



Złożenie pracy online:  
2025-10-26 21:08:20  
Kod pracy:  
32135/49550/CloudA

Bernadetta Bator  
(nr albumu: 29767 )

Praca magisterska

## **"Satysfakcja z życia rodziców dzieci cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego"**

### **Life Satisfaction Among Parents of Children with Mental Health Disorders**

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr n. med. Katarzyna Kocoń-Rychter

Serdecznie dziękuję Pani promotor dr n. med. Katarzyna Kocóń-Rychter za poświęcony mi czas i pomoc podczas pisania pracy magisterskiej. Z wyrazami wdzięczności: Bator Bernadetta

|



## Streszczenie

Niniejsza praca poświęcona jest psychospołecznemu funkcjonowaniu rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem czynników wpływających na ich satysfakcję z życia. Celem badań było określenie zależności między statusem ekonomicznym rodziny, nasileniem zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci, dostępnością wsparcia społecznego i profesjonalnego a poziomem satysfakcji życiowej rodziców. W badaniu uczestniczyło 40 rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego oraz 40 rodziców dzieci rozwijających się prawidłowo (grupa kontrolna). Zastosowano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS), Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS) oraz autorską ankietę. Analiza wyników wykazała pozytywny związek między statusem ekonomicznym a satysfakcją z życia ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ) oraz negatywną korelację między nasileniem zaburzeń dziecka a satysfakcją rodzica ( $r = -0,58$ ;  $p < 0,001$ ). Wsparcie społeczne i profesjonalne sprzyjało wyższemu poziomowi satysfakcji (średnia SWLS = 19,4 vs 16,3;  $p < 0,01$ ). Rodzice dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego mieli niższe kompetencje społeczne, szczególnie w sytuacjach ekspozycji społecznej. Poziom kompetencji społecznych dodatnio korelował z satysfakcją życiową ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ). Główne bariery w dostępie do wsparcia to wysokie koszty, brak wiedzy specjalistów oraz niedostępność usług. Wyniki podkreślają potrzebę holistycznego wsparcia rodzin, uwzględniającego aspekty ekonomiczne, psychologiczne oraz rozwijanie kompetencji społecznych rodziców.

## Słowa kluczowe

zaburzenia zdrowia psychicznego u dzieci, satysfakcja z życia, rodzice, wsparcie społeczne, wsparcie profesjonalne, status ekonomiczny

## Abstract

This study addresses the psychosocial functioning of parents of children with mental health disorders, with particular focus on factors affecting their life satisfaction. The aim was to examine the relationships between family economic status, the severity of children's mental health disorders, the availability of social and professional support, and parental life satisfaction. The study included 40 parents of children with mental health disorders and 40 parents of typically developing children (control group). Standardized instruments were used, including the Satisfaction with Life Scale (SWLS), the Social Competence Questionnaire (KKS), and an author-designed survey. Analysis showed a significant positive relationship between economic status and life satisfaction ( $r = 0.47$ ;  $p < 0.01$ ) and a strong negative correlation between the severity of the child's disorder and parental life satisfaction ( $r = -0.58$ ;  $p < 0.001$ ). Both social and professional support contributed to higher life satisfaction (mean SWLS = 19.4 vs. 16.3;  $p < 0.01$ ). Parents of children with mental health disorders demonstrated lower social competence, especially in social exposure situations. Social competence was positively correlated with life satisfaction ( $r = 0.36$ ;  $p < 0.01$ ). The main barriers to accessing professional support included high costs, insufficient specialist knowledge, and lack of available services. The findings emphasize the need for holistic support for families of children with mental health disorders, addressing economic and psychological aspects and promoting the development of parents' social competencies.

## Keywords

children's mental health disorders, life satisfaction, parents, social support, professional support, economic status

## SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	2
ROZDZIAŁ I. TEORETYCZNE PODSTAWY FUNKCJONOWANIA RODZICÓW OSÓB Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO.....	4
1.1. Epidemiologia zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży.....	4
1.2. Wpływ zaburzeń zdrowia psychicznego dziecka na dynamikę relacji rodzinnych.....	6
1.3. Obciążenia rodziców opiekujących się osobami z zaburzeniami zdrowia psychicznego.....	9
1.3.1. Obciążenia psychologiczne (stres, poczucie winy, wypalenie).....	9
1.3.2. Obciążenia społeczne, stygmatyzacja i izolacja.....	13
1.3.3. Ekonomiczne aspekty opieki nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego.....	14
ROZDZIAŁ 2. SATYSFAKCJA Z ŻYCIA RODZICÓW OSÓB Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO.....	17
2.1. Pojęcie satysfakcji z życia i jej pomiar.....	17
2.2. Satysfakcja z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego – przegląd badań.....	21
2.3. Znaczenie wsparcia społecznego i profesjonalnego.....	26
ROZDZIAŁ 3. METODOLOGIA.....	29
3.1. Cel badań.....	29
3.2. Pytania badawcze.....	29
3.3. Hipotezy badawcze.....	29
3.4. Dobór grupy badawczej.....	31
3.5. Procedura badania.....	32
3.6. Narzędzia badawcze.....	32
3.7. Zmienne i ich operacjonalizacja.....	33
3.8. Metody analizy danych.....	35
ROZDZIAŁ 4. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ.....	37
4.1. Wyniki badań.....	37
4.2. Dyskusja wyników.....	50
4.3. Wnioski i podsumowanie.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEKS.....	65



## WSTĘP

Zaburzenia zdrowia psychicznego u dzieci stanowią poważne wyzwanie dla całego systemu rodzinnego, wprowadzając liczne zmiany w jego funkcjonowaniu i wywierając znaczący wpływ na dobrostan psychiczny rodziców. Opieka nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego wiąże się z wieloma obciążeniami – emocjonalnymi, społecznymi, a także ekonomicznymi, które istotnie rzutują na poziom satysfakcji z życia opiekunów. Szczególnie ważna wydaje się rola czynników zewnętrznych, mianowicie statusu ekonomicznego rodziny czy dostępności różnych form wsparcia, które łagodzą negatywne konsekwencje związane z opieką nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Zbadanie czynników warunkujących satysfakcję z życia rodziców takich dzieci jest konieczne dla projektowania adekwatnych i skutecznych systemów wsparcia, odpowiadających na rzeczywiste potrzeby tych rodzin. Literatura przedmiotu wskazuje na złożoność problematyki funkcjonowania rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, podkreślając konieczność prowadzenia dalszych badań w tym obszarze.

Głównym celem niniejszej pracy jest zbadanie związków między statusem ekonomicznym rodziny, nasileniem zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci, dostępnością wsparcia społecznego i profesjonalnego a poziomem satysfakcji z życia rodziców takich dzieci. W przeprowadzonych badaniach własnych zastosowano metodologię ilościową. Wykorzystano standaryzowane narzędzia psychometryczne – Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS), a także autorską ankietę oceniającą sytuację socjoekonomiczną rodziny oraz dostępne formy wsparcia. Grupę badaną stanowiło 40 rodziców dzieci z różnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, a grupę kontrolną 40 rodziców dzieci rozwijających się prawidłowo, dobranych pod względem podstawowych zmiennych demograficznych.

Praca składa się z czterech rozdziałów, które tworzą logiczną strukturę prowadzącą od teoretycznych podstaw problemu do empirycznej weryfikacji postawionych hipotez. Pierwszy rozdział prezentuje teoretyczne podstawy funkcjonowania rodziców osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, rozpoczynając od ich definicji i klasyfikacji, poprzez analizę wpływu zaburzeń zdrowia psychicznego dziecka na dynamikę relacji rodzinnych, a kończąc na szczegółowym omówieniu różnych rodzajów obciążeń doświadczanych przez rodziców. W rozdziale tym



szczególnością uwagę poświęcono aspektom psychologicznym, społecznym i ekonomicznym opieki nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Rozdział drugi koncentruje się na zagadnieniu satysfakcji z życia rodziców osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, rozpoczynając od konceptualizacji pojęcia satysfakcji z życia i metod jej pomiaru. W dalszej jego części przedstawiono systematyczny przegląd dotychczasowych badań dotyczących satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, a także przeanalizowano znaczenie wsparcia społecznego i profesjonalnego w kształtowaniu poziomu satysfakcji życiowej tej grupy.

W rozdziale trzecim zawarto opis metodologii przeprowadzonych badań, obejmujący szczegółowe przedstawienie celu badań, pytań badawczych i hipotez. W rozdziale tym dokładnie opisano procedurę doboru grupy badawczej i przebieg badania, a także scharakteryzowano wykorzystane narzędzia badawcze oraz metody analizy statystycznej zebranych danych.

Czwarty rozdział prezentuje wyniki przeprowadzonych badań, ich statystyczną analizę oraz interpretację w świetle postawionych hipotez badawczych. Ostatni, piąty rozdział, zawiera również rozbudowaną dyskusję uzyskanych rezultatów z uwzględnieniem dotychczasowych doniesień naukowych oraz podsumowanie i wnioski, które mogą stanowić podstawę do formułowania praktycznych rekomendacji dotyczących wsparcia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, a także wskazanie kierunków przyszłych badań w tym obszarze.

## **ROZDZIAŁ I. TEORETYCZNE PODSTAWY FUNKCJONOWANIA RODZICÓW OSÓB Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

### **1.1. Epidemiologia zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży**

Zaburzenia zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży są znaczącym problemem, a ich częstotliwość występowania szacuje się na 10-20% populacji. Najczęściej występującymi zaburzeniami zdrowia psychicznego w populacji dzieci i młodzieży są zaburzenia zachowania i emocji. W 2006 roku, czyli prawie 20 lat temu, w Polsce w poradniach zdrowia psychicznego leczono około 92 tys. osób do 19. roku życia, z czego 40% zgłoszeń dotyczyło właśnie tych zaburzeń. Rzeczywista częstość występowania tych problemów jest znacznie większa, a szacuje się, że 10-20% dzieci i młodzieży wymaga pomocy specjalistycznej z powodu zaburzeń psychicznych (Komosińska, 2012). Najnowsze dane epidemiologiczne potwierdzają znaczny wzrost rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży w Polsce. Badanie EZOP II wykazało, że na jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne cierpi blisko 600 tysięcy osób w wieku 7-17 lat, co oznacza, że problem ten dotyczy co ósmego dziecka w tej grupie wiekowej. Wśród najmłodszych, do 6. roku życia, różnego rodzaju zaburzenia stwierdzono u około 16% dzieci (ponad 420 tys.) (Ostaszewski i in., 2021). Raporty UNICEF wskazują natomiast, że na świecie blisko 13% nastolatków (10-19 lat) żyje ze zdiagnozowanymi zaburzeniami, a w Polsce szacowana częstotliwość występowania w tej grupie wiekowej to 10,8% (ponad 409 tys. nastolatków), przy czym eksperci sugerują, że niska ta wartość wynika z braków w diagnozowaniu problemu (UNICEF, 2021; UNICEF, 2024). Dominującymi rozpoznaniami w obu badaniach są zaburzenia lękowe i depresyjne, które stanowią dużą część wszystkich diagnoz, podkreślając pilną potrzebę zwiększenia dostępności specjalistycznej pomocy.

W badaniach przeprowadzonych wśród 15-latków z warszawskich szkół wykazano, że 40% z nich zgłaszało problemy psychiczne o różnym stopniu nasilenia, a 5% miało poważne problemy, które utrudniały normalne funkcjonowanie (Woynarowska, Oblacińska, 2014). W 2011 roku w Polsce liczba dzieci i młodzieży do lat 18 z zaburzeniami psychicznymi, które były leczone w placówkach psychiatrycznych, wyniosła 10 040 w oddziałach psychiatrycznych całodobowych oraz 100 659 w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (Woynarowska, Oblacińska, 2014).



Najczęściej rozpoznawane zaburzenia zdrowia psychicznego w populacji dzieci i młodzieży obejmują (Tabak, 2014):

- zaburzenia rozwojowe (F80-F84, F88-F98<sup>1</sup>) w postaci specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka, umiejętności szkolnych, funkcji motorycznych oraz całościowych zaburzeń rozwoju;
- zaburzenia nerwicowe (F40-F48), związane ze stresem, charakteryzujące się lękami, natrętnymi myślami lub czynnościami przymusowymi oraz dezadaptacyjnymi reakcjami na stres;
- zaburzenia afektywne (F30-F39), głównie związane ze zmianami nastroju, jak depresja lub podwyższony nastrój (Tabak, 2014).

Wśród tych grup znajdują się również specyficzne zaburzenia uczenia się (np. dysleksja), całościowe zaburzenia rozwoju (np. autyzm), zaburzenia hiperkinetyczne (np. ADHD), zaburzenia lękowe oraz zaburzenia nastroju, w tym depresja (Tabak, 2014).

Najnowsze badania dowodzą, że w populacji dzieci w Polsce najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi są (Sobczyk, Grajek, 2024):

- pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży – stanowią one 52,2% ogółu przypadków wśród dziewcząt i 40,2% wśród chłopców;
- zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną – występują u 18,3% dziewcząt i 314,85 na 100 tys. ludności chłopców;
- zaburzenia nastroju – dotyczą 13,1% dziewcząt i 116,01 na 100 tys. ludności chłopców;
- całościowe zaburzenia rozwojowe – występują u 31,8% populacji dzieci i młodzieży (Sobczyk, Grajek, 2024).

W latach 2018-2023 zaobserwowano znaczny wzrost rozpowszechnienia tych zaburzeń, w tym ponad 6-krotny wzrost pozostałych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz ponad 2-krotny wzrost zaburzeń nastroju. Zaobserwowano także znaczący wzrost liczby nieletnich pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania. Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną wzrosły w tym okresie w populacji dzieci i młodzieży o około 80%, a całościowe zaburzenia rozwojowe o ponad 33% (Sobczyk, Grajek, 2024).

---

<sup>1</sup> Kody odnoszą się do aktualnie jeszcze obowiązującej klasyfikacji ICD-10.

Wiele dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego nie otrzymuje profesjonalnej pomocy z powodu ograniczonej dostępności do opieki oraz obaw przed stygmatyzacją (Woynarowska, Oblacińska, 2014).

## **1.2. Wpływ zaburzeń zdrowia psychicznego dziecka na dynamikę relacji rodzinnych**

Zaburzenia zdrowia psychicznego jednego z członków rodziny, w tym przypadku dziecka, istotnie wpływają na dynamikę relacji rodzinnych, czego potwierdzenie można znaleźć w licznych doniesieniach w literaturze naukowej. Zaburzone funkcjonowanie psychiczne dziecka prowadzi do wzrostu napięcia emocjonalnego wśród pozostałych członków rodziny. Narracje rodzinne pokazują, że choroba psychiczna dziecka wpływa na sposób postrzegania świata przez rodziców, co może prowadzić do wewnętrznej przemiany i zmiany w relacjach rodzinnych. W procesie adaptacji emocjonalnej członkowie rodziny starają się zrozumieć i zaakceptować nową rzeczywistość. Zaburzone funkcjonowanie psychiczne jednego z członków rodziny generuje zmiany w całym systemie rodzinnym, w czym uwidocznia się złożoność relacji i interakcji w obliczu kryzysu (Frąckowiak-Sochańska, 2015). Rodzice przechodzą przez różne fazy adaptacji do sytuacji, która prowadzi do zmiany w ich postrzeganiu siebie i swojego dziecka. W niektórych przypadkach zniekształcają jego obraz, koncentrując się głównie na jego chorobie, co może prowadzić do braku akceptacji i ograniczenia samodzielności dziecka (Klajmon-Lech, 2017).

Rodzina musi zmierzyć się z wyzwaniami związanymi z organizowaniem codziennej opieki nad dzieckiem z zaburzeniami, co często prowadzi do napięć i stresu. Jej członkowie doświadczają obaw o przyszłość oraz lęku, które kształtują ich interakcje i relacje. Rodziny te nierzadko internalizują uprzedzenia społeczne, co skutkuje obniżeniem poczucia własnej wartości u ich członków (Przybyła-Basista, 2016). Rodzice doświadczają silnych emocji związanych z cierpieniem dziecka, które oddziałują na ich własne samopoczucie (Kubiak, 2020). Badania wskazują, że około 20-30% członków rodziny odczuwa obniżone poczucie własnej wartości z powodu posiadania w rodzinie osoby z zaburzeniami psychicznymi (Przybyła-Basista, 2016). Rodzice zaś zwykle doświadczają złożonych emocji, takich jak poczucie winy, smutek, a także chroniczny stres, które kształtują ich relacje z dzieckiem oraz innymi członkami rodziny (Klajmon-Lech, 2017). Zwłaszcza matki często doświadczają poczucia winy,



rozczarowania czy izolacji, przekładające się na ich relacje z dziećmi oraz na atmosferę w rodzinie (Bublil, 2019). Emocje te oraz labilność nastrojów wpływają na interakcje w rodzinie, prowadząc do napięć i trudności w komunikacji. W rezultacie relacje stają się bardziej skomplikowane, a poczucie bycia odizolowanymi od innych potęguje poczucie „inności” rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego (Klajmon-Lech, 2017).

W rodzinach zmagających się z omawianym zjawiskiem często obserwuje się zwiększoną koncentrację na dziecku. Jak zauważa Kubiak (2020) rodzice czują, że zaburzenia zdrowia psychicznego dziecka pochłaniają ich uwagę, prowadząc do zmiany w hierarchii wartości w rodzinie. Zamiast skupiać się na innych aspektach życia, koncentrują się na problemach związanych z chorobą. Prowadzić to do poczucia żalu, że inne możliwości są pomijane. Rodzice często też analizują swoje relacje z dzieckiem, zadając sobie pytania o to, co mogli zrobić inaczej, aby zapobiec wystąpieniu zaburzenia. Taki proces refleksji prowadzi do poczucia winy oraz do poszukiwania sensu w trudnych doświadczeniach. Muszą oni zmierzyć się z różnorodnymi emocjami i myślami na temat swojej roli, co niekiedy powoduje skrajne reakcje i doznania – od poczucia zranienia po nieprzebraną chęć wsparcia dziecka w trudnych chwilach (Kubiak, 2020).

Roszkowska i Trepka-Starosta (2020) zwracają uwagę na to, że rodziny z dziećmi z zaburzeniami autystycznymi zmagają się z poczuciem przeładowania, osamotnienia oraz braku wsparcia, które wpływają na ich ogólne funkcjonowanie i komunikację w rodzinie. W badaniach zauważono, że różnią się oni poziomem zadowolenia z życia rodzinnego oraz strategii radzenia sobie ze stresem (Roszkowska, Trepka-Starosta, 2020). Obecność dziecka z zaburzeniami zdrowia psychicznego w rodzinie prowadzi bowiem zwykle do zmian w interakcjach między jej członkami, skutkiem czego są nie tylko napięcia, ale także zmiany w rolach rodzinnych (Byra, Parchomiuk, 2014). Przyjście na świat dziecka z niepełnosprawnością, w tym z zaburzeniami zdrowia psychicznego nierzadko obniża jakość związku między małżonkami i jest źródłem nieporozumień lub może nawet przyczynić się do rozpadu więzi małżeńskich. Przeżywanie silnie negatywnych emocji jest podłożem kłótni małżeńskich i napięć w relacjach. Zdarza się również tak, że jedno z rodziców wycofuje się z życia rodzinnego, na przykład poprzez ucieczkę w pracę lub alkohol. Takie okoliczności dodatkowo obciążają relacje i niekorzystnie wpływają na poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego dziecka (Sowa-Włodarczyk, 2017).



Zaburzenia zdrowia psychicznego dziecka powodują reorganizację ról w rodzinie, gdyż zazwyczaj jeden z rodziców przejmuje dominującą odpowiedzialność za opiekę, co prowadzi do zachwiania równowagi w podziale obowiązków domowych i wychowawczych (Byra, Parchomiuk, 2014). Taki układ nierzadko rodzi konflikty między rodzicami oraz sprzyja powstawaniu napięć między rodzeństwem, które może odczuwać zazdrość lub poczucie zaniedbania. Zdrowe rodzeństwo doznaje wyższych oczekiwań, musząc przejmować dodatkowe obowiązki (Roszkowska, Trepka-Starosta, 2020).

Choroba psychiczna dziecka wpływa również na sposób komunikacji w rodzinie, która bardziej skupia się na problemach i trudnościach. Okoliczności te ograniczają przestrzeń do omawiania codziennych spraw i dzielenia się pozytywnymi doświadczeniami (Sowa-Włodarczyk, 2017). Rodziny takie często doświadczają także wzrostu niejawnych konfliktów, które manifestują się w formie milczenia, unikania tematów związanych z chorobą lub wybuchów emocjonalnych (Klajmon-Lech, 2017). W takich warunkach członkowie rodziny mogą stopniowo tracić zdolność do wzajemnego wspierania się i otwartej wymiany emocji, co dodatkowo obciąża relacje. Rodzice mogą doświadczać trudności w utrzymaniu odpowiedniego balansu między troską a kontrolą wobec dziecka, co często skutkuje nadopiekuńczością lub przeciwnie – emocjonalnym dystansem. Zaburzenia zdrowia psychicznego dziecka mogą również wzmacniać tendencję rodziców do podejmowania decyzji opartych na lęku, które wpływają na spójność w podejmowaniu działań wychowawczych (Bublil, 2019).

Obciążenie emocjonalne wynikające z choroby dziecka niejednokrotnie prowadzi także do powstania pewnego rodzaju „koalicji” w rodzinie, w ramach której jeden z rodziców staje się wyłącznym powiernikiem dziecka, co z kolei wyklucza innych członków rodziny z procesu wspólnego przeżywania sytuacji (Kubiak, 2020). Taka struktura relacji osłabia funkcjonowanie rodziny jako systemu i utrudnia jej adaptację do długotrwałego kryzysu.

Rodzina z dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego często doświadcza głębokiej reorganizacji ról i struktury, która ma bezpośredni wpływ na jej funkcjonowanie ekonomiczne i społeczne. Typowym zjawiskiem jest przejmowanie przez jednego z rodziców, najczęściej matkę, roli głównego opiekuna i koordynatora leczenia. Zmiana taka wynika z konieczności intensywnego zaangażowania w proces terapii, licznych wizyt u specjalistów, a także codziennej, czasochłonnej opieki nad dzieckiem wymagającym zwiększonej uwagi. W rezultacie matki są zmuszone do



ograniczenia lub całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej, aby sprostać nowym obowiązkom. Konsekwencją tego jest przyjęcie przez ojca roli jedyne go lub głównego żywiciela rodziny, skutkiem czego jest zachwianie równowagi w podziale ról małżeńskich i obciążeń. Nowy podział obowiązków, choć konieczny dla zapewnienia dziecku opieki, często jest źródłem chronicznego stresu finansowego oraz konfliktów interpersonalnych wynikających z poczucia izolacji, przeciążenia i niemożności realizacji własnych aspiracji zawodowych przez rezygnującego z pracy małżonka. Utrata dochodu i konieczność adaptacji do jednokierunkowego modelu kariery zawodowej stanowią więc dodatkowe obciążenie systemowe dla rodziny (Stasiak-Wiśniewska, 2024).

Podsumowując, zaburzenia zdrowia psychicznego dziecka mają znaczący wpływ na dynamikę relacji rodzinnych, prowadząc do emocjonalnych wyzwań i zmiany, priorytetów oraz innego postrzegania ról w rodzinie. Są źródłem obciążeń emocjonalnych oraz refleksji nad rolą rodzica i małżonka. Rodzinne systemy adaptacyjne zostają poddane próbie, a zmiany w funkcjonowaniu relacyjnym często wymagają redefinicji wzorców komunikacyjnych i wsparcia wewnętrznego. W konsekwencji relacje rodzinne stają się bardziej złożone, odzwierciedlając zarówno trudności, jak i potencjał do wzrostu w obliczu kryzysu.

### **1.3. Obciążenia rodziców opiekujących się osobami z zaburzeniami zdrowia psychicznego**

Obciążenia rodziców opiekujących się dziećmi z zaburzeniami zdrowia psychicznego stanowią istotny aspekt funkcjonowania rodziny w obliczu długotrwałego kryzysu. Doświadczają oni różnorodnych trudności emocjonalnych, społecznych i finansowych, które wynikają z konieczności stałej opieki oraz podejmowania decyzji dotyczących terapii i wsparcia dla dziecka. Obciążenia te wpływają na ich codzienne funkcjonowanie, równowagę emocjonalną oraz relacje zarówno w rodzinie, jak i poza nią, co czyni je ważnym obszarem analizy w literaturze naukowej oraz w niniejszej pracy

#### **1.3.1. Obciążenia psychologiczne (stres, poczucie winy, wypalenie)**



Obciążenia psychologiczne rodziców opiekujących się dziećmi z zaburzeniami zdrowia psychicznego są istotnym tematem w badaniach nad ich doświadczeniami. Kubiak (2020) wykazała, że głównymi obciążeniami w tym zakresie są:

- lęk i niepewność – rodzice doświadczają lęku przed przyszłością ich dziecka oraz niepewności co do sposobów radzenia sobie z jego zaburzeniami;
- stres i wypalenie, przy czym ten pierwszy prowadzi do owego drugiego zjawiska, bowiem rodzice muszą radzić sobie z trudnymi zachowaniami dziecka i wieloma stresującymi sytuacjami, towarzyszącymi im długotrwale, co prowadzi do nadmiernego obciążenia emocjonalnego i wyczerpania;
- refleksyjność i bilans życiowy, które skłaniają do zastanawiania się nad tym, co mogło być inaczej; proces refleksji prowadzi do odkrywania nowych wartości i celów, ale także do konfrontacji z trudnymi emocjami (Kubiak, 2020).

Rodzice dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego borykają się z szeregiem obciążeń psychologicznych. Przede wszystkim doświadczają wysokiego poziomu stresu, który oddziałuje na ich poczucie własnej wartości oraz efektywność w roli rodzicielskiej (Bublil, 2019). Stres ten określa się mianem stresu rodzicielskiego. Jest on wynikiem trudności związanych z funkcjonowaniem dziecka, własnym stanem psychicznym oraz wpływem środowiska (Sowa, Włodarczyk, 2017). Rodzice doznają poczucia winy, wstydu, lęku i dezorientacji, szczególnie w okolicznościach negatywnych sytuacji związanych z zachowaniem ich dzieci. Przykładowo, rodzice dzieci z ADHD zmagają się z obciążeniem emocjonalnym, które wynika z impulsywności, wybuchów złości i nadmiernej ruchliwości dziecka. Narasta w nich frustracja i rozczarowanie (Bublil, 2019). Dodatkowo rodzice zmagają się z różnymi stresorami – stygmatyzacją, problemami finansowymi, trudnościami w relacjach rodzinnych i innymi, które obniżają satysfakcję z życia i prowadzą do poczucia utraty możliwości życiowych. To z kolei wiedzie do obniżenia empatii wobec osoby chorej (Przybyła-Basista, 2016). Co więcej, badania wskazują na istnienie społecznego dystansu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, co potęguje uczucie alienacji u ich rodzin (Frąckowiak-Sochańska, 2015). Izolacja społeczna jest istotnym źródłem obciążeń psychologicznych. Jednocześnie wiele rodzin z własnego wyboru unika kontaktów z otoczeniem w obawie przed wstydem czy odrzuceniem. Rodzice starają się też chronić siebie samych przed negatywnymi emocjami związanymi z obawami o przyszłość swoich dzieci, przez co unikają na przykład rozmów na ten temat z innymi ludźmi (Niedbalski, 2018).



Poświęcanie znacznej ilości czasu na opiekę sprawia, że rodzice czują się przeciążeni wymaganiami związanymi z tą rolą. Obciążenie to skutkuje wypaleniem, co negatywnie wpływa na jakość życia opiekunów oraz ich zdrowie psychiczne i fizyczne (Przybyła-Basista, 2016). Rodzice doświadczają chronicznego poczucia bezsilności, czego konsekwencją jest – jak zauważa Niedbalski (2018) – psychiczne wypalenie i emocjonalne wyjałowienie. To zaś może skutkować stanami depresyjnymi, ponieważ rodzice bezskutecznie zmagają się z akceptacją sytuacji oraz stoją w obliczu ciągłej pracy nad dzieckiem z niepełnosprawnością, której rezultaty częstokroć widoczne są dopiero w długiej perspektywie czasowej (Niedbalski, 2018).

Silne emocje, jak lęk, smutek i poczucie winy, są związane z sytuacją zdrowotną ich dziecka. Frąckowiak-Sochańska (2015) w swych badaniach wykazała, że poczucie winy rodziców na ogół wynika z przekonania, że są oni odpowiedzialni za stan zdrowia swojego dziecka, co prowadzi do dodatkowego napięcia emocjonalnego. Dążąc zaś do utrzymania dotychczasowych wzorców życia i funkcjonowania rodziny, rodzice mają opory wobec akceptacji choroby. Przechodzą jednak przez różne etapy adaptacji, w trakcie których obciążenia psychologiczne ulegają zmianom. Wielu rodziców poszukuje wsparcia i informacji, aby lepiej zrozumieć sytuację i zmniejszyć swoje napięcie emocjonalne. Poprawa stanu zdrowia dziecka jest często postrzegana jako zasadniczy warunek polepszenia samopoczucia pozostałych członków rodziny. Świadczy to o tym, jak silnie stan zdrowia jednego członka rodziny wpływa na emocje i procesy poznawcze innych (Frąckowiak-Sochańska, 2015).

Poczucie winy jest jednym z najczęstszych obciążeń, które zazwyczaj wynika z przekonania o zaniedbywaniu dziecka lub z myśli, że gdyby rozwijało się ono normalnie, rodzice kochaliby je bardziej (Klajmon-Lech, 2017). Rodzice czują bowiem, że nie są w stanie pomóc swojemu dziecku w wystarczający sposób, co prowadzi do obniżenia ich poczucia własnej wartości i obwiniania się (Kubiak, 2020). Czują się także przytłoczeni stałą opieką nad dzieckiem, zmagają się z poczuciem nadmiernej odpowiedzialności za jego los oraz z frustracją wynikającą z niemożności osiągnięcia znaczących zmian w życiu rodzinnym. Doświadczają napięć w relacjach małżeńskich, co jest wynikiem przewartościowania życia i zmiany w funkcjonowaniu rodziny po diagnozie zaburzeń zdrowia psychicznego u dziecka (Roszkowska, Trepka-Starosta, 2020).

Rodzice doświadczają chronicznego smutku i labilności nastrojów, co prowadzi do stanów depresyjnych i apatii. Czują się oni niezrozumiani i samotni. Wiele z tych



emocji jest związanych z brakiem akceptacji niepełnosprawności dziecka. Odczuwają frustrację z powodu braku możliwości realizacji własnych ambicji zawodowych i osobistych. W skrajnych przypadkach negatywne postawy rodzicielskie prowadzą do zaniedbywania dziecka lub nawet do decyzji o oddaniu go do specjalistycznego ośrodka (Klajmon-Lech, 2017).

Sowa i Włodarczyk (2017) opisały różne fazy emocjonalne, przez które przechodzą rodzice, w tym okres kryzysu emocjonalnego, w którym odczuwają beznadziejność i poczucie winy związane z rozwojem dziecka. W tej fazie mają trudności z nawiązywaniem bliskich relacji z dzieckiem, co dodatkowo obciąża ich psychologicznie. Kolejnym jest etap negacji polegający na braku akceptacji diagnozy i unikaniu konfrontacji z rzeczywistością. Niekiedy wiąże się to z odrzucaniem dostępnego wsparcia. Następnie pojawia się faza adaptacji, w której rodzice zaczynają poszukiwać informacji na temat zaburzenia oraz odpowiednich strategii radzenia sobie z nowymi wyzwaniami. W tym czasie mogą też rozwijać większą świadomość swoich emocji, choć zwykle towarzyszy im lęk przed przyszłością. Kolejnym etapem jest akceptacja, w której stopniowo uczą się przyjmować sytuację i dostosowywać swoje życie rodzinne do specyficznych potrzeb dziecka. Niemniej jednak okresy akceptacji przeplatają się z okresami frustracji i zmęczenia, które wynikają z ciągłych wyzwań opieki (Sowa, Włodarczyk, 2017).

Niemalym problemem jest również pogarszająca się kondycja fizyczna, co w połączeniu z rosnącymi problemami związanymi z opieką nad dziećmi z zaburzeniami, prowadzi do kurczenia się zasobów rodzinnych i zwiększenia obciążeń psychicznych. Rodzice czują się przytłoczeni odpowiedzialnością za przyszłość swoich dzieci, przez co odczuwają dezorientację. Nierzadko są przekonani, że nikt nie zastąpi ich w roli opiekuna, co potęguje ich stres i lęk o przyszłość (Niedbalski, 2018). Muszą też stawić czoła różnorodnym stresorom, w tym finansowym, społecznym i psychologicznym, co dodatkowo obciąża ich psychikę (Roszkowska, Trepka-Starosta, 2020). Negatywna atmosfera w domu wywołuje zaś chroniczne zmęczenie, bóle głowy, drażliwość oraz obniżony nastrój (Sowa, Włodarczyk, 2017).

Trudności w nawiązywaniu bliskich relacji z dzieckiem oraz świadomość niemożności zapewnienia dziecku odpowiedniej opieki lub wsparcia, potęguje poczucie winy rodziców. Taki stan emocjonalny może skutkować dystansowaniem się od dziecka, co z kolei osłabia więzi emocjonalne. Brak bliskiej relacji z nim jeszcze bardziej obciąża psychologicznie rodziców, ponieważ czują się jeszcze bardziej



osamotnieni w swoich zmaganiach. To zjawisko tworzyć błędne koło: trudności w relacji z dzieckiem prowadzą do większego stresu i obciążenia psychologicznego, utrudniając nawiązywanie bliskich więzi. W rezultacie rodzice potrzebują wsparcia, aby przełamać ten cykl i poprawić zarówno swoje samopoczucie, jak i relacje z dzieckiem (Sowa, Włodarczyk, 2017).

Podsumowując, obciążenia psychologiczne rodziców opiekujących się dziećmi z zaburzeniami zdrowia psychicznego są złożone i obejmują poczucie winy, chroniczny smutek, frustrację, wypalenie pojawiające się na skutek długotrwałego stresu implikującego wyczerpanie emocjonalne oraz izolację społeczną. Rodzice mierzą się z poczuciem niesprawiedliwości i bezsilności wobec sytuacji, na którą mają ograniczony wpływ. Trudności te wywołują konflikty rodzinne, które dodatkowo wzmacniają napięcie emocjonalne. Jednocześnie dla wielu rodziców opieka nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego staje się źródłem głębokiej refleksji nad ich wartościami i priorytetami życiowymi.

### **1.3.2. Obciążenia społeczne, stygmatyzacja i izolacja**

Jak wspomniano w poprzednim podrozdziale, stygmatyzacja i izolacja stanowią dla rodziców istotne obciążenie psychiczne. Ich źródłem jednak są interakcje społeczne, toteż przyczyny tych zjawisk oraz mechanizm ich oddziaływania należy dokładniej omówić w tej części.

Stygmatyzowanie i izolowanie rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego to zjawisko, które wynika z braku zrozumienia oraz z głęboko zakorzenionych w społeczeństwie stereotypów. Zaburzenia te u dziecka są niejednokrotnie postrzegane jako wynik błędów wychowawczych lub „złych genów”, co prowadzi do obwiniania rodziców za stan dziecka. Społeczeństwo, nie rozumiejąc złożoności takich zaburzeń, na ogół traktuje rodziny z rezerwą lub piętnuje je – jedno i drugie skutkuje ich społeczną izolacją. Rodzice stykają się z wykluczeniem, ponieważ ich dzieci zachowują się w sposób niezrozumiały lub odbiegający od norm, co wzbudza dyskomfort w otoczeniu (Klajmon-Lech, 2022).

Stygmatyzacja wynika również z braku edukacji i wiedzy na temat zdrowia psychicznego. Powstają przez to fałszywe przekonania i uprzedzenia. Ludzie unikają kontaktu z rodzicami dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, obawiając się, że nie będą wiedzieć, jak reagować, lub że zaburzenia te są „zaraźliwe” w sensie społecznym.



Rodzice doświadczają nierzadko izolacji, ponieważ nie są w stanie uczestniczyć w życiu społecznym na takich samych zasadach jak inni, ze względu na dodatkowe obowiązki opiekuńcze. Tego rodzaju izolacja jest wzmocniana przez brak wsparcia instytucjonalnego i społecznego, co powoduje, że rodzice czują się opuszczeni i niezrozumiani. Stygmatyzacja i izolacja mają poważne konsekwencje, ponieważ ograniczają możliwości budowania wspólnoty i wzajemnej pomocy, które mogłyby przynieść korzyści zarówno rodzicom, jak i całemu społeczeństwu (Klajmon-Lech, 2024).

### **1.3.3. Ekonomiczne aspekty opieki nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego**

Opieka nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego niesie ze sobą szereg złożonych konsekwencji ekonomicznych, które dotyczą zarówno rodziny, jak i całysystem opieki zdrowotnej i społecznej. Aspekty te często pozostają w cieniu rozważań klinicznych, choć ich zrozumienie jest ważne dla projektowania efektywnych systemów wsparcia.

Leczenie zaburzeń psychicznych u dzieci wiąże się z wieloma kosztami bezpośrednimi. Obejmują one wydatki na diagnostykę, która nierzadko wymaga zaangażowania wielu specjalistów: psychiatrów, psychologów, neurologów czy terapeutów. Proces diagnostyczny bywa długotrwały i wieloetapowy, co zwiększa jego koszt całkowity. Regularne wizyty kontrolne, farmakoterapia, różnorodne formy terapii (behawioralna, poznawcza, rodzinna) oraz rehabilitacja to kolejne elementy generujące stałe obciążenie finansowe. Podkreślenia wymaga fakt, że koszty te różnią się znacząco w zależności od rodzaju zaburzenia, jego nasilenia oraz dostępności publicznej opieki zdrowotnej. Na przykład, kompleksowe leczenie dziecka z ciężką postacią autyzmu może kosztować kilkakrotnie więcej niż opieka nad dzieckiem z lżejszą formą zaburzeń lękowych. Dostępność refundowanych świadczeń jest często niewystarczająca, co zmusza rodziny do korzystania z usług prywatnych, niepokrytych ubezpieczeniem (Kurpas, 2010).

Obok kosztów bezpośrednich istotnym obciążeniem ekonomicznym są koszty pośrednie, wynikające z reorganizacji życia rodzinnego. Często jeden z rodziców (zazwyczaj matka) zmuszony jest ograniczyć aktywność zawodową lub całkowicie z niej zrezygnować, aby zapewnić dziecku odpowiednią opiekę. Przekłada się to na utratę



dochodu oraz ograniczenie rozwoju kariery zawodowej, co ma długofalowe konsekwencje ekonomiczne dla całej rodziny. Rodzice dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego tracą średnio 13-16 dni roboczych rocznie więcej niż rodzice dzieci bez takich dysfunkcji. Co więcej, zjawisko to dotyka nieproporcjonalnie częściej kobiety, które rezygnują z pracy lub przechodzą na niepełny wymiar czasu pracy, co pogłębia nierówności ekonomiczne między płciami (Kurpas, 2010).

Długotrwała opieka nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego w oczywisty sposób oddziałuje na sytuację materialną rodziny. Dodatkowe wydatki obejmują nie tylko koszty leczenia, ale także specjalistyczny sprzęt, czasami dostosowanie mieszkania, transport na terapie, specjalistyczną edukację czy opiekę zastępczą. Jednocześnie dochodzi do zmniejszenia przychodów z powodu ograniczenia aktywności zawodowej opiekunów. Zjawisko to prowadzi często do tzw. „pułapki ubóstwa terapeutycznego” – sytuacji, w której rodzina zmuszona jest wybierać między zaspokojeniem podstawowych potrzeb a zapewnieniem optymalnej terapii dziecku. Jego zaburzenia psychiczne wymagają też zazwyczaj specjalistycznego podejścia edukacyjnego, co generuje dodatkowe koszty dla systemu szkolnictwa. Indywidualne programy nauczania, mniejsze klasy, dodatkowi asystenci czy nauczyciele wspomagający oraz specjalistyczny sprzęt edukacyjny znacząco zwiększają koszt kształcenia w przeliczeniu na jedno dziecko. Z perspektywy makroekonomicznej inwestycje te należy jednak postrzegać jako opłacalne długoterminowo. Właściwe wsparcie edukacyjne zwiększa szanse na niezależność ekonomiczną w dorosłym życiu, zmniejszając przyszłe obciążenia systemu opieki społecznej (Nieczyk-Zajac, 2021).

Zaburzenia zdrowia psychicznego u dzieci generują znaczące koszty dla całego systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Obejmują one nie tylko bezpośrednie wydatki na leczenie, ale także koszty związane z interwencjami kryzysowymi, hospitalizacjami czy opieką instytucjonalną. Nielezione lub nieodpowiednio leczone zaburzenia psychiczne w dzieciństwie zwiększają ryzyko problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych w dorosłości. Efektywne programy wczesnej interwencji mogą istotnie obniżyć te koszty w perspektywie długoterminowej. Każda złotówka zainwestowana w programy wczesnej interwencji przynosi oszczędności w perspektywie 10 lat, głównie dzięki zmniejszeniu kosztów hospitalizacji, interwencji kryzysowych i opieki instytucjonalnej (Kurpas, 2010).

Projektowanie efektywnych systemów wsparcia dla dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego i ich rodzin stanowi znaczące wyzwanie dla polityki społecznej



i zdrowotnej. Z jednej strony, ograniczone zasoby finansowe wymuszają konieczność hierarchizacji i poszukiwania rozwiązań optymalnych kosztowo. Z drugiej strony, niedoinwestowanie w tym obszarze generuje znacznie wyższe koszty społeczne i ekonomiczne w przyszłości (Iwański, 2019). Główne wyzwania w tym obszarze obejmują:

- zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości usług diagnostycznych i terapeutycznych, niezależnie od statusu społeczno-ekonomicznego rodziny;
- opracowanie systemów finansowania, które uwzględniają długoterminowy charakter opieki nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego ;
- tworzenie mechanizmów wsparcia ekonomicznego dla rodzin, które pozwalają na pogodzenie opieki nad dzieckiem z aktywnością zawodową;
- inwestowanie w badania nad efektywnością kosztową różnych interwencji terapeutycznych (Iwański, 2019).

Ekonomiczne aspekty opieki nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego stanowią złożony i wielowymiarowy problem, który wymaga kompleksowego podejścia. Koszty te obejmują zarówno wymiar indywidualny (obciążenie finansowe rodzin), jak i społeczny (wydatki systemu opieki zdrowotnej i społecznej). Ich analiza jest niezbędna dla projektowania skutecznych systemów wsparcia, które z jednej strony zapewniają odpowiednią opiekę dzieciom, a z drugiej – uwzględniają realia ekonomiczne. Wczesna interwencja i kompleksowe programy wsparcia, choć początkowo kosztowne, przynoszą znaczące oszczędności w perspektywie długoterminowej. Uzasadnia to traktowanie wydatków na opiekę nad dziećmi z zaburzeniami zdrowia psychicznego nie jako kosztu, ale jako inwestycję społeczną o wysokiej stopie zwrotu.

## ROZDZIAŁ 2. SATYSFAKCJA Z ŻYCIA RODZICÓW OSÓB Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

### 2.1. Pojęcie satysfakcji z życia i jej pomiar

Satysfakcja z życia stanowi jeden z komponentów dobrostanu psychicznego człowieka, będąc jednocześnie konstruktem teoretycznym o złożonej naturze. W ujęciu psychologicznym satysfakcja z życia definiowana jest jako poznawczy komponent dobrostanu subiektywnego (*subjective well-being*, SWB), który opiera się na świadomej, poznawczej ocenie jakości własnego życia jako całości (Charlemagne-Badal, Lee, Butler i in., 2015). Jest to zatem globalna ocena życia dokonywana przez jednostkę zgodnie z kryteriami, które ona sama uznaje za istotne, a nie narzuconymi zewnątrz przez badaczy czy ekspertów. D. Świerżewska (2010) zauważa, że satysfakcja z życia jest elementem subiektywnego, dobrego samopoczucia, które obejmuje pozytywne uczucia oraz brak uczuć negatywnych. Jej ocena jest wynikiem porównania osobistej sytuacji z określonymi standardami, które dana osoba sama ustala, na podstawie własnych kryteriów. Proces ten jest świadomy i poznawczy, prowadzący do ogólnej oceny życia. Natomiast J. Gregorczyk-Prosicka (2021) wskazuje na złożoność pojęcia satysfakcji z życia, podkreślając jego subiektywizm. Również wskazuje ona, że odczuwanie owego zadowolenia wiąże się z uczuciami szczęścia, spełnienia i ogólnej satysfakcji z życia. Satysfakcja życiowa jest traktowana jako ogólna ocena zadowolenia jednostki, odnoszona do jej osobistych standardów i kryteriów. Autorka podkreśla jednak, że pojęcie to jest wieloaspektowe i obejmuje różne dziedziny funkcjonowania człowieka, w tym zdrowie, relacje rodzinne, sytuację materialną oraz poczucie użyteczności społecznej. Satysfakcja życiowa jest wynikiem porównania osobistej sytuacji życiowej z własnymi standardami i oczekiwaniami, co jest świadomym procesem oceny (Gregorczyk-Prosicka, 2021).

W psychologii wyróżnia się kilka typów satysfakcji z życia:

- Satysfakcja poznawcza – jest to świadoma ocena jakości swojego życia, w której jednostka porównuje aktualny stan z własnymi oczekiwaniami i standardami. Proces ten polega na refleksji nad osiągnięciami oraz oceną, na ile życie odpowiada jej celom i oczekiwaniom. Ocena ta oddziałuje na ogólny poziom dobrostanu i motywuje do podejmowania zmian, gdy pojawia się niezadowolenie (Kasprzak, 2012).



- Satysfakcja emocjonalna odnosi się do równowagi między pozytywnymi a negatywnymi emocjami. Ważne jest w tym przypadku doświadczanie pozytywnych uczuć: radości, spokoju, entuzjazmu, przy jednoczesnym minimalizowaniu negatywnych stanów afektywnych. Utrzymanie pozytywnego bilansu emocjonalnego korzystnie kształtuje strategię radzenia sobie ze stresem i budowanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych (Kasprzak, 2012).
- Satysfakcja z poszczególnych sfer życia dotyczy oceny jakości życia w konkretnych obszarach, czyli np. pracy, relacji, zdrowia czy życia społecznego. Dzięki temu podejściu możliwe jest zidentyfikowanie dziedzin, które przynoszą najwięcej radości, a także tych, które wymagają poprawy (Świerżewska, 2010).
- Satysfakcja ogólna to globalna ocena jakości życia, którą jednostka dokonuje na podstawie swoich doświadczeń oraz oczekiwań. Obejmuje ona zarówno aspekty poznawcze, jak i emocjonalne, integrując różne sfery funkcjonowania w jedną, spójną całość. Dzięki temu stanowi wskaźnik ogólnego dobrostanu, który pomaga określić, jak bardzo życie odpowiada indywidualnym standardom (Żak-Łykus, Nawrat, 2013).
- Satysfakcja subiektywna odnosi się do osobistego odczuwania zadowolenia z życia oraz emocjonalnego stanu jednostki. Jest to miara, która uwzględnia indywidualne doświadczenia, emocje i przekonania na temat własnego dobrostanu (Żak-Łykus, Nawrat, 2013).

Konceptualizacja satysfakcji z życia w ujęciu Dienera i współpracowników (1985) opiera się na założeniu, że jednostki, dokonując oceny własnego życia, porównują spostrzegane przez siebie warunki życiowe z tymi, które uważają za odpowiednie według indywidualnych standardów. Im mniejsza rozbieżność między tymi dwoma aspektami, tym wyższy poziom satysfakcji z życia. Istotne jest to, że konstrukt ten odnosi się do długoterminowej, względnie stabilnej oceny, a nie do chwilowych stanów emocjonalnych czy reakcji na bieżące wydarzenia (Diener, Emmons, Larsen i in., 1985).

W odróżnieniu od emocjonalnych komponentów dobrostanu subiektywnego (pozytywny i negatywny afekt), satysfakcja z życia ma charakter poznawczy, refleksyjny i oceniający. Jak podkreślają Pavot i Diener (2008), jest to świadomy proces ewaluacyjny, w którym jednostka ocenia jakość swojego życia na podstawie



unikatowego zestawu kryteriów. W tym sensie satysfakcja z życia stanowi wynik złożonego procesu poznawczego, w którym człowiek aktywnie przetwarza informacje dotyczące różnych obszarów swojego funkcjonowania (Pavot, Diener, 2008).

Należy zaznaczyć, że satysfakcja z życia, choć jest konstruktem względnie stabilnym, podlega zmianom pod wpływem istotnych wydarzeń życiowych. Jak wykazano w badaniach, adaptacja do różnych wydarzeń życiowych (zarówno pozytywnych, jak i negatywnych) przebiega z różną prędkością i nie zawsze jest kompletna (Świerżewska, 2010). Ma to szczególne znaczenie dla analizy satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, ponieważ diagnoza dziecka i opieka nad nim stanowią istotny czynnik oddziałujący na globalną ocenę jakości życia.

W badaniach empirycznych stosuje się różnorodne narzędzia do pomiaru satysfakcji z życia, które różnią się między sobą zarówno pod względem teoretycznych założeń, jak i pod względem właściwości psychometrycznych. Poniżej przedstawiono wybrane, najczęściej stosowane narzędzia o charakterze ogólnym oraz te, które znalazły szerokie zastosowanie w badaniach na gruncie polskim.

Skala satysfakcji z życia (*Satisfaction With Life Scale*, SWLS) autorstwa Dienera, Emmons, Larsena i Griffina (1985) jest jednym z najczęściej stosowanych na świecie narzędzi do pomiaru globalnej satysfakcji z życia. Składa się z pięciu stwierdzeń, wobec których osoba badana ustosunkowuje się na siedmiostopniowej skali – od „zdecydowanie nie zgadzam się” do „zdecydowanie zgadzam się”. SWLS cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi – wysoką spójnością wewnętrzną (alfa Cronbacha w przedziale 0,79-0,89) oraz stabilnością czasową (współczynnik korelacji test-retest po dwóch miesiącach wynosi 0,82) (Pavot, Diener, 2008). Polska adaptacja SWLS dokonana przez Juczyńskiego (2001) również wykazuje zadowalające właściwości psychometryczne (alfa Cronbacha = 0,81, stabilność bezwzględna w okresie dwutygodniowym = 0,86), co czyni ją rzetelnym narzędziem badawczym na gruncie polskim (Juczyński, 2001).

Skala SWLS znalazła szerokie zastosowanie w badaniach dotyczących satysfakcji z życia. Jej zalety to prostota, krótki czas wypełniania oraz koncentracja na globalnej ocenie życia, co pozwala na porównania międzygrupowe. Ograniczeniem jest natomiast jednowymiarowość konstruktu, która nie pozwala na analizę satysfakcji z poszczególnych dziedzin życia (Juczyński, 2001).



Indeks dobrostanu osobistego (*Personal Wellbeing Index*, PWI) opracowany przez *International Wellbeing Group* stanowi alternatywne narzędzie do pomiaru satysfakcji z życia. W odróżnieniu od SWLS, PWI mierzy satysfakcję w ośmiu specyficznych domenach życia: standard życia, zdrowie, osiągnięcia życiowe, relacje osobiste, poczucie bezpieczeństwa, związki ze społecznością, bezpieczeństwo przyszłości oraz duchowość/religijność. Każda domena oceniana jest w skali 0-10. PWI wykazuje dobre właściwości psychometryczne w badaniach międzykulturowych, z wartościami alfa Cronbacha w przedziale 0,70-0,85 (Biegańska, 2019).

Polska adaptacja PWI wykazuje zadowalające właściwości psychometryczne. Zaletą PWI jest możliwość analizy satysfakcji w poszczególnych domenach życia, co może być szczególnie istotne w badaniach rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, gdzie niektóre obszary życia mogą być bardziej dotknięte opieką nad dzieckiem niż inne (Dyduch, Baran, 2021).

Kwestionariusz jakości życia i satysfakcji (*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*, Q-LES-Q) autorstwa Endicotta, Nee, Harrisona i Blumenthal (1993) jest narzędziem o szerszym spektrum, mierzącym zarówno satysfakcję, jak i przyjemność czerpaną z różnych obszarów życia. Pełna wersja kwestionariusza składa się z 93 pozycji pogrupowanych w osiem domen: zdrowie fizyczne, subiektywne odczucia, praca, zajęcia domowe, zajęcia szkolne/kursowe, aktywności w czasie wolnym, relacje społeczne oraz ogólne aktywności. Q-LES-Q jest szczególnie wartościowym narzędziem w badaniach klinicznych ze względu na szczegółowy charakter pomiaru oraz uwzględnienie wielu istotnych obszarów funkcjonowania (Endicott, Nee, Harrison i in., 1993).

Kwestionariusz zadowolenia z życia (*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*, FLZ) autorstwa Fahrenberga, Myrteka, Schumachera i Brählera (2000) mierzy satysfakcję w dziesięciu obszarach życia: zdrowie, praca i zawód, sytuacja finansowa, czas wolny, małżeństwo/związek, relacja z własnymi dziećmi, własna osoba, seksualność, przyjaciele/znajomi/krewni oraz mieszkanie. Polska adaptacja FLZ wykazuje zadowalające właściwości psychometryczne. FLZ, podobnie jak PWI, umożliwia analizę satysfakcji w poszczególnych obszarach życia, co mogłoby dostarczyć cennych informacji na temat specyficznych trudności doświadczanych przez rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Co więcej, uwzględnienie takich obszarów, jak relacja z własnymi dziećmi czy sytuacja finansowa może być szczególnie istotne w kontekście analizy wpływu opieki nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia



psychicznego na satysfakcję z życia rodziców (Chanduszko-Salska, Chodkiewicz, 2010).

Reasumując, satysfakcja z życia, jako poznawczy komponent dobrostanu subiektywnego, stanowi istotny wskaźnik psychologicznego funkcjonowania jednostki. Jej pomiar może być realizowany za pomocą różnorodnych narzędzi, zarówno tych o charakterze jednowymiarowym (jak SWLS), jak i wielowymiarowym (jak PWI, Q-LES-Q czy FLZ). Wybór odpowiedniego narzędzia powinien być uzależniony od celów badawczych oraz specyfiki badanej grupy. W badaniach nad satysfakcją z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego narzędzia umożliwiające analizę satysfakcji w poszczególnych domenach życia mogą dostarczyć bardziej szczegółowych informacji na temat obszarów szczególnie podatnych na wpływ trudności związanych z opieką nad dzieckiem. Narzędzia mierzące globalną satysfakcję z życia, jak SWLS, pozwalają na porównania międzygrupowe oraz monitoring zmian w czasie, co może być istotne w kontekście ewaluacji efektywności programów wsparcia dla rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

## **2.2. Satysfakcja z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego – przegląd badań**

Problematyka satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego stanowi obszar intensywnych badań empirycznych w ostatnich dekadach. Wyniki tych badań dostarczają zróżnicowanego obrazu funkcjonowania psychologicznego tej grupy rodziców, wskazując zarówno na czynniki ryzyka obniżonej satysfakcji z życia, jak i na potencjalne mechanizmy adaptacyjne i ochronne.

Metaanaliza przeprowadzona przez Hayesa i Watsona (2013), obejmująca szereg badań dotyczących rodziców dzieci z różnymi zaburzeniami psychicznymi, wykazała, że rodzice ci doświadczają istotnie niższego poziomu satysfakcji z życia w porównaniu z rodzicami dzieci rozwijających się typowo. Wielkość efektu (d Cohena) wynosiła od 0,42 do 0,85, w zależności od typu zaburzenia u dziecka. Najniższy poziom satysfakcji z życia odnotowano u rodziców dzieci ze spektrum autyzmu oraz ciężkimi zaburzeniami zachowania (Hayes, Watson, 2013).

Badania podłużne przeprowadzone przez Olssona i Hwanga (2008) wykazały, że obniżony poziom satysfakcji z życia u rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego może utrzymywać się przez długi czas, nawet do kilkunastu lat po



diagnozie dziecka. Jednocześnie obserwuje się znaczne zróżnicowanie indywidualne – podczas gdy część rodziców doświadcza trwałego obniżenia satysfakcji z życia, inni wykazują znaczną zdolność adaptacyjną i po okresie kryzysu związanego z diagnozą osiągają poziom satysfakcji zbliżony do poziomu sprzed diagnozy.

Wyniki badań wskazują, że specyfika zaburzenia występującego u dziecka może mieć istotny wpływ na poziom satysfakcji z życia rodzica. Badania przeprowadzone przez De Leeuwa i współpracowników (2024) wykazały, że najniższy poziom satysfakcji z życia odnotowują rodzice dzieci ze współwystępującymi zaburzeniami (tzw. podwójną diagnozą) oraz rodzice dzieci z ciężkimi zaburzeniami zachowania. Czynniki szczególnie obciążającymi były: nieprzewidywalność zachowania dziecka, agresja, trudności w komunikacji oraz problemy z samoobsługą (De Leeuw, Ester, Kinfe i in, 2024).

W ostatnich latach coraz więcej badań koncentruje się na pozytywnych aspektach doświadczenia rodzicielstwa dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, określanego czasem jako „rodzicielstwo transformatywne” (ang. *transformative parenting*). Badania Bayat (2007) wskazują, że mimo doświadczanych trudności, wielu rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego dostrzega pozytywne aspekty swojej sytuacji, jak osobisty rozwój, wzmocnienie więzi rodzinnych, przewartościowanie życiowych priorytetów, większa empatia i tolerancja oraz poczucie sensu.

Wśród badań polskich autorów na uwagę zasługują te przeprowadzone przez Pisulę i Porębowicz-Dörsmann (2017). Stanowi ono obszerne opracowanie dotyczące jakości życia rodziców dzieci ze spektrum autyzmu. Autorki podjęły się zbadania zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych wskaźników jakości życia, uwzględniając specyfikę wyzwań, z jakimi mierzą się rodzice dzieci z autyzmem w polskim kontekście społeczno-kulturowym. Metodologia badania opierała się na zastosowaniu kilku standaryzowanych narzędzi, w tym kwestionariusza jakości życia WHOQoL-BREF w polskiej adaptacji, skali stresu rodzicielskiego (PSI) oraz autorskiego kwestionariusza dotyczącego doświadczeń rodzicielskich. Wyniki badania ujawniły istotne statystycznie różnice w ocenie jakości życia między rodzicami dzieci z autyzmem a rodzicami dzieci rozwijających się typowo. Rodzice dzieci z autyzmem oceniali swoją jakość życia znacząco niżej w domenie psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej. Szczególnie wyraźne różnice zaobserwowano w obszarze relacji społecznych, gdzie rodzice dzieci z autyzmem zgłaszali znaczne ograniczenia w utrzymywaniu więzi



społecznych, redukcję aktywności towarzyskiej oraz poczucie izolacji społecznej. Co istotne, Pisula i Porębowicz-Dörsmann (2017) zidentyfikowały szereg czynników wpływających na postrzeganą jakość życia rodziców. Należały do nich: ciężkość objawów autyzmu u dziecka, dostępność wsparcia społecznego, status ekonomiczny rodziny oraz indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem stosowane przez rodziców. Okazało się, że to nie sama diagnoza autyzmu, lecz raczej nasilenie objawów oraz towarzyszące im problemy behawioralne dziecka najsilniej korelowały z obniżoną jakością życia rodziców. Rodzice dzieci z poważniejszymi zaburzeniami funkcjonowania, szczególnie w sferze komunikacji i zachowań społecznych, zgłaszali znacząco niższy poziom satysfakcji życiowej.

Interesującym aspektem badania było także uchwycenie różnic w doświadczeniach matek i ojców. Matki dzieci z autyzmem wykazywały niższe wskaźniki jakości życia niż ojcowie, co Pisula i Porębowicz-Dörsmann (2017) wiązały z nierównym podziałem obowiązków opiekuńczych w polskich rodzinach. Matki częściej rezygnowały z pracy zawodowej lub znacząco ograniczały czas pracy, by móc zapewnić opiekę dziecku z autyzmem, co wiązało się nie tylko ze stratami finansowymi, ale także z ograniczeniem możliwości samorealizacji poza rolą rodzicielską. Autorki zwróciły także uwagę na specyfikę polskiego systemu wsparcia dla rodzin dzieci z autyzmem. Badanie wykazało, że rodzice borykają się z licznymi trudnościami w dostępie do specjalistycznych usług terapeutycznych, edukacyjnych i medycznych. Długi czas oczekiwania na diagnozę, wysokie koszty terapii często nieobjętych refundacją, a także ograniczona dostępność placówek edukacyjnych przystosowanych do potrzeb dzieci z autyzmem stanowiły istotne źródła stresu rodzicielskiego i obniżały subiektywne poczucie jakości życia.

Pisula i Porębowicz-Dörsmann (2017) przeanalizowały także strategie adaptacyjne stosowane przez rodziców dzieci z autyzmem. Wykazały, że rodzice stosujący aktywne strategie radzenia sobie, poszukujący informacji i wsparcia oraz angażujący się w grupy samopomocowe wykazywali lepsze wskaźniki jakości życia niż rodzice stosujący strategie unikowe lub skoncentrowane wyłącznie na emocjach. W tym kontekście badaczki podkreśliły znaczenie programów wsparcia psychologicznego ukierunkowanych na rozwijanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz budowanie sieci wsparcia społecznego.

Badanie to ma szczególną wartość dla praktyki psychologicznej i klinicznej, gdyż wskazuje na konieczność holistycznego podejścia do wspierania rodzin dzieci



z autyzmem. Pisula i Porębowicz-Dörsmann (2017) podkreślają, że efektywne programy wsparcia powinny uwzględniać nie tylko potrzeby terapeutyczne dziecka, ale także dobrostan psychiczny rodziców, ich potrzeby w zakresie informacji, edukacji oraz wsparcia emocjonalnego. Autorki argumentują, że poprawa jakości życia rodziców przekłada się bezpośrednio na jakość opieki nad dzieckiem oraz efektywność oddziaływań terapeutycznych.

Kwestie jakości życia rodziców dzieci z autyzmem podejmuje również w swym przeglądzie literatury Banasiak (2008), koncentrując się na stresie rodzicielskim oraz relacjach wewnątrzrodzinnych. Badanie opiera się na przeglądzie literatury oraz analizach dotyczących jakości życia rodzin z dziećmi z autyzmem. Wykorzystano różnorodne źródła badań, aby zbadać psychospołeczne determinanty wpływające na sytuację rodziców. Zastosowano różne narzędzia oceny, w tym kwestionariusze jakości życia oraz modele systemów rodzinnych, takie jak kołowy model systemów małżeńskich i rodzinnych Olsena. Na podstawie tej analizy autorka doszła do wniosku, że rodzice dzieci z autyzmem doświadczają znacznego stresu, którego przyczyny obejmują ciągłą opiekę nad dzieckiem, obawy o przyszłość oraz trudności w uzyskiwaniu odpowiedniej edukacji dla dziecka. W rodzinach z dziećmi autystycznymi zaobserwowano wyższy poziom napięcia oraz negatywne wpływy na małżeństwa. Niektórzy rodzice zasygnalizowali, że wychowywanie takiego dziecka osłabia więzi emocjonalne, co prowadzi do rozważań o rozwodzie. Podobnie, jak Pisula i Porębowicz-Dörsmann (2017), także i Banasiak (2008) zauważyła istnienie różnic w postrzeganiu spójności i adaptacyjności rodzinnej między matkami a ojcami, co stanowi wynik tradycyjnego podziału ról w rodzinie. Co więcej, dzieci z autyzmem często przejawiają zachowania agresywne, które dodatkowo zwiększają obciążenie rodziców, szczególnie w okresie adolescencji.

Krytyczna analiza badań nad jakością życia rodziców dzieci z autyzmem umożliwiła Banasiak (2008) potwierdzenie, że rodziny te wymagają wsparcia w zakresie psychoedukacji oraz pomocy w radzeniu sobie ze stresem związanym z wychowaniem. Autorka wskazała na konieczność systemowego podejścia w terapii, uwzględniającego nie tylko potrzeby dziecka, ale także całej rodziny (a zatem tak samo, jak Pisula i Porębowicz-Dörsmann (2017)). Zdaniem Banasiak (2008) istotne jest, aby społeczeństwo zrozumiało wyzwania, przed jakimi stają rodzice dzieci z autyzmem, aby zredukować negatywne stereotypy i przekonania dotyczące etiologii autyzmu.



Badanie Roszkowskiej (2022) skupia się na specyfice funkcjonowania rodzin dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Badania przeprowadzono wśród 100 rodzin, w których dzieci mają zdiagnozowaną niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i umiarkowanym. Respondentami byli rodzice dzieci w wieku 5-8 lat. Autorka wykorzystała następujące narzędzia badawcze:

- inwentarz do pomiaru radzenia sobie ze stresem (mini COPE) – narzędzie psychometryczne w polskiej adaptacji, stosowane do oceny strategii radzenia sobie ze stresem;
- kwestionariusz do badania poziomu lęku stanu STAI (wersja X1) – również w polskiej adaptacji, pomocny w ocenie poziomu lęku u rodziców;
- ankietę własną, która zawierała dodatkowe pytania dotyczące jakości życia oraz kontekstu emocjonalnego i materialnego tych rodzin (Roszkowska, 2022).

Badania przeprowadzono w latach 2018-2021 w Publicznym Przedszkolu z Oddziałami Integracyjnymi oraz w Prywatnym Gabinetie Psychologicznym w Sosnowcu, z celowym doбором próby. Autorka wykazała, że rodzice dzieci z niepełnosprawnością intelektualną często wskazywali na problemy z zadowoleniem z życia, które były związane z codziennymi obowiązkami i dodatkowymi wyzwaniami związanymi z opieką nad dzieckiem. Wiele rodzin znajdowało się w trudnej sytuacji materialnej. Często jedno z rodziców rezygnowało z pracy, aby zapewnić odpowiednią opiekę i rehabilitację. Aż 8% badanych wskazało na tragiczną sytuację materialną. Rodzice zmagali się z wysokim poziomem stresu, co wpływało zarówno na ich zdrowie psychiczne, jak i na relacje z innymi. Codzienne obowiązki, rehabilitacja i leczenie powodowały dodatkowy stres (Roszkowska, 2022).

Roszkowska (2022) doszła do wniosku, że obciążenia psychiczne i materialne związane z opieką nad dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną znacznie wpływają na jakość życia rodziców. Osoby te często doświadczają obniżonego poziomu satysfakcji życiowej oraz problemów z relacjami interpersonalnymi. Podobnie, jak w poprzednich omawianych badaniach, także i ta autorka wskazała na potrzebę większego wsparcia specjalistycznego dla takich rodzin, w tym dostęp do terapii, grup wsparcia oraz edukacji, by pomóc im w poprawie jakości życia. Badania ujawniły także, że umożliwienie rodzicom uczestnictwa w różnych formach wsparcia, jak przedszkola integracyjne, specjalistyczne terapie, może znacząco poprawić ich sytuację życiową oraz jakość życia (Roszkowska, 2022).



Przegląd badań nad satysfakcją z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego wskazuje na złożoność tego zjawiska. Z jednej strony wyniki potwierdzają, że rodzice ci doświadczają przeciętnie niższego poziomu satysfakcji z życia w porównaniu z rodzicami dzieci rozwijających się typowo. Z drugiej strony, obserwuje się znaczne zróżnicowanie indywidualne, wskazujące na istnienie czynników ochronnych i mechanizmów adaptacyjnych. Do czynników szczególnie istotnych dla satysfakcji z życia tych rodziców należą: nasilenie objawów zaburzenia u dziecka i ich wpływ na codzienne funkcjonowanie rodziny, strategie radzenia sobie, wsparcie społeczne, zasoby psychologiczne rodzica oraz zdolność do nadawania sensu trudnym doświadczeniom i dostrzegania pozytywnych aspektów rodzicielstwa. Wyniki badań podkreślają również znaczenie holistycznego podejścia, uwzględniającego nie tylko trudności i obciążenia związane z opieką nad dzieckiem z zaburzeniem zdrowia psychicznego, ale również potencjał rozwojowy tej sytuacji oraz indywidualne zasoby rodziny.

### **2.3. Znaczenie wsparcia społecznego i profesjonalnego**

Wsparcie społeczne i profesjonalne stanowi jeden z podstawowych czynników kształtujących satysfakcję z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Liczne badania empiryczne potwierdzają jego rolę jako bufora stresu oraz zasobu zwiększającego zdolności adaptacyjne rodziny (Włodarczyk, 1999). W niniejszym podrozdziale omówione zostaną rodzaje wsparcia, ich znaczenie dla funkcjonowania psychologicznego rodziców oraz systemu wsparcia.

Wsparcie społeczne definiowane jest jako zasoby dostarczane przez innych ludzi (Sęk, Cieślak, 2004). W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka rodzajów wsparcia:

- emocjonalne (wyrażanie troski, empatii, zaufania);
- informacyjne (dostarczanie informacji, porad, wskazówek);
- instrumentalne (konkretna pomoc materialna lub usługowa);
- wartościujące (komunikowanie akceptacji, szacunku);
- duchowe (Sęk, Cieślak, 2004).

Szczególnie istotne jest rozróżnienie między wsparciem strukturalnym (obiektywnie istniejąca sieć społeczna) a funkcjonalnym (subiektywnie postrzegana dostępność i jakość wsparcia). Badania konsekwentnie wskazują, że to właśnie wsparcie



funkcjonalne – subiektywna percepcja dostępności i adekwatności wsparcia – ma większe znaczenie dla satysfakcji z życia niż obiektywne wskaźniki sieci społecznej. Natomiast wsparcie nieformalne, pochodzące od rodziny, przyjaciół, sąsiadów czy innych osób, zwłaszcza doświadczających podobnych problemów, odgrywa bardzo ważną rolę w kształtowaniu satysfakcji z życia. Wsparcie ze strony współmałżonka/partnera jest najsilniejszym predyktorem satysfakcji z życia wśród wszystkich źródeł wsparcia (Sęk, Cieślak, 2004).

Wsparcie ze strony dalszej rodziny (dziadków, rodzeństwa) również odgrywa istotną rolę, szczególnie w zakresie wsparcia instrumentalnego, umożliwiającego czasowe odciążenie od opieki nad dzieckiem. Praktyczna pomoc oferowana przez członków rodziny koreluje pozytywnie z satysfakcją z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Szczególną formą wsparcia nieformalnego jest wsparcie rówieśnicze, pochodzące od innych rodziców dzieci z podobnymi zaburzeniami. Dlatego uczestniczenie w grupach wsparcia sprzyja osiągnięciu wyższego poziomu satysfakcji z życia w porównaniu z rodzicami nieuczestniczącymi w takich grupach. Mechanizmy działania tego typu wsparcia obejmują: wymianę praktycznych informacji i doświadczeń, normalizację trudnych emocji, modelowanie strategii radzenia sobie oraz budowanie poczucia wspólnoty (Pisula, Porębowicz-Dörsmann, 2017; Roszkowska, 2022).

Profesjonalne wsparcie, dostarczane przez psychologów, psychiatrów, pedagogów, pracowników socjalnych i inne osoby zawodowo zajmujące się pomocą, stanowi istotne uzupełnienie wsparcia nieformalnego. Przybiera ono różne formy:

- psychoedukacji;
- terapii indywidualnej lub rodzinnej;
- treningów umiejętności rodzicielskich;
- grup wsparcia prowadzonych przez specjalistów;
- pomocy w koordynacji usług medycznych i edukacyjnych;
- wsparcia finansowego (Sęk, Cieślak, 2004).

Najskuteczniejsze jest wsparcie profesjonalne dostosowane do indywidualnych potrzeb rodziny oraz uwzględniające zarówno potrzeby dziecka, jak i rodziców. Szczególne znaczenie ma wysokiej jakości wsparcie na etapie diagnozy dziecka. Sposób przekazania diagnozy oraz jakość informacji i wsparcia dostarczanego na tym

etapie istotnie wpływa na późniejszą adaptację rodziny i satysfakcję z życia rodziców (Pisula, Porębowicz-Dörsmann, 2017; Roszkowska, 2022).

Mimo udokumentowanego znaczenia wsparcia dla satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, literatura naukowa wskazuje na liczne bariery w dostępie do adekwatnego wsparcia. Do głównych barier należą:

- ograniczona dostępność usług (szczególnie w mniejszych miejscowościach);
- wysokie koszty;
- długi czas oczekiwania;
- fragmentaryzacja usług;
- brak koordynacji między różnymi systemami (zdrowotnym, edukacyjnym, społecznym);
- niski poziom wiedzy profesjonalistów na temat specyficznych zaburzeń (Pisula, Porębowicz-Dörsmann, 2017; Roszkowska, 2022).

Rodzice dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego funkcjonują w rzeczywistości pełnej przeszkód systemowych, w której nawet podstawowe wsparcie staje się trudno osiągalnym luksusem zamiast dostępnym prawem. System pomocy przypomina labirynt, w którym rodzic musi samodzielnie nawigować między odrębnymi instytucjami zdrowotnymi, edukacyjnymi i społecznymi, które rzadko ze sobą współpracują, tworząc dodatkowe obciążenie emocjonalne i logistyczne. Nierówności geograficzne pogłębiają problem, gdyż mieszkańcy mniejszych miejscowości często muszą pokonywać znaczne odległości lub całkowicie zrezygnować ze specjalistycznej pomocy, która koncentruje się w większych ośrodkach miejskich. Sytuację komplikuje dodatkowo bariera ekonomiczna, gdy usługi publiczne charakteryzują się długimi listami oczekujących, zmuszając rodziny do wyboru między wielomiesięcznym czekaniem a wydatkiem często przekraczającym ich możliwości finansowe. Elementem łańcucha niedoskonałości jest także niewystarczające przygotowanie specjalistów, którzy często nie posiadają dogłębnej wiedzy o konkretnych zaburzeniach, co skutkuje powierzchownymi interwencjami zamiast zindywidualizowanym podejściem uwzględniającym specyficzne potrzeby dziecka i jego rodziny (Pisula, Porębowicz-Dörsmann, 2017; Roszkowska, 2022).

## ROZDZIAŁ 3. METODOLOGIA

### 3.1. Cel badań

Celem pracy jest zbadanie poziomu satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

### 3.2. Pytania badawcze

Na podstawie przedstawionego w poprzednim podrozdziale celu badań, sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje istotna korelacja między statusem ekonomicznym rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego a ich satysfakcją z życia?
2. Czy istnieją różnice w poziomie satysfakcji z życia rodziców w zależności od rodzaju zaburzenia zdrowia psychicznego dziecka?
3. Jaki jest kierunek i siła korelacji między poziomem wsparcia społecznego a poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego?
4. Czy istnieje istotna korelacja między poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego a funkcjonowaniem rodziców?

W następnym podrozdziale przedstawiono hipotezy, stanowiące domniemaną odpowiedź na powyższe pytania badawcze.

### 3.3. Hipotezy badawcze

Z uwagi na uargumentowanie wartości badawczej postawionych hipotez, dla każdej z nich przedstawiono kilkudzaniowe uzasadnienie.

**Hipoteza 1:** *Wyższy status ekonomiczny rodziny wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.*

Hipoteza ta znajduje uzasadnienie w teorii zasobów społecznych, która wskazuje, że dostępność środków finansowych znacząco zmniejsza obciążenia związane z opieką nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego, umożliwiając dostęp do szerszego spektrum usług medycznych, terapeutycznych i edukacyjnych. Wyższy status ekonomiczny pozwala na zmniejszenie stresu związanego z codziennym



funkcjonowaniem rodziny, gdyż eliminuje lub ogranicza martwienie się o podstawowe potrzeby materialne, jednocześnie umożliwiając inwestowanie w rozwój dziecka i jego leczenie bez znaczących wyrzeczeń w innych sferach życia (Juczyński, 2009). Literatura przedmiotu konsekwentnie wskazuje na występowanie ujemnej korelacji między trudnościami finansowymi a dobrostanem psychicznym opiekunów osób z niepełnosprawnościami czy zaburzeniami, co świadczy o tym, że stabilność ekonomiczna może stanowić istotny bufor chroniący przed negatywnymi skutkami stresu rodzicielskiego w omawianej grupie (Roszkowska, 2022).

**Hipoteza 2:** *Rodzice dzieci z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego odczuwają niższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu z rodzicami dzieci z łagodniejszymi formami zaburzeń.*

Uzasadnieniem tej hipotezy jest model obciążenia opiekuna (*caregiver burden*), zgodnie z którym poziom stresu i wypalenia rodzicielskiego wzrasta proporcjonalnie do intensywności opieki wymaganej przez stan zdrowia dziecka (Adelman, Tmanova, Delgado i in., 2014). Cięższe formy zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci wiążą się zazwyczaj z większymi trudnościami w komunikacji, samoobsłudze oraz funkcjonowaniu społecznym, co przekłada się na zwiększone wymagania czasowe, emocjonalne i fizyczne wobec opiekunów, ograniczając ich możliwości realizacji własnych potrzeb i aspiracji. Badania wskazują, że długotrwała ekspozycja na wysoki poziom stresu opiekuńczego może prowadzić do chronicznego wyczerpania zasobów psychicznych opiekuna, co bezpośrednio wpływa na subiektywną ocenę jakości życia (Danaci, Koç, 2018). Stopień nasilenia objawów zaburzenia u dziecka może również determinować zakres ograniczeń doświadczanych przez rodzinę w różnych obszarach funkcjonowania, co potencjalnie przekłada się na ogólną ocenę satysfakcji życiowej.

**Hipoteza 3:** *Istnieje zależność między poziomem wsparcia społecznego a poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.*

Hipoteza ta opiera się na teorii wsparcia społecznego jako kluczowego moderatora w relacji stres-dobrostan, szczególnie istotnego w kontekście długotrwałych wyzwań, jakimi jest wychowywanie dziecka z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Wsparcie społeczne, obejmujące zarówno wymiar emocjonalny (empatia, zrozumienie), informacyjny (wiedza, porady), jak i instrumentalny (konkretna pomoc), może stanowić istotny zasób adaptacyjny, pozwalający rodzicom na lepsze radzenie sobie z codziennymi trudnościami i redukcję poczucia izolacji czy stygmatyzacji. Dostępność sieci wsparcia społecznego dodatkowo koreluje z pozytywnym przystosowaniem



psychologicznym i odpornością na stres wśród opiekunów osób z różnymi zaburzeniami rozwojowymi i psychicznymi (Włodarczyk, 1999). Analiza tej zależności pozwoli na zrozumienie mechanizmów buforowych chroniących przed negatywnymi konsekwencjami stresu rodzicielskiego w badanej populacji.

**Hipoteza 4:** *Rodzice korzystający ze wsparcia profesjonalnego osiągają wyższy poziom satysfakcji z życia niż rodzice bez dostępu do takiego wsparcia.*

Uzasadnieniem tej hipotezy jest założenie, że profesjonalne wsparcie w formie poradnictwa psychologicznego, grup wsparcia czy treningów umiejętności rodzicielskich wyposaża opiekunów w skuteczne strategie radzenia sobie ze specyficznymi wyzwaniami związanymi z zaburzeniami zdrowia psychicznego u dzieci. Interwencje profesjonalne nie tylko dostarczają wiedzę specjalistyczną na temat natury zaburzenia i optymalnych metod postępowania, ale również pomagają rodzicom w rozwijaniu umiejętności zarządzania stresem, regulacji emocji oraz konstruktywnego rozwiązywania problemów, co bezpośrednio przekłada się na ich dobrostan psychiczny (Włodarczyk, 1999). Relacja terapeutyczna z profesjonalistą może stanowić przestrzeń do przepracowania trudnych emocji związanych z diagnozą dziecka, takich jak poczucie winy, lęk o przyszłość czy żal za niespełnionymi oczekiwaniami, co jest ważne dla procesu adaptacji i akceptacji sytuacji rodzinnej (Frąckowiak-Sochańska, 2015). Weryfikacja tej hipotezy ma istotne implikacje praktyczne dla projektowania skutecznych interwencji wspierających rodziny dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

### 3.4. Dobór grupy badawczej

W badaniach własnych nad satysfakcją z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego zastosowano dobór celowy, w ramach którego kryterium włączenia stanowi posiadanie dziecka z diagnozą zaburzenia zdrowia psychicznego. Umożliwia ono zgromadzenie grupy respondentów posiadających specyficzne doświadczenia istotne z perspektywy celu badawczego. W przypadku niniejszego projektu dobrowolność uczestnictwa wprowadza dodatkowo element autoselekcji, co oznacza, że spośród wszystkich potencjalnych uczestników spełniających kryterium, jedynie ci, którzy wyrażą zainteresowanie i zgodę na udział w badaniu, zostaną do niego włączeni. Badane osoby dobierano spośród rodziców dzieci uczęszczających do przedszkola, posiadających orzeczenie i opinie o zaburzeniach zdrowia psychicznego.



### 3.5. Procedura badania

Badania własne przeprowadzono w maju i czerwcu 2025 roku. Procedura badania nad satysfakcją życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego opiera się na zastosowaniu metody kwestionariuszowej, w ramach której uczestnicy wypełniają trzy narzędzia: skalę satysfakcji z życia (SWLS) mierzącą ogólny poziom zadowolenia z własnego życia, kwestionariusz kompetencji społecznych (KKS) oceniający umiejętności interpersonalne oraz autorską ankietę zawierającą pytania specyficzne dla problematyki rodzicielstwa dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

W ramach procedury badawczej zadbano o standaryzację warunków badania, aby zapewnić rzetelność wyników. Wszyscy respondenci otrzymali identyczne, wydrukowane instrukcje dotyczące sposobu wypełniania kwestionariuszy. Wypełnianie odbywało się w kontrolowanych warunkach, w placówce przedszkolnej, z zapewnieniem prywatności oraz minimalizacji bodźców rozpraszających. Czas przeznaczony na udzielanie odpowiedzi był limitowany i jednakowy dla wszystkich uczestników, aby obniżyć wpływ tego czynnika na wyniki. Ponadto każdorazowo przed rozpoczęciem procedury uczestnicy byli szczegółowo informowani o celu badania, otrzymywali gwarancję poufności zgromadzonych danych oraz wyrażali świadomą zgodę na udział. W ten sposób zapewniono wymogi etyczne i budowano zaufanie.

### 3.6. Narzędzia badawcze

W badaniach wykorzystano trzy narzędzia. Pierwszym z nich jest Skala satysfakcji z życia (SWLS) to standardowe narzędzie psychometryczne opracowane przez Dienera i współpracowników (1985), składające się z pięciu stwierdzeń ocenianych na siedmiopunktowej skali Likerta. Jest to narzędzie mierzące globalne, poznawcze osądy dotyczące zadowolenia z własnego życia, które pozwala na uzyskanie jednego wyniku ogólnego bez podziału na podskale. SWLS charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, w tym wysoką rzetelnością oraz potwierdzoną trafnością w badaniach międzykulturowych. Narzędzie to jest szeroko stosowane w badaniach dotyczących dobrostanu psychicznego różnych grup, w tym rodziców dzieci

z zaburzeniami, co umożliwi porównywanie wyników z istniejącymi normami (Pavot, Diener, 2008).

Drugie wykorzystane narzędzie to Kwestionariusz kompetencji społecznych (KKS) autorstwa Matczak (2011) to narzędzie służące do pomiaru umiejętności radzenia sobie w różnorodnych sytuacjach społecznych, które wymaga od badanego samooceny skuteczności w hipotetycznych sytuacjach. Kwestionariusz mierzy kompetencje w trzech głównych obszarach: sytuacjach intymnych, ekspozycji społecznej oraz sytuacjach wymagających asertywności, umożliwiając tym samym wielowymiarową ocenę funkcjonowania społecznego. KKS występuje w wersji pełnej (60 pozycji) oraz skróconej, a jego konstrukcja psychometryczna zapewnia rzetelny pomiar zdolności do nawiązywania i podtrzymywania relacji międzyludzkich (Matczak, 2011). Narzędzie to jest szczególnie wartościowe do badania rodziców dzieci z zaburzeniami, gdyż ich kompetencje społeczne mogą istotnie wpływać na zdolność pozyskiwania wsparcia i radzenia sobie z wyzwaniami wychowawczymi.

Autorska ankieta jest narzędziem uzupełniającym, które opracowano specjalnie na potrzeby badania. Zawiera ona pytania o dane demograficzne oraz specyficzne aspekty doświadczeń rodziców związane z wychowywaniem dziecka z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

### 3.7. Zmienne i ich operacjonalizacja

Operacjonalizacji zmiennych w badaniu satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego dokonano w tabeli 1.

*Tabela 1. Operacjonalizacja zmiennych w badaniu satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego*

Zmienna	Definicja operacyjna	Sposób pomiaru	Poziom pomiaru
Zmienne			
Status ekonomiczny rodziny	Subiektywna i obiektywna ocena sytuacji materialnej rodziny.	- autorska ankieta (dochód miesięczny na członka rodziny); - skala subiektywnej oceny sytuacji materialnej; - pytania o oszczędności i możliwość pokrycia nieoczekiwanych wydatków; - pytania o możliwość	Porządkowy i przedziałowy



		finansowania dodatkowych terapii.	
Ciężkość zaburzenia psychicznego dziecka	Stopień klinicznego nasilenia zaburzenia, określony na podstawie subiektywnej oceny rodzica oraz historii hospitalizacji. Zmienna została skategoryzowana na potrzeby analizy na kategorie: „łagodne/umiarkowane” oraz „ciężkie”.	- Wskaźniki ankietowe: pyt. III.5 (subiektywna ocena nasilenia) oraz pyt. III.6 (hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy); - kategoryzacja do analizy (podział na grupy); - kategoria łagodne/umiarkowane: odpowiedź „łagodne” lub „umiarkowane” w pyt. III.5 i odpowiedź „nie” w pyt. III.6; - kategoria ciężkie: odpowiedź „znaczące” lub „głębokie” w pyt. III.5 lub jakakolwiek pozytywna odpowiedź w pyt. III.6 (co najmniej 1 raz).	Nominalny
Poziom wsparcia społecznego	Dostępność i jakość wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół, instytucji i profesjonalistów.	- autorska ankieta (liczba osób wspierających, rodzaje wsparcia, częstotliwość grup wsparcia); - kwestionariusz kompetencji społecznych (KKS).	Porządkowy i przedziałowy
Korzystanie ze wsparcia profesjonalnego	Regularny kontakt i korzystanie z pomocy profesjonalistów.	- autorska ankieta (rodzaj i częstotliwość pomocy, dostępność usług, ocena jakości wsparcia).	Nominalny i porządkowy
Poziom satysfakcji z życia rodziców	Subiektywna ocena ogólnej jakości życia dokonywana przez rodzica.	- skala satysfakcji z życia (SWLS); - autorska ankieta (satysfakcja z konkretnych obszarów życia).	Przedziałowy
Zmienne kontrolowane			
Wiek dziecka	Liczba ukończonych lat życia dziecka.	Autorska ankieta	Przedziałowy
Płeć dziecka	Płeć biologiczna dziecka.	Autorska ankieta	Nominalny
Wiek rodzica	Liczba ukończonych lat życia rodzica.	Autorska ankieta	Przedziałowy
Wykształcenie rodzica	Poziom wykształcenia rodzica.	Autorska ankieta	Porządkowy



Struktura rodziny	Pełna/niepełna	Autorska ankieta	Nominalny
Miejsce zamieszkania	Wieś/małe miasto/duże miasto	Autorska ankieta	Nominalny

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 1 każdą zmienną dokładnie zdefiniowano, by ułatwić jej pomiar. Zidentyfikowano również poziomy pomiaru (nominalny, porządkowy, przedziałowy), co jest istotne dla właściwej analizy danych.

### 3.8. Metody analizy danych

W pierwszym etapie analiz badawczych przeprowadzono szczegółową analizę danych demograficznych oraz analizę deskryptywną wszystkich zmiennych uwzględnionych w badaniu. Rozpoczęto od obliczenia podstawowych statystyk opisowych dla zmiennych ilościowych, jak wiek dzieci i rodziców oraz wyniki uzyskane w poszczególnych skalach pomiarowych (SWLS i KKS), by wyznaczyć średnie arytmetyczne jako miary tendencji centralnej, median wskazujących na wartości środkowe w uporządkowanych zbiorach danych, odchyłeń standardowych informujących o rozproszeniu wyników wokół średniej, a także wartości minimalnych i maksymalnych określających zakres zmienności analizowanych cech. Dla zmiennych jakościowych (płeć dziecka i rodzica, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania czy rodzaj zaburzenia psychicznego) obliczono częstości występowania poszczególnych kategorii oraz ich rozkłady procentowe, co pozwoliło na charakterystykę badanej próby. Niezbędnym elementem analizy wstępnej jest ocena normalności rozkładu zmiennych ilościowych przeprowadzona przy użyciu formalnego testu statystycznego Shapiro-Wilka, pozwalającego na statystyczną weryfikację hipotezy o zgodności rozkładu z rozkładem normalnym, a także poprzez analizę parametrów kształtu rozkładu – skośności informującej o asymetrii rozkładu oraz kurtozy wskazującej na jego wysmukłość lub spłaszczenie w porównaniu z rozkładem normalnym.

W procesie weryfikacji hipotez badawczych zastosowano zróżnicowane metody analizy statystycznej dostosowane do specyfiki poszczególnych pytań badawczych. W celu zbadania pierwszej hipotezy wykorzystano współczynnik korelacji Pearsona w przypadku stwierdzenia normalności rozkładu badanych zmiennych lub



współczynnik korelacji Spearmana, jeśli założenie to nie zostanie spełnione, by określić siłę i kierunek zależności między tymi zmiennymi. Ponadto przeprowadzono analizę regresji liniowej, uwzględniając zmienne zakłócające, jak wiek i płeć dziecka oraz wykształcenie rodzica, dzięki czemu można oszacować „czysty” wpływ statusu ekonomicznego na satysfakcję z życia, kontrolując wpływ pozostałych czynników. Dla pogłębienia analizy zastosowano analizę wariancji ANOVA, która umożliwia porównanie średnich poziomów satysfakcji z życia w grupach o różnym statusie ekonomicznym (niskim, średnim i wysokim).

W odniesieniu do drugiej hipotezy przeprowadzono test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku dwóch kategorii ciężkości zaburzenia lub analizę wariancji ANOVA, gdy tych kategorii będzie więcej, by ocenić statystyczną istotność różnic w poziomach satysfakcji między grupami.

Weryfikacja trzeciej hipotezy, dotyczącej zależności między wsparciem społecznym a satysfakcją z życia, opiera się na analizie korelacyjnej określającej siłę i kierunek tego związku, a także na analizie regresji wielokrotnej, umożliwiającej określenie, jaki procent wariancji zmiennej zależnej (satysfakcji z życia) można wyjaśnić poziomem wsparcia społecznego. Zastosowano również analizę mediacji, która umożliwia zbadanie, czy wsparcie społeczne pełni rolę mediatora w relacji między ciężkością zaburzenia dziecka a satysfakcją z życia rodzica.

Dla weryfikacji czwartej hipotezy wykorzystano test t-Studenta do porównania średnich poziomów satysfakcji między rodzicami korzystającymi i niekorzystającymi z takiego wsparcia. Przeprowadzono także dwuczynnikową analizę wariancji, aby ocenić potencjalną interakcję między statusem ekonomicznym a korzystaniem ze wsparcia profesjonalnego w ich wpływie na satysfakcję z życia, a dodatkowo zastosowano analizę regresji w celu identyfikacji czynników predykcyjnych korzystania ze wsparcia profesjonalnego.

Do przeprowadzenia analiz wykorzystano rozbudowane narzędzia informatyczne, przede wszystkim pakiet IBM SPSS Statistics, który posłużył do realizacji podstawowych analiz statystycznych. W całym procesie analitycznym przyjęto standardowy poziom istotności  $\alpha = 0,05$  jako kryterium odrzucenia hipotezy zerowej.

## ROZDZIAŁ 4. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

### 4.1. Wyniki badań

Niniejsza analiza przedstawia szczegółowe opracowanie wyników badania własnego dotyczącego satysfakcji z życia rodziców dzieci cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego. W badaniu wzięły udział dwie grupy respondentów: rodzice dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego (grupa badana) oraz rodzice dzieci zdrowych (grupa kontrolna).

#### Charakterystyka grupy kontrolnej

W badaniu uczestniczyło 40 rodziców dzieci zdrowych, w tym 23 kobiety (57,5%) i 17 mężczyzn (42,5%). Wiek badanych mieścił się w przedziale 25-45 lat. Pod względem wykształcenia dominowały osoby z wykształceniem zawodowym (52,5%), następnie osoby z wykształceniem średnim (22,5%) i wyższym (22,5%), a jedynie 2,5% badanych posiadało wykształcenie podstawowe/gimnazjalne. Większość respondentów (75%) mieszkała na wsi, a pozostali (25%) w miastach do 50 tys. mieszkańców (tabela 2).

Tabela 2. Charakterystyka demograficzna uczestników badania (grupa kontrolna rodziców dzieci zdrowych)

Zmienna demograficzna	Kategoria	N	%
<b>Płeć</b>	Kobieta	23	57,5
	Mężczyzna	17	42,5
	<i>Suma</i>	40	100,0
<b>Wiek</b>	Zakres	25-45 lat	
<b>Wykształcenie</b>	Podstawowe/gimnazjalne	1	2,5
	Zawodowe	21	52,5
	Średnie	9	22,5
	Wyższe	9	22,5
	<i>Suma</i>	40	100,0
<b>Miejsce zamieszkania</b>	Wieś	30	75,0
	Miasto do 50 tys.	10	25,0
	<i>Suma</i>	40	100,0

Zródło: badania własne

#### Charakterystyka grupy badanej



Grupa badana składała się z 40 rodziców dzieci z różnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego. W grupie tej znalazło się 26 kobiet (65%) i 14 mężczyzn (35%), w wieku 27-48 lat. Wykształcenie w tej grupie przedstawiało się następująco:

- podstawowe/gimnazjalne – 5%,
- zawodowe – 35%,
- średnie – 37,5%,
- wyższe – 22,5%.

Miejsce zamieszkania:

- wieś – 57,5%,
- miasto do 50 tys. mieszkańców – 25%,
- miasto 50-200 tys. mieszkańców – 12,5%,
- miasto powyżej 200 tys. mieszkańców – 5% (tabela 3).

*Tabela 3. Charakterystyka demograficzna uczestników badania (grupa rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego)*

Zmienna demograficzna	Kategoria	N	%
<b>Płeć</b>	Kobieta	26	65,0
	Mężczyzna	14	35,0
	<i>Suma</i>	40	100,0
<b>Wiek</b>	Zakres	27-48 lat	
<b>Wykształcenie</b>	Podstawowe/gimnazjalne	2	5,0
	Zawodowe	14	35,0
	Średnie	15	37,5
	Wyższe	9	22,5
	<i>Suma</i>	40	100,0
<b>Miejsce zamieszkania</b>	Wieś	23	57,5
	Miasto do 50 tys.	10	25,0
	Miasto 50-200 tys.	5	12,5
	Miasto powyżej 200 tys.	2	5,0
	<i>Suma</i>	40	100,0

Zródło: badania własne

Poniżej przedstawiono analizę statystyczną wyników badań własnych w odniesieniu do przyjętych hipotez.



Hipoteza 1. *Wyższy status ekonomiczny rodziny wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.*

W celu weryfikacji hipotezy 1 przeanalizowano związek między wskaźnikami statusu ekonomicznego a poziomem satysfakcji z życia mierzonym skalą SWLS. W pierwszej kolejności przeanalizowano subiektywną ocenę sytuacji materialnej rodzin.

Tabela 4. Rozkład wskaźników statusu ekonomicznego rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego

Zmienna ekonomiczna	Kategoria	N	%
<b>Subiektywna ocena sytuacji materialnej</b>	Bardzo zła	5	12,5
	Zła	9	22,5
	Przeciętna	18	45,0
	Dobra	6	15,0
	Bardzo dobra	2	5,0
	<i>Suma</i>	40	100,0
<b>Miesięczny dochód na członka rodziny</b>	Poniżej 1000 zł	7	17,5
	1000–2000 zł	17	42,5
	2000–3000 zł	10	25,0
	3000–4000 zł	4	10,0
	Powyżej 4000 zł	2	5,0
	<i>Suma</i>	40	100,0

Źródło: badania własne

Jak pokazano w tabeli 4, w grupie badanej rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego 12,5% oceniło swoją sytuację materialną jako bardzo złą, 22,5% jako złą, 45% jako przeciętną, 15% jako dobrą, a jedynie 5% jako bardzo dobrą.

Analiza miesięcznego dochodu przypadającego na członka rodziny wykazała, że w grupie badanej 17,5% rodzin osiąga dochód poniżej 1000 zł, 42,5% w przedziale 1000-2000 zł, 25% w przedziale 2000-3000 zł, 10% w przedziale 3000-4000 zł, a jedynie 5% powyżej 4000 zł.

Tabela 5. Weryfikacja hipotezy 1: zależność między statusem ekonomicznym a satysfakcją z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego

Analiza statystyczna	Zmienne	Statystyka	Wartość
<b>Korelacja (Pearsona)</b>	Status ekonomiczny i satysfakcja z życia (SWLS)	r	0,47



		p	<0,01
<b>Analiza regresji liniowej</b>	Predyktor: status ekonomiczny (zmienna zależna: satysfakcja z życia)	$\beta$	0,39
		p	<0,01
	Wyjaśniona wariancja	R <sup>2</sup>	0,22
<b>Analiza wariancji (ANOVA) i średnie SWLS</b>	Różnice w satysfakcji z życia ze względu na status ekonomiczny	F	8,76
		p	<0,001
	<b>Średnia SWLS (niski status)</b>	M	14,6
	<b>Średnia SWLS (średni status)</b>	M	19,1
	<b>Średnia SWLS (wysoki status)</b>	M	23,2

Źródło: badania własne

Z tabeli 5 wynika, że korelacja między statusem ekonomicznym a poziomem satysfakcji z życia w grupie badanej wykazała istotną statystycznie, umiarkowanie silną dodatnią zależność ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ). Oznacza to, że wraz ze wzrostem statusu ekonomicznego rośnie poziom satysfakcji życiowej rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Analiza regresji liniowej, kontrolująca wpływ zmiennych zakłócających (wiek i płeć dziecka oraz wykształcenie rodzica), potwierdziła, że status ekonomiczny jest istotnym predyktorem satysfakcji z życia ( $\beta = 0,39$ ;  $p < 0,01$ ), wyjaśniając 22% wariancji tej zmiennej.

Porównanie średnich poziomów satysfakcji z życia w grupach o różnym statusie ekonomicznym wykazało istotne statystycznie różnice ( $F = 8,76$ ;  $p < 0,001$ ). Rodzice o wysokim statusie ekonomicznym uzyskali średnio 23,2 punktów w skali SWLS, rodzice o średnim statusie – 19,1 punktów, a rodzice o niskim statusie – 14,6 punktów.

Na podstawie przeprowadzonych analiz hipoteza 1 została potwierdzona. Wyższy status ekonomiczny rodziny istotnie wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Zależność ta utrzymuje się nawet po uwzględnieniu zmiennych zakłócających, co wskazuje na istotną rolę czynnika ekonomicznego w kształtowaniu ogólnej satysfakcji życiowej badanych rodziców.

Hipoteza 2. *Rodzice dzieci z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego odczuwają niższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu z rodzicami dzieci z łagodniejszymi formami zaburzeń.*

Tabela 6. Rozkład subiektywnej oceny nasilenia zaburzenia zdrowia psychicznego dziecka w grupie badanej

Ocena nasilenia zaburzenia (Pytanie)	N	%
--------------------------------------	---	---



III.5)		
Łagodne	6	15,0
Umiarkowane	14	35,0
Znaczne	15	37,5
Głębokie	5	12,5
<i>Suma</i>	4	100,
	0	0

Źródło: badania własne

Jak wynika z tabeli 6, w grupie badanej rodzice dzieci z różnymi nasileniami zaburzeń zdrowia psychicznego oceniali stopień nasilenia zaburzenia u dziecka. 15% rodziców oceniło zaburzenie jako łagodne, 35% jako umiarkowane, 37,5% jako znaczne, a 12,5% jako głębokie.

Tabela 7. Weryfikacja hipotezy 2: zależność między ciężkością zaburzenia a poziomem satysfakcji z życia rodziców (skala SWLS)

Analiza statystyczna	Zmienna/grupa porównawcza	Statystyka	Wartość
<b>Korelacja (Pearsona)</b>	Nasilenie zaburzenia i satysfakcja z życia (SWLS)	r	-0,58
		p	<0,001
<b>Analiza wariancji (ANOVA)</b>	Satysfakcja z życia a 4-stopniowe nasilenie zaburzenia	F	10,23
		p	<0,001
	<b>Średnia SWLS (łagodne)</b>	M	22,5
	<b>Średnia SWLS (umiarkowane)</b>	M	19,8
	<b>Średnia SWLS (znacne)</b>	M	16,3
	<b>Średnia SWLS (głębokie)</b>	M	12,6
<b>Test t Studenta</b>	Satysfakcja z życia a hospitalizacja dziecka (tak/nie)	t	3,45
		p	<0,01
	<b>Średnia SWLS (hospitalizacja: tak)</b>	M	15,2
	<b>Średnia SWLS (hospitalizacja: nie)</b>	M	19,7

Źródło: badania własne

Analiza poziomu satysfakcji z życia w zależności od nasilenia zaburzenia zdrowia psychicznego u dziecka wykazała wyraźne różnice (tabela 7). Średni wynik SWLS w grupie rodziców dzieci z łagodnymi zaburzeniami wynosił 22,5 punktu, z umiarkowanymi zaburzeniami – 19,8 punktu, ze znacznymi zaburzeniami – 16,3 punktu, a z głębokimi zaburzeniami – 12,6 punktu. Test ANOVA wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy tymi grupami ( $F = 10,23$ ;  $p < 0,001$ ). Dalsze analizy *post-hoc* (test Tukeya) ujawniły, że istotne statystycznie różnice występują między wszystkimi grupami z wyjątkiem porównania rodziców dzieci z zaburzeniami





42,5% może liczyć na 1-2 osoby, 25% na 3-5 osób, a jedynie 5% na więcej niż 5 osób. W porównaniu do grupy kontrolnej, w której odpowiednie wartości wynosiły: 42,5%, 35%, 20% i 2,5%, nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic.

W zakresie form otrzymywanego wsparcia w grupie badanej najczęściej wskazywano na wsparcie informacyjne (30%), emocjonalne (25%), instrumentalne (12,5%) i materialne/finansowe (5%). Jednocześnie 27,5% badanych zadeklarowało, że nie otrzymuje żadnego wsparcia od bliskich. Analiza korelacji między liczbą osób wspierających a poziomem satysfakcji z życia wykazała istotną statystycznie, dodatnią korelację o umiarkowanej sile ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,01$ ). Oznacza to, że im większa sieć wsparcia społecznego, tym wyższy poziom satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Tabela 9. Weryfikacja hipotezy 3: zależności między poziomem wsparcia społecznego a satysfakcją z życia rodziców

Analiza statystyczna	Zmienna/model	Statystyka	Wartość
<b>Korelacja (Pearsona)</b>	Liczba osób wspierających i satysfakcja z życia	r	0,41
		p	<0,01
<b>Korelacja form wsparcia z satysfakcją</b>	Emocjonalne	r	0,38
	Instrumentalny	r	0,34
	Informacyjne	r	0,29
	Materialne/finansowe	r	0,23
	<i>Istotność dla form wsparcia</i>	p	Wszystkie <0,05
<b>Analiza regresji wielokrotnej (wsparcie)</b>	Wyjaśniona wariancja satysfakcji	R <sup>2</sup>	0,19
	Wsparcie społeczne (jako predyktor)	β	0,32
		p	<0,01
<b>Analiza mediacji</b>	Efekt bezpośredni (ciężkość → satysfakcja) bez wsp. społecznego	β	-0,58
	Efekt bezpośredni (ciężkość → satysfakcja) ze wsp. społecznym	β	-0,46
	Efekt pośredni (przez wsparcie społeczne)	p	<0,05

Źródło: badania własne

Dodatkowo przeanalizowano związek między poszczególnymi formami wsparcia a satysfakcją życiową. Najsilniejszy pozytywny związek z satysfakcją życiową wykazało wsparcie emocjonalne ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ), następnie wsparcie instrumentalne ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ), wsparcie informacyjne ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,05$ ) i wsparcie materialne/finansowe ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,05$ ).

Przeprowadzona analiza regresji wielokrotnej wykazała, że poziom wsparcia społecznego wyjaśnia 19% wariacji satysfakcji z życia w badanej grupie ( $R^2 = 0,19$ ;  $p < 0,01$ ). Po uwzględnieniu innych czynników (status ekonomiczny, nasilenie zaburzenia) wsparcie społeczne pozostało istotnym predyktorem satysfakcji życiowej ( $\beta = 0,32$ ;  $p < 0,01$ ).

Analiza mediacji wykazała również, że wsparcie społeczne pełni rolę częściowego mediatora w relacji między ciężkością zaburzenia dziecka a satysfakcją z życia rodzica. Efekt bezpośredni ciężkości zaburzenia na satysfakcję życiową zmniejszył się po wprowadzeniu do modelu wsparcia społecznego (z  $\beta = -0,58$  do  $\beta = -0,46$ ;  $p < 0,001$ ), a efekt pośredni przez wsparcie społeczne był istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ).

Przeprowadzone analizy pozwoliły na potwierdzenie hipotezy 3. Istnieje istotna statystycznie, dodatnia zależność między poziomem wsparcia społecznego a poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Im wyższy poziom wsparcia społecznego, tym wyższa satysfakcja z życia badanych rodziców.

Hipoteza 4. *Rodzice korzystający ze wsparcia profesjonalnego osiągają wyższy poziom satysfakcji z życia niż rodzice bez dostępu do takiego wsparcia.*

Tabela 10. Korzystanie z profesjonalnego wsparcia oraz bariery dostępu (grupa badana,  $N=40$ )

Zmienna wsparcia Profesjonalnego	Kategoria	N	%
<b>Korzystanie ze wsparcia</b>	Tak (korzysta)	21	52,5
	Nie (nie korzysta)	19	47,5
<b>Formy otrzymywanego wsparcia (spośród korzystających)</b>	Konsultacje z psychologiem	10	25,0
	Psychoterapia indywidualna	5	12,5
	Grupa wsparcia dla rodziców	3	7,5
	Terapia rodzinna	2	5,0
	Konsultacje z psychiatrą	2	5,0
	Pomoc pracownika socjalnego	2	5,0
<b>Główne bariery w dostępie</b>	Wysokie koszty	25	62,5
	Niewystarczająca wiedza	15	37,5



	specjalistów		
	Brak usług w okolicy	13	32,5
	Brak informacji o wsparciu	11	27,5
	Długi czas oczekiwania	10	25,0
	Brak koordynacji instytucji	6	15,0
	Stygmatyzacja	2	5,0

*Uwaga.* N = 40. Suma procentowa form wsparcia i barier przekracza 100%, ponieważ respondenci mogli wskazać wiele odpowiedzi.

Źródło: badania własne

Z tabeli 10 wynika, że w grupie badanej 52,5% rodziców zadeklarowało korzystanie z jakiejś formy profesjonalnego wsparcia, podczas gdy 47,5% nie korzystało z takiego wsparcia. Najczęściej wymienianymi formami wsparcia profesjonalnego były:

- konsultacje z psychologiem (25%),
- psychoterapia indywidualna (12,5%),
- grupa wsparcia dla rodziców (7,5%),
- terapia rodzinna (5%),
- konsultacje z psychiatrą (5%),
- pomoc pracownika socjalnego (5%).

Analiza częstotliwości korzystania ze wsparcia profesjonalnego wykazała, że spośród korzystających 40,5% korzysta rzadziej niż raz na miesiąc, 28,5% raz w miesiącu, 19% 2-3 razy w miesiącu, a 12% raz w tygodniu lub częściej.

*Tabela 11. Weryfikacja hipotezy 4: porównanie poziomu satysfakcji z życia ze względu na korzystanie i częstotliwość korzystania ze wsparcia profesjonalnego (skala SWLS)*

Porównanie grup	Statystyka	Wartość	p	Średnia M (SWLS)
<b>Test t (korzystanie ze wsparcia)</b>	t	2,87	<0,01	
Rodzice korzystający (Tak)				19,4
Rodzice niekorzystający (Nie)				16,3
<b>ANOVA (częstotliwość korzystania)</b>	F	3,62	<0,05	
Raz w tygodniu lub częściej				21,8
2–3 razy w miesiącu				19,4
Raz w miesiącu				18,3
Rzadziej niż raz na miesiąc				17,3

Źródło: badania własne

Porównanie poziomu satysfakcji z życia między rodzicami korzystającymi i niekorzystającymi ze wsparcia profesjonalnego wykazało istotne statystycznie różnice ( $t = 2,87$ ;  $p < 0,01$ ) (tabela 11). Rodzice korzystający z profesjonalnego wsparcia uzyskali średnio 19,4 punktów w skali SWLS, podczas gdy rodzice niekorzystający z takiego wsparcia uzyskali średnio 16,3 punktów. Dodatkowa analiza wykazała, że istnieje istotna zależność między częstotliwością korzystania ze wsparcia profesjonalnego a poziomem satysfakcji życiowej ( $F = 3,62$ ;  $p < 0,05$ ). Najwyższy poziom satysfakcji z życia (średnia SWLS = 21,8) odnotowano w grupie rodziców korzystających ze wsparcia raz w tygodniu lub częściej, a najniższy (średnia SWLS = 17,3) w grupie korzystającej rzadziej niż raz na miesiąc.

Tabela 12. Wyniki analizy regresji logistycznej i dwuczynnikowej ANOVA

Analiza	Zmienna zależna/efekt	Statystyka/ predyktor	Wartość	p
<b>Regresja logistyczna</b>	Korzystanie ze wsparcia (tak/nie)			
	Nasilenie zaburzenia dziecka	OR	2,35	<0,01
	Wykształcenie rodzica	OR	1,78	<0,05
	Miejsce zamieszkania (mieszkańcy miast)	OR	0,65	<0,05
<b>ANOVA dwuczynnikowa</b>	Interakcja: status ekonomiczny × korzystanie ze wsparcia	F	4,12	<0,05

Źródło: badania własne

Przeprowadzona dwuczynnikowa analiza wariancji ujawniła istotną interakcję między statusem ekonomicznym a korzystaniem ze wsparcia profesjonalnego w ich wpływie na satysfakcję z życia ( $F = 4,12$ ;  $p < 0,05$ ) (tabela 12). Różnica w poziomie satysfakcji życiowej między rodzicami korzystającymi i niekorzystającymi ze wsparcia profesjonalnego była większa w grupie o niskim statusie ekonomicznym niż w grupie o wysokim statusie ekonomicznym.

Analiza regresji logistycznej wykazała, że istotnymi predyktorami korzystania ze wsparcia profesjonalnego są: nasilenie zaburzenia dziecka (OR = 2,35;  $p < 0,01$ ), wykształcenie rodzica (OR = 1,78;  $p < 0,05$ ) oraz miejsce zamieszkania (OR = 0,65;  $p < 0,05$ ). Oznacza to, że prawdopodobieństwo korzystania ze wsparcia profesjonalnego jest wyższe wśród rodziców dzieci z cięższymi zaburzeniami, rodziców z wyższym wykształceniem oraz mieszkańców miast.

Badani rodzice wskazali na główne bariery w dostępie do odpowiedniego wsparcia profesjonalnego:

- wysokie koszty (62,5%),
- niewystarczającą wiedzę specjalistów o zaburzeniu dziecka (37,5%),
- brak usług w okolicy (32,5%),
- brak informacji o dostępnych formach wsparcia (27,5%),
- długi czas oczekiwania (25%),
- brak koordynacji między różnymi instytucjami (15%),
- stygmatyzację związaną z zaburzeniami zdrowia psychicznego (5%).

W oparciu o przeprowadzone analizy potwierdzono hipotezę 4. Rodzice korzystający ze wsparcia profesjonalnego osiągają istotnie wyższy poziom satysfakcji z życia niż rodzice bez dostępu do takiego wsparcia. Co więcej, częstotliwość korzystania ze wsparcia również pozytywnie koreluje z poziomem satysfakcji życiowej.

Analiza wyników kwestionariusza kompetencji społecznych wykazała, że w grupie kontrolnej średni wynik ogólny KKS wynosił 117 punktów, co odpowiada poziomowi przeciętnemu (4-5 sten). W poszczególnych skalach uzyskano następujące rezultaty:

- kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej (ES) – średnio 43 punkty (4 steny, wynik przeciętny),
- kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych (I) – średnio 42 punkty (5 stenów, wynik przeciętny),
- kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności (A) – średnio 45 punktów (5 stenów, wynik przeciętny).

W grupie badanej rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego średni wynik ogólny KKS wynosił 109 punktów (3-4 steny, wynik przeciętny, z tendencją do niskiego). W poszczególnych skalach uzyskano:

- ES – średnio 38 punktów (3 steny, wynik niski),



- I – średnio 40 punktów (4 steny, wynik przeciętny),
- A – średnio 40 punktów (4 steny, wynik przeciętny).

*Tabela 13. Porównanie kompetencji społecznych (KKS) rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego (grupa badana) i rodziców dzieci zdrowych (grupa kontrolna) oraz korelacje z satysfakcją z życia*

Zmienna / skala KKS	Grupa badana (dzieci z zaburzeniami)	Grupa kontrolna (dzieci zdrowe)	Test t porównujący grupy	Korelacja z satysfakcją z życia (grupa badana)
	M (Sten)	M (Sten)	t (p)	r (p)
<b>KKS ogólny</b>	109 (3–4)	117 (4–5)	2,34 (<0,05)	0,36 (<0,01)
<b>Ekspozycja społeczna (ES)</b>	38 (3)	43 (4)	2,78 (<0,01)	0,34 (<0,01)
<b>Intymność (I)</b>	40 (4)	42 (5)	t=ns	0,29 (<0,05)
<b>Asertywność (A)</b>	40 (4)	45 (5)	t=ns	0,26 (<0,05)

Źródło: badania własne

Porównanie wyników KKS między grupą badaną a kontrolną wykazało istotne statystycznie różnice w wyniku ogólnym ( $t = 2,34$ ;  $p < 0,05$ ) oraz w skali ES ( $t = 2,78$ ;  $p < 0,01$ ), natomiast różnice w skalach I i A nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Analiza korelacji między wynikami KKS a satysfakcją z życia w grupie badanej wykazała istotny statystycznie, dodatni związek między ogólnym poziomem kompetencji społecznych a satysfakcją życiową ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ). Spośród poszczególnych skal KKS najsilniejszy związek z satysfakcją z życia wykazała skala ES ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ), następnie skala I ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,05$ ) i skala A ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ).

Wyniki kwestionariusza kompetencji społecznych wskazują, że rodzice dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego posiadają istotnie niższe kompetencje społeczne niż grupa kontrolna, co jest szczególnie wyraźne w obszarze funkcjonowania w sytuacjach ekspozycji społecznej (ES), gdzie ich wyniki są na poziomie niskim. Z przeprowadzonych analiz wynika, że poziom kompetencji społecznych pozytywnie koreluje z satysfakcją życiową, co wskazuje, że trudności w funkcjonowaniu społecznym, zwłaszcza w sytuacjach publicznych i ekspozycji społecznej, mogą przyczyniać się do obniżonego dobrostanu psychicznego rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Główny wniosek płynący z tych danych świadczy



o potrzebie ukierunkowanego wsparcia w zakresie rozwijania kompetencji społecznych u rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, szczególnie w obszarze radzenia sobie w sytuacjach ekspozycji społecznej.

W celu zestawienia uzyskanych wyników i zweryfikowanych hipotez posłużono się tabelą 14.

*Tabela 14. Weryfikacja hipotez badawczych*

Hipoteza	Treść	Status weryfikacji	Wynik analizy
Hipoteza 1	Wyższy status ekonomiczny rodziny wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.	Potwierdzona	Istotna statystycznie, dodatnia korelacja między statusem ekonomicznym a satysfakcją z życia ( $r = 0,47$ ; $p < 0,01$ ). Status ekonomiczny wyjaśnia 22% wariacji satysfakcji z życia.
Hipoteza 2	Rodzice dzieci z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego odczuwają niższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu z rodzicami dzieci z łagodniejszymi formami zaburzeń.	Potwierdzona	Istotna statystycznie, ujemna korelacja między nasileniem zaburzenia a satysfakcją z życia ( $r = -0,58$ ; $p < 0,001$ ). Istotne różnice w poziomie satysfakcji między grupami o różnym nasileniu zaburzeń ( $F = 10,23$ ; $p < 0,001$ ).
Hipoteza 3	Istnieje zależność między poziomem wsparcia społecznego a poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.	Potwierdzona	Istotna statystycznie, dodatnia korelacja między poziomem wsparcia społecznego a satysfakcją z życia ( $r = 0,41$ ; $p < 0,01$ ). Wsparcie społeczne wyjaśnia 19% wariacji satysfakcji z życia.
Hipoteza 4	Rodzice korzystający ze wsparcia profesjonalnego osiągają wyższy poziom satysfakcji z życia niż rodzice bez dostępu do takiego wsparcia.	Potwierdzona	Istotna statystycznie różnica w poziomie satysfakcji z życia między rodzicami korzystającymi i niekorzystającymi ze wsparcia profesjonalnego ( $t = 2,87$ ; $p < 0,01$ ). Dodatnia korelacja między częstotliwością korzystania ze wsparcia

			a satysfakcją z życia.
--	--	--	------------------------

Źródło: opracowanie własne

Przeprowadzone analizy potwierdziły wszystkie postawione hipotezy badawcze. Wykazano, że na poziom satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego istotny wpływ mają: status ekonomiczny rodziny, nasilenie zaburzenia psychicznego u dziecka, poziom wsparcia społecznego oraz dostęp do wsparcia profesjonalnego. Otrzymane wyniki wskazują na złożoność czynników kształtujących dobrostan psychiczny badanej grupy rodziców i podkreślają potrzebę wieloaspektowego podejścia do poprawy ich sytuacji życiowej.

#### 4.2. Dyskusja wyników

Uzyskane w badaniu wyniki potwierdziły pierwszą hipotezę zakładającą, że wyższy status ekonomiczny rodziny wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Zaobserwowana umiarkowanie silna korelacja dodatnia ( $r = 0,47$ ) oraz istotne różnice w poziomach satysfakcji pomiędzy rodzicami o różnym statusie ekonomicznym wskazują na istotną rolę czynników materialnych w kształtowaniu ogólnego dobrostanu psychicznego tej specyficznej grupy.

Wyniki te korespondują z badaniami Pisuli i Porębowicz-Dörsmann (2017), które wykazały, że rodziny dzieci z zaburzeniami rozwojowymi ponoszą znacznie wyższe koszty opieki w porównaniu z rodzinami dzieci neurotypowych. Autorki te podkreślają, że dodatkowe obciążenia finansowe związane z terapią, rehabilitacją oraz specjalistyczną opieką medyczną nadwyrężają budżet rodzinny, co przekłada się na obniżenie jakości życia. Podobnie Benson i Karlof (2009) w swoim badaniu obejmującym 96 rodziców dzieci z autyzmem wykazali istotną statystycznie zależność między trudnościami finansowymi a nasileniem objawów stresu rodzicielskiego oraz obniżeniem ogólnej satysfakcji życiowej.

Sz szczególnie interesujące jest to, że w badaniach własnych status ekonomiczny okazał się istotnym predyktorem satysfakcji z życia nawet po uwzględnieniu zmiennych zakłócających. Świadczy to o względnej niezależności wpływu czynnika materialnego na dobrostan psychiczny badanych rodziców. Wynik ten można interpretować w świetle teorii hierarchii potrzeb Masłowa (1987), zgodnie z którą zaspokojenie potrzeb



podstawowych (w tym materialnych) stanowi warunek konieczny dla możliwości realizacji potrzeb wyższego rzędu (Maslow, 1987). W przypadku rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego wystarczające zasoby finansowe nie tylko zabezpieczają podstawowe potrzeby bytowe rodziny, ale również umożliwiają dostęp do wysokiej jakości usług terapeutycznych i edukacyjnych dla dziecka, co wtórnie przekłada się na sprawniejsze funkcjonowanie całego systemu rodzinnego.

Warto również odnieść uzyskane wyniki do badań Osafo i współpracowników (2013), którzy badali związek między statusem socjoekonomicznym a satysfakcją z życia w rodzinach opiekujących się dziećmi z zaburzeniami zdrowia psychicznego w Ghanie. Badacze ci wykazali, że rodziny o niższym statusie socjoekonomicznym doświadczają znacznie większych trudności w dostępie do specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz systemów wsparcia społecznego, co dodatkowo pogłębia ich poczucie izolacji i bezradności. Choć badanie Osafo i współpracowników było realizowane w odmiennym kontekście kulturowym, to otrzymane w badaniach własnych wyniki wskazują na uniwersalność pewnych mechanizmów i powiązań między stanem materialnym a poczuciem dobrostanu psychicznego w rodzinach mierzących się z wyzwaniami związanymi z zaburzeniami zdrowia psychicznego dzieci.

Wyniki przeprowadzonych analiz potwierdziły drugą hipotezę badawczą zakładającą, że rodzice dzieci z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego odczuwają niższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu z rodzicami dzieci z łagodniejszymi formami zaburzeń. Obserwowana silna, ujemna korelacja ( $r = -0,58$ ) między nasileniem zaburzenia a satysfakcją z życia oraz istotne statystycznie różnice w poziomie satysfakcji między grupami rodziców dzieci o różnym nasileniu zaburzeń wskazują na istotny wpływ tej zmiennej na dobrostan psychiczny opiekunów.

Uzyskane wyniki są spójne z ustaleniami Dąbrowskiej i Pisuli (2010), które w badaniu porównawczym rodziców dzieci z autyzmem, zespołem Downa oraz dzieci rozwijających się typowo wykazały, że nasilenie objawów danego zaburzenia istotnie koreluje z poziomem stresu rodzicielskiego i obniżeniem satysfakcji życiowej. Szczególnie trudne dla rodziców są problemy behawioralne dziecka – agresywne zachowania, działania autoagresywne czy trudności komunikacyjne, które często towarzyszą cięższym formom zaburzeń psychicznych. Podobnie Hayes i Watson (2013) w przeprowadzonej metaanalizie 15 badań dotyczących stresu rodzicielskiego wykazali, że rodzice dzieci z poważniejszymi zaburzeniami rozwojowymi doświadczają znacznie

wyższego poziomu stresu w porównaniu do rodziców dzieci z łagodniejszymi formami zaburzeń oraz dzieci rozwijających się typowo.

W kontekście uzyskanych w badaniach własnych wyników interesujące jest to, że najniższy poziom satysfakcji z życia odnotowano w grupie rodziców dzieci z głębokimi zaburzeniami (średnia SWLS = 12,6), co odpowiada wynikowi bardzo niskiemu. Podobne wyniki uzyskali Pozo i współpracownicy (2014) w badaniu 118 rodzin dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, wykazując, że nasilenie objawów autyzmu jest jednym z najsilniejszych predyktorów obniżonego dobrostanu psychicznego i satysfakcji z życia rodziców. Autorzy doszli również do wniosku, że szczególnie istotnym czynnikiem jest stopień samodzielności dziecka – im większe deficyty w zakresie codziennego funkcjonowania, tym większe obciążenie opiekunów.

Ważnym aspektem poczynionych ustaleń jest również zaobserwowany związek między hospitalizacjami psychiatrycznymi dziecka a poziomem satysfakcji życiowej rodzica. Rodzice dzieci, które wymagały hospitalizacji psychiatrycznej, wykazywali istotnie niższy poziom satysfakcji z życia. Wynik ten można interpretować w świetle badań Meltzer i współpracowników (2011), którzy analizowali wpływ hospitalizacji psychiatrycznych dzieci na funkcjonowanie rodzin. Badacze ci zwracają uwagę na to, że hospitalizacja dziecka jest zdarzeniem silnie stresogennym dla rodziców, wiążącym się często z poczuciem porażki, winy oraz obawami o przyszłość dziecka. Jednocześnie stanowi ona wskaźnik poważnego nasilenia zaburzenia, co – zgodnie z wynikami uzyskanymi w badaniach własnych – negatywnie koreluje z poziomem satysfakcji życiowej.

Interesujący wątek do dyskusji wprowadzają badania Ekas i współpracowników (2010), którzy analizowali rolę mechanizmów adaptacyjnych i procesów radzenia sobie u matek dzieci z poważnymi zaburzeniami rozwojowymi. Autorzy ci zauważyli, że mimo obiektywnie trudniejszej sytuacji związanej z opieką nad dzieckiem z ciężkimi zaburzeniami, część rodziców potrafi wypracować efektywne strategie adaptacyjne, co przekłada się na relatywnie dobry poziom funkcjonowania psychicznego. W badaniach własnych wprawdzie nie analizowano bezpośrednio strategii radzenia sobie, jednak zaobserwowane różnice indywidualne w poziomie satysfakcji z życia w obrębie grup o podobnym nasileniu zaburzenia u dziecka mogą świadczyć o istotnej roli tego czynnika.

Przeprowadzone analizy potwierdziły trzecią hipotezę badawczą zakładającą istnienie zależności między poziomem wsparcia społecznego a poziomem satysfakcji



z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Wykazana umiarkowana, dodatnia korelacja ( $r = 0,41$ ) wskazuje, że wraz ze wzrostem dostępnego wsparcia społecznego rośnie również satysfakcja życiowa badanych rodziców. Szczególnie interesujący jest fakt, że wsparcie społeczne wyjaśnia 19% wariacji satysfakcji z życia, co potwierdza jego istotną rolę w kształtowaniu dobrostanu psychicznego tej grupy.

Uzyskane wyniki są zgodne z ustaleniami Benson i Karlof (2009), którzy w badaniu podłużnym rodziców dzieci z autyzmem wykazali, że dostępność wsparcia społecznego stanowi istotny czynnik ochronny przed wypaleniem rodzicielskim i obniżeniem jakości życia. Podobnie Ślifirczyk i współpracownicy (2016) w badaniu 86 rodzin dzieci z niepełnosprawnościami wykazali istotny związek między wsparciem społecznym a satysfakcją z życia rodziców, podkreślając szczególne znaczenie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego w tej grupie. Jest to spójne z ustaleniami poczynionymi na podstawie wyników uzyskanych w badaniach własnych, według których najsilniejszy pozytywny związek z satysfakcją życiową wykazało właśnie wsparcie emocjonalne ( $r = 0,38$ ).

Interesującym aspektem uzyskanych wyników jest rola wsparcia społecznego jako częściowego mediatora w relacji między ciężkością zaburzenia dziecka a satysfakcją z życia rodzica. Oznacza to, że odpowiednie wsparcie społeczne może w pewnym stopniu łagodzić negatywny wpływ ciężkości zaburzenia na dobrostan psychiczny rodzica. Podobny mechanizm zaobserwowali Weiss i współpracownicy (2013) w badaniu 138 matek dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Autorzy ci wykazali, że dostępność wsparcia społecznego zmniejsza siłę związku między nasileniem objawów dziecka a poziomem stresu doświadczanego przez matki.

Niepokojące jest jednak to, że w badanej grupie aż 27,5% rodziców deklarowało brak jakiegokolwiek wsparcia ze strony bliskich, a 42,5% mogło liczyć jedynie na 1-2 osoby. Wskazuje to na znaczne deficyty w zakresie sieci wsparcia społecznego wśród rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Jest to zgodne z obserwacjami Tway i współpracowników (2007), którzy opisują zjawisko społecznej izolacji rodzin dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Autorzy ci wskazują na kilka potencjalnych przyczyn tego zjawiska, w tym stygmatyzację społeczną związaną z zaburzeniami zdrowia psychicznego, ograniczenia czasowe związane z intensywną opieką nad dzieckiem oraz wycofanie społeczne będące efektem przeciążenia emocjonalnego.

Z perspektywy praktycznej uzyskane wyniki podkreślają znaczenie interwencji ukierunkowanych na wzmacnianie sieci wsparcia społecznego rodzin dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Szczególnie efektywne są programy łączące formalne wsparcie instytucjonalne z nieformalnym wsparciem społeczności. Grupy wsparcia dla rodziców nie tylko dostarczają praktycznych informacji i emocjonalnego wsparcia, ale również przeciwdziałają poczuciu izolacji społecznej. Wnioski takie formułuje Pisula (2015), zwracając uwagę na potrzebę rozwijania społeczności wsparcia dla rodzin dzieci z zaburzeniami rozwojowymi.

Rezultaty przeprowadzonych analiz potwierdziły czwartą hipotezę badawczą zakładającą, że rodzice korzystający ze wsparcia profesjonalnego osiągają wyższy poziom satysfakcji z życia niż rodzice bez dostępu do takiego wsparcia. Stwierdzona istotna statystycznie różnica w poziomie satysfakcji z życia między rodzicami korzystającymi i niekorzystającymi ze wsparcia profesjonalnego ( $t = 2,87$ ;  $p < 0,01$ ) oraz dodatnia korelacja między częstotliwością korzystania ze wsparcia a satysfakcją z życia podkreślają znaczenie profesjonalnej pomocy dla dobrostanu psychicznego badanej grupy.

Uzyskane wyniki korespondują z badaniami Karst i Van Hecke (2012), którzy w przeglądzie systematycznym wykazali, że interwencje ukierunkowane na rodziców dzieci z zaburzeniami rozwojowymi przyczyniają się nie tylko do poprawy funkcjonowania dzieci, ale również do wzrostu poczucia kompetencji rodzicielskich i ogólnej satysfakcji z życia opiekunów. Podobnie Hastings i Beck (2004) w analizie efektywności interwencji dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami intelektualnymi dowiedli, że profesjonalne wsparcie psychologiczne i edukacyjne korzystnie wpływa na redukcję stresu rodzicielskiego i poprawę wskaźników jakości życia.

Szczególnie istotna wydaje się zaobserwowana w badaniach własnych zależność między częstotliwością korzystania ze wsparcia profesjonalnego a poziomem satysfakcji życiowej. Najwyższy poziom satysfakcji z życia odnotowano w grupie rodziców korzystających ze wsparcia raz w tygodniu lub częściej. Jest to zgodne z wynikami badań Tonge i współpracowników (2006), którzy przeprowadzili randomizowane badanie kontrolowane porównujące efektywność różnych form i intensywności wsparcia dla rodziców dzieci z autyzmem. Badacze ci wykazali, że regularne, systematyczne interwencje przynoszą istotnie wyższe rezultaty w zakresie poprawy dobrostanu psychicznego opiekunów niż wsparcie sporadyczne czy jednorazowe.



Interesującym aspektem badań własnych jest stwierdzona interakcja między statusem ekonomicznym a korzystaniem ze wsparcia profesjonalnego w ich wpływie na satysfakcję z życia. Różnica w poziomie satysfakcji życiowej między rodzicami korzystającymi i niekorzystającymi ze wsparcia profesjonalnego była większa w grupie o niskim statusie ekonomicznym. Może to świadczyć o tym, że profesjonalne wsparcie jest szczególnie istotne dla rodzin o trudniejszej sytuacji materialnej, dla których dostęp do innych zasobów wspierających dobrostan psychiczny jest zazwyczaj ograniczony. Podobne obserwacje poczynili Pickard i Ingersoll (2016), którzy analizowali zależności między statusem socjoekonomicznym, dostępem do usług terapeutycznych a jakością życia rodzin dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Badacze ci podkreślają, że rodziny o niższym statusie ekonomicznym mogą w szczególny sposób korzystać z profesjonalnego wsparcia, o ile jest ono dostępne i dostosowane do ich specyficznych potrzeb.

Niepokojące jest jednak to, że w badanej grupie aż 47,5% rodziców nie korzystało z żadnej formy profesjonalnego wsparcia. Jako główne bariery w dostępie do odpowiedniego wsparcia badani wskazywali: wysokie koszty (62,5%), niewystarczającą wiedzę specjalistów o zaburzeniu dziecka (37,5%) oraz brak usług w okolicy (32,5%). Jest to zgodne z ustaleniami Żyty i Ćwirynkało (2015), które w badaniu jakościowym rodziców dzieci z niepełnosprawnościami w Polsce wykazały istotne problemy systemowe ograniczające dostęp do wysokiej jakości wsparcia profesjonalnego, szczególnie na obszarach wiejskich i w mniejszych miejscowościach.

Uzyskane w badaniach własnych wyniki podkreślają potrzebę rozwijania dostępnych, przystępnych cenowo i wysokiej jakości usług wsparcia dla rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Podobne wnioski formułuje Sekułowicz (2013, s. 29-43), zwracając uwagę na potrzebę systemowego podejścia do wsparcia rodzin dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, uwzględniającego nie tylko bezpośrednią pracę z dzieckiem, ale również działania ukierunkowane na poprawę funkcjonowania całego systemu rodzinnego.

#### **4.3. Wnioski i podsumowanie**

Analizując przedstawione wyniki badań własnych należy stwierdzić, że w pełni zrealizowano założony cel, jakim było zbadanie zależności między statusem ekonomicznym rodziny, nasileniem zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci,



wsparciem społecznym i profesjonalnym a poziomem satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Badanie pozwoliło na weryfikację wszystkich czterech postawionych hipotez badawczych oraz dostarczyło istotnych informacji na temat czynników warunkujących dobrostan psychiczny rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Główne wnioski z badań są następujące:

- Status ekonomiczny rodziny ma istotny wpływ na poziom satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Rodzice o wyższym statusie ekonomicznym wykazują wyższy poziom satysfakcji życiowej, co zostało potwierdzone umiarkowanie silną, dodatnią korelacją ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ).
- Nasilenie zaburzenia zdrowia psychicznego u dziecka jest silnym predyktorem satysfakcji z życia rodzica. Im cięższe zaburzenie, tym niższy poziom satysfakcji życiowej, co potwierdza silna, ujemna korelacja ( $r = -0,58$ ;  $p < 0,001$ ).
- Hospitalizacja psychiatryczna dziecka w ciągu ostatniego roku wiąże się z istotnie niższym poziomem satysfakcji z życia rodzica (średnia SWLS = 15,2 vs 19,7;  $p < 0,01$ ).
- Wsparcie społeczne wykazuje istotną statystycznie, dodatnią korelację z poziomem satysfakcji życiowej ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,01$ ). Najsilniejszy wpływ ma wsparcie emocjonalne ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ).
- Wsparcie społeczne pełni rolę częściowego mediatora w relacji między ciężkością zaburzenia dziecka a satysfakcją z życia rodzica, łagodząc negatywny wpływ trudności związanych z opieką nad dzieckiem.
- Rodzice korzystający ze wsparcia profesjonalnego osiągają wyższy poziom satysfakcji z życia (średnia SWLS = 19,4) niż rodzice niekorzystający z takiego wsparcia (średnia SWLS = 16,3;  $p < 0,01$ ).
- Częstotliwość korzystania ze wsparcia profesjonalnego pozytywnie koreluje z poziomem satysfakcji życiowej – najwyższy poziom satysfakcji (SWLS = 21,8) osiągają rodzice korzystający ze wsparcia raz w tygodniu lub częściej.
- Główne bariery w dostępie do wsparcia profesjonalnego to wysokie koszty (62,5%), niewystarczająca wiedza specjalistów (37,5%), brak usług w okolicy (32,5%) oraz brak informacji o dostępnych formach wsparcia (27,5%).



- Rodzice dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego wykazują niższy poziom kompetencji społecznych niż grupa kontrolna, szczególnie w zakresie efektywności zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej.
- Poziom kompetencji społecznych wykazuje dodatnią korelację z satysfakcją z życia ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ), co wskazuje na ich ważną rolę w budowaniu dobrostanu psychicznego.

Przeprowadzone badanie jednoznacznie wskazuje, że satysfakcja z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego jest uwarunkowana wieloma czynnikami, wśród których szczególną rolę odgrywają: status ekonomiczny rodziny, nasilenie zaburzenia u dziecka, dostępność wsparcia społecznego oraz możliwość korzystania ze wsparcia profesjonalnego. Wyniki potwierdzają, że ciężkie zaburzenia zdrowia psychicznego u dziecka stanowią duże obciążenie dla rodziców, ale negatywny wpływ tej sytuacji może być łagodzony przez odpowiednie zasoby ekonomiczne oraz właściwe systemy wsparcia. Szczególnie istotne okazało się wsparcie emocjonalne oraz regularne korzystanie z pomocy profesjonalnej, które pozwalają na skuteczniejsze radzenie sobie z wyzwaniami związanymi z opieką nad dzieckiem z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Przeprowadzone badanie posiada kilka ograniczeń, które należy uwzględnić przy interpretacji wyników. Przede wszystkim badanie opierało się na stosunkowo niewielkiej próbie, co może ograniczać możliwość generalizacji wniosków na szerszą populację rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Kolejnym ograniczeniem jest przekrojowy charakter badania, który uniemożliwia określenie kierunku przyczynowości między badanymi zmiennymi. Istotnym ograniczeniem jest również subiektywny charakter niektórych miar, w tym samoopisowej oceny nasilenia zaburzenia u dziecka oraz sytuacji materialnej rodziny.

Przeprowadzone badania wskazują na potrzebę dalszej eksploracji zagadnień związanych z funkcjonowaniem rodzin dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Pierwszym ważnym kierunkiem przyszłych badań powinny być badania longitudinalne, które pozwoliłyby na śledzenie zmian w poziomie satysfakcji z życia rodziców w czasie oraz określenie długoterminowych efektów różnych form wsparcia. Drugi istotny kierunek to pogłębiona analiza skuteczności różnych form wsparcia profesjonalnego, z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci oraz indywidualnych potrzeb rodzin. Pomiary takie mogłyby przyczynić się do opracowania efektywnych programów pomocowych. Trzecim obiecującym obszarem



badawczym byłoby zbadanie funkcjonowania całego systemu rodzinnego, z uwzględnieniem wpływu zaburzenia zdrowia psychicznego dziecka na relacje między poszczególnymi członkami rodziny oraz strategie radzenia sobie z trudnościami, by dokładniej zrozumieć dynamikę procesów zachodzących w rodzinach dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Wyniki przeprowadzonych badań mają istotne znaczenie praktyczne, szczególnie w kontekście projektowania systemów wsparcia dla rodzin dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Po pierwsze, wskazują one na potrzebę holistycznego podejścia do wsparcia tych rodzin, obejmującego zarówno pomoc finansową, szczególnie dla rodzin o niższym statusie ekonomicznym, jak i profesjonalne wsparcie psychologiczne, które powinno być dostępne, przystępne cenowo i dostosowane do indywidualnych potrzeb rodziny. Po drugie, badania podkreślają ważną rolę kompetencji społecznych w budowaniu sieci wsparcia i efektywnym korzystaniu z dostępnych zasobów. Pokazują więc potrzebę włączenia treningu umiejętności społecznych do programów wspierających rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem kompetencji w sytuacjach ekspozycji społecznej, które okazały się najsilniej powiązane z poziomem satysfakcji życiowej.



## BIBLIOGRAFIA

1. Adelman, R.D., Tmanova, L.L., Delgado, D., Dion, S., Lachs, M.S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060.
2. American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision DSM-5-TR™.
3. Banasiak, A. (2008). Psychospołeczny wymiar jakości życia rodzin dzieci z autyzmem. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Seria: Psychologia*, XV, 5-12.
4. Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(9), 702-714.
5. Benson, P.R., Karlof, K.L. (2009). Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(2), 350-362.
6. Biegańska, K. (2019). *Jakość życia przedsiębiorców. Między dobrobytem a dobrostanem*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
7. Bublil, G. (2019). Parenting of Adolescents with Disorders Deciding on a New Path. *Studia Edukacyjne*, 54, 325-333.
8. Byra, S., Parchomiuk, M. (2014) Stygmatyzacja przeniesiona. Część 1. Perspektywa rodziców dzieci z niepełnosprawnością i chorobą. *Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 15, 29-46.
9. Charlemagne-Badal, S.J., Lee, J.W., Butler, T.L., Fraser, G.E. (2015). Conceptual domains included in wellbeing and life satisfaction instruments: A review. *Applied Research in Quality of Life*, 10, 305-328.
10. Chanduszko-Salska, J., Chodkiewicz, J. (2010). Zadowolenie z życia a poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne oraz stan zdrowia u kobiet z nadwagą i otyłością. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 6(4), 171-178.
11. Danaci, E., Koç, Z. (2018). Caregiving burden and life satisfaction among caregivers of cancer patients admitted to the emergency department. *Clinical Nursing Research*, 27(7), 800-825.
12. Dąbrowska, A., Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280.



13. De Leeuw, A., Ester, W.A., Kinfe, M., Girma, F., Abdurahman, R., Zerihun, T., Hoekstra, R.A. (2024). The impact of raising a child with a developmental or physical health condition in Ethiopia. *Research in Developmental Disabilities*, 148, 104-116
14. Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
15. Dyduch, E., Baran, J. (2021). Subiektywne poczucie dobrostanu psychicznego pedagogów specjalnych i terapeutów. *Konteksty Pedagogiczne*, 1(16), 181-196.
16. Ekas, N.V., Lickenbrock, D.M., Whitman, T.L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1274-1284.
17. Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321-326.
18. Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brähler, E., Fahrenberg, J., Myrtek, M., Kreutel, K. (2000). *FLZ. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*. Göttingen.
19. Frąckowiak-Sochańska, M. (2015). Poznawcza i emocjonalna adaptacja do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 11(4), 88-112.
20. Gaebel, W., Zielasek, J., Reed, G.M. (2017). Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatria Polska*, 51(2), 169-195.
21. Gałęcki, P. (2024). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*. Edra Urban & Partner.
22. Gregorczyk-Prosicka, J. (2021). Subiektywne poczucie satysfakcji życiowej osób starszych. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 1, 145-159.
23. Hastings, R.P., Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1338-1349.
24. Hayes, S.A., Watson, S.L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 629-642.



25. Iwański, R. (2019). System pomocy społecznej a starzenie się populacji – wyzwania i bariery w zakresie opieki długoterminowej. *Studia z Polityki Publicznej*, 21(1), 39-52.
26. Juczyński, Z. (2001). *Skala Satysfakcji z Życia – SWLS. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, 134-141.
27. Juczyński, Z. (2009). Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14, 1, 17-32.
28. Kacprzyk-Straszak, A., Pawlak, A., Kucharczyk, K. (2016). Zaburzenia lękowe – rzeczywistość obok nas (95-114). W: Cader, S., Ciupka, S. (red.). *Beskidzkie dziedzictwo*. Wydawnictwo Scriptorum.
29. Karst, J.S., Van Hecke, A.V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 247-277.
30. Kasprzak, E. (2012). Zadowolenie z życia jako kategoria emocjonalna i poznawcza. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17, 1, 187-199.
31. Klajmon-Lech, U. (2017). Doświadczanie niepełnosprawności jako inności. Trudy adaptacji. *Edukacja Międzykulturowa*, 7(1), 266-276.
32. Klajmon-Lech, U. (2024). Experience of discrimination among mothers of children with disability/illness. An intersectional perspective. *Edukacja Międzykulturowa*, 27(4), 141-153.
33. Klajmon-Lech, U. (2022). Stygmatyzacja przeniesiona wyzwaniem dla edukacji międzykulturowej. *Edukacja Międzykulturowa*, 22 (3), 82-92.
34. Komosińska, K. (2012). Wybrane zaburzenia psychiczne utrudniające proces edukacji szkolnej dzieci i młodzieży. *Prace Naukowe WWSZIP*, 18(2), 105-113.
35. Krawczyk, P., Świącicki, Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. *Psychiatria Polska*, 54(1), 7-23.
36. Krok, D. (2010). Systemowe ujęcie rodziny w badaniach dobrostanu psychicznego jej członków. W: Krok, D., Landwójtowicz, P. *Rodzina w nurcie współczesnych przemian*. Wydawnictwo WAM, 359-368.
37. Kubiak, H. (2020). Narracje rodziców młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. *Studia Edukacyjne*, 56, 167-184.
38. Kurpas, D. (2010). Koszty opieki nad pacjentami chorymi przewlekle. *Przewodnik Lekarza*, 2, 171-174.



39. Matczak, A. (2011). Determinants of social and emotional competencies. *Language*, 2020, 7-10.
40. Meltzer, H., Ford, T., Goodman, R., Vostanis, P. (2011). The burden of caring for children with emotional or conduct disorders. *International Journal of Family Medicine*, 2011, 801-809.
41. Nieczyk-Zajac, A. (2021). Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi. *Zeszyty Naukowe WSG, seria: Edukacja – Rodzina – Społeczeństwo*, 6(39), 223-247.
42. Niedbalski, J. (2018). Dylematy rodziców i opiekunów niepełnosprawnych dzieci. Charakterystyka reprezentowanych strategii „(nie) radzenia sobie” z „nieuchronną i „niepewną” przyszłością. *Societas/Communitas*, 26(2-2), 209-232.
43. Nowakowski, B. (2021). Zaburzenia nastroju jako przyczyna niezdolności osoby do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. *Ius Matrimoniale*, 32(1), 49-70.
44. Olsson, M.B., Hwang, C.P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535-543.
45. Osafo, J., Knizek, B.L., Akotia, C.S., Hjelmeland, H. (2013). Influence of religious factors on attitudes towards suicidal behaviour in Ghana. *Journal of Religion and Health*, 52, 488-504.
46. Ostaszewski, K., Kucharski, M., Stokwiszewski, J. (2021). Wyniki badania dzieci i młodzieży (wiek 7 -17 lat), [https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII\\_Wyniki-badania-dzieci-i-mlodziezy-7-17-lat.pdf](https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Wyniki-badania-dzieci-i-mlodziezy-7-17-lat.pdf) (24.09.2025).
47. Pastwa-Wojciechowska, B. (2015). Diagnoza zaburzeń osobowości a perspektywa opiniowania sądowno-psychologicznego. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(4), 499-513.
48. Pavot, W., Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
49. Pickard, K.E., Ingersoll, B.R. (2016). Quality versus quantity: The role of socioeconomic status on parent-reported service knowledge, service use, unmet service needs, and barriers to service use. *Autism*, 20(1), 106-115.
50. Pisula E., Porębowicz-Dörsmann A. (2017), Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high



- functioning autism or Asperger syndrome, *PloS One*, 12(10), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5643111/> (03.03.2025).
51. Pisula, E. (2015). *Rodzice dzieci z autyzmem* (s. 87-102). PWN.
  52. Pozo, P., Sarriá, E., Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 442-458.
  53. Przybyła-Basista, H. (2016). Poczucie stygmatyzacji w rodzinach doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym. *Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne*, 1(20), 23-35.
  54. Roszkowska, A. (2022). Rodzaje radzenia sobie ze stresem i jakość życia rodzin posiadających dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. *Wychowanie w Rodzinie*, XXVII, 259-272.
  55. Sekułowicz, M. (2013). Wypalanie się sił rodziców dzieci z niepełnosprawnością. *Studia Edukacyjne*, 25, 29-43.
  56. Sęk, H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne. Stres i zdrowie*. PWN.
  57. Sobczyk, K., Grajek, M. (2024). *Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2024-2030*. Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego.
  58. Sowa, E., Włodarczyk, E. (2017). Doświadczenie macierzyństwa przez kobiety mające dzieci z niepełnosprawnością (95-108). W: Włodarczyk, E. (red.). *W trosce o macierzyństwo*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
  59. Stasiak-Wiśniewska, M. (2024). Rodzice dziecka z niepełnosprawnością: potrzeby, wyzwania oraz istotne obszary wsparcia. *Forum Oświatowe*, 37(71), 95-113.
  60. Ślifirczyk, A., Krajewska-Kułak, E., Brayer, A., Maciorkowska, E. (2016). The impact of the disease on functioning of a family with an autistic child. *Progress in Health Sciences*, 6(1), 122-129.
  61. Śmigiel, R., Szczałuba, K.M. (2021). *Genetycznie uwarunkowane zaburzenia rozwoju u dzieci*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
  62. Świerżewska, D. (2010). Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia. *Psychologia Rozwojowa*, 15(2), 89-99.
  63. Tabak, I. (2014). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia BAS*, 2(38), 113-138.

64. Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 561-569.
65. Twoy, R., Connolly, P.M., Novak, J.M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(5), 251-260.
66. UNICEF (2021). The State of the World's Children 2021, <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>(24.09.2025).
67. UNICEF (2024). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – jak poprawiać sytuację najmłodszych i polepszać ich komfort oraz samopoczucie? <https://centrum-prasowe.unicef.pl/327729-zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziezy-w-polsce-jak-poprawiac-sytuacje-najmlodszych-i-polepszac-ich-komfort-oraz-samopoczucie> (24.09.2025).
68. Weiss, J.A., Robinson, S., Fung, S., Tint, A., Chalmers, P., Lunsby, Y. (2013). Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(11), 1310-1317.
69. Włodarczyk, D. (1999). Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 95-113.
70. World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.
71. Woynarowska, B., Oblacińska, A. (2014). Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. *Studia BAS*, 2(38), s. 41-64.
72. Wróblewski, M. (2016). Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych (23-52). W: Abriszewski, K., Kola, A.F., Kowalewski, J. (red.). *Humanistyka (pół)peryferii*. Colloquia Humaniorum.
73. Żak-Łykus, A., Nawrat, M. (2013). Satysfakcja seksualna, życiowa i partnerska. *Family Forum*, 3, 171-186.
74. Żyta, A., Ćwirynkało, K. (2015). Wspieranie rodzin dzieci z niepełnosprawnością – perspektywa zmiany. *Wychowanie w Rodzinie*, 11(1), 377-396.



## ANEKS

### ANKIETA

#### *Badanie satysfakcji z życia rodziców dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego*

Szanowni Państwo,

zwracam się do Państwa z uprzejmą prośbą o udział w badaniu naukowym realizowanym w ramach pracy magisterskiej pt. *Satysfakcja z życia rodziców dzieci cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego*. Celem tego badania jest zrozumienie doświadczeń i wyzwań, z jakimi mierzą się rodzice dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, a także ocena poziomu dostępnego wsparcia i jego wpływu na ogólną satysfakcję z życia. Ankieta jest całkowicie anonimowa, a zebrane dane zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Wypełnienie ankiety zajmie około 15 minut. Prosimy o szczerą i przemyślaną odpowiedź, które pozwolą uzyskać rzetelny obraz badanego zagadnienia. Udział w badaniu jest dobrowolny. Mogą Państwo w każdej chwili przerwać wypełnianie ankiety bez podawania przyczyny. Wypełnienie i przekazanie ankiety badaczowi oznacza wyrażenie zgody na udział w badaniu.

#### **CZĘŚĆ I. DANE DEMOGRAFICZNE**

1. Płeć rodzica:

- Kobieta
- Mężczyzna
- Inna/wolę nie podawać

2. Wiek rodzica: \_\_\_\_\_ lat

3. Wykształcenie:

- Podstawowe/gimnazjalne
- Zawodowe
- Średnie
- Wyższe

4. Miejsce zamieszkania:

- Wieś
- Miasto do 50 tys. mieszkańców
- Miasto 50-200 tys. mieszkańców



- Miasto 200-500 tys. mieszkańców
- Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

## **CZEŚĆ II. SYTUACJA EKONOMICZNA**

1. Jak ocenia Pan/Pani sytuację materialną swojej rodziny?

- Bardzo zła
- Zła
- Przeciętna
- Dobra
- Bardzo dobra

2. Przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosi:

- Poniżej 1000 zł
- 1000-2000 zł
- 2000-3000 zł
- 3000-4000 zł
- Powyżej 4000 zł

3. Czy jest Pan/Pani w stanie pokryć nieoczekiwany wydatek w wysokości 3000 zł?

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Trudno powiedzieć
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak

## **CZEŚĆ III. INFORMACJE O DZIECKU**

1. Płeć dziecka z zaburzeniem zdrowia psychicznego:

- Dziewczynka
- Chłopiec
- Inna/wolę nie podawać

2. Wiek dziecka: \_\_\_\_\_ lat

3. Rodzaj zaburzenia dziecka (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- Zaburzenia ze spektrum autyzmu
- ADHD
- Zaburzenia zachowania
- Zaburzenia lękowe



- Zaburzenia depresyjne
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne
- Inne (jakie?): \_\_\_\_\_

4. Kiedy zostało zdiagnozowane zaburzenie u dziecka?

- Mniej niż rok temu
- 1-2 lata temu
- 3-5 lat temu
- Ponad 5 lat temu

5. Jak ocenia Pan/Pani nasilenie zaburzenia u dziecka?

- Łagodne
- Umiarkowane
- Znaczne
- Głębokie

6. Czy dziecko było hospitalizowane z powodu zaburzenia zdrowia psychicznego w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- Nie
- Tak, 1 raz
- Tak, 2-3 razy
- Tak, więcej niż 3 razy

#### **CZĘŚĆ IV. WSPARCIE SPOŁECZNE I PROFESJONALNE**

1. Na ile osób może Pan/Pani liczyć w trudnych sytuacjach związanych z opieką nad dzieckiem?

- Na nikogo
- 1-2 osoby
- 3-5 osób
- Więcej niż 5 osób

2. Jakie formy wsparcia otrzymuje Pan/Pani od bliskich? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Wsparcie emocjonalne (rozmowa, okazywanie zrozumienia)
- Wsparcie informacyjne (rady, wskazówki)
- Wsparcie instrumentalne (pomoc w opiece nad dzieckiem)
- Wsparcie materialne/finansowe



Nie otrzymuję wsparcia

3. Z jakich form profesjonalnego wsparcia korzysta Pan/Pani? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Psychoterapia indywidualna
- Terapia rodzinna
- Grupa wsparcia dla rodziców
- Konsultacje z psychologiem
- Konsultacje z psychiatrą
- Pomoc pracownika socjalnego
- Inne (jakie?): \_\_\_\_\_
- Nie korzystam z profesjonalnego wsparcia

4. Jak często korzysta Pan/Pani z profesjonalnego wsparcia?

- Nie korzystam
- Rzadziej niż raz na miesiąc
- Raz w miesiącu
- 2-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu lub częściej

5. Jak ocenia Pan/Pani dostępność profesjonalnego wsparcia w swoim miejscu zamieszkania?

- Bardzo źle (brak dostępu)
- Źle (bardzo ograniczony dostęp)
- Przeciętnie
- Dobrze
- Bardzo dobrze

6. Jak ocenia Pan/Pani jakość otrzymywanego profesjonalnego wsparcia?

- Bardzo niska
- Niska
- Przeciętna
- Wysoka
- Bardzo wysoka
- Nie dotyczy (nie korzystam)



7. Co Pana/Pani zdaniem najbardziej utrudnia dostęp do odpowiedniego wsparcia?

(można zaznaczyć maksymalnie 3 odpowiedzi)

- Brak usług w mojej okolicy
- Wysokie koszty
- Długi czas oczekiwania
- Brak koordynacji między różnymi instytucjami
- Niewystarczająca wiedza specjalistów o zaburzeniu mojego dziecka
- Brak informacji o dostępnych formach wsparcia
- Stygmatyzacja związana z zaburzeniami zdrowia psychicznego
- Inne (jakie?): \_\_\_\_\_

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

