wsparcie rodzinne	-,08	,553	-,33	,011	-,25	,039
ΔR^2	,13		,22		,23	

Beta – standaryzowany współczynnik regresji; p – istotność statystyczna; ΔR2 – współczynnik determinacji. Źródło: opracowanie własne.

że pozostałe wymiary familizmu nie miały większego znaczenia w wyjaśnianiu zmiennej relacja opieki. Zatem dodanie wymiarów familizmu nie zwiększyło w znaczący sposób mocy predykcyjnej modeli.

Odmienny wzorzec wskaźników dla zmiennej relacja opieki ujawnił się w grupie badanych osób, których matka chorowała na nowotwór piersi. Zauważono, że znaczenie zmiennej bliskość interpersonalna słabło po wprowadzeniu do modelu dodatkowych predyktorów, a relacja opieki była wyjaśniana przez bardziej złożony system wartości niż w grupie osób, których matka nie chorowała na nowotwór (ΔR^2 = 0,13–0,23). Kluczową rolę odgrywały tu następujące wymiary familizmu: szacunek (negatywnie związany z relacją opieki afektywną i ogólną), religia (pozytywnie związana z relacją opieki instrumentalną i ogólną), indywidualizm (pozytywnie związany z opieką ogólną) oraz wsparcie rodzinne (negatywnie związane z relacją opieki instrumentalnej i ogólnej). Otrzymane rezultaty wskazują, że w tej grupie typ relacji opieki był kształtowany raczej przez wielowymiarową strukturę wymiarów familizmu, a nie pojedynczy czynnik. Stwierdzono, że w realnym kontekście opieki to wartości rodzinne silniej decydowały o podejmowaniu zachowań opiekuńczych niż sama preferencja bliskości interpersonalnej.

Dyskusja

Rezultaty badania pokazują wiele interesujących zależności występujących między zmiennymi psychologicznymi rozpatrywanymi w kontekście funkcjonowania w relacji opieki młodych dorosłych, w zależności od stanu zdrowia ich matek.

Zauważono, że w grupie osób, których matka chorowała na nowotwór piersi uzyskano istotnie niższe rezultaty na wszystkich trzech wymiarach relacji opieki, tj. ogólnym, afektywnym oraz instrumentalnym. Tym samym potwierdzono założenia hipotezy 1. Sugeruje się możliwość wielokierunkowych interpretacji tego wyniku. Bowiem matka, choć chorowała na nowotwór piersi, to jednocześnie nadal była jeszcze przed zabiegiem i możliwe, że w ocenie dorosłych dzieci nie wymagała szczególnej opieki. Badani mogli nie definiować codziennych, wspierających zachowań jako „opieki", zaniżając deklaracje w narzędziu badawczym, mimo realnego świadczenia wsparcia. Ponadto matka, znajdując się pod stałą opieką personelu medycznego, mogła mieć ograniczony kontakt z dorosłymi dziećmi, które z kolei mogły rozwinąć przekonanie o współdzieleniu opieki nad nią z personelem medycznym i nie angażować się głęboko w tym zakresie. Opisana sytuacja jest określana jako dyfuzja odpowiedzialności. Polega ona na tym, że w przypadku spostrzegania większego dostępnego wsparcia sieciowego jednostka ujawnia większą skłonność do delegowania zadań o charakterze opiekuńczym, co obniża jej własne zaangażowanie. Zakładając, że dorosłe dzieci miały słaby kontakt z personelem medycznym zaangażowanym w opiekę nad ich matką, to mogły mieć także niższy poziom wiedzy na temat jej choroby, a w związku z tym doświadczać większej niepewności oraz innych trudności w adaptacji do nowej sytuacji [29]. Inne wyjaśnienie uzyskanego rezultatu badań własnych odnosi się do niedostatecznego przygotowania młodych dorosłych do podejmowania roli opiekuna. Mogą oni uważać, że nie mają adekwatnych kompetencji i umiejętności, bać się konfrontacji z bólem, cierpieniem i bezradnością [5]. Przyjmując tę perspektywę uważa się, że mimo deklarowanej większej bliskości interpersonalnej z chorą matką młodzi dorośli mogli doświadczać relacji z nią jako bardziej obciążającej i nie potrafili czy może nawet nie chcieli zaangażować się w większym stopniu w relację opieki. Sugestia ta wymaga jednak weryfikacji w przyszłych badaniach psychologicznych.

Rozpatrując nasilenie bliskości interpersonalnej z matką w porównywanych grupach badanych osób stwierdzono, że osiągnęło ono istotnie wyższe nasilenie w grupie osób, których matka chorowała na nowotwór piersi niż w grupie osób, których matka była zdrowa. Tym samym hipotezy 2 i 2.1 zostały pozytywnie zweryfikowane. Interpretując uzyskany wynik można sądzić, że wynika on z większej dostępności emocjonalnej matki, która być może koncentrowała się na poszukiwaniu wsparcia u bliskich członków rodziny w związku ze złym stanem swego zdrowia. Wiele z badań wskazuje, że największy potencjał wsparcia znajduje się w grupie rodzinnej, co wiąże się z jego dostępnością, ciągłością i mniej okazjonalnym charakterem niż w innych, mniej spójnych grupach społecznych [30]. Możliwe także, że w sytuacji doświadczania stresu w systemie rodziny pochodzenia młodzi dorośli silnej wiązali się emocjonalnie z matką. Choroba rodzica często bowiem prowadzi do zwiększenia poczucia wspólnoty, solidarności emocjonalnej oraz intensyfikacji więzi, co uznawane jest za mechanizm adaptacyjny, pozwalający na utrzymanie stabilności w tej niepewnej i zagrażającej sytuacji [31]. Silniejsza bliskość interpersonalna z matką chorującą na nowotwór piersi może również odzwierciedlać proces parentyfikacji emocjonalnej, w którym dziecko - także dorosłe - zaczyna podejmować funkcje wspierające wobec rodzica, co znajduje odzwierciedlenie w zacieśnieniu z nim więzi. Wskazuje to na występowanie procesu transformacji relacji ku modelowi bardziej asymetrycznemu, w którym młody dorosły przyjmuje rolę opiekuna, a nie partnera [32]. Z kolei mniejsze nasilenie bliskości ze zdrową matką w grupie młodych dorosłych może wynikać z tego, że w tej fazie cyklu życia dominują inne role relacyjne, np. partnera/partnerki, rodzica czy roli zawodowej, które w

realizacji wymagają dużych zasobów czasu i energii.

Rezultaty przeprowadzonego badania ukazały także zróżnicowanie w zakresie wymiarów familizmu w porównywanych grupach młodych dorosłych. Potwierdzono zatem założenia hipotez 3 oraz 3.1. Stwierdzono, że osoby, których matki chorowały na nowotwór piersi otrzymały istotnie wyższe wyniki średnie w obszarze wymiarów familizmu, takich jak; szacunek, wsparcie rodzinne, sukces materialny i osiągnięcia oraz indywidualizm, choć zaznacza się jednocześnie, że średnia wartość zmiennej religia w tej grupie okazała się niższa.

Psychologowie są zgodni, że choroba rodzica stanowi silny stresor, który przyczynia się do większej koncentracji na obszarach zapewniających uzyskanie kontroli nad sytuacją życiową. Otrzymany rezlutat może wskazywać na aktywację zasobów rodzinnych w sytuacji kryzysowej, co jest zgodnie z założeniami systemowego ujęcia rodziny [31]. Orientacja na autonomię i samorealizację może ograniczać skłonność do wielogodzinnej, długoterminowej opieki, ale bywa także zasobem – sprzyja wyznaczaniu granic, racjonalnej dystrybucji zadań i poszukiwaniu wsparcia formalnego, co w efekcie redukuje przeciążenie [33]. Jednocześnie wyższe zasoby finansowe pełnią funkcję ochronną, umożliwiając zatrudnienie pomocy zewnętrznej i redukując bezpośrednie obciążenie opiekuna [34]. Wyniki te można łączyć ze wzrostem poczucia odpowiedzialności oraz orientacji na cele związane z bezpieczeństwem i stabilnością - zarówno relacyjną, jak i ekonomiczną. Jednocześnie niższe nasilenie w zakresie zmiennej religia może sugerować, że w sytuacji choroby większą rolę zaczynają odgrywać wartości pragmatyczne, potrzeba realnej sprawczości, przy osłabionej wierze w duchową moc. Zagadnieniem uzupełniającym rozważania byłoby określenie, jakie strategie radzenia sobie ze stresem wykorzystują badani, bo być może jest to dla nich typowy sposób pokonywania stresu [35].

Wyniki badań pozwalają także na określenie złożonych zależności występujących między bliskością interpersonalną z matką, wymiarami familizmu, a relacją opieki, przy czym różnią się one w zależności od stanu zdrowia matki młodych dorosłych. Tym samym pozytywnie zweryfikowano hipotezę czwartą.

W grupie młodych dorosłych, których matka nie chorowała na nowotór zmienna bliskość interpersonalna ujemnie łączyła się z ogólnym, afektywnym i instrumentalnym wymiarem relacji opieki. Można sądzić, że stan zdrowia matki nie wymagał podejmowania wobec niej nasilonych działań opiekuńczych przez dorosłe dzieci. Zatem sugeruje się, że większe nasilenie bliskości interpersonalnej z matką w tej grupie młodych dorosłych nie musi współwystępować z relacją opieki na wymienionych wymiarach. Możliwe, że młodzi dorośli, których matka nie chorowała na nowotwór wyrażali bliskość z nią w inny sposób, np. poprzez współobecność. Z kolei zmienna szacunek stanowiła wskaźnik instrumentalnego aspektu relacji opieki w tej grupie badanych. Szacunek wobec rodziców, tradycji rodzinnych oraz przekazu transgeneracyjnego jest rozumiany uniwersalna norma moralna, która reguluje relacje rodzinne i wzmacnia poczucie zobowiązań wobec rodziny. W badaniach wykazano, że wysokie nasilenie tej zmiennej łączy się dodatnio z typem opieki polegającej głównie na udzielaniu pomocy w zakresie czynności dnia codziennego [28,10]. Znajduje to uzasadnienie w grupie młodych ludzi, których matki nie doświadczając choroby nowotorowej piersi mogły być bardziej skoncentrowane na trudach codzienności.

Zauważono, że w grupie młodych dorosłych z matką chorującą na nowotwór piersi wzorce zależności miały odmienny i bardziej złożony charakter. Zmienna bliskość interpersonalna z matką wiązała się ujemnie z ogólnym i afektywnym wskaźnikiem relacji opieki, co może świadczyć o osłabieniu zasobów i funkcji opiekuńczej dorosłego dziecka w sytuacji choroby matki. Rozumienie bliskości interpersonalnej z matką w tej grupie może być kształtowane przez poczucie zobowiązania, a nie jedynie przez chęć udzielania jej wsparcia emocjonalnego. Ujemny związek zmiennej szacunek z ogólnym i afektywnym wymiarem relacji opieki może ilustrować trudność w pełnieniu przez dorosłe dziecko roli emocjonalnego opiekuna, co z kolei wpływa na spostrzeganie relacji jako mniej harmonijnej [32]. Inne wyjaśnienie otrzymanego wyniku ujemnego powiązania zmiennej szacunek z relacją opieki typu afektywnego i ogólną może oznaczać, że dorosłe dzieci uznają za wartość godność i autorytet rodzica. Dlatego też poprzez obniżanie swego zaangażowania w relację opieki, głównie w sferze emocjonalnej, starają się nie osłabiać poczucia sprawczości chorej matki, aby nie przejmować roli osoby „nadopiekuńczej". Zauważa się, że uzyskane w badaniu własnym rezultaty są odmienne od tych, w których wykazano, że zmienna szacunek może wzmacniać presję normatywną, traktując opiekę jako moralny obowiązek [28]. Stwierdzono, że w grupie młodych dorosłych, których matka chorowała na nowotwór zmienna religia dodatnio łączyła się z ogólnym i instrumentalnym wymiarem relacji opieki. Interpretując uzyskany wynik można odwołać się do znaczenia religii jako źródła sensu i wsparcia w sytuacji doświadczania rodzinnego kryzysu zdrowotnego. Wysokie nasilenie wiary w duchową moc sprzyja pojmowaniu opieki nad chorą matką jako obowiązku moralnego i pozwala pozytywnie wartościować funkcję opiekuńczą. Uzyskane rezultaty są zgodne z wynikami innych autorów [36]. Ponadto zmienna

wsparcie rodzinne wiązała się ujemnie z ogólnym i instrumentalnym wymiarem relacji opieki. Wynik ten można rozumieć jako niechęć do działań opiekuńczych nacechowanych asymetrią i funkcjonalnością w relacji z chorą matką. Możliwe, że wartość ta modyfikowała strukturę wsparcia rodzinnego i w efekcie mąż/partner matki był osobą silniej zaangażowaną w relację opieki niż dorosłe dziecko. Sugestia ta wymaga jednak sprawdzenia w przyszłych badaniach psychologicznych.

Wnioski

1. W grupie młodych dorosłych, których matka chorowała na nowotwór piersi wystąpiło większe nasilenie bliskości interpersonalnej przy jednoczesnym osłabieniu relacji opieki oraz wzmocnieniu orientacji rodzinnej o wartości zapewniające stabilność systemu rodzinnego.
2. W grupie młodych dorosłych, których matka nie chorowała na nowotwór, bliskość interpersonalna zdaje się wynikać z naturalnych więzi emocjonalnych i procesów rozwojowej separacji.
3. Określono złożone zależności występujące między bliskością interpersonalną i wymiarami familizmu, a relacją opieki, przy czym różniły się one w zależności od stanu zdrowia matki młodych dorosłych.

Ograniczenia

Przeprowadzone badanie, mimo uzyskanych wartościowych wyników, posiada pewne ograniczenia, które należy wziąść pod uwagę przy interpretacji rezultatów. Próba obejmowała wyłącznie osoby znajdujące się w okresie wczesnej dorosłości, co sprawia, że nie można dokonać ich generalizacji na inną grupę dorosłych dzieci np., znajdujących się w okresie średniej dorosłości, których rodzice starzeją się lub chorują. Zastosowany schemat badania miał charakter przekrojowy, co umożliwa ustalenie współwystępowania zmiennych, ale nie pozwala na wnioskowanie o kierunku zależności przyczynowo-skutkowych. Ponadto zastosowane narzędzia samoopisowe mogą być podatne na efekt aprobaty społecznej i subiektywną interpretację pozycji testowych.

Mimo wskazanych ograniczeń uważa się, że badanie ma istotne znaczenie aplikacyjne. Podkreślana jest bowiem rola bliskości interpersonalnej oraz wymiarów familizmu w kształtowaniu relacji opieki dorosłych dzieci wobec rodziców. Otrzymane rezultaty wskazują na specyficzny profil adaptacyjny, w którym młodzi dorośli kompensują deficyty wsparcia ze strony chorej matki poprzez deklaratywne i emocjonalne wzmacnianie więzi oraz deklarowanie tych wartości rodzinnych, które sprzyjają utrzymaniu stabilności sytemu rodzinnego. Psychologowie, ale także osoby pracujące z rodzinami mogą wykorzystać otrzymane wyniki jako podstawę do opracowania programów wsparcia psychologicznego i psychoedukacyjnego dla młodych opiekunów, zwłaszcza w rodzinach zmagających się z chorobą nowotworową. Istotnym jest wzmacnianie u opiekunów rodzinnych przekonania o wartości opieki afektywnej, której fundamenty stanowią szacunek, autonomia pacjenta oraz kierowanie się wrażliwością emocjonalną w stosunku do niego.

Conflict of interest

The author has declared no conflict of interest.

References

1. Jassem J, Krzakowski M, et al. Onkologia – podręcznik dla studentów i lekarzy. Warszawa: PZWL; 2020.
2. Faller H, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, et al. Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. Patient Educ Couns. 2017;100(10):1934–42. doi:10.1016/j.pec.2017.05.031.
3. Plopa M. Psychologia rodziny. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2011.
4. Pietrzyk Z. Psychospołeczne aspekty choroby nowotworowej. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 2006.
5. Zielazny T, Nowak A, Kwiatkowski P. Onkol Pol. 2013;16(1):21–9.
6. MaksimDąbrowska K. Wychowanie w Rodzinie. 2025;32(4):169–79. doi:10.61905/wwr/211372
7. KrywultAlbańska M. Wychowanie w Rodzinie. 2025;32(3):133–48. doi:10.61905/wwr/210526
8. RóżyckaTran J, Jurek P, Truong TKH, Olech M. Front Psychol. 2021;11:525034. doi:10.3389/fpsyg.2020.525034.
9. Tagharrobi L, Tagharrobi Z, Delbari A, et al. BMC Geriatr. 2025;25:1023. doi:10.1186/s12877-025-06590-5.
10. WalęckaMatyja K. Psychiatr Pol. 2020;54(4):791–806. doi:10.12740/PP/108993.
11. Banach A, WalęckaMatyja KK. Arch Psychiatry Psychother. 2024;26(4):66–78. doi:10.12740/APP/191452.
12. Sayegh P, Knight BG. J Gerontol B. 2011;66(1):3–14. doi:10.1093/geronb/gbq061
13. Betts Adams K, McClendon MJ, Smyth KA. Dementia. 2008;7(3):301–19. doi:10.1177/1471301208093286
14. Chabior A, Chrost M. Przegląd Psychologiczny. 2021;29(1):44–61.
15. Gillick MR. J Palliat Med. 2014;17(8):957–61.
16. Gibson M. J Appl Gerontol. 2020;39(3):301–20.
17. WalęckaMatyja KK, Janicka I. Rodzina jako wartość. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2021.
18. Roberts C, Anderson J, Smith L. J Appl Gerontol. 2020;39(7):751–70.
19. Krämer T, Hoffmann H, Schröder J. Aging Ment Health. 2024;28(1):24–36.
20. Hu B, Liu Y, Li J. Aging Ment Health. 2025;29(2):112–24.
21. Zawadzka E, Domańska Ł. Curr Probl Psychiatry. 2025;26:1–10. doi: 10.12923/2353-8627/2025-0001
22. Zwar L, König HH, Hajek A. Eur J Ageing. 2024;21(1). doi: 10.1007/s10433-023-00797-4
23. Wróbel M, Gut A, RóżyckaTran J. Przegląd Psychologiczny. 2014;57(2):151–64.
24. Spruytte N, Van Audenhove C, Lammertyn F. J Gerontol B.

2002;55(4):243–52. doi: 10.1093/geronb/55.4.p243
25. Błachnio A. Wychowanie w Rodzinie. 2016;13(1):441–53. doi: 10.23734/wwr20161.441.453
26. Riley LD, Bowen CP. Fam J. 2005;13(1):52–8. doi: 10.1177/1066480704270099
27. Fingerman KL, Kim K, Tennant PWG, Birditt KS, Zarit SH. J Gerontol B. 2025;80(1):110–23. doi: 10.1093/geronb/gbae198
28. Sabogal F, Marín G, OteroSabogal R, VanOss Marín B, PérezStable EJ. Hisp J Behav Sci. 1987;9(4):397–412. doi: 10.1177/07399863870094003.
29. Davey A, Gulish L, Askew J, Godette K, Johnson T. Clin Child Psychol Psychiatry. 2011;16(4):500–21.
30. Cutrona CE. Social support in couples. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
31. Świętochowski W. Psychospołeczne aspekty chorób przewlekłych. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2004.
32. Borchet J. In: Kaźmierczak M, LewandowskaWalter A, editors. Rodzina w cyklu życia – rozwój, zmiana, kryzysy. Toruń: Liberi Libri; 2023. p. 227–38.
33. AboJabel H, Ayalon L. Technol Soc. 2023;75:102386. doi:10.1016/j.techsoc.2023.102386.
34. Lacey RE, Xue B, Di Gessa G, Lu W, McMunn A. Lancet Public Health. 2024;9(1):e16–e25. doi:10.1016/S2468-2667(23)00206-2.
35. OgińskaBulik N, Juczyński Z. MiniCOPE. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
36. Falzarano F, Moxley J, Pillemer K, Czaja SJ. J Gerontol B. 2021;77(7):1269–79. doi:10.1093/geronb/gbab160.

Corresponding author

Katarzyna Kamila Walęcka-Matyja
e-mail: katarzyna.walecka@now.uni.lodz.pl
University of Lodz, Faculty of Educational Sciences, Institute of Psychology
Rodziny Scheiblerów Avenue 2, Lodz, Poland

Otrzymano: 09.03.2026
Zrecenzowano: 10.03.2026
Przyjęto do publikacji: 21.05.2026