



Złożenie pracy online:
2026-02-08 20:26:51
Kod pracy:
42009/51753/CloudA

Hanna Marszałek
(nr albumu: 32233)

Praca magisterska

Stres a postawy rodzicielskie u rodziców dzieci z rozpoznaniem przewlekłej choroby kardiologicznej.

Stress and parenting attitudes in parents of children diagnosed with a chronic cardiac disease.

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Monika Pyrczak-Piega

Szczególne wyrazy wdzięczności kieruję do Pani dr Moniki Pyrczak- Piega- mojego Promotora- za życzliwość, cenne wskazówki, merytoryczne wsparcie oraz cierpliwość, które towarzyszyły mi przez cały okres pisania pracy. Jej zaangażowanie, otwartość na dialog i profesjonalizm stanowiły dla mnie nieocenioną pomoc.

Dziękuję również mojej rodzinie- za nieustające wsparcie, wyrozumiałość i motywację w chwilach zwątpienia. Wasza obecność i wiara we mnie miały ogromne znaczenie i pozwoliły mi zrealizować ten ważny etap w moim życiu.

Wszystkim, którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do powstania tej pracy z całego serca dziękuję.



Streszczenie

Głównym celem niniejszej pracy było określenie związku pomiędzy poziomem doświadczanego stresu a postawami rodzicielskimi u rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną. Badanie miało charakter jakościowy i zostało przeprowadzone wśród 7 rodziców dzieci objętych opieką specjalistyczną, z zastosowaniem wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych: Skali Postaw Rodzicielskich, Kwestionariusza Poczucia Stresu, Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych oraz wywiadu. Analiza wyników pozwoliła nie tylko na identyfikację poziomu stresu u badanych, ale także na uchwycenie preferowanych postaw wychowawczymi. Uzyskane dane wskazują, że rodzice dzieci z przewlekłą chorobą serca nie doświadczają obecnie wysokiego poziomu stresu, co może się wiązać z aktualną stabilizacją stanu zdrowia dziecka. Jednak przeżywany stres bywa tłumiony lub odreagowywany w inny sposób, co może wpływać pośrednio na jakość relacji z dzieckiem. Zaobserwowano również wyraźną tendencję do przyjmowania postaw wspierających rozwój dziecka, takich jak autonomia czy akceptacja, choć u części rodziców pojawiały się elementy niekonsekwencji lub nadmiernej ochrony. Wyniki badań potwierdzają znaczenie kompleksowego wsparcia psychologicznego i edukacyjnego dla rodziców dzieci przewlekle chorych, które uwzględnia zarówno mechanizmy radzenia sobie ze stresem, jak i rozwój kompetencji wychowawczych. Może to pozytywnie wpływać na funkcjonowanie całej rodziny.

Słowa kluczowe

stres rodzicielski, postawy rodzicielskie, przewlekła choroba kardiologiczna u dzieci, rodzice dzieci chorych przewlekle, psychologia rodziny, adaptacja do choroby dziecka, obciążenie emocjonalne rodziców, relacja stres a postawy wychowawcze



Abstract

The main aim of this thesis was to determine the relationship between the level of experienced stress and parenting attitudes in parents of children with chronic heart disease. The study was qualitative in nature and was conducted among 7 parents of children receiving specialist care, using standardized diagnostic tools: the Parental Attitudes Scale, the Perceived Stress Questionnaire, the Coping Inventory for Stressful Situations and structured interview. The analysis of the results allowed not only for the assessment of the level of stress among the respondents but also for identifying preferred parenting attitudes. The obtained data indicate that parents of children with chronic heart disease do not currently experience a high level of stress, which may be related to the current stabilization of child's health condition. However, the stress experienced is often suppressed or redirected in another way, which may indirectly affect the quality of the parent- child relationship. Clear tendencies were also observed towards adopting attitudes that support the child's development, such as autonomy or acceptance, although some parents showed elements of inconsistency or overprotection. The study results highlight the importance of comprehensive psychological and educational support for parents of chronically ill children, which takes into account both coping mechanisms and the development of parenting competences. This may positively influence the functioning of the entire family.

Keywords

parental stress, parenting attitudes, chronic cardiac disease in children, parents of chronically ill children, family psychology, adaptation to a child's illness, emotional burden of parents, stress parenting relationship

Spis treści.....	1
Wstęp.....	2
Rozdział I. Sytuacja rodzin dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną.....	4
1.1 Charakterystyka przewlekłych chorób serca u dzieci.....	5
1.2 Funkcjonowanie dziecka chorego przewlekłe w rodzinie.....	6
1.3 Znaczenie choroby dziecka dla funkcjonowania rodziny.....	7
1.4 Obciążenie psychiczne i społeczne rodziców dzieci chorych przewlekłe.....	8
Rozdział II. Stres i strategie radzenia sobie u rodziców dzieci przewlekłe chorych.....	11
2.1 Pojęcie stresu- definicje i ujęcia teoretyczne.....	11
2.2 Rodzaje i źródła stresu u rodziców dzieci przewlekłe chorych.....	14
2.3 Strategie i style radzenia sobie ze stresem.....	15
2.4 Znaczenie wsparcia społecznego i odporności psychicznej.....	17
Rozdział III. Postawy rodzicielskie w kontekście choroby dziecka.....	19
3.1 Definicje i klasyfikacja postaw rodzicielskich.....	20
3.2 Czynniki kształtujące postawy wychowawcze.....	22
3.3 Choroba dziecka a styl wychowania i postawy rodziców.....	23
3.4 Postawy rodzicielskie a funkcjonowanie dziecka chorego przewlekłe.....	25
Rozdział IV. Badania własne.....	28
4.1 Metoda badawcza, przedmiot i cel badań.....	28
4.2 Problematyka badawcza.....	30
4.3 Charakterystyka badań jakościowych i metoda studium przypadku.....	32
4.4 Narzędzia badawcze.....	33
4.5 Grupa badana i przebieg badań.....	38
Rozdział 5. Wyniki badań własnych- wielokrotne studium przypadku.....	41
5.1 Indywidualne wyniki badań.....	41
5.2 Zbiorcza analiza wyników.....	105
Rozdział 6. Dyskusja wyników i wnioski z badań.....	110
Zakończenie.....	118
Bibliografia.....	122
Źródła internetowe.....	129
Spis tabel.....	136



Wstęp

Współczesna psychologia coraz częściej zwraca uwagę na wpływ chorób przewlekłych dzieci na funkcjonowanie całej rodziny. Rodzice dzieci z wrodzonymi wadami serca (CHD) są szczególnie narażeni na silne i długotrwałe obciążenia emocjonalne w związku ze stałym leczeniem ich dzieci, ciągłą potrzebą monitorowania ich stanu zdrowia czy licznymi ingerencjami kardiochirurgicznymi, co może prowadzić do negatywnych konsekwencji dla nich samych, takich jak objawy depresyjne, lęk, chroniczny stres, a nawet zespół stresu pourazowego (Jackson, 2020; Lisanti, 2018). W przypadku dzieci chorych przewlekłe stres rodzicielski utrzymuje się przez wiele miesięcy, a nawet lat w konsekwencji czego rodzice tychże dzieci doświadczają ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu oraz towarzyszy im poczucie utraty kontroli i niepewności jutra (Murray & Harrison, 2022). Sytuacja ta nie jest obojętna dla prezentowanych przez rodziców dzieci chorych przewlekłe postaw rodzicielskich. Badania pokazują, że zazwyczaj rodzice dzieci chorych przewlekłe przejawiają postawę nadopiekuńczości, kontroli lub unikania, jako postawy mające wspierać i chronić nadmiernie obciążone zdrowotnie dzieci, a w konsekwencji ich postawy mogą wywołać odwrotny skutek prowadząc do zahamowania rozwoju ich dzieci, zwłaszcza w obszarze emocjonalnym i społecznym (Weryszko, 2022; Głębocka, 2021).

Istnieje wiele publikacji i badań naukowych dotyczących stresu rodzicielskiego oraz sposobów radzenia sobie w sytuacji choroby dziecka, jednak niewiele z nich analizuje bezpośrednią zależność tych korelatów w kontekście przewlekłych chorób kardiologicznych. Postawy rodzicielskie stanowią kluczowy determinant rozwoju emocjonalnego, społecznego i psychicznego dzieci, niezależnie czy przyjmimy podejście klasyczne (Plopa, 2011) czy współczesne (Bakiera, 2020) nie sposób ich pominąć i nie uznać za kluczowe dla rozwoju dzieci. Nadmierny poziom stresu przekłada się bezpośrednio na prezentowanie postaw unikających i kontrolujących, co z kolei wpływa negatywnie na relacje w rodzinie oraz może prowadzić do ograniczenia autonomii dziecka (Gajderowicz, 2024). Dodatkowo, coraz więcej uwagi poświęca się badaniom nad strategiami radzenia sobie ze stresem u rodziców dzieci przewlekłe chorych. Badania wskazują, że aktywne strategie radzenia sobie oraz wsparcie społeczne mogą działać ochronnie, wpływając na złagodzenie stresu i sprzyjają bardziej wspierającym postawom wobec dziecka (Lisanti, 2018; Pawluk- Skrzypek, 2020).

W świetle powyższego, podjęcie tematu zależności pomiędzy poziomem doświadczanego stresu a postawami rodzicielskimi u rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną wydaje się nie tylko uzasadnione, ale wręcz konieczne. Badania w tym zakresie



mogą się przyczynić do lepszego zrozumienia mechanizmów psychologicznych wpływających na funkcjonowanie rodziny i stanowić podstawę do opracowania skutecznych form wsparcia psychologicznego.

Celem niniejszej pracy jest zrozumienie, jak rodzice dzieci z rozpoznaną przewlekłą chorobą serca doświadczają stresu oraz jak to doświadczenie rzutuje na ich postawy rodzicielskie. Dodatkowym celem pracy jest uchwycenie subiektywnego sensu, jaki rodzice nadają swoim reakcjom emocjonalnym i wychowawczym, identyfikacja wspólnych motywów i wzorców.

Struktura pracy odzwierciedla kompleksowość podjętej problematyki. Praca składa się z części teoretycznej i empirycznej, które razem tworzą spójną analizę doświadczeń rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną. W części teoretycznej, zawartej w rozdziałach I-III, przedstawiono kolejno: sytuację rodzin dzieci przewlekle chorych kardiologicznie, uwarunkowania i mechanizmy stresu oraz sposoby radzenia sobie, a także zagadnienia związane z postawami rodzicielskimi. Każdy z tych rozdziałów ukazuje istotne aspekty funkcjonowania psychicznego i społecznego rodziców, które mają znaczenie dla rozumienia ich zachowań wychowawczych w kontekście przewlekłej choroby dziecka.

Część empiryczna pracy, zawarta w rozdziale czwartym i piątym, zawiera opis przyjętej metodologii badawczej oraz analizę wyników badań własnych. Wykorzystano narzędzia takie jak Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS), Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), Skalę Postaw Rodzicielskich (SPR) oraz ustrukturyzowany wywiad jakościowy.

Rozdział szósty zawiera omówienie wyników badań, udzielenie odpowiedzi na pytania badawcze zawarte w pracy. Podjęto także dyskusję wyników w kontekście literatury oraz wyników badań w tym obszarze. Badania empiryczne przeprowadzone w niniejszej pracy pozwalają pogłębić rozumienie doświadczeń emocjonalnych i wychowawczych rodziców dzieci przewlekle chorych kardiologicznie. Uzyskane dane mogą przyczynić się do rozwoju praktyk wspierających rodziny w kryzysie zdrowotnym dziecka, w tym poprzez projektowanie skuteczniejszych programów psychoedukacyjnych i interwencyjnych. Wnioski z pracy mogą znaleźć zastosowanie zarówno w praktyce psychologicznej, jak i w dalszych badaniach naukowych z zakresu psychologii rodziny, stresu i postaw wychowawczych.

Praca ma charakter interdyscyplinarny, łączy w sobie podejście teoretyczne z badaniami empirycznymi. Stanowi ona wkład w rozwój wiedzy o funkcjonowaniu rodzin z dziećmi przewlekle chorymi kardiologicznie oraz wskazuje praktyczne sposoby wsparcia tychże rodzin.



Rozdział I. Sytuacja rodzin dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną

Przewlekła choroba dziecka, zwłaszcza o charakterze kardiologicznym, stanowi poważne wyzwanie dla całego systemu rodzinnego. Diagnoza wad serca burzy dotychczasowe poczucie bezpieczeństwa i zmusza rodzinę do przystosowania się do nowej, często długotrwałej i nieprzewidywalnej rzeczywistości. Rodzice w jednej chwili stają się opiekunami medycznymi, koordynatorami leczenia, osobami wspierającymi emocjonalnie i jednocześnie pozostają odpowiedzialni za codzienne funkcjonowanie całej rodziny.

Rozdział ten ukazuje wielowymiarową sytuację rodzin wychowujących dziecko z przewlekłą chorobą serca. Punktem wyjścia jest przedstawienie charakterystyki najczęściej występujących schorzeń kardiologicznych u dzieci oraz ich wpływu na rozwój somatyczny, emocjonalny i społeczny dziecka. Zrozumienie specyfiki tych chorób pozwala uchwycić skalę trudności z jakimi mierzą się zarówno młodzi pacjenci, jak i ich opiekunowie.

W dalszej części rozważania koncentrują się na funkcjonowaniu dziecka w środowisku rodzinnym, jego potrzebach emocjonalnych, ograniczeniach wynikających z choroby oraz konsekwencjach psychologicznych wynikających z długotrwałego leczenia i hospitalizacji. Szczególną uwagę poświęcono także relacjom w obrębie rodziny oraz sposobom w jaki przewlekła choroba dziecka wpływa na codzienną dynamikę życia domowego.

Choroba dziecka oddziałuje na cały system rodzinny, modyfikując role i wzorce komunikacji, prowadząc nierzadko do przeciążenia emocjonalnego lub kryzysów relacyjnych. Analizie poddano zatem również zmiany zachodzące w strukturze rodziny, w relacjach partnerskich, a także w relacjach z rodzeństwem chorego dziecka. W ujęciu systemowym choroba jednego członka rodziny traktowana jest jako czynnik wpływający na równowagę całości, dlatego zrozumienie tych mechanizmów ma kluczowe znaczenie dla kompleksowego spojrzenia na funkcjonowanie rodzin w kryzysie zdrowotnym.

Zwieńczeniem rozdziału jest refleksja nad psychicznym i społecznym obciążeniem, jakiego doświadczają rodzice dzieci przewlekle chorych. Przedstawiono tu wyniki badań wskazujących na wzmożony stres, objawy lękowe i depresyjne, poczucie wyczerpania oraz trudności w utrzymaniu stabilności ekonomicznej i zawodowej. Uwzględniono także ograniczenia w dostępie do wsparcia instytucjonalnego oraz znaczenie sieci społecznego wsparcia i działań pomocowych.

Rozdział ten stanowi podstawę do dalszych rozważań nad wpływem przewlekłej choroby dziecka na kondycję psychiczną rodziców oraz mechanizmy radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Ujęcie teoretyczne zaprezentowane w tej części pracy pozwala lepiej zrozumieć



kontekst w jakim funkcjonują badani rodzice, a tym samym stanowi fundament dla przeprowadzenia analizy jakościowej w części empirycznej.

1.1 Charakterystyka przewlekłych chorób serca u dzieci

Przewlekłe choroby serca u dzieci obejmują różnorodne jednostki chorobowe, w tym zarówno wrodzone wady serca (*congenital heart defects, CHD*), jak i nabyte schorzenia kardiologiczne. Wrodzone wady serca to najczęściej diagnozowane przewlekłe choroby układu krążenia u dzieci- według danych epidemiologicznych występują u około 8-10 na 1000 żywo urodzonych noworodków (Van der Linde i in., 2020). Do najczęstszych wad należą: ubytek przegrody międzykomorowej, przetrwały przewod tętniczy, tetralogia Fallota oraz koarktacja aorty.

Postęp medycyny, w tym kardiologii dziecięcej i opieki perinatalnej, znacząco zwiększył przeżywalność dzieci z poważnymi wadami serca. Szacuje się, że obecnie ponad 90% dzieci z wrodzonymi wadami serca dożywa wieku dorosłego (Freud i in., 2021). Mimo to, większość z nich wymaga wieloetapowego leczenia, regularnych kontroli kardiologicznych, a także wsparcia psychologicznego z powodu przewlekłego charakteru choroby.

Nabyte choroby serca, takie jak kardiomiopatie czy zapalenie mięśnia sercowego, są rzadsze, ale również mogą mieć przewlekły przebieg i wpływać istotnie na jakość życia dziecka i jego rodziny (Basu i in., 2023). Przewlekłość tych schorzeń polega nie tylko na utrzymujących się objawach fizycznych, ale również na obciążeniu psychicznym i społecznym, jakie niesie za sobą konieczność stałego monitorowania stanu zdrowia i leczenia.

Dzieci z przewlekłymi chorobami serca mogą doświadczać ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu- zarówno w aktywności fizycznej, jak i społecznej, co może wpływać na ich rozwój emocjonalny i psychiczny (Macedo i in., 2021). Rodzice tych dzieci zmagają się nie tylko z troską o zdrowie dziecka, ale również z niepewnością dotyczącą jego rokowań, koniecznością częstych wizyt lekarskich i hospitalizacji.

W literaturze polskiej zwraca się uwagę na konieczność interdyscyplinarnego podejścia do opieki nad dzieckiem z wadą serca, obejmującego również działania psychologiczne, edukacyjne i społeczne. Jak zauważa Kołodziejczyk (2022), dzieci te wymagają szczególnej troski w zakresie integracji społecznej i emocjonalnego wsparcia zarówno w rodzinie, jak i w środowisku szkolnym. Z kolei Woynarowska i Oblacińska (2021) podkreślają znaczenie wczesnej diagnostyki oraz ciągłości opieki kardiologicznej i psychopedagogicznej dla utrzymania dobrej jakości życia dziecka.



Choroba serca w dzieciństwie to nie tylko wyzwanie medyczne, ale także długoterminowy czynnik stresogenny dla całej rodziny. Z tego względu konieczne jest interdyscyplinarne podejście do opieki nad dzieckiem obejmujące także aspekty psychologiczne i społeczne.

1.2 Funkcjonowanie dziecka chorego przewlekle w rodzinie

Funkcjonowanie dziecka z przewlekłą chorobą serca w rodzinie stanowi złożony proces uwarunkowany zarówno charakterem samej choroby, jak i strukturą oraz dynamiką systemu rodzinnego. Przewlekła choroba wpływa na wszystkie sfery życia dziecka: fizyczną, emocjonalną, poznawczą i społeczną, a jej obecność często wymusza zmiany w codziennej organizacji życia rodziny (Głębocka, 2020; Szyndler, 2022).

Wymogi związane z leczeniem, częstymi wizytami u specjalistów, hospitalizacjami oraz ograniczeniami wynikającymi ze stanu zdrowia dziecka mogą prowadzić do opóźnień w jego rozwoju psychoruchowym oraz do trudności w funkcjonowaniu społecznym, w tym do izolacji od rówieśników (Macedo i in., 2021; Świtalska i in., 2020). Badania pokazują, że dzieci przewlekle chore częściej niż ich zdrowi rówieśnicy doświadczają obniżonego poczucia własnej wartości, stanów lękowych oraz depresyjnych (Mielnik i in., 2023).

Relacje rodzinne, sposób organizacji życia codziennego oraz podejście rodziców do choroby dziecka odgrywają kluczową rolę w jego funkcjonowaniu. W rodzinach, gdzie dominuje otwarta komunikacja, akceptacja emocjonalna i zaangażowanie, dzieci funkcjonują lepiej emocjonalnie i społecznie (Kołodziejczyk, Bielawska-Batorowicz, 2022). Z kolei nadmierna opiekuńczość i ograniczanie samodzielności dziecka mogą prowadzić do jego zależności i trudności adaptacyjnych w środowiskach pozarodzinnych, jak przedszkole czy szkoła (Oblaścińska, Woynarowska, 2020).

Warto podkreślić, że reakcje dziecka na chorobę są również pochodną postawy, jaką prezentują wobec niej rodzice. Przekaz emocjonalny, jaki otrzymuje dziecko, może kształtować jego sposób przeżywania choroby, poziom lęku oraz gotowość do podejmowania wyzwań. Jak wskazuje Kołodziejczyk i Włodarczyk (2019), dzieci które są wspierane przez bliskich w przezwyciężaniu ograniczeń wynikających z choroby, wykazują wyższy poziom kompetencji społecznych i adaptacyjnych.

Współczesna literatura psychologiczna i pediatryczna podkreśla znaczenie wieloaspektowego wsparcia dziecka chorego przewlekle, które powinno obejmować nie tylko interwencję medyczną, ale również pomoc psychologiczną, pedagogiczną oraz społeczną



(Głębocka, 2020; Majewska, Szafraniec, 2021). Wsparcie to powinno być adresowane również do rodziny jako całości, ponieważ kondycja psychiczna opiekunów oraz ich zdolność do radzenia sobie ze stresem mają bezpośredni wpływ na jakość życia chorego dziecka i jego dalszy rozwój.

Rodzina dziecka przewlekle chorego staje się zatem nie tylko jego głównym środowiskiem opiekuńczym, ale również systemem regulującym jego reakcje emocjonalne i sposób radzenia sobie z ograniczeniami. W niniejszej pracy te uwarunkowania będą przedmiotem pogłębionej analizy z perspektywy stresu rodzicielskiego i związanych z nim postaw wychowawczych.

1.3 Znaczenie choroby dziecka dla funkcjonowania rodziny

Choroba przewlekła dziecka jest jednym z najpoważniejszych stresorów z jakimi może mierzyć się rodzina. Jej obecność powoduje zmiany w strukturze i funkcjonowaniu systemu rodzinnego, wpływając na dynamikę relacji między jego członkami, role społeczne, sposoby komunikacji i hierarchię wartości. W literaturze podkreśla się, że przewlekła choroba dziecka jest doświadczeniem, które może prowadzić zarówno do dezintegracji rodziny, jak i do jej większej spójności, w zależności od indywidualnych zasobów oraz stylu funkcjonowania rodziny (Kaczmarek, Trzcieniecka- Green, 2021).

Na poziomie strukturalnym choroba dziecka często zaburza dotychczasowy podział ról- jeden z rodziców (częściej matka) przejmuje funkcję głównego opiekuna, co może prowadzić do przeciążenia fizycznego i emocjonalnego oraz wycofania się z innych ról społecznych i zawodowych (Oblacińska, Woynarowska, 2020). W wielu rodzinach obserwuje się asymetrię zaangażowania między rodzicami, co może wywoływać napięcia i konflikty (Skarżyńska, Kołakowska, 2022). Choroba dziecka wpływa również na relacje małżeńskie- może je zacieśniać poprzez wspólne dążenie do celu, jakim jest ochrona dziecka, ale też prowadzić do oddalenia, gdy różnice w podejściu do opieki stają się źródłem nieporozumień (Kowalewska i in., 2019).

Obecność choroby przewlekłej w rodzinie zaburza także relacje między rodzeństwem. Dzieci zdrowe często muszą dzielić uwagę rodziców z chorym bratem lub siostrą, co bywa dla nich źródłem frustracji, zazdrości lub poczucia odrzucenia. Mogą czuć się mniej ważne, szczególnie gdy opieka nad chorym dzieckiem absorbuje większość czasu i energii dorosłych



(Lis, Wrona, 2023). W takich sytuacjach kluczowe znaczenie ma umiejętność równoważenia uwagi i wsparcia emocjonalnego dla wszystkich dzieci w rodzinie.

Choroba przewlekła dziecka wpływa na funkcjonowanie całej rodziny jako systemu emocjonalnego. Nasilony stres, poczucie bezradności, zmęczenie i przewlekłe napięcie mogą prowadzić do pogorszenia klimatu emocjonalnego w domu, zwiększenia liczby konfliktów, a nawet do zaburzeń psychosomatycznych u rodziców (Majda i in., 2020). W literaturze podkreśla się rolę mechanizmów adaptacyjnych rodziny, m.in. elastyczności, zdolności do reorganizacji, poczucia sensu oraz dostępności wsparcia społecznego jako czynników chroniących przed negatywnymi skutkami długotrwałego stresu (Nowak, Wasilewska, 2021).

Z punktu widzenia systemowego przewlekła choroba dziecka może pełnić funkcję tzw. „czynnika redefiniującego” tożsamość rodziny. Oznacza to, że cała struktura rodzinna, jej cele, rytuały i wartości mogą ulec zmianie w odpowiedzi na nową sytuację życiową. Rodzina może przeorganizować swoją codzienność wokół potrzeb chorego dziecka, nadając jego zdrowiu nadrzędną wartość (Sęk, 2020).

Warto jednak zaznaczyć, że choroba dziecka nie musi prowadzić do dezorganizacji życia rodzinnego. W wielu przypadkach staje się okazją do pogłębienia więzi, przewartościowania relacji, wzmocnienia komunikacji i wzrostu odporności psychicznej rodziny. Współczesne badania wskazują na istnienie tzw. pozytywnych efektów opieki, takich jak wzrost poczucia kompetencji rodzicielskich, rozwój duchowy, wzmocnienie więzi rodzinnych i większe docenienie życia codziennego (Kaczmarek, 2023).

Z tego względu opieka nad dzieckiem przewlekłe chorym powinna obejmować również wsparcie dla całego systemu rodzinnego- nie tylko psychologiczne, ale również edukacyjne i organizacyjne. Interdyscyplinarne podejście uwzględniające rodzinę jako system może realnie zwiększyć skuteczność leczenia i jakość życia wszystkich jej członków.

1.4 Obciążenie psychiczne i społeczne rodziców dzieci chorych przewlekłe

Rodzice dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną doświadczają znacznego obciążenia psychicznego i społecznego, które często ma charakter chroniczny i wielowymiarowy. Przewlekła opieka nad chorym dzieckiem wiąże się nie tylko z codziennymi wyzwaniem organizacyjnymi, lecz także z ciągłym napięciem emocjonalnym, lękiem o zdrowie i życie dziecka, a także z koniecznością rezygnacji z wielu aspektów własnego życia zawodowego, społecznego i osobistego (Kaczmarek, Trzcieniecka-Green, 2021).



Najczęściej raportowanymi trudnościami są: wysoki poziom stresu, objawy lęku i depresji, zmęczenie, zaburzenia snu oraz obniżenie poczucia sprawstwa i kompetencji rodzicielskich (Majda, 2020; Kołodziejczyk Bielawska-Batorowicz, 2022). Jak wskazują badania, matki dzieci chorych przewlekle częściej doświadczają wypalenia opiekuńczego i objawów depresyjnych, podczas gdy ojcowie, choć rzadziej zgłaszają trudności emocjonalne, często odczuwają frustrację wynikającą z bezsilności i niemożności wsparcia partnerki (Skarżyńska, Kołakowska, 2022).

Pojawienie się przewlekłej choroby u dziecka wiąże się z koniecznością reorganizacji całego życia rodziny. Wielu rodziców zmienia swoje plany zawodowe, ogranicza życie towarzyskie, porzuca hobby i inne aktywności na rzecz pełnoetatowej opieki nad dzieckiem. To z kolei wpływa na poczucie izolacji społecznej, a w wielu przypadkach również na pogorszenie sytuacji materialnej rodziny (Oblacińska, Woynarowska, 2020; Mielnik i in., 2023). Zmniejszenie dochodów, wzrost kosztów leczenia oraz ograniczenia w dostępie do wsparcia instytucjonalnego są dodatkowymi źródłami napięcia i frustracji.

Nie bez znaczenia pozostaje wpływ obciążenia psychicznego na zdrowie fizyczne opiekunów. Liczne badania potwierdzają występowanie u rodziców dzieci przewlekle chorych objawów psychosomatycznych, m. in. bólów głowy, zaburzeń trawienia, problemów ze snem, nadciśnienia tętniczego będącego skutkiem długotrwałego stresu i braku odpoczynku (Głębocka, 2020; Nowak, Wasilewska, 2021).

W wielu przypadkach rodzice zmagają się z poczuciem winy, zarówno wobec chorego dziecka, jak i wobec rodzeństwa czy partnera. Dzieje się tak zwłaszcza w rodzinach, gdzie opieka nad dzieckiem pochłania niemal cały czas i energię matki lub ojca, co prowadzi do zaniedbania relacji rodzinnych i partnerskich. W rezultacie rodzice doświadczają także samotności i emocjonalnego wypalenia. Majewska i Szafranec (2021) wskazują, że obciążenie to może prowadzić do znacznego obniżenia jakości życia, a nawet do kryzysów rodzinnych.

Obciążenie psychiczne i społeczne często jest również skutkiem braku systemowego wsparcia. Rodzice wskazują na niewystarczającą dostępność opieki psychologicznej, długie kolejki do specjalistów, brak elastyczności w organizacji pracy zawodowej oraz trudności w pozyskaniu pomocy finansowej. Taka sytuacja pogłębia poczucie osamotnienia i marginalizacji (Kaczmarek, 2023).

Jednak mimo trudności, wielu rodziców potrafi z czasem wypracować skuteczne strategie radzenia sobie i znaleźć źródła siły w relacjach rodzinnych, duchowości, aktywności społecznej czy działaniach na rzecz innych rodzin w podobnej sytuacji. W badaniach Kołodziejczyk i Włodarczyk (2019) zauważono, że aktywne poszukiwanie wsparcia oraz



pozytywna reinterpretacja sytuacji sprzyja adaptacji i mogą nawet prowadzić do rozwoju osobistego opiekunów. Z tej przyczyny kompleksowa opieka nad dzieckiem przewlekle chorym powinna obejmować również diagnozę i wsparcie dla rodziców. Uwzględnienie ich potrzeb emocjonalnych i społecznych stanowi warunek skutecznego leczenia i poprawy jakości życia całej rodziny. Niezbędne jest rozwijanie systemowych form pomocy, takich jak elastyczne formy pracy, wsparcie psychoterapeutyczne, programy edukacyjne oraz sieci samopomocy, które będą realnie odpowiadać na potrzeby opiekunów dzieci przewlekle chorych.



Rozdział II. Stres i strategie radzenia sobie u rodziców dzieci przewlekle chorych

Rodzice dzieci z przewlekłymi chorobami kardiologicznymi znajdują się w sytuacji długotrwałego, silnego stresu, który wynika zarówno z troski o zdrowie i życie dziecka, jak i z konieczności organizacji codziennego funkcjonowania całej rodziny w nowych, często nieprzewidywalnych warunkach. Choroba przewlekła wpływa na wszystkie sfery życia rodzinnego- emocjonalną, społeczną i ekonomiczną, a konsekwencją jej obecności jest narastające napięcie psychiczne, które wymaga aktywacji różnych mechanizmów radzenia sobie.

Niniejszy rozdział ma na celu omówienie charakterystyki stresu doświadczanego przez rodziców dzieci z chorobami serca oraz przedstawienie strategii, jakie stosują oni w odpowiedzi na obciążenia psychiczne. W pierwszej części scharakteryzowane zostanie pojęcie stresu, jego źródła oraz mechanizmy powstawania w kontekście przewlekłej choroby dziecka. Następnie przedstawione zostaną współczesne modele teoretyczne radzenia sobie ze stresem, m.in. koncepcje Lazarusa i Folkman oraz ujęcie zasobów psychologicznych.

Szczególną uwagę poświęcono różnicom indywidualnym w reagowaniu na stres oraz typowym strategiom adaptacyjnym stosowanym przez rodziców- zarówno konstruktywnym (np. poszukiwanie wsparcia, pozytywna reinterpretacja), jak i niekonstruktywnym (np. unikanie, wycofanie emocjonalne). W rozdziale omówione zostaną również czynniki chroniące i ryzyka wpływające na skuteczność radzenia sobie, w tym poziom wsparcia społecznego, dostępność opieki psychologicznej, cechy osobowościowe oraz zasoby rodzinne.

Celem rozdziału jest nie tylko teoretyczne ujęcie zjawiska stresu i mechanizmów radzenia sobie, ale także wskazanie implikacji praktycznych dla wsparcia psychologicznego rodzin dzieci z przewlekłą chorobą serca.

2.1 Pojęcie stresu- definicje i ujęcia teoretyczne

Stres jest jednym z kluczowych pojęć w psychologii, medycynie i naukach społecznych, ponieważ odnosi się do uniwersalnego doświadczenia człowieka, które wpływa zarówno na funkcjonowanie somatyczne, jak i psychiczne. Choć termin ten jest powszechnie stosowany w języku potocznym, jego definicje i ujęcia teoretyczne mają różne znaczenia w zależności od kontekstu badawczego.

W klasycznym ujęciu biologicznym, Hans Selye (1956) jako jeden z pierwszych badaczy opisał stres jako „niespecyficzną reakcję organizmu na wszelkie wymagania wobec



niego stawiane”. Jego koncepcja ogólnego zespołu adaptacyjnego (GAS) zakłada istnienie trzech faz reakcji organizmu: alarmowej, odporności i wyczerpania. Model Selye’ego wskazuje na fizjologiczny wymiar stresu i podkreśla rolę osi podwzgórze- przysadka- nadnercza w procesach adaptacyjnych. W późniejszych pracach Selye (1974) zaproponował także rozróżnienie między eustresem (stresem pozytywnym), który może działać mobilizująco, a dystresem (stresem negatywnym), który prowadzi do wyczerpania i negatywnych konsekwencji zdrowotnych.

W psychologii szczególne znaczenie ma transakcyjna teoria stresu zaproponowana przez Richarda S. Lazarusa i Susan Folkman (1984), zgodnie z którą stres jest wynikiem interakcji między jednostką a jej otoczeniem. W tym ujęciu kluczowa jest subiektywna ocena poznawcza sytuacji, która decyduje o tym, czy dana sytuacja zostanie uznana za stresującą. Stres pojawia się wówczas, gdy jednostka ocenia sytuację jako obciążającą lub przekraczającą jej zasoby. Teoria ta uwzględnia również znaczenie zasobów osobistych i społecznych, które wpływają na efektywność strategii radzenia sobie ze stresem.

Koncepcja Hobfolla (1989) podkreśla natomiast znaczenie zasobów. Stres pojawia się wtedy, gdy jednostka traci zasoby, grozi jej ich utrata lub nie uzyskuje oczekiwanego zwrotu w zamian za ich zainwestowanie. Zgodnie z tą teorią kluczowe jest poczucie bezpieczeństwa i możliwość odbudowy zasobów w sytuacjach trudnych.

Współczesne modele stresu często opierają się na integracyjnym podejściu uwzględniającym biologiczne, psychiczne i społeczne uwarunkowania. Strelau (2020) wskazuje, że stres należy rozumieć jako relację między wymaganiami środowiska a możliwościami jednostki, co prowadzi do zaburzenia równowagi i uruchomienia mechanizmów adaptacyjnych. W jego ujęciu kluczowe są indywidualne różnice temperamentalne, które determinują reakcje na stresory i efektywność strategii radzenia sobie.

W literaturze polskiej Heszen (2021) akcentuje złożoność zjawiska stresu i jego wielowymiarowy charakter. Wskazuje ona na różnice pomiędzy stresem eustatycznym (mobilizującym), a dystatycznym (osłabiającym), a także na znaczenie tzw. stresorów chronicznych, które- jak w przypadku rodziców dzieci z przewlekłą chorobą serca- mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych i psychologicznych, takich jak wyczerpanie, depresja czy zaburzenia lękowe.

W kontekście niniejszej pracy szczególne znaczenie ma pojęcie stresu rodzicielskiego. Zgodnie z definicją Abidina (1995), stres rodzicielski to specyficzna forma stresu doświadczanego przez osoby pełniące rolę rodzica, który wynika z postrzegania siebie jako osoby nieefektywnej, przeciążonej lub pozbawionej wsparcia w realizowaniu zadań



wychowawczych. W sytuacji opieki nad dzieckiem przewlekle chorym, ten rodzaj stresu jest wzmożony i często trwały, przez co staje się czynnikiem ryzyka dla zdrowia psychicznego opiekunów.

Na gruncie polskiej psychologii warto przywołać definicję stresu zaproponowaną przez Józefa Plopę i Błażeja Makarowskiego (2011), którzy traktują stres jako zjawisko złożone i wielowymiarowe, mające zarówno komponent poznawczy, emocjonalny, jak i behawioralny. Zgodnie z ich podejściem, stres rodzicielski jest subiektywnym odczuciem przeciążenia, wynikającym z codziennych obowiązków, wymagań opieki nad dzieckiem oraz osobistych oczekiwań wobec roli rodzica. Podejście to zostało wykorzystane do opracowania Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS), który umożliwia ocenę ogólnego poziomu doświadczanego stresu oraz identyfikację jego specyficznych źródeł w kontekście funkcjonowania rodziny. Kwestionariusz Poczucia Stresu opiera się na założeniu, że stres nie jest tylko jednorazową reakcją organizmu lecz trwałym stanem napięcia psychicznego wynikającym z kumulacji trudności życiowych i braku skutecznych strategii radzenia sobie. Autorzy podkreślają znaczenie codziennych doświadczeń i ich wpływu na psychikę rodziców, szczególnie w sytuacjach chronicznego obciążenia, takich jak opieka nad dzieckiem przewlekle chorym (Płopa, Makarowski, 2011). Włączenie tego podejścia do badań nad rodzicielstwem dzieci z chorobą przewlekłą pozwala lepiej zrozumieć specyfikę stresu jakiego doświadczają opiekunowie oraz jego potencjalny wpływ na ich postawy wychowawcze.

Kołodziej- Zaleska (2023) w przeglądzie badań podkreśla, że stres rodzicielski u opiekunów rodziców dzieci przewlekle chorych jest zjawiskiem wielowymiarowym i obejmuje m.in. emocjonalne przeciążenie, lęk o przyszłość dziecka, trudności w pogodzeniu roli rodzica z innymi sferami życia oraz poczucie osamotnienia. Stres ten może wpływać na jakość relacji z dzieckiem, a także na przyjmowane postawy wychowawcze.

W psychologii rozwoju i zdrowia podkreśla się, że skutki stresu są zależne nie tylko od obiektywnej intensywności stresora, ale przede wszystkim od subiektywnej oceny sytuacji oraz dostępnych zasobów radzenia sobie, takich jak: wsparcie społeczne, poziom kompetencji emocjonalnych czy wcześniejsze doświadczenia. To sprawia, że zrozumienie stresu wymaga uwzględnienia indywidualnego kontekstu, zwłaszcza w badaniach jakościowych, które pozwalają uchwycić niuanse doświadczeń jednostkowych.

Podsumowując, pojęcie stresu ewoluowało od rozumienia biologicznego do złożonego, psychologiczno- społecznego ujęcia, w którym uwzględnia się zarówno obiektywne cechy sytuacji, jak i subiektywną interpretację jednostki. W przypadku rodziców dzieci przewlekle chorych na serce, stres przybiera formę chroniczną i dotyczy nie tylko troski o zdrowie dziecka,



lecz także wyzwań związanych z funkcjonowaniem w długotrwałym kryzysie, ograniczeniem zasobów i przeciążeniem rolami.

2.2 Rodzaje i źródła stresu u rodziców dzieci przewlekle chorych

Rodzice dzieci przewlekle chorych, zwłaszcza tych z chorobami kardiologicznymi, doświadczają specyficznego i wielowymiarowego stresu, który różni się od stresu doświadczanego przez rodziców dzieci zdrowych. Stres ten nie ma charakteru incydentalnego lecz przybiera formę chroniczną, co oznacza jego stałą obecność i narastające konsekwencje dla zdrowia psychicznego i funkcjonowania rodzinnego (McCormick i in., 2021; Kołodziej-Zaleska, 2023).

W literaturze psychologicznej wyróżnia się różne rodzaje stresu doświadczanego przez rodziców. Jednym z kluczowych jest stres emocjonalny, który wiąże się z lękiem o życie i zdrowie dziecka, niepewnością co do przyszłości, poczuciem winy, żalem oraz bezradnością. Często pojawia się również stres organizacyjny, wynikający z konieczności nieustannego planowania, obecności na wizytach lekarskich, dostosowania codziennego życia do rytmu leczenia, a także rezygnacji z pracy zawodowej lub życia towarzyskiego (Norberg, Boman, 2020).

Innym istotnym wymiarem jest stres społeczny, który obejmuje poczucie izolacji, wycofania z kontaktów społecznych, niezrozumienia ze strony otoczenia oraz ograniczenia w korzystaniu z dostępnych form wsparcia. W przypadku rodzin z dziećmi kardiologicznymi może dochodzić do utraty kontaktów z rówieśnikami, co negatywnie wpływa również na zdrowie psychiczne dziecka i relacje rodzinne (Jackson i in., 2022).

Nie sposób pominąć stresu ekonomicznego, który dotyczy kosztów leczenia, rehabilitacji, transportu do placówek medycznych czy konieczności zrezygnowania z pracy przez jednego z rodziców. Według badań przeprowadzonych w Polsce przez CBOS (2022), aż 64% rodzin dzieci z chorobami przewlekłymi doświadcza trudności finansowych wynikających z opieki nad dzieckiem.

Szczególnym rodzajem stresu, często zgłaszanym przez rodziców, jest stres poznawczy wynikający z nieustannego przetwarzania informacji o stanie zdrowia dziecka, konieczności podejmowania trudnych decyzji medycznych oraz próby zrozumienia złożonej terminologii i procedur medycznych (Heszen, 2021).

Źródła stresu rodzicielskiego można sklasyfikować na zewnętrzne (np. hospitalizacje, procedury medyczne, brak wsparcia społecznego) i wewnętrzne (np. indywidualne cechy



temperamentalne, wcześniejsze doświadczenia traumatyczne, styl przywiązania). Badania wskazują, że poziom stresu zależy także od płci- matki zwykle zgłaszają wyższy poziom stresu niż ojcowie, co związane jest z większym zaangażowaniem w codzienną opiekę (Pinquart, 2018).

Warto również zwrócić uwagę na różnice wynikające z etapu rozwoju dziecka oraz momentu rozpoznania choroby. Początkowy okres po diagnozie wiąże się zazwyczaj z intensywnym stresem szokowym, natomiast długoterminowe funkcjonowanie w chorobie może prowadzić do wyczerpania emocjonalnego i wypalenia opiekuńczego (Zebracki i in., 2020).

Niektóre badania sugerują również istnienie stresu wtórnego, który pojawia się u rodziców jako reakcja na cierpienie dziecka i związany jest z ryzykiem wystąpienia objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD; Berant i in., 2008). W badaniach jakościowych rodzice często podkreślają, że najbardziej obciążające są nie tyle same procedury medyczne, ile przedłużające się okresy niepewności diagnostycznej i brak jednoznacznych rokowań.

Złożoność i różnorodność stresu doświadczanego przez rodziców dzieci przewlekle chorych wskazuje na konieczność holistycznego podejścia w analizie ich potrzeb psychologicznych. Długotrwałe funkcjonowanie w warunkach chronicznego stresu może prowadzić do pogorszenia jakości życia, zaburzeń psychicznych i trudności w relacjach rodzinnych, a także wpływać na postawy wychowawcze oraz sposób sprawowania opieki nad dzieckiem.

2.3 Strategie i style radzenia sobie ze stresem

Radzenie sobie ze stresem to zespół poznawczych i behawioralnych wysiłków podejmowanych przez jednostkę w celu poradzenia sobie z wymaganiami ocenianymi jako przekraczające jej zasoby lub zagrażające dobrostanowi (Lazarus, Folkman, 1984). Proces ten może mieć charakter adaptacyjny lub nieadaptacyjny i zależy od szeregu czynników indywidualnych, sytuacyjnych oraz społecznych. W przypadku rodziców dzieci przewlekle chorych, w tym z chorobami kardiologicznymi, umiejętność skutecznego radzenia sobie ma istotne znaczenie dla zdrowia psychicznego, jakości relacji rodzinnych i postaw rodzicielskich.

W klasycznym ujęciu Lazarus i Folkman (1984) wyróżnili dwa podstawowe style radzenia sobie: skoncentrowany na problemie (problem-focused coping) oraz skoncentrowany na emocjach (emotion-focused coping). Styl skoncentrowany na problemie obejmuje działania ukierunkowane na zmianę sytuacji stresowej, np. poszukiwanie informacji, planowanie czy



szukanie wsparcia instrumentalnego. Styl emocjonalny natomiast skupia się na regulacji emocji i redukcji napięcia psychicznego, np. przez unikanie, reinterpretację poznawczą lub wyrażanie emocji.

Współczesne badania (Compas i in., 2017; Heszen, 2021) wskazują na istnienie dodatkowych strategii, takich jak radzenie sobie oparte na uważności, duchowości czy aktywacji zasobów społecznych. U rodziców dzieci przewlekle chorych często obserwuje się również tzw. radzenie sobie zorientowane na sens (meaning-focused coping), w którym jednostka stara się odnaleźć znaczenie lub cel w trudnej sytuacji życiowej. Strategie te sprzyjają lepszemu przystosowaniu psychologicznemu, zmniejszeniu objawów lękowych i depresyjnych oraz wzrostowi poczucia wpływu na sytuację (Pakenham, Cox, 2020).

W psychologii wyróżnia się także styl radzenia sobie, który jest względnie stałą dyspozycją jednostki do preferowania określonych strategii. Jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do badania stylów radzenia sobie jest Kwestionariusz COPE (Carver, Scheier, Weintraub, 1989) oraz jego modyfikacje, np. Mini-COPE. Badania pokazują, że osoby preferujące styl skoncentrowany na problemie wykazują wyższy poziom przystosowania i mniejsze nasilenie objawów psychosomatycznych niż osoby stosujące styl unikania lub wycofania (Sawatzky i in., 2021).

Uzupełnieniem powyższych klasyfikacji jest koncepcja trzech stylów radzenia sobie ze stresem zaproponowana przez Endlera i Parkera (1990), zastosowana w Kwestionariuszu CISS (Coping Inventory for Stressful Situations). Wyróżnili oni:

- Styl Skoncentrowany na Zadaniu (task-oriented coping)- polega na podejmowaniu działań mających na celu rozwiązanie problemu lub zmniejszenie skutków stresora. Styl ten jest najbardziej adaptacyjny i sprzyja lepszemu funkcjonowaniu psychospołecznemu;
- Styl Ekoncentrowany na emocjach (emotion-oriented coping)- obejmuje reakcje emocjonalne takie jak złość, lęk, poczucie winy, które często nie przyczyniają się do rozwiązania problemu, a jedynie do regulacji wewnętrznego napięcia;
- Styl Unikania (avoidance-oriented coping)- wyraża się w unikaniu myślenia o problemie poprzez działania zastępcze (np. aktywność towarzyska, rozrywka) lub bierne wycofanie się z sytuacji stresowej.

Styl zadaniowy jest uznawany za najbardziej adaptacyjny i skuteczny, zwłaszcza w sytuacjach, w których jednostka ma realny wpływ na rozwiązanie problemu. Styl emocjonalny i unikowy mogą przynosić krótkotrwałą ulgę, jednak w dłuższej perspektywie bywają mniej efektywne.



W kontekście rodziców dzieci chorych przewlekle ważną rolę odgrywają także strategie związane z poszukiwaniem wsparcia społecznego, zarówno instrumentalnego (np. pomoc materialna, informacyjna), jak i emocjonalnego (np. rozmowy, empatia). Wsparcie społeczne ma potwierdzony ochronny wpływ na zdrowie psychiczne i pozwala lepiej radzić sobie z chronicznym stresem (Kołodziej-Zaleska, 2023).

Należy jednak pamiętać, że skuteczność strategii radzenia sobie zależy nie tylko od ich rodzaju, ale również od dopasowania do sytuacji oraz możliwości ich wdrożenia. Strategie, które są efektywne w jednej sytuacji, mogą okazać się nieadekwatne w innej. Dlatego tak ważne jest rozwijanie elastyczności psychologicznej oraz zdolności do refleksji nad własnym stylem reagowania na stres.

2.4 Znaczenie wsparcia społecznego i odporności psychicznej

Wsparcie społeczne oraz odporność psychiczna to dwa istotne czynniki, które odgrywają kluczową rolę w radzeniu sobie ze stresem, szczególnie w sytuacjach długotrwałego obciążenia, jakim jest opieka nad dzieckiem przewlekle chorym. Ich obecność może znacząco redukować negatywne skutki stresu i przeciwdziałać jego chronicznemu charakterowi.

Wsparcie społeczne definiowane jest jako system relacji międzyludzkich, który zapewnia jednostce emocjonalne, informacyjne lub praktyczne zasoby niezbędne do radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Thoits, 2011). Może ono pochodzić od członków rodziny, przyjaciół, specjalistów (np. psychologów) oraz od organizacji społecznych i instytucji. W literaturze wyróżnia się cztery podstawowe rodzaje wsparcia: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i wartościujące (House, 1981).

Badania potwierdzają, że wysoki poziom wsparcia społecznego koreluje z niższym poziomem lęku, depresji oraz objawów psychosomatycznych u rodziców dzieci przewlekle chorych (Jackson i in., 2022; Kołodziejska-Zaleska, 2023). Jest ono także czynnikiem buforującym wpływ stresu- łagodzi jego natężenie i wpływa na skuteczność stosowanych strategii radzenia sobie. W szczególności wsparcie emocjonalne, polegające na obecności bliskich osób oferujących empatię, akceptację i zrozumienie, jest uznawane za najważniejsze dla dobrostanu psychicznego (Garcia i in., 2020).

W przypadku rodzin dzieci z przewlekłą chorobą serca istotne znaczenie ma również dostęp do wsparcia instytucjonalnego- np. programów psychoterapeutycznych, grup wsparcia czy poradnictwa rodzinnego. Systemowe ujęcie wsparcia zakłada, że nie tylko jednostkowe



relacje, ale również struktury społeczne powinny wspierać rodzinę w procesie adaptacji do choroby dziecka (Heszen, 2021).

Równolegle z pojęciem wsparcia społecznego analizuje się odporność psychiczną (resilience), czyli zdolność jednostki do adaptacyjnego funkcjonowania mimo przeciwności losu. Resilience nie oznacza braku cierpienia, lecz zdolność do jego przetrwania i odbudowy zasobów psychicznych (Masten, 2001).

W badaniach nad rodzinami dzieci chorych przewlekle wykazano, że wysoki poziom odporności psychicznej u rodziców pozwala na skuteczniejsze radzenie sobie ze stresem, zachowanie równowagi emocjonalnej oraz lepsze funkcjonowanie w rolach opiekuńczych (Rosenberg i in., 2020). Odporność psychiczna obejmuje cechy osobowościowe, takie jak optymizm, poczucie koherencji, elastyczność poznawczą, a także dostępność zasobów społecznych i duchowych (Ungar, 2019).

W kontekście psychologii pozytywnej coraz większy nacisk kładzie się na wspieranie rozwoju odporności psychicznej poprzez interwencje profilaktyczne i terapeutyczne. Programy takie uczą m.in. technik relaksacyjnych, strategii poznawczej reinterpretacji, budowania relacji oraz pracy nad postawą akceptacji i nadziei (Southwick, Charney, 2018).

Połączenie wsparcia społecznego i odporności psychicznej tworzy system wzajemnie wzmacniających się mechanizmów obronnych. Wsparcie może wzmacniać odporność psychiczną, a osoby odporne psychicznie są bardziej skłonne do szukania i korzystania z pomocy społecznej. Tym samym obydwie te czynniki mają ogromne znaczenie w procesie adaptacji psychicznej rodziców dzieci chorych przewlekle i stanowią podstawę do projektowania skutecznych programów wsparcia.



Rozdział III. Postawy rodzicielskie w kontekście choroby dziecka

Rodzicielstwo w obliczu przewlekłej choroby dziecka stanowi wyjątkowe i wymagające doświadczenie, które nierzadko wpływa na podstawowe aspekty funkcjonowania dorosłych opiekunów. Choroba dziecka, zwłaszcza o charakterze kardiologicznym, może zaburzać równowagę emocjonalną rodziców, destabilizować codzienne życie rodzinne oraz wymuszać reorganizację ról i obowiązków. W takim kontekście postawy rodzicielskie, rozumiane jako względnie trwałe sposoby odnoszenia się do dziecka, wyrażające się w przekonaniach, emocjach i działaniach, nabierają szczególnego znaczenia. To właśnie one mogą wspierać adaptację dziecka do choroby lub ją utrudniać, wpływać na jego rozwój emocjonalny, poczucie bezpieczeństwa oraz obraz samego siebie.

Celem niniejszego rozdziału jest omówienie złożonej problematyki postaw rodzicielskich w sytuacji, gdy dziecko zmagają się z przewlekłą chorobą serca. W pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane definicje oraz klasyfikacje postaw rodzicielskich, ze szczególnym uwzględnieniem typologii zaproponowanej przez Marię Ziemińską oraz rozwiniętej przez współczesnych badaczy psychologii wychowania. Następnie zaprezentowane zostaną czynniki warunkujące kształtowanie się postaw rodzicielskich, takich jak cechy osobowości rodzica, styl przywiązania, własne doświadczenia z dzieciństwa, struktura rodziny oraz aktualna sytuacja życiowa.

Ważnym aspektem poruszonym w rozdziale będzie wpływ przewlekłej choroby dziecka na modyfikację lub utrwalenie określonych postaw wychowawczych. Wielu autorów wskazuje, że chroniczna choroba dziecka może prowadzić do nadmiernej kontroli, nadopiekuńczości lub przeciwnie- do wycofania się rodzica z relacji, co może wynikać z wyczerpania psychicznego lub bezradności wobec cierpienia dziecka. Zostaną omówione również zależności pomiędzy przeżywanym stresem a stylem wychowania, a także znaczenie postaw rodzicielskich dla przebiegu procesu leczenia i adaptacji psychicznej dziecka.

W rozdziale zostaną uwzględnione zarówno podejścia teoretyczne, jak i wyniki aktualnych badań empirycznych z zakresu psychologii rozwojowej i klinicznej, co pozwoli na pogłębione zrozumienie specyfiki funkcjonowania rodziców w sytuacji przewlekłej choroby dziecka. Analiza tych zagadnień ma istotne znaczenie nie tylko dla praktyki klinicznej i terapeutycznej, ale również dla formułowania skutecznych interwencji wspierających rodziny, których dzieci znajdują się w długotrwałym procesie leczenia.



3.1 Definicje i klasyfikacja postaw rodzicielskich

Postawy rodzicielskie stanowią istotny komponent systemu wychowawczego i są przedmiotem wieloletnich badań w psychologii rozwojowej, wychowawczej oraz klinicznej. Ich rozumienie jest nieodzowne dla analizy relacji rodzic-dziecko, zwłaszcza w sytuacjach trudnych, takich jak przewlekła choroba dziecka. Postawy te wyrażają się w emocjonalnym stosunku rodziców do dziecka, ich przekonaniach, ocenach, a także w konkretnych zachowaniach i decyzjach wychowawczych.

W literaturze psychologicznej postawy rodzicielskie definiowane są jako względnie trwałe dyspozycje do reagowania w określony sposób wobec dziecka. Zgodnie z klasyczną definicją Ziemskiej (1986), postawa rodzicielska to „utrwalona dyspozycja rodzica do określonego sposobu odnoszenia się do dziecka, przejawiająca się w uczuciach, przekonaniach i zachowaniach wobec niego”. Jest to więc struktura złożona z trzech komponentów: poznawczego (przekonania), emocjonalnego (uczucia) i behawioralnego (zachowania), które wzajemnie na siebie oddziałują (Sikorska, 2022).

Słownik psychologiczny APA (American Psychological Association, 2023) definiuje postawę rodzicielską jako „stały sposób, w jaki rodzic reaguje na potrzeby dziecka, który wpływa na jego rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy”. Z kolei Brzezińska (2019) określa postawy rodzicielskie jako „system przekonań, emocji i działań ukierunkowanych na dziecko, uwarunkowanych zarówno cechami osobowościowymi rodziców, jak i czynnikami kontekstualnymi, takimi jak sytuacja rodzinna, zdrowie dziecka czy wsparcie społeczne”.

Jedną z najbardziej znanych i szeroko stosowanych typologii postaw rodzicielskich jest klasyfikacja Marii Ziemskiej (1986), która wyróżniła następujące postawy:

- **Akceptacja- odrzucenie-** zakres między bezwarunkową miłością a niechęcią i brakiem akceptacji;
- **Współdziałanie- unikanie kontaktu-** odnosi się do stopnia zaangażowania emocjonalnego i fizycznego rodzica;
- **Dawanie swobody- nadmierne wymagania-** dotyczy poziomu kontroli i samodzielności przyznanej dziecku;
- **Uznanie praw dziecka- brak uznania praw dziecka-** odnosi się do poszanowania autonomii dziecka;
- **Postawa nadmiernie chroniąca- postawa odtrącająca-** granica między troską a nadopiekuńczością lub zaniedbywaniem potrzeb dziecka.



Inna klasyfikacja zaproponowana przez Schaefera (1965) opiera się na dwóch wymiarach: akceptacji- wrogości oraz kontroli- braku kontroli. Na ich podstawie wyodrębnia się styl autorytatywny, autorytarny, pobłażliwy (permisywny) oraz zaniedbujący. Model ten był podstawą dla późniejszej typologii Baumrind (1991), która także wyróżnia styl autorytarny, autorytatywny i permisywny, a później został rozszerzony o styl zaniedbujący (Maccoby, Martin, 1983).

Interesujące ujęcie zaproponował również Józef Plopa (2011), który opracował Kwestionariusz Postaw Rodzicielskich. Wyróżnił on pięć podstawowych postaw:

- akceptację-odrzućenie;
- nadmierne wymagania;
- nadmierne ochranianie;
- niekonsekwencję;
- uznanie autonomii.

Plopa zakłada, że każda z tych postaw w skrajnej formie może przyjmować charakter destrukcyjny lub wspierający rozwój dziecka, w zależności od kontekstu i nasilenia cech (Plopa, 2011).

Z kolei Bakiera (2019) podkreśla znaczenie dojrzałości rodzicielskiej jako warunku kształtowania konstruktywnych postaw wychowawczych. Według niej postawy rodzicielskie są nie tylko wynikiem przekonań i emocji rodziców, ale także ich zdolności do refleksji, empatii oraz uwzględniania potrzeb dziecka w dłuższej perspektywie. Bakiera wyróżnia postawy związane z odpowiedzialnością, konsekwencją, elastycznością i zdolnością do wspierania dziecka w rozwoju autonomii, uznając je za szczególnie pożądane w obliczu wyzwań, jakie niesie ze sobą choroba przewlekła.

W ostatnich latach coraz większą uwagę zwraca się na elastyczność postaw wychowawczych oraz ich uwarunkowania kontekstualne, np. wpływ sytuacji choroby przewlekłej dziecka, stresu rodzicielskiego czy dostępności wsparcia społecznego. Badania wskazują, że postawy rodzicielskie mogą ulegać zmianie pod wpływem trudnych doświadczeń, co może prowadzić zarówno do adaptacyjnych przekształceń, jak i do dysfunkcyjnych stylów wychowania (Kołodziej-Zaleska, 2023; Putko, 2021).

Z psychologicznego punktu widzenia, postawy rodzicielskie mają istotne znaczenie dla kształtowania się obrazu siebie dziecka, jego poczucia bezpieczeństwa, relacji interpersonalnych oraz zdrowia psychicznego. W kontekście przewlekłej choroby dziecka ich rola staje się jeszcze bardziej widoczna- wpływają bowiem nie tylko na samopoczucie dziecka, ale również na jego podejście do leczenia i adaptację do sytuacji chorobowej (Piskorz, 2020).



Podsumowując, postawy rodzicielskie to wielowymiarowe i dynamiczne zjawisko psychologiczne, którego analiza wymaga uwzględnienia nie tylko cech osobowości rodzica, ale także szerszego kontekstu sytuacyjnego. Ich zrozumienie jest kluczowe dla skutecznego wspierania rodzin dzieci przewlekle chorych.

3.2 Czynniki kształtujące postawy wychowawcze

Postawy wychowawcze rodziców nie powstają w oderwaniu od kontekstu, lecz są wynikiem złożonego splotu czynników indywidualnych, rodzinnych i społeczno- kulturowych. Współczesne badania psychologiczne podkreślają, że kształtowanie się postaw rodzicielskich to dynamiczny proces, który zmienia się w czasie, pod wpływem doświadczeń życiowych, relacji z dzieckiem oraz wyzwań związanych z jego rozwojem i zdrowiem (Sikorska, 2022).

Jednym z podstawowych czynników wpływających na postawy wychowawcze są indywidualne cechy osobowości rodziców. Badania wskazują, że osoby o wysokim poziomie neurotyczności są bardziej skłonne do przejawiania postaw nadmiernie kontrolujących lub lękowych, natomiast rodzice o wysokiej otwartości i sumienności częściej prezentują postawy wspierające i demokratyczne (Capaldi i in., 2022). Osobowość kształtuje nie tylko sposób postrzegania dziecka, ale również reakcje emocjonalne w sytuacjach trudnych.

Drugim istotnym czynnikiem są doświadczenia wyniesione z własnej rodziny pochodzenia. Teorie przywiązania (Bowlby, 1988; Mikulicner, Shaver, 2019) zakładają, że wzorce relacji z opiekunami kształtują wewnętrzne modele robocze, które wpływają na styl wychowania własnych dzieci. Rodzice, którzy doświadczyli bezpiecznego przywiązania częściej przejawiają postawy akceptujące i wspierające, podczas gdy osoby z doświadczeniami przemocy czy zaniedbania mogą nieświadomie powielać dysfunkcyjne schematy wychowawcze.

Kolejnym czynnikiem są uwarunkowania rodzinne, w tym struktura rodziny (pełna, niepełna), jakość relacji między małżonkami czy partnerami, wsparcie społeczne czy liczba dzieci. W rodzinach z dużym wsparciem emocjonalnym i partnerską komunikacją obserwuje się częściej postawy wspierające, podczas gdy konflikty i brak stabilizacji zwiększają ryzyko postaw ambiwalentnych lub wycofanych (Kołodziej-Zaleska, 2023).

Kontekst społeczno- kulturowy również odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu postaw rodzicielskich. Normy społeczne, wartości kulturowe, tradycje religijne, a także poziom wykształcenia i status ekonomiczny determinują oczekiwania wobec roli rodzica oraz sposoby reagowania na trudności wychowawcze (Brzezińska, 2019). W kulturach kolektywistycznych



większy nacisk kładzie się na posłuszeństwo i kontrolę, natomiast w kulturach indywidualistycznych preferowane są postawy wspierające autonomię dziecka (Kagitcibasi, 2007).

Szczególnym przypadkiem wpływającym na postawy rodzicielskie jest obecność choroby przewlekłej u dziecka. Rodzice dzieci przewlekle chorych często doświadczają chronicznego stresu, niepokoju o przyszłość dziecka i wyzwań związanych z organizacją opieki medycznej. W takich sytuacjach częściej obserwuje się postawy nadopiekuńcze, kontrolujące lub wycofane, co może stanowić mechanizm obronny wobec trudnych emocji (Piskorz, 2020; Reupert i in., 2021).

Na kształtowanie się postaw wpływają również czynniki sytuacyjne, takie jak aktualny stan zdrowia dziecka, zmiany życiowe w rodzinie, doświadczenia kryzysowe, np. śmierć bliskiej osoby, utrata pracy czy też czas pandemii COVID-19, która znacząco wpłynęła na wzrost poziomu stresu u rodziców i zmieniła charakter interakcji rodzinnych (Spinelli i in., 2020).

Nie można także pominąć wpływu edukacji rodzicielskiej i dostępu do wiedzy psychologicznej. Programy psychoedukacyjne oraz poradnictwo rodzinne mają potencjał modyfikowania postaw rodzicielskich poprzez zwiększenie samoświadomości, umiejętności komunikacyjnych i regulacji emocji (Zubrzycka-Maciąg, 2022).

Podsumowując, postawy rodzicielskie są rezultatem oddziaływania wielu współwystępujących czynników. Ich zrozumienie ma kluczowe znaczenie dla opracowania skutecznych form wsparcia rodzin, szczególnie w kontekście przewlekłej choroby dziecka.

3.3 Choroba dziecka a styl wychowania i postawy rodziców

Choroba przewlekła dziecka stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań dla systemu rodzinnego, znacząco wpływając na funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i wychowawcze jego członków. Sytuacja ta zmusza rodziców do przedefiniowania codziennych ról, obowiązków oraz priorytetów, co nie pozostaje bez wpływu na ich postawy wychowawcze i styl sprawowania opieki. W literaturze psychologicznej podkreśla się, że stres wynikający z długotrwałego leczenia, niepewności rokowań oraz konieczności podejmowania trudnych decyzji medycznych może prowadzić do istotnych zmian w sposobie wychowywania dziecka (Sikorska, 2022).

Badania wykazują, że rodzice dzieci z chorobami przewlekłymi, w tym kardiologicznymi, częściej wykazują postawy nadopiekuńcze i kontrolujące, co bywa próbą



zrekompensowania dziecku cierpienia oraz zapewnienia mu maksymalnego bezpieczeństwa (Piskorz, 2020). Tego rodzaju postawy, mimo że wynikają z troski, mogą ograniczać rozwój autonomii dziecka, prowadząc do jego zależności oraz trudności w adaptacji do sytuacji społecznych. Inni rodzice mogą z kolei reagować wycofaniem emocjonalnym lub bezradnością, co może być skutkiem wypalenia opiekuńczego i chronicznego stresu (Kołodziej-Zaleska, 2023).

Styl wychowania, definiowany jako zespół stałych wzorców reagowania na potrzeby dziecka i sposobu sprawowania kontroli, także ulega modyfikacjom pod wpływem doświadczenia choroby dziecka. W szczególności obserwuje się przesunięcie od stylu demokratycznego w kierunku stylu autorytarnego lub pobłażliwego. W zależności od osobowości rodziców oraz dostępnych zasobów wsparcia, zmiany te mogą przyjmować różny kierunek. Na przykład u rodziców z wysokim poziomem wsparcia społecznego i emocjonalnego częściej utrzymuje się styl autorytatywny, uznawany za najbardziej adaptacyjny (Baumrind, 1991).

Rodzice dzieci chorych przewlekle często doświadczają ambiwalencji, gdyż z jednej strony pragną wychowywać dziecko w sposób wspierający jego rozwój, z drugiej zaś czują silną potrzebę ochrony przed zagrożeniami związanymi z chorobą. Takie wewnętrzne konflikty mogą powodować niestabilność postaw wychowawczych, co z kolei wpływa na jakość relacji rodzic- dziecko. W badaniach jakościowych podkreśla się również, że moment diagnozy oraz kryzysy zdrowotne dziecka często stają się punktami zwrotnymi w postawach rodzicielskich, prowadząc do ich pogłębienia, usztywnienia lub przewartościowania i zmiany na bardziej refleksyjne (Reupert i in., 2021).

Ważnym czynnikiem modelującym wpływ choroby dziecka na postawy rodzicielskie jest także poczucie kompetencji rodzicielskich. Badania sugerują, że rodzice lepiej wykształceni, posiadający wiedzę o chorobie oraz dostęp do wsparcia (np. konsultacji psychologicznych, grup wsparcia) częściej przyjmują postawy adaptacyjne oparte na empatii i współpracy (Zubrzycka-Maciąg, 2022). Jednocześnie raporty empiryczne z ostatnich lat wskazują, że pandemia COVID-19 nasiliła objawy stresu i lęku u rodziców dzieci przewlekle chorych, co przełożyło się na wzrost postaw nadmiernie kontrolujących i lękowych (Spinelli i in., 2020).

Nowe badania prowadzone w Europie Środkowo- Wschodniej pokazują, że rodzice dzieci z chorobami przewlekłymi często przyjmują bardziej protekcyjny styl wychowania, nawet jeśli wcześniej preferowali styl demokratyczny (Turska, Kaczan, 2021). Wskazuje się również na zwiększoną skłonność do ograniczania kontaktów społecznych dziecka oraz



nadmiernego angażowania się w jego codzienne obowiązki, co choć pozornie wspierające może osłabiać jego samodzielność i poczucie sprawczości.

Dodatkowo, coraz częściej zwraca się uwagę na rolę tzw. uważnego rodzicielstwa (ang. *mindful parenting*), które opiera się na akceptacji emocji, regulacji stresu oraz obecności w relacji z dzieckiem. Badania wykazują, że rozwijanie postawy uważności wśród rodziców dzieci chorych przewlekle może sprzyjać redukcji zachowań nadopiekuńczych i wspierać bardziej zrównoważony styl wychowania (Lo i in., 2022).

Podsumowując, przewlekła choroba dziecka oddziałuje na postawy wychowawcze i styl sprawowania opieki rodzicielskiej w sposób wieloaspektowy. Zmiany te mogą mieć charakter zarówno pozytywny prowadząc do pogłębienia więzi i rozwoju postaw refleksyjnych, jak i negatywny generując ryzyko nadopiekuńczości, niestabilności lub wycofania. W związku z tym kluczowe jest wspieranie rodziców w rozwijaniu elastycznych i świadomych postaw, które uwzględniają potrzeby zarówno dziecka, jak i ich samych.

3.4 Postawy rodzicielskie a funkcjonowanie dziecka chorego przewlekle

Postawy rodzicielskie odgrywają kluczową rolę w rozwoju dziecka, a ich znaczenie wzrasta w sytuacji choroby przewlekłej. W przypadku dzieci przewlekle chorych, zwłaszcza z chorobami kardiologicznymi, sposób w jaki rodzice reagują na diagnozę, wspierają dziecko i adaptują się do trudnej sytuacji zdrowotnej, wpływa bezpośrednio na jego funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i poznawcze (Kołodziej-Zaleska, 2023; Sikorska, 2022).

Badania pokazują, że dzieci wychowywane przez rodziców wykazujących postawy akceptujące, wspierające i oparte na empatii, charakteryzują się wyższym poziomem samooceny, większą odpornością psychiczną oraz lepszą adaptacją do choroby (Zubrzycka-Maciąg, 2022). Wspierające postawy rodziców, szczególnie te zbliżone do stylu autorytatywnego, pomagają dziecku w rozwijaniu poczucia sprawczości, co jest szczególnie ważne w procesie leczenia, wymagającym systematyczności i współpracy ze służbą zdrowia (Baumrind, 1991).

Z drugiej strony, postawy nadopiekuńcze, nadmiernie kontrolujące lub lękowe mogą prowadzić do osłabienia autonomii dziecka i wzrostu objawów lękowych, depresyjnych czy psychosomatycznych. Dzieci w takich warunkach często internalizują niepokój rodziców, co może prowadzić do negatywnego obrazu własnego ciała i życia z chorobą (Piskorz, 2020). Styl wychowawczy w którym dominuje nadmierna ochrona i ograniczanie samodzielności



ogranicza rozwój kompetencji społecznych dziecka i może wpływać na jego trudności w relacjach rówieśniczych (Putko, 2021).

Współczesna literatura podkreśla również znaczenie postaw refleksyjnych i elastycznych, które uwzględniają zmieniające się potrzeby dziecka w trakcie trwania choroby. Rodzice, którzy potrafią dostosować swoje zachowania i komunikację do sytuacji dziecka, sprzyjają jego lepszemu funkcjonowaniu psychicznemu i społecznemu (Reupert i in., 2021). Rozwijanie przez rodziców postawy uważności (mindful parenting) wspiera lepszą regulację emocjonalną zarówno u dziecka, jak i u opiekunów, co znajduje potwierdzenie w badaniach empirycznych (Lo i in., 2022).

Nie bez znaczenie pozostaje również aspekt poznawczy. Dzieci przewlekle chore, które są wychowywane w atmosferze zaufania i otwartości, wykazują większą motywację do nauki, radzenia sobie z ograniczeniami fizycznymi i rozwijania zdolności poznawczych, pomimo trudności zdrowotnych (Brzezińska, 2019). Wpływ postaw rodzicielskich na funkcjonowanie dziecka obserwuje się również w sferze zdrowotnej. Badania pokazują, że dzieci których rodzice prezentują postawy wspierające rzadziej opuszczają wizyty kontrolne i lepiej przestrzegają zaleceń medycznych (Turska, Kaczan, 2021).

Zgodnie z koncepcją systemową, dziecko chore przewlekle funkcjonuje w ścisłej interakcji z rodziną, a zwłaszcza z rodzicami, którzy stają się jego głównym źródłem wsparcia emocjonalnego i organizacyjnego. W tym kontekście postawy rodzicielskie nie są jedynie tłem wychowawczym, ale pełnią funkcję aktywnego czynnika wpływającego na jakość życia dziecka (Minuchin, 1974). Ich znaczenie rośnie zwłaszcza w sytuacjach pogorszenia stanu zdrowia dziecka, hospitalizacji czy konieczności podejmowania trudnych decyzji terapeutycznych.

Warto również podkreślić, że wpływ postaw rodzicielskich na dziecko ma charakter dynamiczny i dwustronny. Dziecko, reagując na postawy rodziców, może wzmocnić lub osłabić określone wzorce zachowań. W przypadku dzieci z chorobą kardiologiczną, które doświadczają długotrwałego leczenia i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, istotne jest budowanie relacji opartej na dialogu, zrozumieniu i akceptacji. Tylko wtedy możliwy jest rozwój dziecka mimo obecnych barier zdrowotnych.

Podsumowując, postawy rodzicielskie odgrywają zasadniczą rolę w funkcjonowaniu dziecka chorego przewlekle. Ich wpływ wykracza poza aspekt wychowawczy. Kształtują one obraz siebie u dziecka, jego emocjonalność, relacje społeczne i podejście do choroby. W związku z tym wspieranie rodziców w rozwijaniu konstruktywnych, elastycznych



i refleksyjnych postaw może przyczynić się do poprawy jakości życia zarówno dziecka, jak i całej rodziny.



Rozdział IV. Badania własne

W niniejszym rozdziale przedstawiono empiryczną część pracy, której celem jest pogłębione poznanie doświadczeń rodziców dzieci z rozpoznaną przewlekłą chorobą kardiologiczną. Badania skoncentrowane zostały na sposobie przeżywania stresu oraz na tym, jak wpływa on na kształtowanie się postaw wychowawczych. Zaprezentowano tutaj zastosowaną metodę badawczą, opisano przedmiot i cel badań, sprecyzowano problematykę badawczą oraz wykorzystane techniki i narzędzia badawcze.

Zasadniczym założeniem było zrozumienie indywidualnej perspektywy rodziców, dlatego zdecydowano się na metodę jakościową oraz technikę wywiadu uzupełnioną kwestionariuszami psychologicznymi, co pozwoliło uchwycić zarówno subiektywny, jak i zobiiektywizowany obraz badanych zjawisk.

4.1 Metoda badawcza, przedmiot i cel badań

Metodologia badań naukowych jest podstawowym filarem umożliwiającym planowanie, przeprowadzanie oraz interpretację wyników badań w sposób rzetelny i powtarzalny. Stanowi ona zbiór reguł, zasad i technik, które pozwalają badaczowi uporządkować działania poznawcze oraz uzyskać wiarygodną wiedzę o badanym zjawisku (Babbie, 2009). Jak wskazuje Bauman i Pilch (2010) metodologia to świadome i uporządkowane dążenie do poznania rzeczywistości społecznej, które opiera się na logicznych regułach myślenia naukowego, zaś technika to logiczny i uporządkowany zbiór czynności proceduralnych. Flick (2011) podkreśla, że metodologia to systematyczna refleksja nad procedurami badawczymi, ich adekwatnością oraz znaczeniem dla generowania wiedzy, z kolei technika badawcza to ustandaryzowany sposób pozyskiwania informacji od badanych, jak np. wywiad, obserwacja czy analiza dokumentów.

W psychologii rozróżnia się dwa podstawowe podejścia metodologiczne: ilościowe i jakościowe. Podejście ilościowe pozwala na identyfikację prawidłowości w badanym zjawisku dzięki standaryzacji pomiarów i analizie dużych prób, podczas gdy podejście jakościowe koncentruje się na zrozumieniu znaczenia danego zjawiska z perspektywy uczestników badania. Badania jakościowe opierają się na opisach, studiach przypadków i wywiadach, które dostarczają dogłębnej wiedzy o badanych jednostkach, choć trudniej je replikować (Czarnik, 2020). W niniejszej pracy zastosowano podejście jakościowe, ukierunkowane na pogłębione zrozumienie indywidualnych doświadczeń rodziców dzieci



z przewlekłą chorobą kardiologiczną, ze szczególnym uwzględnieniem poziomu doświadczanego stresu oraz postaw wychowawczych.

Przedmiot badawczy to konkretna sfera rzeczywistości, zjawisko lub proces, który podlega bezpośredniemu badaniu i analizie w celu poznania jego istoty, mechanizmów, dynamiki oraz skutków. Jak podkreśla Pilch i Bauman (2021) przedmiot badań wyznacza granicę zainteresowania badacza, wskazując „czemu badacz przygląda się w sposób celowy i uporządkowany” (s. 45). Według Łobockiego (2020) przedmiot badań wyraża „bezpośrednią treść poznania naukowego- to, co badacz zamierza zbadać i opisać w świetle określonych założeń teoretycznych oraz celów badania” (s. 89). W nurcie psychologii stosowanej przedmiot badania często dotyczy problemów osobistych, rodzinnych lub klinicznych. Jak zauważa Brzezińska (2019) przedmiot w badaniach psychologicznych nie jest jedynie naturalnym opisem faktów, jest interpretacją ukierunkowaną na zrozumienie subiektywnych doświadczeń osób badanych, ich emocji, przekonań, relacji i sposobu funkcjonowania. Przedmiotem niniejszej pracy jest funkcjonowanie psychiczne rodzin dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną w kontekście doświadczanego stresu oraz kształtowania się ich postaw wychowawczych.

Cel badań to nadrzędne założenie, które określa po co badanie jest prowadzone i co badacz pragnie osiągnąć w wyniku eksploracji wybranego problemu. Zgodnie z definicją Tadeusza Pilcha i Teresy Bauman (2021), „cel badania to określenie intencji badacza związanych z poznaniem zjawiska i jego funkcjonowania w rzeczywistości, wskazujące na spodziewany rezultat działań badawczych” (s. 47). Cel stanowi zatem punkt wyjścia dla doboru metod, technik i narzędzi, a także dla formułowania pytań i hipotez badawczych. Głównym celem pracy jest zrozumienie, jak rodzice dzieci z rozpoznaną przewlekłą chorobą serca doświadczają stresu oraz w jaki sposób to doświadczenie rzutuje na ich postawy rodzicielskie. Dodatkowym celem pracy jest uchwycenie subiektywnego sensu, jaki rodzice nadają swoim reakcjom emocjonalnym i wychowawczym, identyfikacja wspólnych motywów i wzorców.

W badaniu zastosowano metodę wielokrotnego studium przypadku, które, jak zaznacza Yin (2015) pozwala na głęboką analizę przypadków w ich realnym kontekście oraz umożliwia integrację danych z różnych źródeł: wywiadów, obserwacji oraz testów psychologicznych.

W badaniu wykorzystano dwa typy technik badawczych: wywiad ustrukturyzowany oraz standaryzowane kwestionariusze psychologiczne. Wywiad ustrukturyzowany opiera się na ustalonym zestawie pytań i służy porównywalności odpowiedzi między uczestnikami (Silveran, 2018). W niniejszej pracy wykorzystano trzy narzędzia psychometryczne:



1. Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Makarowskiego służący do oceny subiektywnego poczucia stresu i jego źródeł;
2. CISS- Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (Endler i Parker, adaptacja: Wrześniewski, Strelau, Jaworowska) mierzący dominujące strategie radzenia sobie ze stresem;
3. Kwestionariusz Postaw Rodzicielskich (SPR) Plopy identyfikujący pięć podstawowych typów postaw rodzicielskich.

Zastosowanie powyższych metod i technik pozwoliło uchwycić subiektywny obraz przeżywanych trudności przez rodziców, a także umożliwiło porównanie ich reakcji w kontekście stresu oraz stylów wychowawczych.

4.2 Problematyka badawcza

Problematyka badawcza stanowi centralny element procesu badawczego i obejmuje identyfikację obszaru niewiedzy, niejasności lub sprzeczności w dotychczasowym stanie wiedzy, którą badacz poddaje próbie wyjaśnienia w oparciu o zebrane dane empiryczne (Dylak, 2021). Jak podkreśla Konecki (2020), dobrze sformułowany problem badawczy pozwala na ukierunkowanie całego procesu badania, umożliwiając wybór odpowiedniej metodologii, narzędzi oraz interpretacji wyników. Problem badawczy powinien być istotny poznawczo, odnosić się do rzeczywistego zjawiska społecznego, a jednocześnie być możliwy do rozwiązania na gruncie nauk społecznych. Jak zauważa Babbie (2021), problem badawczy to pytanie lub zbiór pytań, które wskazują na obszar niewiedzy lub niepełnej wiedzy naukowej i stanowią podstawę do sformułowania hipotez badawczych oraz zaprojektowania procedury badawczej. Podobnie Czakon (2020) definiuje problem badawczy jako lukę poznawczą lub zjawisko wymagające wyjaśnienia, które powinno być jasno i precyzyjnie sformułowane w kontekście teoretycznym i metodologicznym.

W niniejszej pracy problem badawczy wynika z potrzeby pogłębionego zrozumienia funkcjonowania rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną, zwłaszcza w obszarze doświadczania stresu oraz sposobów jego przeżywania i regulowania, a także w kontekście kształtowania się postaw rodzicielskich. Przewlekła choroba dziecka to doświadczenie o dużym potencjale stresogennym, wpływające na funkcjonowanie psychiczne rodziców oraz dynamikę życia rodzinnego. Tym samym, sformułowany problem badawczy przyjął formę pytania głównego oraz pięciu szczegółowych pytań badawczych.



Celem niniejszego badania było uzyskanie odpowiedzi na pytanie:

W jaki sposób rodzice dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną doświadczają stresu i jak rzutuje on na kształtowanie się ich postaw rodzicielskich?

Na tej podstawie sformułowano następujące pytania szczegółowe:

1. Czy rodzice dziecka z przewlekłą chorobą kardiologiczną doświadczają stresu i jakie źródła najczęściej wskazują ?
2. W jaki sposób rodzice opisują swoje reakcje emocjonalne i strategie radzenia sobie ze stresem?
3. Jakie postawy wychowawcze przejawiają rodzice w kontekście opieki nad chorym dzieckiem?
4. Czy i w jaki sposób rodzice dostrzegają związek między przeżywanym stresem a swoim zachowaniem wobec dziecka?
5. Jak rodzice postrzegają zmiany w swoich postawach wychowawczych w czasie trwania choroby dziecka?

Analizowano następujące zmienne jakościowe:

- **Doświadczany stres rodzicielski**- rozumiany jako subiektywne poczucie napięcia oraz źródła stresu i ich interpretacja przez rodziców dzieci z diagnozą przewlekłej choroby kardiologicznej (Hobfoll, S. E., Camfield, L. (2021; Plopa, M., Makarowski, R., 2022);
- **Strategie radzenia sobie ze stresem**- interpretowane w kontekście subiektywnego opisu stylów i sposobów radzenia sobie ze stresem przez rodziców dzieci u których zdiagnozowano przewlekłą chorobę kardiologiczną (Wrześniewski, K. i in., 2020);
- **Postawy wychowawcze**- subiektywna refleksja rodziców na temat własnych strategii wychowawczych i wartości rodzinnych (Plopa, M., Makarowski, R., 2022);
- **Relacja rodzic- dziecko**- oceniane poprzez narracje rodziców dotyczące emocjonalnego kontaktu, bliskości i zmian w relacjach (Bojanowska, A., Zalewska, A. M., 2020);
- **Własna interpretacja zmiany postaw wychowawczych w przebiegu choroby**- analizowana poprzez refleksje rodziców nad ewolucją ich podejścia do wychowania pod wpływem sytuacji kryzysowej (Creswell, J. W., Poth, C. N., 2021).

4.3 Charakterystyka badań jakościowych i metoda studium przypadku

Badania jakościowe stanowią jedno z podstawowych podejść metodologicznych w naukach społecznych i psychologii, koncentrując się na pogłębionej analizie znaczeń, doświadczeń i subiektywnych perspektyw badanych jednostek (Creswell, Poth, 2021). W przeciwieństwie do badań ilościowych, które operują na danych liczbowych i uogólnieniach, metodologia jakościowa umożliwia wnikliwe poznanie zjawisk psychologicznych w ich naturalnym kontekście społecznym.

Cechą charakterystyczną badań jakościowych jest ich eksploracyjny i interpretacyjny charakter. Badacz pełni tu rolę aktywnego uczestnika procesu poznawczego, a zbierane dane mają zwykle formę narracji, opisów i wypowiedzi uczestników. Analiza danych opiera się na interpretacji znaczeń, wzorców i powiązań, które ujawniają się w wypowiedziach respondentów (Denzin, Lincoln, 2018).

Jedną z powszechnie stosowanych metod w badaniach jakościowych jest studium przypadku (case study). Jest to strategia badawcza, która pozwala na dogłębną analizę jednostkowego zjawiska- osoby, rodziny, grupy lub instytucji w jego kontekście życia codziennego i społecznego. Studium przypadku jest szczególnie użyteczne w badaniach klinicznych, pedagogicznych i psychologicznych, gdy celem jest uchwycenie złożoności przeżyć, zachowań jednostki w relacji do określonego problemu (Yin, 2018; Stake, 1995).

W niniejszym badaniu zastosowano podejście jakościowe z wykorzystaniem metody wielokrotnego studium przypadku, co umożliwia skoncentrowanie się na doświadczeniach konkretnych rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną. Takie podejście pozwala nie tylko opisać zjawiska (np. stres rodzicielski czy postawy wychowawcze), ale również zrozumieć ich psychologiczne znaczenie oraz powiązania między nimi, w kontekście życia rodzinnego i opieki nad chorym dzieckiem.

Studium przypadku jako metoda badawcza jest szczególnie cenna w sytuacjach, w których badane zjawiska są silnie ukierunkowane kontekstem i unikalnymi doświadczeniami osób badanych (Czarnik, 2020). Zastosowanie ustrukturyzowanego wywiadu, w połączeniu z kwestionariuszami psychologicznymi, zapewnia bogaty materiał empiryczny umożliwiający triangulację danych i ich pogłębioną interpretację.

Wybór tej metody był podyktowany zarówno specyfiką problemu badawczego (złożonym i intymnym charakterem przeżyć rodziców, jak i potrzebą ukazania relacji pomiędzy stresem rodzicielskim a przyjmowanymi przez nich postawami wychowawczymi w konkretnych przypadkach rodzin wychowujących chore kardiologicznie dzieci.



4.4 Narzędzia badawcze

W badaniu zastosowano cztery narzędzia diagnostyczne: Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Makarowskiego, Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Wrześniewskiego, Trzebińskiego i Jaworskiej, Skalę Postaw Rodzicielskich opracowaną przez Mieczysława Plopę oraz autorski ustrukturyzowany wywiad jakościowy dostosowany do celów badania. Wybór tych narzędzi pozwala na wieloaspektowe ujęcie analizowanych zjawisk i triangulację danych.

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

Kwestionariusz Poczucia Stresu (Plopa, Makarowski, 2010) jest standaryzowanym narzędziem służącym do oceny subiektywnego poczucia stresu u osób dorosłych, niezależnie od źródła i rodzaju stresora. Jego konstrukcja uwzględnia zarówno komponenty emocjonalne, jak i poznawcze oraz behawioralne, co sprawia, że może być z powodzeniem wykorzystywany w badaniach nad funkcjonowaniem osób w sytuacjach trudnych życiowo, jak np. u rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną.

Składa się z 27 twierdzeń, na które badany odpowiada zaznaczając stopień, w jakim dane stwierdzenie odnosi się do jego aktualnych doświadczeń i przeżyć ocenianych w pięciostopniowej skali Likerta („prawda”, „raczej prawda”, „trudno powiedzieć”, „raczej nieprawda”, „nieprawda”). Narzędzie bada poziom stresu w trzech głównych wymiarach:

1. **Napięcie emocjonalne** (określa poziom wewnętrznego niepokoju, napięcia, lęku; trudności w odprężaniu się w codziennych sytuacjach, poczucie nadmiernej nerwowości i niepokoju, brak energii do działania, tendencja do rezygnacji z założonych planów, niechęć do podejmowania prób, nadmierna drażliwość w relacjach interpersonalnych, nieuzasadnione poczucie zmęczenia);
2. **Stres zewnętrzny** (odnosi się do stresorów wynikających z otoczenia społecznego i środowiska; poczucie bycia niesprawiedliwie ocenianym, poczucie bezradności, poczucie bycia wykorzystywanym przez innych, niepokój, poczucie frustracji, poczucie stawiania przez innych wyzwań poza posiadane zasoby);
3. **Stres intrapsychiczny** (wiąże się z wewnętrznymi konfliktami psychicznymi i przeżywaniem braku kontroli; obniżone poczucie sensu, zamartwianie się, odczuwanie posiadania zbyt małych zasobów, osamotnienie, poczucie utraty czegoś lub kogoś, pesymizm w ocenie siebie i świata).



Dodatkowo w narzędziu zawarto skalę kontrolną, tzw. **skale kłamstwa**, która umożliwia ocenę autentyczności odpowiedzi i identyfikację tendencji do prezentowania siebie w sposób społecznie aprobowany (Plopa, Makarowski, 2010). Poznaje to na rozpoznanie osób stawiających siebie w wyższym świetle, osób które przypisują sobie wysoko pożądane społecznie cechy, których naprawdę nie posiadają. Działanie takie może być świadome i celowe, bądź wynikać ze słabego krytycyzmu czy wglądu w siebie.

Normy opracowane dla narzędzia opierają się na dużej próbie populacyjnej (N=8618), co zwiększa jego trafność diagnostyczną i umożliwia odniesienie wyników indywidualnych do danych referencyjnych. Narzędzie pozwala także na obliczenie wyniku ogólnego, który wskazuje na uogólniony poziom stresu (Plopa, Makarowski, 2010).

Wskaźniki rzetelności psychometrycznej są na satysfakcjonującym poziomie. Dla całego narzędzia współczynnik alfa Cronbacha wynosi $\alpha = 0,87$, a dla poszczególnych skal oscyluje między 0,70 a 0,81, co świadczy o dobrej spójności wewnętrznej (Plopa, Makarowski, 2010).

W kontekście niniejszej pracy magisterskiej KPS będzie pełnił kluczową funkcję w ocenie poziomu stresu doświadczanego przez rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną. Pozwoli to określić, w jakim stopniu czynniki emocjonalne i intrapsychiczne wpływają na ich postawy wychowawcze oraz strategie radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych.

Ponieważ kwestionariusz mierzy subiektywne poczucie stresu, istotnym elementem będzie zestawienie jego wyników z danymi uzyskanymi w ustrukturyzowanym wywiadzie jakościowym, co umożliwi szerszą analizę badanych zależności. Zebrane dane posłużą pogłębieniu interpretacji w wywiadzie jakościowym, co odpowiada założeniom podejścia triangulacyjnego, sprzyjającego pogłębieniu analizy (Flick, 2020).

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Kwestionariusz CISS (Coping Inventory for Stressful Situations), opracowany przez Normana S. Endlera i Jamesa D.A. Parkera (1990), a w polskiej adaptacji opracowany przez Wrześniewskiego, Trzebińskiego i Jaworską (2011). Narzędzie służy do diagnozowania dominujących stylów radzenia sobie jednostki w sytuacjach stresowych, opierając się na koncepcji trzech podstawowych strategii radzenia sobie wyodrębnionych w oparciu o założenia teorii stresu Lazarusa i Folkmana (1984).



Narzędzie składa się z 48 twierdzeń, które respondenci oceniają na pięciostopniowej skali Likerta (od „wcale” do „bardzo często”), odnosząc się do swoich zachowań w sytuacjach stresowych. Badany odnosi się przy tym do realnych zachowań, co pozwala na uzyskanie profilu stylów radzenia sobie. Kwestionariusz identyfikuje trzy główne style radzenia sobie ze stresem:

1. **Styl Skoncentrowany na Zadaniu** (Task-Oriented Coping)- polega na podejmowaniu działań mających na celu rozwiązanie problemu, planowanie, analizę sytuacji oraz aktywne poszukiwaniu rozwiązań. Ten styl traktowany jest jako najbardziej konstruktywny i adaptacyjny;
2. **Styl Skoncentrowany na Emocjach** (Emotion-Oriented Coping)- polega na przeżywaniu emocji negatywnych związanych z sytuacją stresową, takich jak żal, napięcie, frustracja, a także na tendencji do zamartwiania się czy obwiniania siebie. Styl ten może nasilać przeżywanie stresu i utrudniać konstruktywne działanie;
3. **Styl Skoncentrowany na Unikaniu** (Avoidance-Oriented Coping)- obejmuje strategie dystansowania się od problemu poprzez odwracanie uwagi lub angażowanie się w czynności zastępcze, niezwiązane z sytuacją stresową.

Styl unikania dzieli się na dwa podtypy:

- a) **Angażowanie się w Czynności Zastępcze** (dystrakcja- distraction)- np. podejmowanie aktywności niezwiązanych z problemem, takich jak oglądanie telewizji, robienie zakupów, przebywanie poza domem;
- b) **Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich** (dywersja społeczna- social diversion)- np. zwracanie się ku innym ludziom w celu uzyskania wsparcia emocjonalnego lub odwrócenia uwagi od stresora.

W polskiej adaptacji narzędzie to wykazuje bardzo dobrą trafność i rzetelność psychometryczną. Wskaźniki rzetelności (alfa Cronbacha) dla poszczególnych skal oscylują wokół 0,78-0,90, co potwierdza stabilność pomiaru (Wrześniewski, Trzebiński, Jaworska, 2011).

W niniejszej pracy magisterskiej kwestionariusz CISS zostanie wykorzystany jako narzędzie wspierające analizę jakościową. Wyniki posłużą jako kontekst do interpretacji narracji rodziców uzyskanych podczas wywiadów ustrukturyzowanych. W szczególności odpowiedzi umożliwią identyfikację dominujących stylów radzenia sobie z sytuacjami stresowymi związanymi z opieką nad dzieckiem z przewlekłą chorobą kardiologiczną. Dane z tego narzędzia pozwolą lepiej zrozumieć, w jaki sposób strategie radzenia sobie wpływają na postawy wychowawcze rodziców oraz jaką pełnią rolę w regulacji napięcia



emocjonalnego, które towarzyszy długotrwałej opiece nad chorym dzieckiem. Dodatkowo, analiza odpowiedzi umożliwi określenie, czy styl radzenia sobie ma charakter konstruktywny czy unikający, co może mieć znaczenia dla planowania wsparcia psychologicznego dla rodzin dzieci z chorobami przewlekłymi.

Skala Postaw Rodzicielskich Mieczysława Plopy

Skala Postaw Rodzicielskich autorstwa Mieczysława Plopy (2006) to wystandaryzowane narzędzie służące do diagnozy postaw wychowawczych rodziców w odniesieniu do dziecka. Kwestionariusz ten został opracowany na podstawie klasyfikacji postaw rodzicielskich zaproponowanej przez Marię Ziemską (1986) i opiera się na koncepcji, według której postawy wychowawcze wyrażają się w relacjach emocjonalnych rodzica wobec dziecka, sposobie komunikacji oraz w zakresie stosowanej kontroli wychowawczej. Narzędzie to umożliwia ocenę pięciu podstawowych wymiarów postaw rodzicielskich, które mają istotne znaczenie dla funkcjonowania rodziny oraz dobrostanu dziecka:

1. akceptacja- odrzucenie- ocenia stopień emocjonalnego przywiązania do dziecka i jego akceptacji jako osoby;
2. współdziałanie- unikanie kontaktu- dotyczy poziomu zaangażowania rodzica w życie dziecka oraz gotowości do podejmowania wspólnych aktywności;
3. dawanie swobody- nadmierna kontrola- odnosi się do zakresu wolności i autonomii, jaką rodzic pozostawia dziecku;
4. uznanie praw dziecka- brak uznania- mierzy poziom respektowania podmiotowości i praw dziecka;
5. nadmierna ochrona- zaniedbywanie- diagnozuje tendencje do nadmiernego zabezpieczania dziecka lub przeciwnie, niedostatecznego zaangażowania i opieki.

Kwestionariusz zawiera 50 twierdzeń ocenianych przez rodzica w czterostopniowej skali (od „zdecydowanie taki jestem” do „zdecydowanie taki nie jestem”). Respondent odpowiada na pytania odnosząc się do swojego aktualnego zachowania i postaw wobec dziecka. W zależności od uzyskanych wyników możliwe jest określenie dominującego stylu wychowawczego oraz identyfikacja ewentualnych obszarów wymagających interwencji lub wsparcia psychologicznego.

Narzędzie wykazuje wysokie parametry psychometryczne- rzetelność mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha dla poszczególnych skal wynosi powyżej 0,75, co świadczy



o jego spójności wewnętrznej i przydatności w diagnozie indywidualnej oraz w badaniach naukowych (Plopa, 2006).

W kontekście niniejszej pracy magisterskiej narzędzie to posłuży do analizy drugiej zmiennej jakościowej, jaką są postawy wychowawcze rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną. Szczególny nacisk zostanie położony na ocenę sposobu w jaki postawy te współwystępują z przeżywanym stresem rodzicielskim oraz w jaki sposób wpływają na funkcjonowanie rodziny w sytuacjach przewlekłego obciążenia zdrowotnego dziecka. Zastosowanie kwestionariusza pozwoli również na zestawienie profili postaw z narracjami uzyskanymi w trakcie wywiadu jakościowego, co umożliwi triangulację danych i wzbogacenie interpretacji wyników badań.

Ustrukturyzowany wywiad jakościowy

Ostatnim narzędziem zastosowanym w badaniu jest ustrukturyzowany wywiad jakościowy, opracowany w oparciu o główne i szczegółowe pytania badawcze oraz na podstawie klasycznych zasad tworzenia wywiadów jakościowych, zgodnie z koncepcją przedstawioną przez Kvale i Brinkmanna (2015). Narzędzie to ma na celu zgromadzenie pogłębionych, jakościowych danych na temat subiektywnych doświadczeń rodziców dzieci przewlekle chorych kardiologicznie, w kontekście przeżywanego stresu oraz postaw wychowawczych.

Wywiad został podzielony na sześć głównych obszarów tematycznych, ściśle odpowiadających głównemu pytaniu badawczemu i pięciu szczegółowym pytaniom badawczym. Dodatkowo zawiera metryczkę obejmującą dane demograficzne i ogólne informacje o rodzinie. Pytania obejmowały m.in. kwestie emocjonalnych reakcji na diagnozę, źródeł stresu, strategii radzenia sobie, zmian w relacjach rodzinnych oraz wychowawczych postaw rodzicielskich.

Struktura wywiadu była zorganizowana tak, aby każdy uczestnik badania odpowiadał na jednakowy zestaw pytań głównych, z możliwością ich pogłębienia w zależności od toku wypowiedzi. Dzięki temu zachowana została porównywalność danych przy jednoczesnym uwzględnieniu indywidualnego kontekstu rodzinnego każdego respondenta.

Wstępna część wywiadu zawierała metryczkę socjodemograficzną, w której zgromadzono podstawowe informacje o respondencie, takie jak wiek, płeć, liczba dzieci, wiek dziecka chorego, czas od diagnozy oraz pełniona rola opiekunczą. Część główna obejmowała



pytania otwarte i półotwarte, które umożliwiały badanym swobodne dzielenie się doświadczeniami oraz nadawanie wypowiedziom znaczenia według własnej perspektywy.

Taka forma badawcza, zgodnie z podejściem jakościowym, umożliwiła nie tylko rekonstrukcję subiektywnych przeżyć i znaczeń przypisywanych przez rodziców stresowy rodzicielskiemu, ale również ukazała kontekst społeczny i emocjonalny, w jakim funkcjonują jako opiekunowie dziecka przewlekle chorego. Wypowiedzi pozwoliły również na wnioskowanie o postawach wychowawczych, ich ewentualnych zmianach pod wpływem diagnozy oraz stylach radzenia sobie z obciążaniem psychicznym i organizacyjnym.

Narzędzie to zostało przygotowane w sposób zgodny z zasadami etycznymi badań naukowych. Respondenci przed rozpoczęciem wywiadu otrzymali formularz świadomej zgody, informację o anonimowości, możliwości wycofania się z badania na każdym etapie oraz celach pracy magisterskiej. Wywiady były rejestrowane za zgodą badanych, a następnie transkrybowane i poddane analizie jakościowej.

Zastosowanie ustrukturyzowanego wywiadu jakościowego w niniejszym badaniu umożliwiło dogłębne poznanie doświadczeń rodziców, uwzględniając zarówno wspólne elementy, jak i indywidualne narracje, co stanowi istotną wartość dla analizy jakościowej zjawiska stresu rodzicielskiego w kontekście opieki nad dzieckiem z przewlekłą chorobą kardiologiczną.

4.5 Grupa badana i przebieg badań

Badanie zostało przeprowadzone wśród siedmiorga rodziców (5 kobiet i 2 mężczyzn), pełniących funkcję opiekunów dzieci, u których zdiagnozowano przewlekłą chorobę kardiologiczną. Wiek dzieci chorujących na przewlekłą chorobę kardiologiczną mieścił się w przedziale do 8. roku życia, natomiast diagnozy miały miejsce głównie w okresie okołourodzeniowym lub we wczesnym dzieciństwie. Uczestnicy badania zostali wyłonieni w sposób celowy, na podstawie wcześniejszych kontaktów badacza z rodzicami dzieci z diagnozą przewlekłej choroby kardiologicznej, z uwzględnieniem kryteriów zgodnych z tematyką pracy badawczej.

Celem doboru było uzyskanie maksymalnie pogłębionych i zróżnicowanych danych jakościowych, które umożliwią uchwycenie indywidualnych doświadczeń rodziców związanych z długotrwałą opieką nad dzieckiem chorym kardiologicznie, przeżywanym stresem oraz ewoluującymi postawami wychowawczymi. W badaniu zastosowano dobór



celowy z elementami doboru kuli śniegowej, co oznacza, że część uczestników poleciła innych rodziców znajdujących się w podobnej sytuacji życiowej, spełniających założone kryteria.

Rodzice zostali szczegółowo poinformowani o celu, przebiegu i charakterze badania, a także o zasadzie dobrowolności uczestnictwa oraz zapewnieniu pełnej anonimowości i poufności danych. Uzyskano od wszystkich uczestników świadomą zgodę na udział w badaniu. Respondenci otrzymali również możliwość zadania pytań dotyczących metodologii i sposobu przetwarzania danych, co miało na celu zbudowanie relacji opartej na zaufaniu.

Każdy z wywiadów przeprowadzono osobiście w miejscu i terminie dogodnym dla respondenta, przy zachowaniu warunków sprzyjających poczuciu bezpieczeństwa i komfortu psychicznego. Rozmowy odbywały się w spokojnym otoczeniu domowym, co miało istotne znaczenie dla swobody wypowiedzi i naturalności interakcji badawczej.

Wywiady trwały od 60 do 90 minut i były prowadzone w okresie od lipca do października 2025r. Dla zapewnienia rzetelności analizy, wszystkie rozmowy zostały zarejestrowane na dyktafonie, za zgodą badanych, a następnie dokładnie transkrybowane w celu przygotowania materiału do analizy treści. W badaniu wykorzystano ustrukturyzowany wywiad jakościowy, który obejmował zestaw głównego pytania badawczego, pięciu pytań szczegółowych oraz metryczkę socjodemograficzną. Narzędzie to pozwoliło uzyskać zarówno porównywalność odpowiedzi między uczestnikami, jak i ujawnić indywidualny charakter doświadczeń rodziców, co jest szczególnie ważne w badaniach jakościowych.

Dodatkowo badacz prowadził dziennik refleksyjny, w którym notowano pierwsze obserwacje, reakcje emocjonalne badanych oraz potencjalne wątki wymagające głębszej eksploracji. Umożliwiło to pełniejsze zrozumienie kontekstu wypowiedzi i zachowanie wysokiej wrażliwości badawczej na prezentowane przez uczestników treści.

W odrębnym terminie (w okresie od września do grudnia) rodzice wypełniali trzy wystandaryzowane kwestionariusze psychologiczne:

1. Kwestionariusz Poczucia Stresu (Plopa i Makarowski, 2010);
2. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS (Endler i Parker, adapt. Wrześniewski i in., 2011);
3. Skalę Postaw Rodzicielskich (Plopa, 2006).

Celem zastosowania tych narzędzi było uzupełnienie danych jakościowych o elementy ilościowe i umożliwienie pogłębionej interpretacji indywidualnych przypadków z perspektywy zmiennych psychologicznych, takich jak poczucie stresu, strategie radzenia sobie oraz dominujące postawy wychowawcze. Każde z wypełnień miało miejsce w innym dniu niż



przeprowadzony wywiad, aby nie obciążać uczestników i umożliwić im skupienie się na poszczególnych etapach badania. Respondentom zapewniono ponownie komfortowe i bezpieczne warunki, zbliżone do tych, w których odbywały się rozmowy jakościowe. Wypełnienie kwestionariuszy odbywało się w domu uczestnika lub innym dogodnym miejscu, a badacz w razie potrzeby był obecny, aby udzielić wyjaśnień dotyczących instrukcji i zapewnić wsparcie bez ingerowania w sposób odpowiadania.

Wszystkie dane pozyskane za pomocą narzędzi kwestionariuszowych zostały następnie opracowane zgodnie z wytycznymi zawartymi w podręcznikach narzędzi, z uwzględnieniem zaleceń dotyczących analizy wyników indywidualnych w kontekście badania jakościowego i poddane interpretacji.



Rozdział 5. Wyniki badań własnych- wielokrotne studium przypadku

5.1 Indywidualne wyniki badań

Rodzina 1: ojciec Mariusz, córka Lena

Mariusz: 42 lata

Stan cywilny: żonaty

Miejsce zamieszkania: średniej wielkości miasto

Status zatrudnienia: pracujący

Wykształcenie: średnie

Liczba dzieci: 1

Dziecko z przewlekłą chorobą kardiologiczną: Lena, 6 lat

Diagnoza przewlekłej choroby kardiologicznej, okres od diagnozy: w okresie prenatalnym, 6 lat; VSD, ASD, TGA, hipoplazja łuku aorty, hipoplazja prawej komory serca; zaburzenia SI, jednostronny niedosłuch ucha prawego, padaczka;

Osoba najczęściej zajmująca się dzieckiem: ojciec

Poczucie doświadczanego stresu a prezentowane postawy rodzicielskie

W momencie otrzymania diagnozy Pan Mariusz odczuwał strach i niepewność. Największe przeciążenie emocjonalne wywołuje u niego konieczność pozostawienia dziecka w nowym środowisku oraz moment wystąpienia przeciążenia sensorycznego u córki. W trudnych chwilach związanych z opieką nad dzieckiem Pan Mariusz dla rozładowania napięcia stosuje rozmowę oraz zastosowanie systemu kar i nagród. Choroba córki sprawiła, że Pan Mariusz częściej myśli o emocjach i odbiera miłość i troskę intensywniej niż przed diagnozą. W okresach zwiększonego stresu badany był bardziej wrażliwy na potrzeby córki, częściej ustępował dla zaspokojenia jej potrzeb. Obrany styl wychowawczy nie zmienił się pod wpływem diagnozy z uwagi na fakt, że została ona postawiona w okresie prenatalnym. W łagodzeniu stresu pomocne było wsparcie i obecność żony, nabywanie wiedzy na temat choroby. co przekładało się na większe poczucie kontroli, wiara i modlitwa. Poglądy na temat roli rodzica uległy zmianie pod wpływem choroby córki. Choroba uświadomiła badanemu fakt bycia rodzicem na pełen etap, konieczność stałej uważności i wsparcia. Członkowie rodziny są stale zainteresowani sytuacją zdrowotną Leny, udzielają wsparcia badanemu. W sytuacji



zaostrzenia choroby córki u badanego pojawia się zmęczenie fizyczne, bardzo duży stres, podjadanie, zaburzenia snu, stały niepokój, napięcie, czarnowidztwo. Poczucie sprawczości i kontroli badany ocenia u siebie na wysokim poziomie z uwagi na analityczny umysł i zgłębianie wiedzy w danym aspekcie.

Doświadczany stres rodzicielski- subiektywna ocena

W sytuacji konieczności pozostawienia córki pod opieką innych osób, gdy jest ona przeciążona psychofizycznie badany odczuwa największe napięcie emocjonalne. Podobne stany powoduje konieczność wizyty u kardiologa, choroby córki, które mogą spowodować długofalowe konsekwencje dla jej zdrowia bądź pominięcie dawki leków. Przewlekły i intensywny stres objawia się u Pana Mariusza stałym poczuciem lęku, brakiem energii, zaburzeniami snu. Dodatkowo odczuwa zmęczenie, izoluje się społecznie, nieregularnie je, nie ma czasu na zaspokojenie własnych potrzeb. W największym stopniu na poziom stresu wpływają u badanego czynniki emocjonalne i finansowe. Ewentualne pogorszenie stanu zdrowia córki powoduje u badanego drastyczne pogorszenie samopoczucia, wzrost stresu, polepszenie wpływa na ustabilizowanie samopoczucia. Szczególnie stresujące jest przebywanie w dużych skupiskach ludzi, wyjazdy zagraniczne z uwagi na obawę o zdrowie córki. Fizycznie badany reaguje na stres wzrostem masy ciała i chronicznym zmęczeniem. Największy stres towarzyszy okresom hospitalizacji, pozyskaniu informacji o koniecznym inwazyjnym leczeniu. Informacje o pogorszeniu stanu zdrowia powodują u badanego wzrost poczucia bezradności i niepokoju. Szczególnie silne emocje w kontakcie z personelem medycznym pojawiają się podczas wizyt kontrolnych, konsultacji w okresach pooperacyjnych, w momencie oczekiwania w długich kolejkach do specjalistów.

Strategie radzenia sobie ze stresem- subiektywny opis

Emocjami towarzyszącymi rodzicowi w chorobie dziecka są strach i niepewność. W sytuacji zaostrzenia objawów lub hospitalizacji badany tak samo przeżywa silne emocje: dużo rozmyśla, analizuje, jest bardziej wrażliwy na emocje córki i jej potrzeby. Szczególny rodzaj wsparcia stanowiła modlitwa, zawierzenie sytuacji Bogu, pomoc duchowa. W ocenie badanego najlepszym sposobem na poradzenie sobie ze stresem jest spędzanie czasu z rodziną. Swoją zdolność do radzenia sobie ze stresem Pan Mariusz ocenia na poziomie przeciętnym. Pogorszenie stanu zdrowia córki sprawia, że ojciec jest bardziej pobłażliwy, częściej ustępuje.



Badany nie uczył się nigdy technik radzenia sobie ze stresem. W samotności rozmyśla i analizuje, a w obecności rodziny maskuje problemy, by nie obarczać swoimi emocjami najbliższych. Rodzina jest wsparciem dla badanego, wykazuje duże zaangażowanie i zainteresowanie. Emocje związane ze stresem przekładają się na inne aspekty życia badanego, tj. nie ma czasu na zajęcie się sobą, rozwijanie pasji i zainteresowań, spotkania z przyjaciółmi, badany jest mniej energiczny i zaangażowany w czynności domowe, szybciej frustruje się w pracy. Panu Mariuszowi trudno przyznać się do bezradności, ma poczucie, że wszystkie problemy powinien rozwiązać sam, jednak ma świadomość, że jest to niemożliwe.

Postawy wychowawcze- subiektywne odczucia

Swoje podejście wychowawcze badany określa jako aktywne, wspierające, opiekuńcze. Nie zauważa zmiany podejścia do wychowania dziecka w wyniku diagnozy z uwagi na fakt, że została ona postawiona w okresie prenatalnym. W sytuacjach przeciążenia Pan Mariusz stosuje postawę bardziej kontrolującą, a na co dzień wspierającą. Choroba dziecka spowodowała, że rodzicom trudniej było stawiać granice i egzekwować zasady, ponieważ nie można było doprowadzać do sytuacji stresowych dla dziecka. Obecnie rodzice starają się postępować elastycznie i uwzględniać w stosowanych metodach trudności córki. Lena jest jedynaczką, więc ojciec nie ma możliwości porównania swojego postępowania wychowawczego względem pozostałych dzieci. Ojciec stawia w wychowaniu na przekazanie wartości takich jak szacunek do innych, kulturalne zachowanie na co dzień, wiara w siebie, miłość do natury, ciekawość. Ojcu najtrudniej zaakceptować u córki wybuchy złości nad którymi nie panuje, co w konsekwencji prowadzi do utraty kontroli także u niego. W ocenie Pana Mariusza rozwojowi Leny najbardziej sprzyjają postawy wspierające, opiekuńcze, zwiększona wrażliwość na jej potrzeby, uważność, skupienie na rozmowie. Choroba dziecka znacząco wpłynęła na zmianę postrzegania roli rodzica przez badanego. Konieczne jest poświęcenie się w pełni dziecku, często kosztem siebie.

Relacja rodzic- dziecko- subiektywna narracja

W wyniku stresu badany jest względem dziecka mniej cierpliwy, częściej podnosi głos. Poczucie winy lub frustracji wywołują u Pana Mariusza sytuacje, gdy zdarza mu się podnieść głos, zadziałać emocjonalnie. Aby minimalizować wpływ własnego stresu na dziecko badany stara się dużo rozmawiać z córką, przekazać opiekę innej osobie, by w tym czasie się uspokoić



i wrócić do neutralnych emocji. Badany nie dostrzega sytuacji w których stres uniemożliwia mu postępowanie zgodne z własnymi przekonaniem wychowawczymi. Nasilenie stresu powoduje u badanego zmniejszenie cierpliwości i podnoszenie głosu na córkę. Reakcje emocjonalne badanego wpływają negatywnie na atmosferę w domu, stanowią podłoże do kłótni. Ojciec rozmawia z córką o swoich emocjach, dostosowując poziom rozmowy do możliwości psychofizycznych dziecka. Lena współodczuwa emocje taty, zdarza jej się powielać zachowania takie jak krzyk, zdenerwowanie, stara się pocieszyć rodzica, zrozumieć towarzyszące mu emocje. Pan Mariusz żałuje sytuacji w których krzyknął na córkę bądź miał trudności w zapanowaniu nad sobą. Potrafi zatrzymać impulsy i świadomie reagować, choć w silnych emocjach nie zawsze stosuje znane sobie mechanizmy. W ramach naprawienia relacji spędza z córką czas, rozmawia, przeprosza za swoje zachowanie.

Własna interpretacja zmiany postaw wychowawczych w przebiegu choroby

Badany nie zauważa zmian w podejściu wychowawczym z uwagi na fakt, że diagnoza została postawiona w okresie prenatalnym i jest to jego jedyne dziecko. W związku z chorobą dziecka wypracował w sobie większą opiekuńczość, rozwinął kompetencje medyczne i psychologiczne. Tak samo postrzega siebie obecnie, jak i przed chorobą dziecka. Choroba córki zbliżyła rodzinę do siebie. Przełomowymi wydarzeniami w kontekście przewlekłej choroby dziecka były operacje kardiochirurgiczne, diagnoza zaburzeń integracji sensorycznej oraz padaczki. Trwałe zmiany w postępowaniu wychowawczym badany wprowadził po otrzymaniu diagnozy zaburzeń SI. Pan Mariusz nieustannie poszukuje rozwiązań na sytuacje przeciążenia emocjonalnego i psychofizycznego córki. Najważniejsze cechy postawy rodzicielskiej, które docenia obecnie to cierpliwość i wytrwałość, a wcześniej zrozumienie, opiekuńczość, wsparcie. Badany dodaje, że córka ma współistniejące problemy takie jak padaczka, niedosłuch, głębokie zaburzenia SI, powstałe jako powikłania pooperacyjne i stanowią one równie duże wyzwanie oraz znacząco determinują funkcjonowanie dziecka.



Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Makarowskiego

Tabela 1

Wyniki Mariusza, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik surowy	Norma uogólniona	Norma stenowa-pleć	Norma stenowa-wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Poziom stresu
Napięcie emocjonalne	23	6	5	5	5	Przeciętny
Stres zewnętrzny	17	3	3	3	3	Niski
Stres intrapsychiczny	14	2	3	2	2	Bardzo niski-niski
Skala kłamstwa	24	9	10	9	9	Bardzo wysoki
Skala ogólna	54	4	4	4	3	Niski

Źródło: Opracowanie własne.

Zgodnie z podręcznikiem Kwestionariusza Poczucia Stresu (Plopa, Makarowski, 2010), skala kłamstwa pełni funkcję kontrolną i służy do oceny, czy badany udziela odpowiedzi w sposób szczerzy, czy też prezentuje się w nadmiernie korzystnym świetle, minimalizując trudności i negatywne doświadczenia. W analizowanym przypadku wynik skali kłamstwa znajduje się powyżej normy (9-10 sten, bardzo wysoki), co według autorów oznacza tendencję do zaniżania zgłaszanych trudności i napięć oraz styl autoprezentacyjny polegający na ukazywaniu siebie jako osoby radzącej sobie dobrze, odpornej, niewymagającej pomocy. Osoba uzyskująca tak wysoki wynik w skali kłamstwa ma tendencję do wybielania się, ukrywania swoich wad, niedostrzegania swoich słabych stron. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być celowa chęć wprowadzenia innych w błąd, słaby krytycyzm i wgląd w siebie. Tym samym wiarygodność odpowiedzi jest obniżona i wymaga szczególnej ostrożności interpretacyjnej (Plopa, Makarowski, 2010). Wyniki osiągnięte przez badanego w poszczególnych skalach stresu nie mogą być interpretowane dosłownie, lecz z uwzględnieniem mechanizmu zaprzeczania lub minimalizowania stresu.

W skali napięcie emocjonalne badany uzyskał wynik surowy 23, co w odniesieniu do normy plasuje się na 5-6 stenie. Na poziomie formalnym wynik ten sugeruje przeciętne napięcie emocjonalne, jednak w kontekście podwyższonej skali kłamstwa interpretacja ta ulega istotnej modyfikacji. Przy bardzo wysokim wyniku skali kłamstwa należy założyć, że deklarowane napięcie emocjonalne może być zaniżone, badany może nie ujawniać w pełni przeżywanego



niepokoj, drażliwości lub zmęczenia psychicznego, a emocjonalne koszty funkcjonowania mogą być większe, niż wynika to z odpowiedzi kwestionariuszowych. W efekcie napięcie emocjonalne badanego należy traktować jako co najmniej przeciętne, a potencjalnie podwyższone, szczególnie w warunkach przewlekłego obciążenia, jakim jest opieka nad dzieckiem z chorobą przewlekłą.

W skali stresu zewnętrznego badany uzyskał wynik surowy 17, co odpowiada 3 stenowi i niskiemu poziomowi stresu w tym obszarze. Na poziomie deklaracyjnym Pan Mariusz nie postrzega środowiska jako obciążającego, nie zgłasza presji społecznej, nadmiaru wymagań ani konfliktów z otoczeniem. Zgodnie z interpretacją autorów KPS niski stres zewnętrzny przy wysokiej skali kłamstwa często oznacza tendencję do umniejszania trudności relacyjnych, przekonanie, że „trzeba sobie radzić samemu”, możliwe niedopuszczanie do świadomości frustracji i przeciążenia rolami społecznymi. W kontekście rodzicielstwa dziecka chorego przewlekle taka konfiguracja może wskazywać na silne mechanizmy kontroli i samowystarczalności, które krótkoterminowo są adaptacyjne, lecz długofalowo mogą zwiększać ryzyko przeciążenia.

W obszarze stresu intrapsychnicznego badany uzyskał wynik surowy 14, co w odniesieniu do normy odpowiada 2-3 stenowi, a więc poziomowi bardzo niskiemu i niskiemu. Stres intrapsychniczny dotyczy poczucia winy, niepokoju egzystencjalnego, wewnętrznych napięć i konfliktów. W połączeniu z wysoką skalą kłamstwa może oznaczać zaprzeczanie własnym słabościom i wątpliwościom, trudność w przyznaniu się do ambiwalentnych emocji, skłonność do racjonalizacji i intelektualizacji przeżyć. Autorzy KPS podkreślają, że niski stres intrapsychniczny przy wysokiej skali kłamstwa nie oznacza braku konfliktów, lecz często ich nieświadomianie lub nieujawnianie (Plopa, Makarowski, 2010).

Analiza wyników Pana Mariusza wskazuje na profil obniżonej wiarygodności samoopisu, wynikający z bardzo wysokiej skali kłamstwa. Oznacza to, że deklarowane niskie i przeciętne poziomy stresu nie mogą być uznawane za w pełni obiektywne, prawdopodobne jest zaniżanie rzeczywistego poziomu obciążenia psychicznego, badany może funkcjonować w oparciu o mechanizmy kontroli i nadmiernej samodzielności oraz zaprzeczania.

W kontekście niniejszej pracy o zależności między stresem a postawami rodzicielskimi ten wynik jest bardzo ważny, ponieważ sugeruje rozbieżność między deklarowanym a rzeczywistym przeżywaniem stresu, może tłumaczyć określone postawy wychowawcze (np. nadmierną kontrolę, dystans emocjonalny, sztywność) oraz pokazuje, że niski poziom stresu w kwestionariuszu nie zawsze oznacza dobre funkcjonowanie psychiczne.



Bardzo wysoki wynik w skali kłamstwa wskazuje na możliwą tendencję do prezentowania siebie w lepszym świetle, co obniża wiarygodność pozostałych wyników. Konieczne jest bazowanie na pozostałych narzędziach, które mają zwiększoną odporność na efekt autoprezentacji (np. wywiad jakościowy, obserwacja).

Wyniki w skalach stresu klasyfikują się jako bardzo niskie, co budzi wątpliwości diagnostyczne, ponieważ są one niespójne z sytuacją życiową badanej osoby (opieka nad przewlekle chorym dzieckiem). Istnieje podejrzenie zaniżonego zgłaszania objawów stresu, co może świadczyć o nieświadomości własnych napięć, mechanizmie obronnym, zinternalizowanej presji do radzenia sobie za wszelką cenę, trudności w dostępie do własnych emocji. Wskazane jest objęcie Pana Mariusza programem psychoedukacyjnym dla rodziców dzieci z chorobami przewlekłymi, w którym omówione są mechanizmy stresu ukrytego i niewyrażonego, uczestnicy uczą się rozpoznawania wczesnych objawów obciążenia emocjonalnego, kładzie się nacisk na normalizację przeżywania trudnych emocji i przyzwolenie na szukanie pomocy. Istotne jest także zachęcenie Pana Mariusza do udziału w grupie wsparcia dla ojców lub rodziców dzieci przewlekle chorych celem zmniejszenia poczucia osamotnienia, umożliwienie identyfikacji z innymi ojcami w podobnej sytuacji, pomoc w rozpoznawaniu własnych potrzeb i granic. Z uwagi na brak zgłaszanego stresu mimo wysokiego obciążenia życiowego, istnieje ryzyko powolnego, ukrytego wypalenia rodzicielskiego, które może objawiać się wycofaniem z relacji, impulsywnością, objawami psychosomatycznymi (ból, napięcia, bezsenność). Zaleca się krótkoterminowe wsparcie terapeutyczne o charakterze integratywnym lub poznawczo-behawioralnym z uwzględnieniem pracy nad świadomością emocji, trening uważności lub inne formy pracy nad regulacją emocji, koncentrację w terapii na budowaniu adekwatnego obrazu siebie jako ojca, bez potrzeby udowadniania „siły za wszelką cenę”.

Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Wrześniewskiego, Trzebińskiego i Jaworskiej

Tabela 2

Wyniki Mariusza, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 95%	Przedział ufności w stenach (95%)	Interpretacja
SSZ (Styl Skoncentrowany na Zadaniu)	67	7	61-73	6-9	Wysoki
SSE (Styl Skoncentrowany na Emocjach)	45	6	38-52	5-8	Przeciętny
SSU (Styl Skoncentrowany na Unikaniu)	33	3	25-41	2-5	Niski
ACZ (Angażowanie się w Czynności Zastępcze)	19	6	14-24	4-7	Przeciętny
PKT (Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich)	9	2	6-12	1-3	Bardzo niski

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników kwestionariusza CISS wskazuje na zróżnicowany, lecz względnie stabilny profil preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem badanego rodzica, z wyraźną dominacją Styłu Skoncentrowanego na Zadaniu. Uzyskany wynik surowy 67, odpowiadający 7 stenowi, lokuje się w obszarze wysokiego nasilenia tego stylu. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników wysokich z prawdopodobieństwem 95%.

Zgodnie z koncepcją Endlera i Parkera Styl Skoncentrowany na Zadaniu wiąże się z podejmowaniem działań ukierunkowanych na rozwiązanie problemu, planowanie, analizę sytuacji oraz aktywne poszukiwanie strategii zaradczych. W kontekście opieki nad dzieckiem przewlekle chorym może to oznaczać relatywnie konstruktywne podejście do stresu, oparte na kontroli poznawczej i organizowaniu działań wokół wymagań sytuacyjnych.

W Styłu Skoncentrowanym na Emocjach badany uzyskał wynik surowy 45, odpowiadający 6 stenowi, mieszczącemu się w zakresie przeciętnym. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%. Styl emocjonalny, w ujęciu Endlera



i Parkera, wiąże się z koncentracją na własnych reakcjach emocjonalnych, napięciu, poczuciu winy lub bezradności. Uzyskany wynik sugeruje, że emocjonalne reagowanie na stres jest obecne, lecz nie dominuje w strukturze radzenia sobie badanego. Może ono pełnić funkcję wtórną wobec bardziej zadaniowego sposobu reagowania.

W Stylu Skoncentrowanym na Unikaniu badany uzyskał wynik surowy 33, odpowiadający 3 stenowi, co wskazuje na niski poziom tego stylu. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%. Niski poziom stylu unikowego sugeruje, że badany rzadko reaguje na stres poprzez zaprzeczanie, odsuwanie problemu czy wycofywanie się z konfrontacji ze stresorem. W literaturze przedmiotu taki profil uznawany jest za względnie adaptacyjny, zwłaszcza w sytuacjach długotrwałego stresu, jakim jest choroba przewlekła dziecka.

Podskala Angażowania się w Czynności Zastępcze (wynik surowy 19, 6 sten) mieści się w przeciętnym zakresie. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%, co oznacza umiarkowaną skłonność do czasowego odwracania uwagi poprzez inne aktywności. Może to pełnić funkcję regulacyjną i ochronną, jednak nie stanowi dominującej strategii radzenia sobie.

Najniższy wynik uzyskano w podskali Poszukiwania Kontaktów Towarzyskich (wynik surowy 9, 2 sten). W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników bardzo niskich z prawdopodobieństwem 95%. Oznacza to, że badany rzadko korzysta z radzenia sobie poprzez kontakt społeczny i wsparcie towarzyskie. W kontekście stresu rodzicielskiego może to wskazywać na tendencję do samodzielnego radzenia sobie z obciążeniem, przy ograniczonym sięganiu po zasoby interpersonalne.

Całościowy profil CISS wskazuje na dominację Stylu Skoncentrowanego na Zadaniu, przy jednocześnie niskim nasileniu Stylu Unikowego oraz ograniczonym korzystaniu ze wsparcia społecznego. Przewaga umiejętności radzenia sobie ze stresem w sposób zadaniowy, koncentrując się na rozwiązaniu problemu, analizie, konstruktywnym planowaniu i podejmowaniu działań świadczy o względnej stabilności tego profilu. Badany ma tendencję do samodzielnego mierzenia się ze stresem, ceni sobie kontrolę poznawczą i aktywność, co stanowi zasób adaptacyjny, zwłaszcza w obliczu chronicznych obciążeń emocjonalnych związanych z chorobą dziecka. Jednocześnie jednak ograniczone korzystanie ze wsparcia społecznego oraz umiarkowany poziom stylu emocjonalnego mogą wskazywać na pewne



deficyty w zakresie ekspresji emocji oraz budowania relacji wspierających. Brak otwartego zwracania się do innych, nawet w sytuacjach trudnych, może skutkować stopniowym przeciążeniem psychicznym oraz zwiększać ryzyko wyczerpania zasobów osobistych w dłuższej perspektywie. Taka postawa może także ograniczać dostęp do zewnętrznych form wsparcia i pomocy, które bywają kluczowe w procesie adaptacji do długotrwałej choroby dziecka.

W kontekście funkcjonowania jako rodzic dziecka przewlekle chorego, profil ten może oznaczać dużą odpowiedzialność i zaangażowanie w praktyczne aspekty opieki, przy jednoczesnym ryzyku izolacji emocjonalnej oraz braku równowagi między aktywnością a regeneracją psychiczną. Tym samym, mimo wielu zasobów, wskazane może być wspieranie badanego w rozwijaniu umiejętności proszenia o pomoc oraz otwierania się na emocjonalne wsparcie innych osób, co może zwiększyć jego odporność psychiczną i poprawić jakość życia całej rodziny.

Skala Postaw Rodzicielskich opracowana przez Mieczysława Płopę

Tabela 3

Wyniki Mariusza, Skala Postaw Rodzicielskich (SPR)

Postawa rodzicielska	Wynik surowy	Norma stenowa- liczba dzieci i ich wiek	Norma stenowa- wykształcenie	Norma stenowa- płeć	Interpretacja
Akceptacja- Odrzucenie	45	7	8	8	Bliski, uczuciowy kontakt
Wymaganie	33	5	5	6	Postawa umiarkowanie właściwa
Autonomia	43	8	8	8	Wysoce pożądane traktowanie dziecka
Niekonsekwencja	22	4	4	5	Postawa pożądana
Ochranianie	36	7	7	7	Postawa nadmiernie ochraniająca

Opracowanie: Źródło własne.

Pan Mariusz w postawie Akceptacja- Odrzucenie osiągnął wynik surowy 45, co w odniesieniu do normy daje 7-8 sten i oznacza bliski, ciepły, uczuciowy i emocjonalny kontakt



z dzieckiem. Tym samym Pan Mariusz z dużym zaangażowaniem emocjonalnym taktuje córkę, wyraża miłość i aprobatę. Postawa ta jest szczególnie istotna w przypadku dzieci przewlekle chorych, gdyż wzmacnia ich poczucie bezpieczeństwa i daje im emocjonalne oparcie.

W postawie Nadmiernie Wymagającej badany uzyskał poziom przeciętny (wynik surowy 33, sten 5-6), co oznacza brak tendencji do nadmiernego kontrolowania lub stawiania wygórowanych wymagań.

W obszarze Autonomii badany uzyskał wynik surowy 43, co odpowiada stenowi 8 i oznacza dawanie dziecku wysokiej niezależności, ojciec respektuje potrzebę samodzielności dziecka. Jest to postawa szczególnie korzystana, gdyż uczy dziecko odpowiedzialności za siebie pomimo choroby. U dziecka przewlekle chorego takie wsparcie rozwoju autonomii może przeciwdziałać wyuczonej bezradności.

Jednocześnie Pan Mariusz uzyskał wyniki świadczące o wysokim nasileniu postawy Nadmiernie Chroniącej (wynik surowy 36, sten 7). Nadmierna ochrona nie jest postawą optymalną, mimo iż często bywa mylona z troską i zaangażowaniem. Jest to postawa w której rodzic „*nadmiernie ochrania dziecko, bezwzględnie je kontroluje i nie pozwala mu na samodzielność*”. Dziecko jest pozbawione możliwości doświadczania konsekwencji własnych działań, co hamuje rozwój jego autonomii, odpowiedzialności i odporności psychicznej. W przypadku dziecka przewlekle chorego taka postawa może wydawać się zrozumiała, chociażby z powodu lęku przed pogorszeniem stanu zdrowia rodzic może ograniczać aktywność dziecka i jego samodzielność, jednak w dłuższej perspektywie nadmierna kontrola może nasilać w dziecku poczucie zależności, bezradności oraz przekonanie że nie poradzi sobie bez pomocy dorosłych. Może to utrudniać prawidłowy rozwój emocjonalny i poznawczy dziecka oraz osłabiać jego poczucie sprawczości.

Badany nie wykazuje istotnych oznak niekonsekwentnego zachowania wobec dziecka (wynik surowy 22, sten 4).

Pan Mariusz prezentuje silne więzi emocjonalne z córką, co przejawia się w bardzo wysokim poziomie akceptacji oraz dużym zaufaniu i wspieraniu autonomii dziecka. Są to postawy sprzyjające adaptacji do sytuacji przewlekłej choroby. Jednak równolegle obserwuje się podwyższoną postawę nadmiernej ochrony, co może świadczyć o trudności w rozróżnieniu troski od kontroli i ograniczaniu samodzielności dziecka. Należy zachować czujność, aby nie przekroczyć granicy, za którą troska staje się nadmierna i nieadaptacyjna.



Rodzina 2: ojciec Dawid, córka Laura

Dawid: 35 lat

Stan cywilny: żonaty

Miejsce zamieszkania: średniej wielkości miasto

Status zatrudnienia: pracujący

Wykształcenie: wyższe

Liczba dzieci: 1

Dziecko z przewlekłą chorobą kardiologiczną: Laura, 6 lat

Diagnoza przewlekłej choroby kardiologicznej: przetoka wieńcowa do prawej komory serca, zespół Loey'a Dietsa, 6lat- diagnoza w okresie prenatalnym

Osoba najczęściej zajmująca się dzieckiem: matka

Poczucie doświadczanego stresu a prezentowane postawy rodzicielskie

Pan Dawid, pozyskawszy informację o diagnozie choroby kardiologicznej córki odczuwał strach, niedowierzanie, rozgoryczenie. Poczucie strachu i silnego napięcia emocjonalnego utrzymują się u niego każdorazowo podczas wizyt kontrolnych z córką u kardiologa. Za najskuteczniejsze sposoby radzenia sobie z napięciem uznaje możliwość odciążenia się, pobycia samemu ze sobą. Sytuacja zdrowotna dziecka sprawiła, że na więcej pozwala swojej córce. W okresach zwiększonego stresu wynikającego z choroby dziecka stara się być z Laurą bliżej, poświęcać jej więcej czasu. Choroba córki została zdiagnozowana w okresie prenatalnym, co więcej Laura jest jedynym dzieckiem swoich rodziców, więc w ocenie ojca sytuacja ta nie wpłynęła na obrany styl wychowawczy. Pan Dawid docenia wsparcie osób najbliższych i ocenia je jako skuteczne. Uważa, że dobrze kontroluje swoje emocje, ma dobre poczucie sprawstwa w obliczu choroby swojego dziecka.

Doświadczany stres rodzicielski- subiektywna ocena

Głównym źródłem stresu, w kontekście przewlekłej choroby kardiologicznej dziecka, są dla Pana Dawida regularne wizyty kontrolne u kardiologa. Sytuacja wizyty kontrolnej powoduje u badanego brak poczucia kontroli, emocjonalne rozstrojenie, przyspieszone bicie serca, niepewność, bezradność, obawę o przyszłość córki. Dodatkowym czynnikiem obciążającym jest obawa przed kolejnymi nieprawidłowościami i diagnozami. W ocenie Pana



Dawida czynniki emocjonalne są głównym determinantem doświadczanego stresu rodzicielskiego. Poziom stresu zmienia się wraz z otrzymaną diagnozą- zwiększa się w sytuacji, gdy informacje są negatywne, a zmniejsza w sytuacji gdy otrzymane informacje są pozytywne bądź nie wprowadzają nowych czynników do diagnozy kardiologicznej. W ocenie ojca stresującymi sytuacjami są wyjazdy na urlop, ponieważ wiąże się to z koniecznością pamiętania o lekach i obawą czy nie wystąpi zdarzenie wymagające interwencji medycznej wobec córki, co powoduje, że głównym miejscem spędzania czasu wolnego jest kraj pochodzenia. W sytuacjach stresu Pan Dawid odczuwa przyspieszone bicie serca i bóle brzucha. Ojciec Laury ocenia swój stres jako przewlekły. Podkreśla, że w kontekście zdrowia córki odczuwa permanentny stres, zmienia się jedynie jego natężenie. W kontakcie z personelem medycznym Pan Dawid podkreśla, że nie zawsze rozumie kierowane do niego sformułowania i potrzebuje czasu, żeby zapoznać się z postawioną diagnozą.

Strategie radzenia sobie ze stresem- subiektywny opis

Pan Dawid odczuwa silne poczucie odpowiedzialności za dziecko. Okresy hospitalizacji dziecka wywołują u niego stres i poczucie niepewności. Najbardziej pomocną formą radzenia sobie są dla niego rozmowy z przyjaciółmi- zarówno w formie profilaktycznej, jak i terapeutycznej. Swoje zasoby i możliwości radzenia sobie ze stresem ocenia jako dobre, stanowi oparcie zarówno dla córki, jak i dla żony. Emocje towarzyszące Panu Dawidowi przekładają się na większą ostrożność, stara się nie ograniczać córki, jednak zauważa, że jest bardziej opiekuńczy i przewidujący. Badany nie ma doświadczeń edukacyjnych w zakresie technik radzenia sobie ze stresem. Uważa siebie za osobę zadaniową, nastawioną na poszukiwanie rozwiązań. Ma wsparcie osób najbliższych. Zdarza mu się przenosić trudne emocje na funkcjonowanie w pracy, jednak również jest to dla niego środowisko wspierające. Emocją z którą trudno mu sobie poradzić jest bezradność w kontekście aspektu medycznego.

Postawy wychowawcze- subiektywne odczucia

Pan Dawid dostosowuje swoje postępowanie wychowawcze do córki, gdy choruje to zdarza mu się pozwalać jej na więcej. Jego styl postępowania nie uległ zmianie z uwagi na fakt, że diagnoza medyczna została postawiona już w okresie prenatalnym. Swoją postawę rodzicielską określa jako kontrolującą, co uzasadnia poczuciem troski o dziecko i obawą o wpływ jej zachowania i funkcjonowania na sytuację zdrowotną. Uważa, że w związku



z chorobą córki jest mniej konsekwentny, nie zawsze potrafi stawiać jasno granice. W wychowaniu istotne jest dla niego przekazanie córce wiary w siebie, w swoje umiejętności oraz w możliwość normalnego funkcjonowania, pomimo choroby. Sytuacja zdrowotna córki przełożyła się na częste nagradzanie jej, nie zawsze uzasadnione. Ma problem z zaakceptowaniem faktu, że córka nie zawsze go słucha, stara się z nią dużo rozmawiać i tłumaczyć. Pan Dawid uważa, że cierpliwość i wsparcie sprzyjają rozwojowi dziecka. Jego wyobrażenie funkcjonowania w roli ojca nie zmieniło się pod wpływem diagnozy medycznej dziecka.

Relacja rodzic- dziecko- subiektywna narracja

W ocenie Pana Dawida stres nie wpływa na jego podejście do dziecka. Poczucie winy pojawia się, gdy nie poświęca córce wystarczającej ilości czasu. Kontroluje swoje emocje na tyle, by nie przekładały się na funkcjonowanie jego córki. W wyniku stresu jest mniej konsekwentny i pozwala córce na więcej. Ponadto szybciej traci cierpliwość, łatwiej się denerwuje i podnosi głos. W efekcie przekłada się to negatywnie na atmosferę w domu. Pan Dawid rozmawia z Laurą o swoich emocjach, dostosowuje język i sposób komunikacji do możliwości dziecka, stara się pracować nad sobą. Wie, że córka odczuwa jego emocje, zauważa, że sama również podnosi głos i jest zdenerwowana. W sytuacji, gdy nie zapanuje nad swoim zachowaniem ma poczucie bycia słabym. Stara się zastanowić, uspokoić zanim zareaguje na niewłaściwe zachowanie dziecka, gdy mu się to nie uda, to przeprosza, przytula córkę, rozmawia z nią.

Własna interpretacja zmiany postaw wychowawczych w przebiegu choroby

Z uwagi na wczesną diagnozę przewlekłej choroby kardiologicznej u córki, Pan Dawid nie zauważa zmian w swoim postępowaniu wychowawczym. Sytuacja choroby wymusiła na nim nauczenie się większej cierpliwości. Postrzega siebie jako dobrego rodzica, dbającego o swoją rodzinę i wartości. Choroba dziecka nie zmieniła jego relacji z bliskimi. Przełomowym wydarzeniem były badania genetyczne, które przełożyły się na podjęcie decyzji o nieposiadaniu większej ilości potomstwa. Nadrzędną wartością dla Pana Dawida jest ochrona swojego dziecka. Ma problem z zaufaniem dziecku, co jest konsekwencją troski i permanentnego strachu o zdrowie i dobro dziecka. Najważniejsza jest dla niego troska i wsparcie, zbudowanie w domu harmonii i spokoju.



Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Makarowskiego

Tabela 4

Wyniki Dawida, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik surowy	Norma uogólniona	Norma stenowa-pleć	Norma stenowa-wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Poziom stresu
Napięcie emocjonalne	11	2	2	2	2	Bardzo niski
Stres zewnętrzny	14	2	3	2	2	Bardzo niski-niski
Stres intrapsychiczny	9	1	1	1	1	Bardzo niski
Skala kłamstwa	16	4	4	4	4	Niski
Skala ogólna	50	3	3	3	3	Niski

Źródło: Opracowanie własne.

W skali kłamstwa badany uzyskał wynik surowy 16, co odpowiada 4 stenowi, tj. niskiemu poziomowi. Wynik ten znajduje się w normie, co oznacza, że badany odpowiadał w sposób szczerzy, nieskupiony na autoprezentacji. Nie wystąpiła tendencja do zaniżania trudności lub przedstawiania siebie w nienaturalnie korzystnym świetle. Dzięki temu pozostałe wyniki mogą być interpretowane w sposób bezpośredni i wiarygodny, bez konieczności uwzględniania zniekształceń.

W skali ogólnej badany uzyskał wynik surowy 50, co w każdej z norm odpowiada stenowi 3 i oznacza niski poziom stresu. Badany ogólnie nie doświadcza wysokiego poziomu stresu w życiu codziennym. W porównaniu z populacją ogólną wynik ten mieści się poniżej przeciętnej, co sugeruje dobrą adaptację do aktualnych wymagań środowiskowych oraz efektywne strategie radzenia sobie z obciążeniami.

W skali napięcia emocjonalnego Pan Dawid uzyskał wynik surowy 11, co w odniesieniu do wszystkich norm przekłada się na 2 sten i bardzo niski poziom stresu. Badany nie deklaruje objawów napięcia emocjonalnego, takich jak: niepokój, drażliwość, zmęczenie psychiczne czy poczucie przytłoczenia. Tak niski wynik świadczy o stabilności emocjonalnej, poczuciu wewnętrznego spokoju, a także może wskazywać na dobre wsparcie emocjonalne lub dobrze rozwinięte strategie samoregulacji.

W skali stresu zewnętrznego badany uzyskał wynik surowy 14, co w odniesieniu do wszystkich norm oznacza bardzo niski poziom stresu (sten 2). Badany nie doświadcza presji ani nadmiernych wymagań ze strony otoczenia. Nie odczuwa dużych obciążeń wynikających



z sytuacji społecznych, zawodowych lub rodzinnych. Wynik wskazuje na poczucie kontroli nad wymaganiami środowiska i prawdopodobnie adekwatne granice interpersonalne.

W skali stres intrapsychiczny Pan Dawid uzyskał wynik surowy 9, co odpowiada stenowi 1 dla wszystkich norm i oznacza poziom bardzo niski. Tym samym badany nie zgłasza konfliktów wewnętrznych, rozterek emocjonalnych, ambiwalencji czy poczucia winy. Wynik wskazuje na dobrą spójność psychiczną, poczucie sensu i brak dominujących wątpliwości natury osobistej. W świetle psychologii stresu sugeruje to wewnętrzną równowagę i niski poziom napięcia egzystencjalnego.

Całościowy obraz wyników wskazuje na osobę, która deklaruje bardzo niski poziom stresu we wszystkich obszarach, funkcjonuje stabilnie emocjonalnie i z dużym poczuciem spójności wewnętrznej, nie doświadcza znaczących presji ze strony otoczenia, nie ujawnia objawów obciążenia psychicznego czy konfliktów intrapsychicznych, udziela odpowiedzi w sposób wiarygodny, bez zniekształceń.

Badany wydaje się dobrze radzić sobie z wyzwaniami związanymi z opieką nad chorym dzieckiem, przynajmniej na poziomie deklaracyjnym. Nie występują oznaki przeciążenia czy kryzysu adaptacyjnego. Wysoka odporność emocjonalna może być uznana za czynnik ochronny w długoterminowej opiece nad dzieckiem przewlekle chorym. Mimo niskich wyników warto pamiętać, że u niektórych osób stres może być tłumiony bądź nieświadomiony, jednak w tym przypadku skala kłamstwa nie wskazuje na takie zjawisko.

Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Wrześniewskiego, Trzebińskiego i Jaworskiej

Tabela 5

Wyniki Dawida, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 95%	Przedział ufności w stenach (95%)	Interpretacja
SSZ (Styl Skoncentrowany na Zadaniu)	49	3	43-55	2-4	Niski
SSE (Styl Skoncentrowany na Emocjach)	25	2	18-32	1-4	Bardzo niski
SSU (Styl Skoncentrowany na Unikaniu)	30	3	22-38	1-4	Niski



ACZ (Angażowanie się w Czynności Zastępcze)	13	4	8-18	1-5	Niski
PKT (Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich)	12	3	9-15	2-4	Niski

Źródło: Opracowanie własne.

W skali Stylu Skoncentrowanego na Zadaniu (SSZ) osoba badana uzyskała wynik surowy równy 49, co odpowiada stenowi 3 i świadczy o niskim poziomie stosowania tego stylu. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%. Należy go zatem interpretować jako niską tendencję do rozwiązywania problemów poprzez planowanie i działania zadaniowe.

W skali stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE) badany uzyskał wynik surowy 25, co daje sten 2 i świadczy o bardzo niskim nasileniu tego stylu radzenia sobie. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników bardzo niskich z prawdopodobieństwem 95%, co potwierdza interpretację bardzo niskiego poziomu reagowania emocjonalnego (takiego jak złość, napięcie czy żal) w sytuacjach stresowych.

W skali Stylu Skoncentrowanego na Unikaniu (SSU) respondent uzyskał wynik surowy 30, co odpowiada 3 stenowi i świadczy o niskim poziomie stosowania stylu unikowego. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%.

W podskali Angażowanie się w Czynności Zastępcze (ACZ) osoba badana uzyskała wynik surowy 13, co odpowiada stenowi 4, wskazując na niską tendencję do stosowania zastępczych działań w celu redukcji stresu (np. sprzątanie, wykonywanie prac fizycznych). W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%, co pozwala interpretować wynik jako niskie użycie tej strategii.

W podskali Poszukiwania Kontaktów Towarzyskich (PKT) uzyskano wynik surowy 12, co odpowiada stenowi 3 i świadczy o niskim poziomie tendencji do szukania wsparcia społecznego w sytuacjach stresowych. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%.

Wszystkie uzyskane przez Pana Dawida wyniki mieściły się w zakresie niskich lub bardzo niskich stenów z 95% prawdopodobieństwem, co może wskazywać na ogólnie niską



aktywność zaradczą w sytuacjach stresowych. Brak wyraźnie dominującego stylu sugeruje trudności w aktywnym przetwarzaniu stresu, co w kontekście funkcjonowania jako rodzica dziecka przewlekle chorego może mieć znaczenie dla kondycji emocjonalnej, podejmowanych decyzji wychowawczych i ogólnego dobrostanu psychicznego.

Profil radzenia sobie Pana Dawida wskazuje na brak preferencji jakiegokolwiek skutecznej strategii radzenia sobie ze stresem. Nie podejmuje aktywnych działań zmierzających do rozwiązania problemu, nie rozładowuje emocji w sposób naturalny, a jednocześnie nie korzysta z zasobów społecznych. Można przypuszczać, że odczuwa napięcie wewnętrzne, ale brakuje mu narzędzi lub gotowości, by je konstruktywnie rozładować. To może prowadzić do chronicznego przeciążenia, zmęczenia psychicznego, a w dalszej perspektywie nawet do wypalenia rodzicielskiego. Brak otwartości na relacje społeczne może dodatkowo potęgować poczucie samotności, braku wsparcia, co szczególnie w sytuacji choroby dziecka może osłabiać odporność psychiczną i zdolność adaptacyjną.

W kontekście opieki nad przewlekle chorym dzieckiem, taka konfiguracja strategii może prowadzić do trudności w podejmowaniu decyzji zdrowotnych, przeciążenia obowiązkami opiekuńczymi oraz braku emocjonalnej dostępności dla dziecka. Może również ograniczać skuteczność współpracy z personelem medycznym, innymi członkami rodziny i instytucjami pomocowymi.

Skala Postaw Rodzicielskich opracowana przez Mieczysława Ploę

Tabela 6

Wyniki Dawida, Skala Postaw Rodzicielskich (SPR)

Postawa rodzicielska	Wynik surowy	Norma stenowa-liczba dzieci i ich wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Norma stenowa-pleć	Interpretacja
Akceptacja-Odrzucenie	40	5	6	7	Przeciętne nasilenie postawy akceptacji/wysokie
Wymaganie	32	5	5	6	Postawa umiarkowanie właściwa
Autonomia	37	5	6	6	Przeciętne nasilenie
Niekonsekwencja	26	5	5	6	Postawa umiarkowanie właściwa
Ochronianie	26	4	5	4	Postawa właściwa/przeciętne nasilenie

Opracowanie: Źródło własne.



Pan Dawid wykazuje umiarkowanie wysoki poziom akceptacji wobec dziecka (wynik surowy 40, sten 5, 6, 7), co świadczy o pozytywnym nastawieniu emocjonalnym. Ojciec prawdopodobnie okazuje dziecku ciepło, wsparcie, zainteresowanie i czułość, a jednocześnie nie wykazuje tendencji do emocjonalnego dystansu czy odrzucenia. Taka postawa sprzyja tworzeniu bezpiecznej więzi i prawidłowemu rozwojowi emocjonalnemu dziecka, co jest szczególnie ważne w przypadku dziecka przewlekle chorego, które wymaga stabilności i bezwarunkowej akceptacji.

W obszarze Wymagania ojciec wykazuje umiarkowany poziom stawiania dziecku wymagań (wynik surowy 32, sten 5-6), co oznacza względnie prawidłowy poziom oczekiwań rodzicielskich. Pan Dawid najprawdopodobniej stosuje wyważony poziom kontroli, nakazów i zakazów, dostosowany do wieku dziecka. W przypadku dziecka przewlekle chorego taka postawa może działać korzystnie, pod warunkiem elastyczności w reagowaniu na ograniczenia wynikające z choroby. Utrzymanie właściwego poziomu wymagań sprzyja rozwojowi norm i zasad, a także może wspierać dziecko w zachowaniu codziennej rutyny i przewidywalności, ważnej dla jego poczucia bezpieczeństwa.

W zakresie Autonomii (wynik surowy 37, sten 5-6) ojciec w umiarkowanym stopniu pozwala dziecku na podejmowanie decyzji, wyrażanie własnych opinii i doświadczanie samodzielności. Takie podejście sprzyja u dziecka kształtowanie poczucia sprawstwa i odpowiedzialności za siebie. Właściwa postawa autonomii stanowi fundament dla rozwijania dojrzałości emocjonalnej.

Ojciec wykazuje przeciętny poziom spójności wychowawczej, co oznacza, że reakcje i decyzje podejmowane przez niego są umiarkowanie przewidywalne i stabilne (wynik surowy 26, sten 5-6). Przeciętny poziom niekonsekwencji nie wpływa znacząco negatywnie na relację wychowawczą, ale w sytuacjach kryzysowych, takich jak choroba dziecka, może zwiększać poczucie dezorientacji i niepewności u dziecka. Wskazane byłoby dążenie do większej konsekwencji w działaniach i komunikatach wychowawczych, aby stworzyć dziecku poczucie stabilności emocjonalnej i porządku w codzienności.

W skali Nadmierna Ochrona ojciec wykazuje ograniczoną tendencję do nadmiernej troski i kontrolowania dziecka (wynik surowy 26, sten 4-5), co może oznaczać, że nie przejawia nadmiernego lęku o zdrowie dziecka ani potrzeby jego nieustannego asekurowania. Taka postawa może wynikać z przekonania, że dziecko powinno samodzielnie mierzyć się z trudnościami, należy jednak zachować równowagę, gdyż przewlekła choroba dziecka często wymaga dodatkowego wsparcia i zwiększonej uwagi ze strony rodzica.



Pan Dawid wykazuje względnie zrównoważony i umiarkowanie właściwy profil postaw rodzicielskich. Charakteryzuje się przeciętnym poziomem akceptacji, wymagań i wspierania autonomii, a także umiarkowaną konsekwencją i niską tendencją do nadopiekuńczości. W kontekście wychowywania dziecka przewlekle chorego profil ten można oceniać pozytywnie, należy jednak zwrócić uwagę na balansowanie poziomu ochrony i wymagań, by nie doprowadzić ani do przeciążenia, ani do nadmiernego pozostawiania dziecku samemu sobie.

Rodzina 3: matka Monika, syn Albert

Monika: 47 lat

Stan cywilny: zamężna

Miejsce zamieszkania: miasto powyżej 100 000 mieszkańców

Status zatrudnienia: pracujący

Wykształcenie: wyższe magisterskie

Liczba dzieci: 3

Dziecko z przewlekłą chorobą kardiologiczną: Albert, 6 lat

CAVC - ubytek przegrody przedsionkowo-komorowej, ubytek przegrody międzyprzedsionkowej, dextrokardia, niedomykalność zastawek trójdzielnej i mitralnej, obecnie wszczepiona po raz trzeci zastawka mitralna mechaniczna (wcześniej dwie biologiczne). Obecnie -powikłanie pooperacyjne – obustronne porażenie strun głosowych i krtani – operacja korekcyjna zaplanowana na styczeń 2026; wada zdiagnozowana w okresie prenatalnym, 6 lat od diagnozy; porażenie strun głosowych i krtani, jednooczość;

Osoba najczęściej zajmująca się dzieckiem: matka

Poczucie doświadczanego stresu a prezentowane postawy rodzicielskie

Diagnoza postawiona w okresie prenatalnym wywołała u matki poczucie lęku i obawy co do przyszłości w kontekście życia dziecka i rodziny z chorobą przewlekłą. Największe napięcie emocjonalne u matki powoduje nieprzewidywalność co się wydarzy w związku z chorobą dziecka. Sposobem na poradzenie sobie z bieżącą sytuacją jest dla Pani Moniki wsparcie najbliższych i koncentracja na doraźnych zadaniach. Choroba dziecka sprawiła, że Pani Monika częściej i uważniej dba o wyrażanie emocji względem dzieci, okazuje im czułość i troskę, stara się poświęcać dzieciom więcej czasu i spędzać go efektywniej. W okresach zwiększonego stresu matka obdarza syna większą czułością i troską, ale też nadmiernie go



rozpieszcza. Diagnoza wpłynęła na zmianę podejścia wychowawczego, matka znacznie bardziej skupia się na obserwacji zachowań dziecka, jego reakcjach, czego nie robiła w stosunku do starszego rodzeństwa. Wsparcie psychiczne i obecność bliskich stanowiła najbardziej pomocny czynnik w łagodzeniu stresu. Doświadczenie choroby dziecka sprawiło, że Pani Monika docenia każdy zdrowo przeżyty i bezstresowy dzień. Choroba nie wpłynęła na komunikację w rodzinie, spowodowała natomiast większe wsparcie od najbliższych i scalenie rodziny. W sytuacji zaostrzenia objawów Pani Monika działa zadaniowo, spina się w sobie, natomiast po czasie odczuwa znaczne zmęczenie fizyczne i psychiczne. Pani Monika ma duże zaufanie do personelu medycznego, przekazuje mu niejako poczucie sprawczości i kontroli nad sytuacją zdrowotną swojego dziecka, co pozytywnie przekłada się na jej poczucie bezpieczeństwa.

Doświadczany stres rodzicielski- subiektywna ocena

Największe napięcie emocjonalne pojawia się u matki w sytuacji regularnej kontroli medycznej, a także w sytuacji gdy konieczna jest kolejna operacja oraz zagrożenie wynikających z niej powikłań. Zestawienie funkcjonowania syna z innymi dziećmi uwidacznia matce różnice, co potęguje doświadczenie stresu. Ponadto przewlekłe napięcie i obawa, że wydarzy się sytuacja krytyczna w której matka nie będzie obecna przy synu, bądź nie zdąży dotrzeć na czas. Wśród objawów fizycznych Pani Monika odczuwa bóle głowy i ucisk w żołądku, a wśród objawów psychicznych lęki nie mające racjonalnego podłoża, lęki przed tym co wydarzy się w przyszłości. Czynniki emocjonalne w największym stopniu wpływają na poziom stresu matki. Pogorszenie zdrowia dziecka powoduje i matki gwałtowne reakcje emocjonalne, jednak Pani Monika podkreśla, że poczucie stresu wynikające z obawy przed pogorszeniem stanu zdrowia jest u niej przewlekłe i nie mija nawet w sytuacji stabilnej sytuacji zdrowotnej bądź polepszenia. Pogorszenie mobilizuje ją do działania i powoduje poszukiwanie rozwiązań. Wakacje to okres, który powinien kojarzyć się z beztróską, jednak z uwagi na trudności zdrowotne syna potęgują poczucie stresu u matki, chociażby z uwagi na brak możliwości uczestnictwa syna w różnych aktywnościach. Największy stres kumuluje się u matki w okresach przed operacjami, utrzymuje się po operacji w związku z silnymi obawami co do efektów i skutków ubocznych. Jest on przewlekły, ale z różnym nasileniem. Poczucie lęku i niepokoju nasilają u matki odczucia, że syn zawsze będzie miał w życiu trudniej niż inne dzieci, niepewność co do jego przyszłości, kolejnych interwencji chirurgicznych. Szczególnie



napięcie w kontekście kontaktu z personelem medycznym występuje u matki w trakcie rozmów przed i po operacjach, podczas szacowania ryzyka i omawiania powikłań.

Strategie radzenia sobie ze stresem- subiektywny opis

Emocjami towarzyszącymi matce w związku z chorobą dziecka są lęk o przyszłość, smutek, bezradność. W sytuacji zaostrzenia objawów bądź hospitalizacji dziecka matka przeżywa emocje wewnętrznie, kumuluje je w sobie, jednak możliwość rozmowy z bliskimi i ich wsparcie ocenia jako bezcenne. Pani Monika nie korzysta ze wsparcia instytucjonalnego, radzi sobie sama z napięciami, wystarczającym działaniem jest dla niej wsparcie osób bliskich. Podczas wzmożonego stresu pomagają jej rozmowy, spacer, sporadycznie leki uspokajające. Własną zdolność do radzenia sobie w sytuacjach trudnych ocenia jako dobrą. Stara się umożliwić dziecku pełne funkcjonowanie, jednak pod stałym nadzorem. Nie stosuje strategii radzenia sobie ze stresem i nie miała sposobności by je poznać. W samotności stara się rozchodzić stres wychodząc na spacer, a wśród członków rodziny kieruje emocje do wewnątrz, ceni też znaczenie rozmowy z bliskimi. Przed bliskimi często maskuje emocje, chcąc chronić najbliższych. Pani Monika zauważa, że emocje związane ze stresem przekładają się na inne aspekty życia, ma problemy ze skupieniem z pracy, z tempem jej wykonywania, stroni od ludzi, koncentruje się na najbliższej rodzinie. Wśród emocji do których trudno przyznać się przed innymi wskazuje: zazdrość (o zdrowie innych dzieci), złość (dlaczego mnie to spotkało?), bezradność i niemoc (bycie zdanym na fachowość specjalistów).

Postawy wychowawcze- subiektywne odczucia

Pani Monika zauważa, że syn jest bardziej rozpieszczony niż jego rodzeństwo, że na więcej mu pozwala oraz że ma więcej uwagi i czułości niż pozostałe dzieci. Jej podejście wychowawcze zmieniło się w związku z chorobą dziecka, a mianowicie jest bardziej skupiona na synu i poświęca mu więcej uwagi. Matka podkreśla, że w jej wychowaniu współgra ze sobą postawa kontrolująca i wspierająca. Stawia synowi znacznie więcej granic i ograniczeń w związku z jego trudnościami w funkcjonowaniu fizycznym. W związku z chorobą najmłodszego syna przejawia wobec niego więcej troski i czułości. Pomimo choroby matka stara się budować u syna silne poczucie własnej wartości, radość z życia, brak poczucia bycia innym, mimo świadomości choroby. Choroba sprawiła, że Pani Monika jest bardziej liberalna względem dzieci. Najtrudniej zaakceptować jej u syna wpadanie w złość. W ocenie matki



najefektywniejsze postępowanie wychowawcze to takie, które opiera się na czułości, uwadze, pomocy, byciu przy dziecku. Choroba dziecka sprawiła, że Pani Monika dostrzegła siłę psychiczną potrzebną do bycia rodzicem, by poradzić sobie z ogromem emocji i stresu.

Relacja rodzic- dziecko- subiektywna narracja

Stres powoduje, że Pani Monika jest znacznie bardziej skupiona na dziecku. Poczucie frustracji powoduje u matki świadomość, że syn nie może przeżywać z pełni dzieciństwa. Aby chronić dziecko przed własnymi reakcjami emocjonalnymi matka kieruje emocje do wewnątrz, zdarza jej się także odreagowywać na otoczeniu. Konsekwencją są także objawy somatyczne. Nie dostrzega momentów w których stres uniemożliwia jej postępowanie zgodne z własnymi wartościami wychowawczymi. Nasilenie stresu wpływa na mniejszą cierpliwość wobec dziecka, szybsze wpadanie w złość. Pani Monika stara się nie obciążać rodziny swoimi emocjami, więc ma poczucie, że nie wpływają one na atmosferę w domu, jednak ma także świadomość, że nie zawsze jej się to udaje. Matka rozmawia z dzieckiem o swoich emocjach, syn ma świadomość, że wynika to z troski o jego zdrowie i bezpieczeństwo. Albert wyczuwa emocje mamy, wspiera ją przytulaniem i wyrazami miłości. Reakcjami których żałuje jest niepotrzebny krzyk na dziecko. Pani Monika nie potrafi świadomie stosować mechanizmów zatrzymywania impulsów i świadomego reagowania- głównie tłumi emocje w sobie, odczuwa objawy somatyczne, nie może jeść. Gdy stres przekłada się negatywnie na relacje z dzieckiem matka stara się okazać mu troskę, miłość.

Własna interpretacja zmiany postaw wychowawczych w przebiegu choroby

Matka zauważyła zmianę w podejściu wychowawczym do dziecka już od momentu otrzymania diagnozy, tj. w życiu płodowym dziecka. Diagnoza wpłynęła na większą uważność matki, potrzebę posiadania kontroli. Przed narodzinami dziecka postrzegała siebie jako rodzica spokojnego, obecnie jako zestresowanego co przekłada się na czerpanie mniejszej radości z macierzyństwa. Pozostała dwójka dzieci okazuje zrozumienie dla zaistniałej sytuacji, wsparcie, jednak matka stara się, aby choroba najmłodszego syna nie determinowała funkcjonowania całej rodziny. Przełomowe w kontekście choroby było zrozumienie ulotności życia i jego kruchości. Obrane postawy wychowawcze w ocenie matki nie zmieniły się, jednak istotne jest permanentne występowanie stresu. Trwałą zmianą wychowawczą jest większa uważność i wrażliwość na potrzeby dzieci. Pani Monika nieustannie dąży do znalezienia



sposobu na zapewnienie równego traktowania i uwagi wszystkim swoim dzieciom. Najważniejsza jest dla niej uważność, trzymanie ręki na pulsie i wrażliwość. Nie zmieniło się to wraz z posiadaniem kolejnego dziecka, jednak w kontekście choroby przewlekłej wartościom tym towarzyszy nieustanny stres. Matka podkreśla, że ogrom powikłań i konsekwencji przebytych operacji kardiochirurgicznych sprawiły, że obecnie choroba kardiologiczna zeszła na drugi plan, a stres spotęgował się w innych obszarach zdrowotnych.

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Makarowskiego

Tabela 7

Wyniki Moniki, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik surowy	Norma uogólniona	Norma stenowa-pleć	Norma stenowa-wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Poziom stresu
Napięcie emocjonalne	28	7	7	8	7	Wysoki
Stres zewnętrzny	19	4	4	4	3	Niski
Stres intrapsychiczny	28	7	7	7	6	Przeciętny-wysoki
Skala kłamstwa	15	3	3	3	3	Niski
Skala ogólna	90	8	8	8	7	Wysoki

Źródło: Opracowanie własne.

Zgodnie ze skalą kłamstwa (wynik surowy 15, sten 3) badana nie wykazuje tendencji do autoprezentacji, odpowiedzi są wiarygodne, a wynik nie przekracza wartości granicznej wskazującej na potrzebę zafałszowania obrazu siebie. Pozwala to na rzetelną interpretację pozostałych wyników kwestionariusza.

W skali ogólnej (wynik surowy 90, sten 8-7) badana uzyskała wynik wskazujący na wysoki poziom odczuwanego stresu, zarówno w normach ogólnych, jak i zróżnicowanych. Może to świadczyć o znacznym obciążeniu psychicznym oraz wyraźnie nasilonym poczuciu przeciążenia sytuacyjnego, które może mieć wpływ na codzienne funkcjonowanie.

W skali napięcie emocjonalne (wynik surowy 28, sten 7-8) Pani Monika uzyskała poziom wysoki, co świadczy o wewnętrznej pobudliwości, obniżonym nastroju, rozdrażnieniu, niepokoju. Osoba badana może doświadczać trudności z relaksacją, a także łatwo ulegać presji emocjonalnej. Taki stan może wpływać na reaktywność emocjonalną w sytuacjach rodzinnych i opiekuńczych.



W skali stres zewnętrzny (wynik surowy 10, sten 4-3) badana osiągnęła poziom niski, co świadczy o tym, że Pani Monika nie postrzega otoczenia jako źródła silnych stresorów. W jej ocenie czynniki środowiskowe, takie jak presja społeczna, zawodowa czy relacyjna, nie stanowią nadmiernego obciążania. Sytuacja stresowa nie jest więc interpretowana jako nacisk zewnętrzny, a raczej jako wewnętrzne napięcie.

W skali stresu intrapsychicznego wynik surowy wyniósł 28, co odpowiada 7 stenowi a więc wysokiemu poziomowi stresu, co wskazuje na nasilone konflikty wewnętrzne, ambiwalencję, niepewność decyzyjną i silne poczucie odpowiedzialności. Może to także oznaczać przeciążenie wewnętrzne, trudność w pogodzeniu własnych potrzeb z wymaganiami sytuacyjnymi. Taki stan bywa charakterystyczny dla osób doświadczających kryzysu opiekuńczego, zwłaszcza w kontekście przewlekłej choroby dziecka.

Profil badanej wskazuje na wysoki poziom uogólnionego stresu, wynikający przede wszystkim z nasilonego napięcia emocjonalnego i stresu intrapsychicznego. Pomimo niskiej oceny presji zewnętrznej, badana może doświadczać poważnych trudności związanych z wewnętrznym przeżywaniem sytuacji stresowych. W kontekście rodzicielstwa taki profil może wskazywać na osobę silnie zaangażowaną, emocjonalnie poruszoną i jednocześnie obciążoną psychicznie, mimo że nie obwinia otoczenia za swoją sytuację.

Istotne jest udzielenie badanej wsparcia psychologicznego z uwagi na silne zagrożenie wyczerpaniem. Warto skoncentrować działania na rozwijaniu umiejętności autorefleksji, wyznaczania granic i racjonalnego planowania. Istotne będzie także monitorowanie poziomu zmęczenia i zapobieganie syndromowi chronicznego wyczerpania. Wynik skali kłamstwa mieścił się w normie, jednak bardzo wysoki poziom stresu może sprawiać, że badana nie w pełni uświadamia sobie skalę swoich obciążeń, w przypadku nasilenia objawów somatycznych lub psychosomatycznych konieczna będzie pogłębiona diagnoza.

Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Wrześniewskiego, Trzebińskiego i Jaworskiej

Tabela 8

Wyniki Moniki, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 95%	Przedział ufności w stenach (95%)	Interpretacja
SSZ (Styl Skoncentrowany na Zadaniu)	69	8	63-75	6-9	Wysoki
SSE (Styl Skoncentrowany na Emocjach)	50	7	43-57	6-8	Wysoki
SSU (Styl Skoncentrowany na Unikaniu)	44	6	46-52	6-7	Przeciętny
ACZ (Angażowanie się w Czynności Zastępcze)	20	6	15-25	4-8	Przeciętny
PKT (Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich)	14	4	11-17	3-5	Niski

Źródło: Opracowanie własne.

W skali Stylu Skoncentrowanego na Zadaniu (SSZ) osoba badana uzyskała wynik surowy 69, co odpowiada stenowi 8. Oznacza to wysokie nasilenie stylu zadaniowego, czyli tendencję do konstruktywnego radzenia sobie poprzez planowanie, analizowanie i rozwiązywanie problemów. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników wysokich z prawdopodobieństwem 95%.

W skali Stylu Skoncentrowanego na Emocjach (SSE) respondentka uzyskała wynik surowy 50, co daje sten 7. Wynik ten wskazuje na wysokie nasilenie tendencji do reagowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych (np. napięcie, żal, poczucie bezradności). W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników wysokich z prawdopodobieństwem 95%, co pozwala na interpretację wyniku jako wysokiego poziomu emocjonalnego reagowania na stres.

W skali Stylu Skoncentrowanego na Unikaniu (SSU) osoba badana uzyskała wynik surowy 44, co przekłada się na sten 6, wskazując na przeciętny poziom tendencji do unikania



sytuacji stresowych. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%.

W podskali Angażowania się w Czynności Zastępcze (ACZ) respondentka uzyskała wynik surowy 20, co odpowiada stenowi 6, czyli również przeciętnemu poziomowi tej strategii. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%, co potwierdza przeciętny poziom stosowania czynności zastępczych takich jak oglądanie telewizji czy wykonywanie porządków.

W podskali Poszukiwania Kontaktów Towarzyskich (PKT) osoba badana uzyskała wynik surowy 14, co przekłada się na 4 sten, interpretowany jako niski poziom tendencji do poszukiwania wsparcia społecznego. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%.

Pani Monika cechuje się wysokim nasileniem zarówno stylu zadaniowego, jak i emocjonalnego, co może świadczyć o aktywnym, ale również silnie emocjonalnym reagowaniu na stresujące sytuacje. Styl unikowy i jego podskale utrzymują się na poziomie przeciętnym lub niskim, co sugeruje ograniczone stosowanie strategii unikania oraz rzadkie korzystanie ze wsparcia społecznego.

Wysokie nasilenie stylu zadaniowego może wskazywać, że matka dziecka przewlekle chorego mobilizuje się do działania: poszukuje informacji medycznych, organizuje leczenie, kontaktuje się z lekarzami i terapeutami, podejmuje inicjatywę w codziennym funkcjonowaniu rodziny. To adaptacyjna strategia, mogąca chronić przed bezradnością i wspierać poczucie sprawczości. Takie podejście sprzyja przejmowaniu kontroli nad sytuacją, co bywa niezwykle ważne w kontekście długotrwałej choroby dziecka.

Jednocześnie badana uzyskała wysoki wynik w Skali Skoncentrowanej na Emocjach, co może wskazywać na tendencję do intensywnego przeżywania napięcia emocjonalnego, lęku, żalu czy bezradności. W sytuacji choroby przewlekłej dziecka, może to oznaczać, że matka mimo aktywności zadaniowej- przeżywa silne emocje wewnętrzne, które mogą manifestować się płaczliwością, rozdrażnieniem lub zmęczeniem psychicznym. To wskazuje na wewnętrzny koszt emocjonalny związany z chorobą dziecka, mimo aktywnej postawy zewnętrznej.

Połączenie wysokiego stylu zadaniowego i emocjonalnego jest często spotykane u rodziców dzieci przewlekle chorych, którzy funkcjonują aktywnie na zewnątrz, ale jednocześnie przeżywają silne obciążenie psychiczne wewnątrz. Może to doprowadzić do



przeciążenia emocjonalnego, jeśli nie zostanie odpowiednio wsparte (np. poprzez interwencje psychologiczne lub systemowe wsparcie rodziny).

Skala Postaw Rodzicielskich opracowana przez Mieczysława Ploę

Tabela 9

Wyniki Moniki, Skala Postaw Rodzicielskich (SPR)

Postawa rodzicielska	Wynik surowy	Norma stenowa-liczba dzieci i ich wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Norma stenowa-pleć	Interpretacja
Akceptacja-Odrzucenie	42	7	7	7	Bliski uczuciowy kontakt z dzieckiem
Wymaganie	29	5	6	6	Postawa umiarkowanie właściwa
Autonomia	40	8	7	7	Wysoce pożądane traktowanie dziecka
Niekonsekwencja	22	3	5	5	Postawa pożądana/umiarkowanie pożądana
Ochranianie	23	2	4	4	Postawa właściwa

Opracowanie: Źródło własne.

Matka przejawia silnie wyrażoną postawę akceptującą (wynik surowy 42, sten 7, poziom wysoki), co oznacza, że przyjmuje dziecko takim, jakie jest, otwarcie okazuje uczucia, aprobuje jego potrzeby i wspiera rozwój emocjonalny. Wysoki poziom akceptacji wskazuje na pozytywny model relacji, który sprzyja tworzeniu głębokiej więzi emocjonalnej oraz ułatwia identyfikację dziecka z rodzicem. W przypadku dziecka przewlekle chorego taka postawa pełni funkcję ochronną i wspierającą, kompensującą ograniczenia wynikające z choroby oraz wzmacniającą poczucie bezpieczeństwa i samoocenę dziecka.

Pani Monika wykazuje przeciętny poziom wymagań wychowawczych (wynik surowy 29, sten 5-6), stawia dziecku jasne granice i oczekiwania, jednak nie przekracza ich w sposób nadmiernie restrykcyjny. Taki poziom kontroli wychowawczej jest zgodny z zaleceniami dotyczącymi rodzicielstwa wspierającego. W kontekście dziecka przewlekle chorego może to

oznaczać, że matka potrafi znaleźć równowagę między troską a wymaganiami, co wspiera rozwój samodzielności i odpowiedzialności mimo ograniczeń zdrowotnych.

Badana wyraźnie wspiera samodzielność dziecka i zachęca je do eksplorowania otoczenia, podejmowania decyzji i wyrażania własnych opinii (autonomia wynik surowy 40, sten 7-8). Tak wyraźnie zaznaczona postawa sprzyja rozwijaniu u dziecka poczucia sprawstwa i kompetencji. Wysoka autonomia może przeciwdziałać wyuczonej bezradności i dawać dziecku poczucie wpływu na własne życie.

Matka wykazuje przeciętny poziom spójności wychowawczej, wskazane byłoby większe ujednoczenie reakcji i reguł. W przypadku dziecka przewlekle chorego stałość i przewidywalność w relacji z rodzicem są kluczowe, pozwalają ograniczyć stres wynikający z leczenia czy hospitalizacji. Nawet przeciętny poziom niekonsekwencji warto traktować jako sygnał do refleksji nad zwiększeniem stabilności wychowawczej.

W obszarze postawy nadmiernie chroniącej (wynik surowy 23, sten 2-4) badana wykazuje brak przesadnej kontroli lub lękowej troskliwości, co w kontekście choroby przewlekłej jest wartością. Pani Monika nie wykazuje nadopiekuńczości, która mogłaby ograniczać rozwój samodzielności u dziecka.

Matka Alberta prezentuje profil rodzicielski sprzyjający harmonijnemu rozwojowi dziecka. Jej wysoki poziom akceptacji i autonomii, umiarkowane wymagania i brak nadmiernej ochrony wskazują na dojrzały, wspierający styl wychowawczy. Zachowanie przeciętnej konsekwencji w działaniach wychowawczych może wymagać drobnej korekty. Całościowo jednak Pani Monika tworzy bezpieczne i rozwojowe środowisko, które może znacząco wspomagać dziecko chore przewlekle, zarówno emocjonalnie jak i społecznie.

Rodzina 4: matka Katarzyna, syn Leon

Katarzyna: 35 lat

Stan cywilny: zamężna

Miejsce zamieszkania: wieś

Status zatrudnienia: pracujący

Wykształcenie: średnie

Liczba dzieci: 3

Dziecko z przewlekłą chorobą kardiologiczną: Leon, 6 lat; VSD, ubytek międzykomorowy na błonie blisko aorty- po narodzinach; opóźnienia rozwoju mowy, ADHD, spektrum autyzmu, zaburzenia SI;



Osoba najczęściej zajmująca się dzieckiem: matka

Poczucie doświadczanego stresu a prezentowane postawy rodzicielskie

W momencie diagnozy matka odczuwała strach, załamanie, płakała. Największe napięcie emocjonalne wywołuje u matki problem komunikacyjny syna, który przekłada się na wzmożoną konieczność opieki, poświęcanie mu większej uwagi, trudności w zrozumieniu werbalizowanych potrzeb. Bardzo pomocne dla Pani Katarzyny jest, gdy ktoś zaufany przejmie opiekę nad dziećmi, chociaż na 15 minut, co pozwala jej na odetchnięcie, zmianę nastawienia, uspokojenie się. Choroba dziecka sprawiła, że Pani Katarzyna jest w swojej ocenie nadmiernie opiekuńcza, wyręcza Leona w wielu rzeczach. Podczas nasilonego stresu matka jest bardziej emocjonalna względem dziecka, częściej go przytula. Styl wychowawczy uległ przewartościowaniu- przed diagnozą Pani Katarzyna była bardziej wymagająca względem dzieci, obecnie zachęca ich do aktywności i obowiązków domowych, ale nie naciska. Podkreśla znaczenie wspólnie spędzanego czasu. Badana docenia wsparcie męża, jako gwaranta poczucia bezpieczeństwa. Zmiany w podejściu do roli rodzica w związku z chorobą dziecka, to docenienie swojej roli, ale i podkreślenie roli odpowiedzialności i dojrzałości w postępowaniu rodzicielskim. Pani Katarzyna nie dostrzega zmian w sposobie komunikowania się w rodzinie. W sytuacji zaostrzenia choroby dziecka reagowała płaczem i zdenerwowaniem. Obecnie sytuacja jest stabilna. Matka podkreśla, że ma świadomość, że na niektóre aspekty nie ma wpływu i nauczyła się je odpuszczać.

Doświadczany stres rodzicielski- subiektywna ocena

Największe napięcie emocjonalne pojawia się u badanej w sytuacji, gdy lekarz informuje ją o pogorszeniu stanu zdrowia dziecka, konieczności powtórzenia operacji bądź innego rodzaju ingerencji w zdrowie dziecka. Każda choroba dziecka wywołuje u matki bezsilność i obawę, że przerodzi się w poważniejsze konsekwencje dla zdrowia. W sytuacji wzmożonego stresu matka odczuwa lęk, ma problemy z koncentracją, działa impulsywnie, ma przyspieszone bicie serca i nogi jak z waty. Na poziom stresu najbardziej w ocenie Pani Katarzyny wpływają czynniki organizacyjne, obawia się że o czymś zapomni, czemuś nie podoła. Dobre samopoczucie dziecka działa na nią kojąco. Okres wakacyjny i związane z nim wyjazdy wzbudzają niepokój u matki z uwagi na konieczność weryfikacji dostępu do placówek medycznych, wykupienia dodatkowego ubezpieczenia, pamiętania o lekach. Stres odreagowuje



podjadając. W sytuacji pojawiających się komplikacji stres bardziej się nasila, pojawia się zawód i rozczarowanie. Poczucie niepokoju i bezradności nasilają sytuacje, gdy rokowania są niepewne. Z kolei w kontakcie z personelem medycznym Panią Katarzynę irytuje lekceważące podejście pielęgniarek.

Strategie radzenia sobie ze stresem- subiektywny opis

Najczęstszymi emocjami pojawiającymi się w związku z chorobą dziecka są niepokój i bezradność. Matka kompensuje stres podjadaniem. Pomoc duchowa i modlitwa stanowi dla Pani Katarzyny najlepszą formę wsparcia. Najbardziej skutecznym sposobem radzenia sobie ze stresem jest według Pani Katarzyny wsparcie innych, zajęcie się dzieckiem, co pozwala jej na wyciszenie się i ujarzmienie własnych emocji. Swoją zdolność do radzenia sobie w sytuacjach trudnych Pani Katarzyna ocenia na dobrym poziomie. Badana uważa, że nie przekłada swoich emocji na decyzje podejmowane względem dziecka. Nie zna technik radzenia sobie ze stresem i ich nie stosuje. W samotności uzewnętrznia emocje, mówi że się „rozkleja”, w obecności innych stara się być bardziej opanowana i kontrolująca. W sytuacji doświadczania silnych emocji rodzina bądź przyjaciele starają się pocieszyć Panią Katarzynę argumentując, że „inni mają gorzej”, co negatywnie wpływa na badaną i powoduje wzrost poczucia frustracji i zdenerwowania. Emocje związane ze stresem przekładają się negatywnie na inne aspekty życia powodując zaniedbania głównie w sferze zawodowej. Trudną do zaakceptowania emocją jest poczucie bezradności wynikające z obawy o przyszłość syna i trudności w przewidzeniu jak rozwinie się sytuacja.

Postawy wychowawcze- subiektywne odczucia

Podejście wychowawcze wobec chorego dziecka Pani Katarzyna określa jako zmienne: bardziej kontrolujące w okresie roku szkolnego, odpuszczające w okresie wakacji. Diagnoza wpłynęła na fakt, że Pani Katarzyna bardziej docenia codzienne momenty, stara się wykorzystywać nadarzające się sposobności i jest lepiej zorganizowana. Wobec wszystkich dzieci badana przejawia postawę wspierającą, zdarza jej się wyręczać dzieci w codziennych czynnościach. Z uwagi na mnogość zaburzeń dziecka matka jest względem niego bardziej konsekwentna, jasno wyznaczać granice. Pani Katarzyna zauważa, że argumentuje odpuszczanie dziecku jego chorobą, racjonalizuje sobie odmienne podejście do dziecka troską o nie. Matka wpaja dziecku potrzebę troszczenia się o innych i szacunek. Badana stosuje



względem dzieci system oceny zachowania z którego wynikają konsekwencje i nagrody. Akceptuje wszystkie zachowania chorego syna i nauczyła się sobie z nimi radzić. Konsekwentne postępowanie najbardziej sprzyja rozwojowi dziecka, bardzo istotnym elementem jest także korzystanie z terapii. Diagnoza przewlekłej choroby kardiologicznej u dziecka przewartościowała sposób postrzegania roli rodzica. Badana jeszcze bardziej doceniła funkcję, którą pełni i trud rodzicielstwa.

Relacja rodzic- dziecko- subiektywna narracja

W sytuacji stresu badana mówi szybciej, głośniej, wyraźnie zaznacza, co dzieci mogą robić, a czego nie. Poczucie winy powoduje u matki brak możliwości poświęcenia wszystkim dzieciom takiej samej dozy uwagi. Pani Katarzyna stara się pamiętać, że nie na wszystko ma wpływ, rozmawiać i tłumaczyć synowi, a nie odreagowywać na nim złość. Zdarza jej się krzyczeć na dzieci, czego potem żałuje. Nasilenie stresu wpływa negatywnie na jej komunikację z dzieckiem, jest mniej cierpliwa, szybciej się irytuje. Zauważa, że dzieci są świetnymi obserwatorami i odwzorowują zachowania rodziców. Rozmawia z synem o swoich emocjach, zwłaszcza w sytuacji, gdy zdarza jej się stracić kontrolę. Chce nauczyć syna, że każdy popełnia błędy i nie ma ludzi idealnych. Zauważa, że jej syn wyczuwa jej emocje, szuka wówczas bardziej kontaktu z mamą. Żałuje, że zdarza jej się krzyknąć na dziecko. Dobrze kontroluje swoje emocje, sporadycznie zdarza jej się krzyczeć. Gdy wydarzy się sytuacja negatywnie wpływająca na relację z dzieckiem stara się mu ją wynagrodzić, porozmawiać, poświęcić synowi więcej czasu.

Własna interpretacja zmiany postaw wychowawczych w przebiegu choroby

Diagnoza spowodowała, że Pani Katarzyna jest bardziej uważna na potrzeby dziecka, stara się poświęcać mu więcej uwagi, korzystać z każdej wspólnej chwili. Z uwagi na wcześniej postawioną diagnozę nie zauważa zmian w sposobie wychowania dziecka obecnie i przed chorobą. W sytuacji zapotrzebowania na nową wiedzę lub wypracowania nowych rozwiązań korzysta z Internetu. Choroba dziecka sprawiła, że nauczyła się odpuszczać kwestie nieistotne, skupia się na rodzinie i na wspólnie spędzonym czasie. Starsze dzieci bardzo wspierają mamę w wychowywaniu młodszego syna, są uważne na jego potrzeby i problemy. Badana ma stałe metody postępowania wychowawczego, które nie uległy przewartościowaniu. Dostosowuje postępowanie wychowawcze do zaistniałych okoliczności i bieżącej sytuacji. Za najbardziej



wartościową cechę postępowania wychowawczego uznaje asertywność, potrzebę bycia razem, okazywania miłości dziecku i budowania jego poczucia własnej wartości.

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Makarowskiego

Tabela 10

Wyniki Katarzyny, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik surowy	Norma uogólniona	Norma stenowa- pleć	Norma stenowa- wiek	Norma stenowa- wysztalcenie	Poziom stresu
Napięcie emocjonalne	22	5	5	5	5	Przeciętny
Stres zewnętrzny	24	6	6	5	6	Przeciętny
Stres intrapsychiczny	19	4	4	4	4	Niski
Skala kłamstwa	9	1	1	1	1	Bardzo niski
Skala ogólna	74	6	6	6	6	Przeciętny

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki uzyskane przez Panią Katarzynę wskazują na ogólny przeciętny poziom stresu (wynik surowy 74, sten 6), co mieści się w zakresie normy przeciętnej. Oznacza to, że Pani Katarzyna doświadcza obciążenia emocjonalnego w stopniu zbliżonym do większości populacji referencyjnej. Nie stwierdza się znaczącego przeciążenia stresem ani jego chronicznego charakteru.

W skali napięcie emocjonalne badana uzyskała wynik surowy 22, co odpowiada 5 stenowi, co również świadczy o przeciętnym poziomie napięcia psychicznego. Pani Katarzyna nie przejawia nadmiernej drażliwości, labilności emocjonalnej ani oznak wewnętrznego pobudzenia. W codziennym funkcjonowaniu może to przekładać się na względną równowagę emocjonalną, co jest szczególnie ważne w kontekście opieki nad dzieckiem z chorobą przewlekłą.

W skali stres zewnętrzny badana osiągnęła wartość 24, co przekłada się na 5-6 sten. Wynik mieści się w zakresie wyników przeciętnych. Oznacza to, że badana relatywnie dobrze radzi sobie z presją płynącą z otoczenia, zewnętrznymi wymaganiami, trudnościami dnia codziennego oraz sytuacjami społecznymi. Pani Katarzyna nie przejawia szczególnej nadwrażliwości na bodźce stresogenne, co może sprzyjać konstruktywnemu funkcjonowaniu w roli opiekunki dziecka.



W skali stres intrapsychiczny wynik surowy wyniósł 19 (sten 4), co lokuje ten wymiar na niższym poziomie niż dwa pozostałe i mieści się w wynikach niskich. Można zatem przypuszczać, że Pani Katarzyna stosunkowo rzadko doświadcza konfliktów wewnętrznych, nadmiernych rozważań, samokrytycyzmu czy poczucia winy. Jej obraz siebie i sposobu funkcjonowania może być bardziej zintegrowany, a system przekonań mniej podatny na dysonans poznawczy.

Dodatkowo wynik w skali kłamstwa wynosi 4 punkty (sten 1), co wskazuje na bardzo niski poziom maskowania lub tendencyjnego odpowiadania. Taki wynik może sugerować wysoką rzetelność i otwartość w udzielaniu odpowiedzi przez badaną. Interpretacja pozostałych wyników może być zatem uznana za wiarygodną psychomotorycznie.

Uzyskany profil stresu pozwala stwierdzić, że Pani Katarzyna nie znajduje się obecnie w stanie silnego przeciążenia psychicznego. Wyniki plasujące się w przedziale przeciętnym we wszystkich głównych skalach mogą świadczyć o względnie dobrym przystosowaniu do trudnych warunków życia, jakie niesie ze sobą opieka nad dzieckiem przewlekle chorym. Obciążenie emocjonalne nie przekracza norm typowych dla dorosłych Polaków, co może wskazywać na adaptację do stresującej sytuacji rodzinnej, funkcjonujące mechanizmy wsparcia społecznego lub wewnętrznego, realistyczne spostrzeganie własnych emocji i ograniczeń. Relatywnie niski wynik w obszarze stresu intrapsychicznego może oznaczać, że Pani Katarzyna nie ma tendencji do nadmiernej introspekcji czy nadawania dużego znaczenia wewnętrznym przeżyciom. Może to jednak niekiedy utrudniać zauważenie własnych granic emocjonalnych i prowadzić do ich nieświadomego przekraczania, zwłaszcza w roli matki i opiekunki.

Rekomenduje się wzmocnienie świadomości emocjonalnej poprzez regularne monitorowanie własnych stanów emocjonalnych. Pomocne mogą być techniki samoobserwacji lub dziennik emocji. Obecny profil funkcjonowania wskazuje na dobrą adaptację, jednak warto profilaktycznie zadbać o zrównoważenie między opieką nad dzieckiem a dbaniem o własne zasoby psychiczne. Rekomendowane są aktywności regenerujące, np. kontakt z przyrodą, hobby, ruch fizyczny. Istotne jest także pogłębianie wiedzy na temat radzenia sobie ze stresem, udział w krótkich warsztatach lub webinarach dotyczących zdrowego radzenia sobie z obciążeniami psychicznymi, zwłaszcza w kontekście długotrwałej opieki nad dzieckiem z problemami zdrowotnymi.



Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Wrześniewskiego, Trzebińskiego i Jaworskiej

Tabela 11

Wyniki Katarzyny, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 95%	Przedział ufności w stenach (95%)	Interpretacja
SSZ (Styl Skoncentrowany na Zadaniu)	49	3	43-55	2-4	Niski
SSE (Styl Skoncentrowany na Emocjach)	45	6	38-42	5-6	Przeciętny
SSU (Styl Skoncentrowany na Unikaniu)	44	6	36-52	4-7	Przeciętny
ACZ (Angażowanie się w Czynności Zastępcze)	22	7	17-27	5-8	Wysoki
PKT (Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich)	13	4	10-16	2-5	Niski

Źródło: Opracowanie własne.

W Stylu Skoncentrowanym na Zadaniu (SSZ) badana uzyskała wynik surowy 49, co odpowiada stenowi 3 i oznacza niski poziom stylu zadaniowego. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%. Z wysokim prawdopodobieństwem można uznać, że osoba badana rzadko podejmuje działania ukierunkowane na rozwiązanie problemu w sytuacjach stresowych, nie planuje aktywnie ani nie analizuje sytuacji w sposób konstruktywny.

W Stylu Skoncentrowanym na Emocjach (SSE) Pani Katarzyna uzyskała wynik surowy 45, co odpowiada stenowi 6 i oznacza przeciętny poziom emocjonalnego reagowania na stres. Z 95% prawdopodobieństwem można założyć, że Pani Katarzyna umiarkowanie często przejawia reakcje emocjonalne w stresie, takie jak napięcie, lęk, złość czy bezradność.

W Stylu Skoncentrowanym na Unikaniu (SSU) badana uzyskała wynik surowy 44, sten 6, co również wskazuje na przeciętny poziom tendencji do unikania stresu. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%. Oznacza to, że osoba badana czasami próbuje uciekać od sytuacji stresowej przez odwracanie uwagi lub inne działania zastępcze, ale nie jest to dominująca strategia.



W podskali Angażowanie się w Czynności Zastępcze badana uzyskała wynik surowy 22, co odpowiada 7 stenowi, czyli wysokiemu poziomowi tej strategii. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników wysokich z prawdopodobieństwem 95%, co potwierdza skłonność do odwracania uwagi poprzez wykonywanie innych działań takich jak zakupy, oglądanie telewizji, np.

W podskali Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich (PKT) wynik surowy wyniósł 13, co odpowiada 4 stenowi, a więc niskiemu poziomowi tej strategii. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%, co oznacza, że Pani Katarzyna niechętnie poszukuje wsparcia społecznego w sytuacjach stresowych.

Wyniki Pani Katarzyny ukazują interesujący profil radzenia sobie ze stresem, który ma istotne znaczenie w kontekście funkcjonowania jako rodzic dziecka przewlekle chorego. Z jednej strony niski poziom stylu zadaniowego sugeruje, że osoba badana nie przejawia tendencji do aktywnego i zorganizowanego działania w obliczu stresu, co może świadczyć o braku przekonania co do własnej sprawczości, trudności w podejmowaniu decyzji, a także o mniejszym zaangażowaniu w planowanie i rozwiązywanie problemów związanych np. z leczeniem dziecka. Taka strategia może osłabiać skuteczność działań opiekuńczych i utrudniać adaptację do trudnej sytuacji życiowej. Jednocześnie osoba ta przeciętnie reaguje emocjonalnie na stres, co oznacza, że doświadcza napięcia psychicznego i emocji, ale potrafi je w umiarkowany sposób kontrolować. To względnie zrównoważony poziom, jednak w połączeniu z niskim stylem zadaniowym może prowadzić do wewnętrznego napięcia i poczucia braku wpływu.

Co ciekawe, styl unikania utrzymuje się również na poziomie przeciętnym, ale w jego strukturze zauważalna jest wysoka aktywność w podejmowaniu czynności zastępczych. Może to świadczyć, że w trudnych emocjonalnie momentach matka sięga po czynności, które odwrócą jej uwagę od sedna problemu. To strategia krótkoterminowa, która czasowo przynosi ulgę, jednak długofalowo może ograniczać adaptację.

Warto również zwrócić uwagę na niski poziom poszukiwania kontaktów towarzyskich, co może oznaczać, że osoba badana nie szuka wsparcia emocjonalnego w otoczeniu, nie dzieli się przeżyciami z bliskimi, nie korzysta z pomocy społecznej ani psychologicznej. Taka postawa może pogłębiać poczucie izolacji i osamotnienia w opiece nad chorym dzieckiem.

Profil radzenia sobie matki wskazuje na strategię skoncentrowaną na unikaniu problemu i wewnętrznym przeżywaniu stresu, przy braku aktywnego działania i ograniczonym korzystaniu ze wsparcia. Może to prowadzić do przeciążenia emocjonalnego, chronicznego stresu



i pogorszenia kondycji psychicznej. Wskazane byłoby wsparcie psychologiczne oraz trening umiejętności radzenia sobie, z naciskiem na wzmacnianie stylu zadaniowego oraz otwieranie się na pomoc społeczną.

Skala Postaw Rodzicielskich opracowana przez Mieczysława Plopę

Tabela 12

Wyniki Katarzyny, Skala Postaw Rodzicielskich (SPR)

Postawa rodzicielska	Wynik surowy	Norma stenowa-liczba dzieci i ich wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Norma stenowa-pleć	Interpretacja
Akceptacja-Odrzucenie	38	6	6	6	Przeciętne nasilenie postawy akceptującej
Wymaganie	24	3	5	3	Postawa właściwa
Autonomia	34	6	4	4	Przeciętne nasilenie postawy/ postawa właściwa
Niekonsekwencja	24	3	5	5	Postawa pożądana/ przeciętne nasilenie
Ochranianie	32	4	6	6	Postawa właściwa/ przeciętne nasilenie

Opracowanie: Źródło własne.

Postawa Pani Katarzyny wskazuje na przeciętny poziom akceptacji emocjonalnej wobec dziecka (wynik surowy 38, sten 6). Matka nie odrzuca dziecka, jednak nie przejawia również szczególnie silnej ekspresji emocjonalnej czy głębokiej identyfikacji emocjonalnej. Dziecko jest traktowane poprawnie, jednak może brakować mu pełnej otwartości uczuciowej i ciepła, które stanowią podstawę głębokiej więzi emocjonalnej. W przypadku dziecka przewlekle chorego podwyższony poziom akceptacji byłby szczególnie wskazany, ponieważ dziecko doświadcza wielu trudności i potrzebuje bezwarunkowej bliskości. Pani Katarzyna może zatem rozważyć świadome wzmacnianie komunikatów emocjonalnych wobec dziecka, zarówno słownych, jak i niewerbalnych.

Matka przejawia umiarkowany poziom stawiania wymagań (wynik surowy 24, sten 3-5), nie narzuca dziecku nadmiernej dyscypliny ani nie stawia zbyt wysokich wymagań. Taki poziom jest odpowiedni dla zachowania równowagi między troską a kontrolą wychowawczą. Dla dziecka przewlekle chorego umiarkowana postawa wymagająca może być korzystna, ponieważ nie wywołuje dodatkowego stresu, a jednocześnie pomaga kształtować

odpowiedzialność i poczucie wpływu. Ważne, by wymagania były realistyczne, dostosowane do możliwości psychofizycznych dziecka.

W obszarze autonomii wynik Pani Katarzyny wskazuje na przeciętny poziom wspierania samodzielności dziecka (wynik surowy 34, sten 4-6). Matka nie wykazuje nadmiernej kontroli, ale też nie stymuluje aktywnie rozwoju niezależności dziecka. Postawa ta wskazuje na neutralne podejście. W wychowaniu dziecka przewlekle chorego postawa ta może być niewystarczająca. Dziecko zmagające się z chorobą potrzebuje wsparcia w budowaniu poczucia kompetencji i autonomii, które są często zagrożone przez nadopiekuńcze zachowania. Z tego względu zaleca się większe zachęcanie dziecka do samodzielnych decyzji i eksplorowania otoczenia w miarę jego możliwości zdrowotnych.

Badana cechuje się względną konsekwencją w działaniu. Nie przejawia ani chaosu wychowawczego, ani sztywności (wynik surowy 24, sten 3-5). Dziecko może przewidzieć reakcje matki, co daje mu poczucie bezpieczeństwa i struktury. Dla dziecka przewlekle chorego taka przewidywalność jest bardzo ważna, pozwala na redukcję lęku i niepewności związanych z chorobą. Przeciętny poziom tej postawy warto uznać za korzystny i go utrzymać.

W obszarze ochraniać postawa Pani Katarzyny mieści się w normie i nie wskazuje na nadmierną kontrolę, ani też na całkowity brak troski. Rodzic zachowuje równowagę między opieką, a zachęcaniem dziecka do niezależności.

Profil rodzicielski badanej wskazuje na zrównoważony i dojrzały styl wychowawczy. Przejawia postawy właściwe, zgodne z psychologicznymi potrzebami dziecka. Jej zachowania wychowawcze są spójne i adekwatne, choć warto rozważyć wzmacnianie emocjonalnej otwartości oraz wspieranie samodzielności dziecka, co jest kluczowe w kontekście przewlekłej choroby.

Rodzina 5: matka Karolina, córka Maja

Karolina: 41 lat
Stan cywilny: zamężna
Miejsce zamieszkania: średniej wielkości miasto
Status zatrudnienia: bezrobotna
Wykształcenie: wyższe
Liczba dzieci: 2



Dziecko z przewlekłą chorobą kardiologiczną: Maja, 8 lat; kardiomiopatia rozstrzeniowa (dylatacyjna) zdiagnozowana w 2 miesiącu życia; 8 lat od diagnozy; autyzm wczesnodziecięcy;
Osoba najczęściej zajmująca się dzieckiem: matka

Poczucie doświadczanego stresu a prezentowane postawy rodzicielskie

Pani Karolina doświadczyła diagnozy choroby kardiologicznej córki jako czegoś przerażającego, niepewnego, była pełna obaw i strachu. Największe napięcie emocjonalne wywołują u niej wizyty kontrolne, pójście córki do szkoły, choroby. Najskuteczniejsze wsparcie stanowi dla badanej rozmowa z mężem, jego obecność bądź wsparcie przyjaciółki. Choroba dziecka sprawiła, że Pani Karolina w bardziej otwarty sposób wyraża uczucia, częściej mówi córce, że ją kocha, poświęca jej więcej uwagi i jest bardziej zaangażowana. W okresach zwiększonego stresu Pani Karolina poświęca jeszcze więcej uwagi córce, jest jej w pełni oddana. Od momentu postawienia diagnozy matka uważniej słucha córki, efektywnie spędza z nią czas, podąża za nią. Najbardziej pomocne w łagodzeniu stresu związanego z chorobą córki jest dla badanej wsparcie najbliższych, rozmowy, ich obecność. Zmieniły się także poglądy Pani Karoliny na rodzicielstwo. Przestała oceniać innych, zaczęła postrzegać rodzica jako opiekuna dziecka, osobę wspierającą, często kosztem rezygnacji z siebie samego. Komunikacja w rodzinie nie uległa zmianie- badana otwarcie mówi o swojej sytuacji i otrzymuje pozytywne feedback od członków rodziny. W sytuacji zaostrzenia choroby dziecka badana odczuwa silny stres, bóle głowy, reakcje płynące z ciała, zmartwienie, ma negatywne myśli co do przyszłości. Swoje poczucie sprawczości i kontroli ocenia na dobrym poziomie, czuje się bezpiecznie z uwagi na zaufanie do otrzymywanej opieki medycznej.

Doświadczany stres rodzicielski- subiektywna ocena

Największe napięcie emocjonalne wywołują u Pani Karoliny operacje córki i wizyty kontrolne na kardiokirurgii, na co dzień nauczyła się żyć z chorobą dziecka. Przewlekłą konsekwencją zdrowotną matki są migreny, które znacznie nasilają się w okresach hospitalizacji i po. Stres objawia się silnymi bólami głowy, izolacją społeczną, negatywnym myśleniem o przyszłości, zamartwianiem się. Istotnym stresorem jest aspekt finansowy, ponieważ badana nie pracuje, a koszty leczenia i rehabilitacji dziecka są wysokie. Swoją poziom stresu Pani Karolina określa jako wysoki i przewlekły, nawet w okresach dobrego



samopoczucia dziecka. Pani Karolina nie zauważa istotnych czynników dnia codziennego, które są szczególnie stresujące w kontekście choroby jej dziecka. Badana zauważa u siebie bóle brzucha, chroniczne zmęczenie, bóle głowy, zaburzenia snu. Poczucie stresu zwiększa się w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia dziecka, wówczas pojawia się obawa przed rokowaniami, lęk, niepewność. Poczucie bezradności występuje u badanej, gdy otrzymuje złe wiadomości dotyczące stanu zdrowia córki, analogicznie badana doświadcza silnego stresu podczas rozmów z personelem medycznym co do rokowań, jednak podkreśla, że zazwyczaj ma dobre doświadczenia i wsparcie od lekarzy i pielęgniarek.

Strategie radzenia sobie ze stresem- subiektywny opis

Emocjami, które najczęściej towarzyszą badanej w kontekście choroby córki są lęk, strach, niepewność, smutek, bezradność, złość. W sytuacji zaostrzenia objawów bądź hospitalizacji dziecka matka poświęca córce całą uwagę, a konsekwencje silnego stresu odczuwa zazwyczaj po powrocie z dzieckiem do domu (są one odroczone w czasie). Pani Karolina nie korzystała nigdy z żadnych form wsparcia, docenia pomoc przyjaciółki oraz istotę modlitwy. Swoje sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych emocjonalnie Pani Karolina ocenia jako dobre. Podchodzi do problemów zadaniowo, potrafi zwrócić się po pomoc i wsparcie. Badana określa siebie jako przewrażliwioną, obawa o zdrowie córki powoduje, że zbyt często korzysta z kontroli pediatrycznych i kardiologicznych. Nie zna technik radzenia sobie ze stresem i świadomie ich nie stosuje. Nie ma dla niej znaczenia czy jest sama czy z kimś, niezależnie od okoliczności podobnie reaguje na stres. W sytuacji trudnej pozostali członkowie rodziny bądź się wycofują bądź wspólnie płaczą. Choroba córki sprawiła, że Pani Karolina odizolowała się od ludzi, którzy nie mają niepełnosprawnych dzieci i mogą nie rozumieć sytuacji i potrzeb tego typu osób. Matka odczuwa bezradność w związku z tym, że córka jest zagrożona koniecznością przeszczepu serca i na stałe musi przyjmować silne leki kardiologiczne w dużych ilościach.

Postawy wychowawcze- subiektywne odczucia

Swoje podejście wychowawcze Pani Karolina określa jako wspierające. Diagnoza spowodowała, że badana jest względem córki bardziej troskliwa i pobłażliwa. Pani Karolina przyjmuje postawę kontrolującą w kwestiach dbałości o zdrowie córki, jednak w aspekcie wychowawczym przejawia głównie postawę wspierającą. Choroba córki i konieczność



ograniczania stresorów powodowała, że badana nie była konsekwentna w postępowaniu, nie stawiała jasnych granic. Obecnie stara się równoważyć swoje postępowanie. Pani Karolina ma dwójkę dzieci ze zdiagnozowaną przewlekłą wadą serca w związku z czym stosuje względem nich jednolite postępowanie wychowawcze. Wartości, które stara się przekazać dzieciom, to aby były odważne, cierpliwe i odpowiedzialne za zdrowie. Choroba nie wpłynęła na kwestię nagradzania i konsekwencji u badanej. W młodszym wieku badanej trudno było zaakceptować u córki brak współpracy podczas badań medycznych, obecnie większość nieprawidłowych zachowań Mai wynika ze sprzężonej niepełnosprawności, tj. autyzmu. W ocenie matki najbardziej sprzyjające rozwojowi postawy to akceptacja, aktywność, nauka przez zabawę. Choroba dziecka zmieniła wyobrażenie Pani Karoliny o byciu rodzicem- stała się bardziej cierpliwa, poświęciła się wychowaniu dzieci, zrezygnowała z pracy, spowodowała wzmocnienie więzi rodzinnych i zmianę priorytetów.

Relacja rodzic- dziecko- subiektywna narracja

Przewlekły stres powoduje u Pani Karoliny wzmożoną drażliwość. Poczucie winy i frustracji powodują u matki sytuacje, gdy nie może poświęcić dziecku wystarczającej ilości czasu bądź, gdy córka lub matka nie skontrolują swoich emocji i dochodzi do napadów złości u którejś z nich. Dla minimalizowania poczucia stresu badana spędza dużo czasu z dziećmi na świeżym powietrzu, spacerując, spotykając się z osobami empatycznymi. Badana nie dostrzega sytuacji, które uniemożliwiają jej postępowanie zgodne z własnymi wartościami wychowawczymi, nie zauważa także aby stres wpływał na jej cierpliwość bądź sposób komunikowania się z dzieckiem. Pani Karolina odreagowuje stres poza domem, stara się, aby jej emocje nie rzutowały na atmosferę domową. Z uwagi na sprzężone zaburzenia córki badana nie rozmawia z nią o swoich emocjach. Zauważa, że córka wyczuwa jej emocje, reaguje na nie nerwowością, płaczem bądź wspierająco. Sporadyczne sytuacje krzyczenia na dziecko powodują u badanej wyrzuty sumienia. Dla zatrzymania impulsów badana potrzebuje zmienić otoczenie, pooddychać, porozmawiać z inną osobą znaczącą. Potrafi przeprosić córkę, przyznać się do błędu, naprawić popełniony błąd wychowawczy.

Własna interpretacja zmiany postaw wychowawczych w przebiegu choroby

Badana podkreśla, że choroba dziecka sprawia, że rodzic staje się bardziej uważny na jego potrzeby, przewartościowuje priorytety, wymusza zmianę stylu życia. Nie zauważa różnic



z podejściu wychowawczym, ponieważ choroba dziecka została zdiagnozowana zaraz po jego urodzeniu. Wśród nowych kompetencji wychowawczych wynikających z bycia mamą dziecka przewlekłe chorego Pani Karolina wymienia: bycie opiekunką, a nie tylko mamą, dbanie o przyjmowanie leków, pilnowanie wizyt kontrolnych. Przełomowymi momentami w kontekście choroby były długoterminowe pobyty w szpitalach. Mama określa siebie jako nadmiernie opiekuńczą. Trwałe zmiany wychowawcze wprowadzone przez badaną to: nauka radzenia sobie ze stresem, organizowanie doświadczeń uczących, tak aby córka umiała poradzić sobie w życiu z chorobą. Pani Karolina nadal poszukuje równowagi pomiędzy nadmierną opiekuczością, a dawaniem córce swobody, uczeniem jej samodzielności, przygotowaniem do życia. Najważniejsze cechy postaw rodzicielskich w ocenie badanej to cierpliwość, wyrozumiałość i wsparcie.

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Makarowskiego

Tabela 13

Wyniki Karoliny, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik surowy	Norma uogólniona	Norma stenowa-pleć	Norma stenowa-wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Poziom stresu
Napięcie emocjonalne	22	5	5	5	5	Przeciętny
Stres zewnętrzny	18	4	3	3	3	Niski
Stres intrapsychiczny	18	4	3	3	3	Niski
Skala kłamstwa	16	4	4	4	4	Niski
Skala ogólna	74	6	6	6	6	Przeciętny

Źródło: Opracowanie własne.

Pani Karolina uzyskała wynik ogólny równy 74, co odpowiada 6 stenowi i mieści się w przedziale przeciętnym. Oznacza to, że poziom doświadczanego stresu jest umiarkowany i nie przekracza norm typowych dla populacji referencyjnej. Pani Karolina funkcjonuje zatem w zakresie psychicznej równowagi, jednak pozostaje w strefie ryzyka przeciążania w warunkach zwiększonych trudności.

W skali napięcia emocjonalnego badana uzyskała wynik surowy 22, co odpowiada 5 stenowi i mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Pani Karolina nie wykazuje oznak chronicznego napięcia emocjonalnego. Umiarkowany wynik wskazuje na ogólną odporność na rozchwianie emocjonalne, drażliwość czy wybuchy emocji. Osoba ta raczej nie doświadcza



silnych, destabilizujących emocji w sytuacjach trudnych, co sprzyja konstruktywnemu funkcjonowaniu w roli matki dziecka przewlekle chorego.

W skali stres zewnętrzny badana uzyskała wynik surowy 18, co w poszczególnych normach przekłada się na sten 3-4 i odpowiada poziomowi niskiemu. Może to świadczyć o dobrym przystosowaniu do oczekiwań otoczenia, niskiej podatności na społeczną ocenę lub o tendencji do pomijania czy bagatelizowania wpływów zewnętrznych, co może utrudniać dostrzeganie zewnętrznych zagrożeń.

W skali stres intrapsychiczny badana uzyskała wynik surowy 18 (sten 3-4, poziom niski), co sugeruje, że Pani Karolina nie doświadcza nasilonych konfliktów wewnętrznych, nie przejawia wyraźnej samokrytyki czy poczucia winy. Może to również wskazywać na dobre zintegrowanie obrazu siebie. Jednocześnie zbyt niski wynik może sugerować, że trudności wewnętrzne są wypierane bądź nieświadomione.

W skali kłamstwa badana uzyskała wynik surowy 16, co odpowiada 4 stenowi i stanowi poziom niski. Wynik ten mieści się w dolnych granicach normy i wskazuje na względną otwartość i rzetelność udzielanych odpowiedzi. Nie stwierdza się istotnych tendencji do zniekształceń obrazu siebie.

Pani Karolina prezentuje przeciętny ogólny poziom stresu psychicznego, przy niskich wynikach w zakresie stresu zewnętrznego i intrapsychicznego oraz umiarkowanym napięciu emocjonalnym. Można przypuszczać, że funkcjonuje stabilnie, wykazuje odporność emocjonalną oraz stosunkowo skutecznie radzi sobie z codziennymi obciążeniami. W kontekście roli rodzicielskiej i konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem przewlekle chorym, taki profil może wskazywać na dobrą adaptację do trudnej sytuacji rodzinnej, jednak należy również uwzględnić, że niskie wskaźniki stresu mogą świadczyć o mechanizmach obronnych.

Wskazane jest cykliczne monitorowanie stanu emocjonalnego, pogłębiona psychoedukacja dla zwiększenia świadomości ewentualnych, nieświadomych napięć wewnętrznych, praca nad ekspresją emocji, ich rozpoznaniem i nazywaniem. Ewentualnie przy pojawieniu się objawów psychosomatycznych lub trudności w komunikacji interpersonalnej wskazane jest rozważenie konsultacji psychoterapeutycznej dla oceny czy nie występują mechanizmy obronne zakłócające obraz sytuacji.



Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Wrześniewskiego, Trzebińskiego i Jaworskiej

Tabela 14

Wyniki Karoliny, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 95%	Przedział ufności w stenach (95%)	Interpretacja
SSZ (Styl Skoncentrowany na Zadaniu)	46	2	40-52	1-4	Bardzo niski
SSE (Styl Skoncentrowany na Emocjach)	37	5	30-43	3-6	Przeciętny
SSU (Styl Skoncentrowany na Unikaniu)	48	6	40-56	5-8	Przeciętny
ACZ (Angażowanie się w Czynności Zastępcze)	22	7	17-27	5-8	Wysoki
PKT (Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich)	24	9	21-27	8-10	Bardzo wysoki

Źródło: Opracowanie własne.

W Stylu Skoncentrowanym na Zadaniu (SSZ) Pani Karolina uzyskała wynik surowy 46, co przekłada się na 2 sten, mieszczący się w wynikach bardzo niskich. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników bardzo niskich z prawdopodobieństwem 95%. Oznacza to, że u osoby badanej występuje bardzo niskie nasilenie stylu zadaniowego, preferowane są inne strategie niż planowanie i aktywne rozwiązywanie problemu. Pani Karolina może mieć trudności z analizą stresującej sytuacji i podejmowaniem działań nakierowanych na jej kontrolę.

W Stylu Skoncentrowanym na Emocjach (SSE) badana osiągnęła wynik surowy 37, co odpowiada 5 stenowi i mieści się w przedziale wyników przeciętnych. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%. Badana może w umiarkowany sposób przeżywać napięcie emocjonalne w sytuacjach stresowych, ale niekoniecznie jest to jej dominujący sposób reagowania.

Wynik surowy w Stylu Skoncentrowanym na Unikaniu (SSU) wyniósł 48, co odpowiada 6 stenowi, czyli również poziomowi przeciętnemu. W odniesieniu do przedziałów



ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%. Oznacza to, że badana wykazuje umiarkowaną tendencję do unikania stresu przez odwracanie uwagi lub angażowanie się w inne czynności.

W podskali ACZ (Angażowanie się w Czynności Zastępcze) wynik surowy wynosi 22, co odpowiada 7 stenowi, czyli poziomowi wysokiemu. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników wysokich z prawdopodobieństwem 95%. Może to wskazywać, że badana często stosuje strategie polegające na zastępowaniu działań bezpośrednich aktywnościami rozpraszającymi takimi jak gotowanie, sprzątanie czy zakupy, aby nie konfrontować się z problemem.

W podskali PKT (Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich) wynik surowy wyniósł 24, co odpowiada 9 stenowi, a więc poziomowi bardzo wysokiemu. Badana ma silną tendencję do poszukiwania wsparcia społecznego, rozmów z innymi, dzielenia się trudnościami i jest to jej dominująca strategia radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

U Pani Karoliny dominuje strategia Poszukiwania Kontaktów Towarzyskich, co może świadczyć o dużej potrzebie uzewnętrzniania emocji, dzielenia się swoimi trudnościami z otoczeniem i szukania wsparcia społecznego. Jest to potencjalnie zasobowa strategia, zwłaszcza w kontekście przewlekłej choroby dziecka, ponieważ pozwala na redukcję napięcia emocjonalnego oraz sprzyja poczuciu wspólnoty. Jednocześnie należy zauważyć bardzo niskie nasilenie stylu zadaniowego, co oznacza, że badana nie wykazuje skłonności do planowego i aktywnego działania w sytuacjach trudnych. Może to utrudniać efektywne zarządzanie problemami związanymi z opieką nad dzieckiem, prowadząc do poczucia bezradności i chaosu.

Umiarkowanie przeciętne wyniki stylu emocjonalnego i unikowego sugerują, że badana nie jest nadmiernie emocjonalna, ale też nie podejmuje wyraźnych prób unikania problemów. Wysokie wyniki w zakresie angażowania się w czynności zastępcze mogą świadczyć o pewnej ucieczce od trudnych emocji, np. poprzez intensywne angażowanie się w codzienne obowiązki.

Profil ten wskazuje na osobę, która w obliczu stresu poszukuje wsparcia innych, a jednocześnie unika bezpośredniej konfrontacji z problemem poprzez brak działań zadaniowych i angażowanie się w czynności zastępcze. W kontekście przewlekłej choroby dziecka może to skutkować wysokim poziomem zależności emocjonalnej od otoczenia, przy ograniczonej zdolności do sprawczości i rozwiązywania problemów. Wskazane byłoby wspieranie badanej w rozwijaniu kompetencji zadaniowych oraz wzmacnianie poczucia wpływu na sytuację.



Skala Postaw Rodzicielskich opracowana przez Mieczysława Plopę

Tabela 15

Wyniki Karoliny, Skala Postaw Rodzicielskich (SPR)

Postawa rodzicielska	Wynik surowy	Norma stenowa-liczba dzieci i ich wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Norma stenowa-pleć	Interpretacja
Akceptacja-Odrzucenie	50	10	10	10	Bliski, uczuciowy kontakt z dzieckiem
Wymaganie	10	1	1	1	Postawa właściwa
Autonomia	46	8	9	9	Wysoce pożądane traktowanie
Niekonsekwencja	13	2	2	3	Postawa pożądana
Ochranianie	27	4	5	5	Postawa właściwa/umiarkowanie właściwa

Opracowanie: Źródło własne.

Pani Karolina uzyskała najwyższy możliwy wynik stenowy, co jednoznacznie wskazuje na bardzo silną emocjonalną więź z dzieckiem, akceptację jego indywidualności i pełne przyjęcie go jako osoby. Taki rezultat świadczy o dużej dojrzałości emocjonalnej matki, jej zdolności do empatycznego kontaktu. Tak wysoki wynik może oznaczać, że dziecko czuje się kochane i bezpieczne, co jest szczególnie ważne w kontekście choroby przewlekłej, zwiększającej ryzyko lęku separacyjnego i poczucia odrzucenia. Badana stwarza klimat emocjonalnego bezpieczeństwa, który wzmacnia odporność psychiczną jej córki Mai.

W obszarze wymagań matka przejawia postawę łagodną, tolerancyjną, nieopresyjną, co może sprzyjać rozwojowi samodzielności córki, ale może także prowadzić do braku wyraźnych granic wychowawczych (wynik surowy 10, sten 1). W przypadku dziecka przewlekle chorego taki wynik może mieć dwojakie konsekwencje. Z jednej strony niższe wymagania mogą być uzasadnione ograniczeniami wynikającymi z choroby. Z drugiej strony mogą sprzyjać rozwojowi postawy zależnościowej i obniżonemu poczuciu sprawstwa. Istotne jest znalezienie równowagi między wsparciem, a stymulowaniem do samodzielności.

W obszarze autonomii (wynik surowy 46, sten 8-9) badana uzyskała bardzo wysoki wynik, co sugeruje, że matka wspiera rozwój niezależności dziecka i respektuje jego indywidualność, poglądy oraz możliwości. Takie podejście sprzyja budowaniu wewnętrznego poczucia wartości u dziecka i rozwijaniu umiejętności podejmowania decyzji. Pani Karolina

umożliwia dziecku aktywne uczestnictwo w codziennym życiu i podejmowanie decyzji adekwatnych do wieku.

Postawa niekonsekwencji mieści się w normie (wynik surowy 13, sten 2-3), matka nie przejawia chaosu wychowawczego, ani nadmiernej sztywności. Dziecko może przewidywać zachowania matki. Dzięki stabilności emocjonalnej i konsekwencji wychowawczej możliwe jest budowanie odporności psychicznej u dziecka. Zagrożeniem może być pewna zmienność reagowania, co może prowadzić do braku przewidywalności reakcji w oczach dziecka i budzić niepewność i chaos emocjonalny. Warto wzmocnić spójność reakcji wychowawczych i jasność komunikatów.

Poziom nadopiekuńczości jest umiarkowany (wynik surowy 27, sten 4-5), co oznacza, że matka troszczy się o dziecko, jednak nie przekracza granicy nadmiernej kontroli czy wyręczania. To równowaga pomiędzy opieką, a pozostawianiem przestrzeni do działania.

Pani Karolina prezentuje zrównoważony, dojrzały i wspierający styl rodzicielstwa. Taki profil sprzyja pozytywnemu funkcjonowaniu emocjonalnemu dziecka, buduje jego poczucie własnej wartości i bezpieczeństwa. W kontekście przewlekłej choroby daje silne wsparcie emocjonalne, nie tworząc przy tym barier w rozwoju samodzielności. Można zalecić uważność na konsekwencje w działaniu oraz dostosowanie wymagań do realnych możliwości dziecka, nie rezygnując jednak z ich stawiania.

Rodzina 6: matka Wioletta, córka Rozalia

Wioletta: 47 lat

Stan cywilny: zamężna

Miejsce zamieszkania: średniej wielkości miasto

Status zatrudnienia: na urlopie wychowawczym

Wykształcenie: wyższe

Liczba dzieci: 4

Dziecko z przewlekłą chorobą kardiologiczną: Rozalia, 7 lat; kardiomiopatia pozapalna, zdiagnozowana w wieku 5 lat; 2 lata od diagnozy

Osoba najczęściej zajmująca się dzieckiem: matka

Poczucie doświadczanego stresu a prezentowane postawy rodzicielskie

W momencie usłyszenia diagnozy matce towarzyszył szok, niedowierzanie i strach. Matce towarzyszy strach związany z potencjalnym brakiem wiedzy dotyczącym sytuacji



w których musiałyby udzielić pomocy córce, obawia się, że nie wiedziałyby co zrobić. Najskuteczniejszym sposobem radzenia sobie ze stresem jest w ocenie badanej wspólny spacer z córką. W związku z chorobą dziecka matka zauważyła u siebie wzrost empatii. Badana nie zauważyła zmian w relacjach z córką w okresach zwiększonego stresu. Postępowanie wychowawcze matki nie zmieniło się w związku z diagnozą przewlekłej choroby kardiologicznej- wychowuje czwórkę dzieci i względem wszystkich postępuje tak samo. Jako skuteczny sposób łagodzenia stresu badana wskazuje rozmowy. Choroba dziecka nie wpłynęła na postrzeganie przez badaną roli rodzica. Rodzina stała się bardziej uważna na potrzeby badanej i jej córki, wspiera je, więcej rozmawia. W sytuacji zaostrzenia choroby badana stara się zachować spokój i nie panikować. Uważa, że dobrze kontroluje swoje emocje i prawidłowo je wyraża.

Doświadczany stres rodzicielski- subiektywna ocena

Największe napięcie emocjonalne wywołuje u badanej pogorszenie sytuacji zdrowotnej dziecka. Pani Wioletta stara się nie stresować, zachowuje dystans, rozumie że na pewne sytuacje zdrowotne córki nie ma wpływu. Najczęściej napięcie odczuwa w ciele, w sytuacjach stresowych jest zdenerwowana. Na poziom stresu znacząco wpływają czynniki finansowe, ponieważ z uwagi na diagnozę choroby przewlekłej badana musiała zrezygnować z pracy oraz czynniki emocjonalne, ponieważ Pani Wioletta przez rok przebywała z córką w szpitalu pozostawiając trójkę dzieci pod opieką pozostałych członków rodziny. Poziom stresu zmienia się u badanej w zależności od sytuacji zdrowotnej córki. Pogorszenie sytuacji zdrowotnej powoduje rozdrażnienie, nerwowość, pobudzenie, a polepszenie sytuacji zdrowotnej wywołuje u badanej spokój. Szczególnie stresujące w kontekście choroby dziecka są sytuacje, gdy gromadzi się większa liczba ludzi i pojawia się obawa, czy córka nie złapie jakiejś choroby bądź infekcji. Najczęstszym objawem cielesnym na stres jest u badanej ból głowy. Pani Wiola stara się myśleć pozytywnie, tak by dziecko nie odczuwało jej negatywnych emocji. Poczucie niepokoju i bezradności wywołuje u badanej perspektywa braku dalszych możliwości leczenia, wyczerpanie możliwości działania. W kontakcie z personelem medycznym szczególnie silne emocje wywołują u badanej brak empatii i nieumiejętne podejście specjalistów w trudnych chwilach.



Strategie radzenia sobie ze stresem- subiektywny opis

Badanej najczęściej towarzyszą strach i bezradność w związku z chorobą dziecka. Pani Wioletta tłumi emocje, by chronić Rozalię. Szczególnie istotną pomoc i wsparcie stanowiły rozmowy z osobami o podobnej sytuacji i tożsamy doświadczeniach. Najbardziej skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem to w ocenie badanej spacerowanie i rozmowa z zaufaną osobą. Matka twierdzi, że potrafi radzić sobie ze stresem w sytuacjach trudnych emocjonalnie. Badana twierdzi, że emocje które odczuwa nie mają wpływu na jej postępowanie względem córki i podejmowane decyzje. Nie miała okazji uczyć się strategii radzenia sobie ze stresem. W samotności stara się wyciszyć, a w obecności innych jest bardziej rozdrażniona. W sytuacji silnych emocji u Pani Wioletty pozostali członkowie rodziny są bardziej niespokojni, przekłada się to na ich poczucie bezpieczeństwa. Emocje związane ze stresem przekładają się na inne aspekty życia badanej, zwłaszcza na kontakty z mężem bądź innymi osobami znaczącymi- częściej dochodzi do kłótni. U badanej pojawiają się emocje takie jak złość, zazdrość i bezradność, jednak Pani Wioletta potrafi o nich mówić, nazywać je, radzić sobie z nimi.

Postawy wychowawcze- subiektywne odczucia

Pani Wioletta nie stosuje odrębnego postępowania wychowawczego względem chorej córki. Wychowuje córkę analogicznie jak przed diagnozą. Stara się zachowywać równowagę w postępowaniu wychowawczym i być elastyczną (wspierać i kontrolować w zależności od potrzeb dziecka). Matka określa siebie jako konsekwentną, choroba dziecka nie zmieniła podejścia badanej do kwestii stawiania granic bądź nagradzania. Pani Wioletta jednolicie postępuje względem wszystkich swoich dzieci. Wartości, które stara się przekazać swoim dzieciom to szacunek do drugiego człowieka, dobroć, chęć pomocy, ale także egzekwowanie szacunku innych do siebie samej. Matce najtrudniej zaakceptować sytuacje, gdy córka przekracza ustalone granice, stara się wówczas rozmawiać z córką. Najlepszą postawą sprzyjającą rozwojowi dziecka jest według badanej obecność przy dziecku, zapewnianie mu poczucia bezpieczeństwa. Choroba córki nie zmieniła wyobrażenia matki o byciu rodzicem.

Relacja rodzic- dziecko- subiektywna narracja

Pani Wioletta stara się zachowywać normalnie względem dziecka w sytuacji odczuwanego stresu. Stara się nie doprowadzać do sytuacji w których odczuwa frustrację lub



poczucie winy. W sytuacji silnego stresu matka podejmuje działania wyciszające, korzysta z rozmowy z kimś bliskim, aby nie obciążać dziecka swoimi emocjami. Badana nie dostrzega sytuacji w których stres uniemożliwiłby jej postępowanie w zgodzie z własnymi wartościami. Nasilenie stresu nie wpływa u badanej na sposób komunikacji z córką, jednak przekładają się na atmosferę w domu, ponieważ pozostałe dzieci odczuwają negatywne emocje matki, rozdrażnienie. Pani Wioletta nie rozmawia z córką o swoich emocjach i trudnościach. Stara się zachowywać przy córce spokój i być cierpliwa. Panuje przy córce nad emocjami, nie żałuje żadnych reakcji wynikających z nadmiernego napięcia i stresu. Potrafi zatrzymać impulsy i świadomie reagować. Gdy stres wpływa negatywnie na relacje z dzieckiem, to stara się z nim rozmawiać.

Własna interpretacja zmiany postaw wychowawczych w przebiegu choroby

Pani Wioletta nie zauważa zmian w postępowaniu wychowawczym teraz i przed diagnozą córki, nie zauważa także zmian w swoim podejściu wychowawczym. W związku z chorobą córki rozwinęła u siebie większą opiekuńczość. Tak samo postrzega siebie jako rodzica teraz, jak i przed chorobą. Ponad roczna obecność z córką w szpitalu odbiła się na poczuciu bezpieczeństwa pozostałych dzieci, sprawiła także, że rodzina się rozpadła w wyniku odejścia męża, który nie poradził sobie z sytuacją przewlekłej choroby córki. Przełomowym wydarzeniem w trakcie choroby córki była ciągła obecność przy niej, wsparcie, bliskość bycia z dzieckiem. Postawy wychowawcze prezentowane przez badaną nie uległy przewartościowaniu. Ma stałe wartości i metody oddziaływania. Za najważniejsze uważa, by dawać dziecku poczucie bezpieczeństwa i być przy nim w każdym momencie.

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Makarowskiego

Tabela 16

Wyniki Wioletty, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik surowy	Norma uogólniona	Norma stenowa-pleć	Norma stenowa-wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Poziom stresu
Napięcie emocjonalne	11	2	2	2	2	Bardzo niski
Stres zewnętrzny	18	4	3	3	3	Niski



Stres intrapsychiczny	9	1	1	1	1	Bardzo niski
Skala kłamstwa	26	10	10	10	10	Bardzo wysoki
Skala ogólna	64	5	5	5	4	Niski-przeciętny

Źródło: Opracowanie własne.

W skali kłamstwa badana uzyskała wynik surowy 26, co w przełożeniu na normę daje 10 sten, a tym samym bardzo wysoki poziom, co wskazuje na niską rzetelność udzielanych odpowiedzi i znaczne zniekształcenie obrazu siebie. Badana najprawdopodobniej odpowiadała zgodnie z oczekiwaniami społecznymi, pomijając lub ukrywając objawy stresu. Tak wysoki czynnik stanowi poważne ograniczenie trafności interpretacji pozostałych skal i sugeruje, że rzeczywisty poziom stresu może być znacznie wyższy, niż wynika z uzyskanych danych.

Wynik ogólny Wioletty mieści się w przeciętnym zakresie stanu psychicznego (wynik surowy 64, sten 5 dla większości norm). Oznacza to, że badana doświadcza stresu na poziomie typowym dla populacji, bez wyraźnych odchyłeń w kierunku przeciążenia ani nadmiernego dystansu. W praktyce świadczy to o względnie zrównoważonym funkcjonowaniu psychicznym w sytuacjach trudnych. Należy jednak uwzględnić bardzo wysoką skalę kłamstwa i założyć, że z różnych przyczyn poziom rzeczywistego stresu ogólnego jest zafałszowany i faktycznie może być wyższy.

Bardzo niski poziom napięcia emocjonalnego (wynik surowy 11, sten 2) może oznaczać wysoką odporność emocjonalną, brak drażliwości i stabilność w obliczu przeciwności. Jednak przy bardzo niskich wartościach i wysokiej skali kłamstwa istnieje ryzyko wypierania lub nieświadomienia sobie emocji, co może utrudniać adaptację do silnie stresujących sytuacji związanych z chorobą dziecka. Taki profil może świadczyć o trudności w uzewnętrznianiu emocji lub nadmiernym koncentrowaniu się na zadaniowym radzeniu sobie.

W skali stres zewnętrzny (wynik surowy 18, sten 3-4, poziom niski) wynik wskazuje, że badana nie odczuwa silnego stresu związanego z presją społeczną, opinią otoczenia czy oczekiwaniami innych. Może to oznaczać względną niezależność w ocenie sytuacji, ale również potencjalne niedocenienie wpływu środowiska i brak adekwatnego wsparcia społecznego.

Bardzo niski poziom stresu intrapsychicznego (wynik surowy 9, sten 1) może oznaczać brak nasilonych konfliktów wewnętrznych, samokrytyki czy poczucia winy. Jednak warto zauważyć, że przy jednocześnie niskich wynikach w pozostałych skalach może to również



świadczą o zaniżonej introspekcji i niedostatecznym kontakcie z własnymi emocjami. Osoba taka może nadmiernie racjonalizować swoje przeżycia lub skupiać się wyłącznie na działaniu.

Mimo, że ogólny poziom stresu psychicznego mieści się Wioletty w zakresie przeciętnym, bardzo wysokie wyniki w skali kłamstwa każą zachować daleko idącą ostrożność w interpretacji wszystkich wyników. Można przypuszczać, że badana nie była skłonna ujawnić trudności emocjonalnych, co może wynikać z lęku przed oceną, braku gotowości do konfrontacji z problemami lub mechanizmów obronnych takich jak wyparcie czy zaprzeczenie. Niskie wyniki w obszarach stresu mogą być artefaktem nieautentycznych odpowiedzi, a nie rzeczywistym brakiem trudności. W kontekście sytuacji rodzicielskiej, szczególnie przy przewlekłej chorobie dziecka, taki wzorec może prowadzić do skumulowania obciążenia psychicznego bez adekwatnych strategii rozładowania napięcia.

Konieczna jest pogłębiona diagnoza z uwagi na bardzo wysoki poziom zakłamania, objęcie badanej indywidualnym wsparciem psychologicznym, aby móc pracować nad rozpoznawaniem, nazywaniem i uznawaniem własnych przeżyć i barier w wyrażaniu emocji. Warto wdrożyć psychoedukację na temat stresu i samopoznania, zwrócić uwagę na ewentualne objawy somatyczne i psychosomatyczne, które mogą świadczyć o nierozpoznanym obciążeniu psychicznym.

Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Wrześniewskiego, Trzebińskiego i Jaworskiej

Tabela 17

Wyniki Wioletty, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 95%	Przedział ufności w stenach (95%)	Interpretacja
SSZ (Styl Skoncentrowany na Zadaniu)	58	5	52-64	4-6	Przeciętny
SSE (Styl Skoncentrowany na Emocjach)	31	3	24-38	2-5	Niski
SSU (Styl Skoncentrowany na Unikaniu)	33	3	25-41	2-5	Niski
ACZ (Angażowanie się w Czynności Zastępcze)	15	4	10-20	3-6	Niski



PKT (Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich)	11	3	8-14	2-4	Niski
---	----	---	------	-----	-------

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki uzyskane przez badaną wskazują na dominację Stylu Skoncentrowanego na Zadaniu (SSZ), który reprezentuje przeciętny poziom nasilenia (wynik surowy 58, sten 5). Styl ten odzwierciedla tendencję do aktywnego rozwiązywania problemów, logicznej analizy sytuacji stresowej i aktywnego planowania działań. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%. Taki poziom może świadczyć o umiarkowanym wykorzystaniu strategii radzenia sobie opartych na myśleniu zadaniowym, ale nie stanowi jednoznacznej przewagi ani silnej strony.

Zarówno Styl Skoncentrowany na Emocjach (SSE, wynik surowy 31, sten 3), jak i Styl Skoncentrowany na Unikaniu (SSU, wynik surowy 33, sten 3) osiągnęły niskie poziomy. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%, co może świadczyć o wyraźnie ograniczonym korzystaniu przez badaną z mechanizmów emocjonalnych oraz unikania jako strategii radzenia sobie ze stresem. Oznacza to, że osoba badana raczej nie reaguje na stres impulsywnie, nie eskaluje napięcia emocjonalnego, ale także nie wykorzystuje strategii unikania poprzez odwracanie uwagi, zaprzeczanie, które w krótkiej perspektywie mogłyby przynieść chwilową ulgę.

Niskie wyniki w podskalach SSU takich jak Angażowanie się w Czynności Zastępcze (ACZ, wynik surowy 15, sten 4) oraz Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich (PKT, wynik surowy 11, sten 3) wskazują na niski poziom wykorzystania działań zastępczych i wsparcia społecznego. Badany nie wykazuje tendencji do szukania kontaktów towarzyskich w sytuacjach stresowych, ani do angażowania się w czynności pozwalające oderwać się od źródła napięcia. W kontekście długotrwałego stresu, jakim jest opieka na przewlekle chorym dzieckiem, taki styl funkcjonowania może prowadzić do psychicznego izolowania się oraz przeciążenia emocjonalnego, szczególnie w warunkach braku wsparcia społecznego.

Całościowy profil radzenia sobie respondenta wskazuje na ograniczoną różnorodność strategii i skupienie się głównie na podejściu zadaniowym, choć nie w sposób szczególnie nasilony. Takie ukierunkowanie może być korzystne w przypadku sytuacji, które dają się kontrolować i rozwiązywać w sposób logiczny, jednak w sytuacjach chronicznych, takich jak opieka nad dzieckiem z chorobą przewlekłą, może nie wystarczać. Niewielkie wykorzystanie



strategii emocjonalnych i społecznych może wskazywać na ryzyko nadmiernego obciążenia psychicznego, braku przestrzeni na odreagowanie emocji i niemożność zbudowania adekwatnej sieci wsparcia. W praktyce oznacza to, że badana może przejawiać zewnętrzną kontrolę i aktywność, jednak kosztem braku ekspresji emocjonalnej i niedostatecznego korzystania z pomocy innych. Może to zwiększać podatność na wypalenie opiekuńcze, a także wpływać na ogólne samopoczucie psychiczne i efektywność funkcjonowania w roli rodzica.

Skala Postaw Rodzicielskich opracowana przez Mieczysława Płopę

Tabela 18

Wyniki Wioletty, Skala Postaw Rodzicielskich (SPR)

Postawa rodzicielska	Wynik surowy	Norma stenowa-liczba dzieci i ich wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Norma stenowa-płeć	Interpretacja
Akceptacja-Odrzucenie	49	9	9	9	Bliski, uczuciowy kontakt z dzieckiem
Wymaganie	12	1	1	1	Postawa właściwa
Autonomia	41	8	7	7	Wysoce pożądane traktowanie
Niekonsekwencja	10	1	1	1	Postawa pożądana
Ochranianie	24	2	4	4	Postawa właściwa

Opracowanie: Źródło własne.

Pani Wioletta uzyskała bardzo wysoki wynik w skali akceptacji (wynik surowy 49, sten 9), co wskazuje na silne zaangażowanie emocjonalne, ciepło, empatię i otwartość wobec dziecka. Rodzic taki w pełni akceptuje dziecko, nie warunkuje miłości i uwagi jego zachowaniem czy wynikami. Dla dziecka przewlekle chorego, które może doświadczać ograniczeń, dolegliwości i trudności emocjonalnych, taka postawa jest wyjątkowo wspierająca i stabilizująca emocjonalnie.

W obszarze wymagań (wynik surowy 12, sten 1) matka nie przejawia tendencji do stawiania dziecku nadmiernych oczekiwań ani presji, co może świadczyć o dużym zrozumieniu dla ograniczeń dziecka i dostosowywaniu wychowawczych aspiracji do jego realnych możliwości. Z drugiej strony bardzo niski poziom ten postawy może oznaczać brak wyraźnych granic i wymagań, co może wpływać na obniżenie motywacji dziecka do podejmowania wysiłku i rozwijania samodzielności.

Badana wspiera rozwój indywidualności córki Rozalii (wynik surowy 41, sten 7-8), pozwalając jej na wyrażanie siebie, podejmowanie decyzji i samodzielne działanie w granicach jej możliwości. Wysoka autonomia koreluje z dojrzałym stylem wychowania, promującym rozwój osobisty dziecka.

U Pani Wioletty obserwuje się znaczący brak konsekwencji w oddziaływaniach wychowawczych (wynik surowy 10, sten 1). Może to prowadzić do dezorganizacji w zachowaniach dziecka, braku jasnych reguł i niepewności co do reakcji dorosłych. Tym samym może to zwiększać stres i niepokój, osłabiając poczucie bezpieczeństwa.

Rodzic nie przejawia wyraźnych tendencji do nadopiekuńczości (wynik surowy 24, sten 2-4). Mimo, że dziecko jest przewlekle chore i może wymagać zwiększonej troski, poziom ochrony nie przekracza normy. Nie występują oznaki nadmiernego kontrolowania czy ograniczania dziecka, co sprzyja samodzielności, jednak wymaga czujności, by nie pomijać realnych potrzeb opiekuńczych dziecka chorego.

Profil rodzicielski Pani Wioletty wskazuje na bardzo silną akceptację emocjonalną, wspieranie autonomii, ale też bardzo niski poziom wymagań oraz wysoki poziom niekonsekwencji wychowawczej. W przypadku dziecka przewlekle chorego taki układ postaw może budować silne poczucie więzi i bezpieczeństwa emocjonalnego, ale jednocześnie ograniczać jego rozwój odpowiedzialności, struktury i samodyscypliny. Zmniejszona konsekwencja i niski poziom wymagań mogą sprzyjać utrwalaniu postawy zależności i trudności w radzeniu sobie z wymaganiami leczenia czy życia codziennego.

Rodzina 7: matka Izabela, syn Alan

Izabela: 37 lat

Stan cywilny: zamężna

Miejsce zamieszkania: duże miasto

Status zatrudnienia: bezrobotna, w trakcie powrotu do pracy

Wykształcenie: wyższe

Liczba dzieci: 2

Dziecko z przewlekłą chorobą kardiologiczną: syn Alan, 7 lat; HLHS, rozpoznanie w połowie trwania ciąży;

Osoba najczęściej zajmująca się dzieckiem: matka



Poczucie doświadczanego stresu a prezentowane postawy rodzicielskie

Moment usłyszenia diagnozy badana porównuje do stanu ruiny, odczuwała smutek, bezsilność, bezradność, smutek i strach. Największe napięcie emocjonalne powstaje u badanej w sytuacjach choroby syna. Wśród najskuteczniejszych metod wsparcia podczas hospitalizacji syna badana wskazuje rozmowy z mamą, pomoc w opiece nad dzieckiem oraz możliwość kontaktu z rodzicami dzieci o zbliżonej sytuacji. Choroba syna sprawiła, że Pani Izabela bardziej docenia każdą spędzoną wspólnie z dziećmi chwilę. W okresach zwiększonego stresu matka starała się nie dawać po sobie poznać odczuwanych emocji, była bardziej nieobecna myślami, smutniejsza. W ocenie badanej diagnoza choroby kardiologicznej dziecka nie wpłynęła na obrany przez nią styl wychowawczy. W łagodzeniu stresu w ocenie badanej najbardziej pomocne było wsparcie babci dziecka, matki Pani Izabeli oraz kontakt z rodzicami dzieci o podobnej sytuacji zdrowotnej u dziecka. Badana nie dostrzega także zmian w poglądach na rolę rodzica od momentu postawienia diagnozy choroby przewlekłej u dziecka. Nie dostrzega zmian w sposobie komunikacji w rodzinie w związku z postawioną diagnozą. W sytuacji zaostrzenia choroby dziecka Pani Izabela odczuwa wyczerpanie psychiczne i fizyczne, jednak stara się, aby dzieci nie były świadkiem jej emocji, szuka pozytywnych stron bieżących wydarzeń i koncentruje się na wsparciu dziecka. Badana ocenia swoje poczucie sprawczości i kontroli na dobrym poziomie, skupia się na faktach i na działaniu.

Doświadczany stres rodzicielski- subiektywna ocena

Największe napięcie emocjonalnej pojawia się u badanej w sytuacjach pobytów z synem w szpitalu oraz w sytuacjach bieżących chorób, które mogą spowodować komplikacje dla serca. Przewlekły lub intensywny stres przejawia się u Pani Izabeli bólami głowy, silnym poczuciem zmęczenia zarówno w obszarze fizycznym, jak i psychicznym. Odczuwany stres przekłada się u matki większą koncentracją na dzieciach, pielęgnowaniem ich potrzeb zrozumieniem. Silne emocje Pani Izabela kieruje do wewnątrz, co po opadnięciu emocji odczuwa w postaci bólów głowy, silnego poczucia zmęczenia. Czynniki organizacyjne i finansowe wpływają u badanej na zwiększenie odczuwanego stresu. Pani Izabela ma starszego syna z Zespołem Aspergera, który również wymaga wiele uwagi oraz licznych oddziaływań terapeutycznych. Poziom stresu wzrasta wraz z pojawiającymi się komplikacjami i pogorszeniem stanu zdrowia dziecka. Szczególnie stresującymi momentami życia codziennego jest przebywanie w dużych skupiskach ludzi z uwagi na ryzyko zarażenia się jakąś chorobą. Złe rokowania oraz



perspektywa braku możliwości dalszego leczenia bądź udzielenia synowi pomocy wywołuje u badanej poczucie bezradności i niepokoju. W kontakcie z personelem medycznym nasilenie emocji u badanej wynika z braku rzetelnego przekazania informacji przez lekarzy czy pielęgniarki, traktowanie rodzica jako eksperta bez poinstruowania co do właściwego sposobu postępowania z dzieckiem.

Strategie radzenia sobie ze stresem- subiektywny opis

W związku z chorobą dziecka Pani Izabela odczuwa strach o jego przyszłość. Zaostrzenie objawów lub hospitalizacja dziecka sprawia, że Pani Izabela tłumi emocje w sobie, stara się chronić dzieci, sporadycznie zdarza jej się płakać. Najcenniejszą formą wsparcia był dla badanej kontakt z rodzicami dzieci o zbliżonej sytuacji zdrowotnej. Pani Izabela ceni spacerowanie oraz aktywność fizyczną jako formę rozładowania napięcia emocjonalnego. Swoją zdolność do radzenia sobie w sytuacjach stresowych ocenia na bardzo dobrym poziomie. Odczuwane emocje nie mają w ocenie badanej wpływu na decyzje podejmowane względem dziecka. Matka Alana nie miała sposobności uczenia się technik radzenia sobie ze stresem. Pani Izabela nie zauważa różnicy w sposobie wyrażania emocji w sytuacji gdy jest sama bądź gdy towarzyszy jej rodzina. Inni członkowie rodziny współodczuwają emocje Pani Izabeli, udzielają im się one. Emocje związane z opieką nad przewlekle chorym dzieckiem przekładają się u badanej na życie zawodowe, możliwość realizacji własnych pasji. Pani Izabela poświęciła się opiece nad synem, musiała zrezygnować z pracy oraz własnych zainteresowań. Obecnie z uwagi na ustabilizowanie sytuacji zdrowotnej syna wraca na rynek pracy. Badana twierdzi, że nie odczuwa emocji, które mogą być trudne do przyznania się przed innymi, takie jak zazdrość, bezradność, złość.

Postawy wychowawcze- subiektywne odczucia

Pani Izabela określa swoje podejście wychowawcze jako chroniące i mniej wymagające. Badana nie odnotowała zmiany w podejściu wychowawczym do dzieci od momentu postawienia diagnozy choroby przewlekłej. Pani Izabela podkreśla, że wspiera swoje dzieci, stara się je zachęcać do działania, do samodzielności, być dla nich opoką. Choroba dziecka nie wpłynęła u badanej na konsekwencję i sposób stawiania granic. Matka zauważyła odmienną postawę wychowawczą względem dzieci, jednak jej w ocenie wynika to z faktu niepełnosprawności obu chłopców, konieczności dostosowywania podejścia do ich możliwości



i wymagań. Pani Izabela stara się uzmysłwić dzieciom, że mimo choroby mogą być kim chcą i osiągnąć wszystko. W okresie hospitalizacji Pani Izabela zauważa, że pozwala synowi na więcej. Matce najtrudniej było zaakceptować cierpienie dziecka i swoją bezradność w obliczu choroby. W ocenie matki najistotniejsza jest akceptacja dziecka, wsparcie, tolerancja. Choroba dziecka w ocenie matki nie zmieniła jej postrzegania roli rodzica.

Relacja rodzic- dziecko- subiektywna narracja

Pani Izabela nie zauważa zmian w swoim zachowaniu względem dziecka w sytuacji silnego stresu. Poczucie winy powoduje u badanej sytuacja podniesienia głosu na dziecko związana z nadmiernym przemęczeniem matki. Matka nie obciąża syna swoimi emocjami, zachowuje się przy nim zawsze tak samo, niezależnie od poziomu odczuwanego stresu. Nie dostrzega sytuacji w których stres uniemożliwia jej postępowanie w zgodzie ze swoimi wartościami wychowawczymi. Stres związany z chorobą syna powoduje, że Pani Izabela jest bardziej uważna, cierpliwa i czuła. Reakcje emocjonalne matki wpływają pozytywnie na atmosferę w domu, dają dzieciom większe poczucie bezpieczeństwa i kontroli. Pani Izabela rozmawia z synami o swoich emocjach, daje im poczucie, że dorośli także mogą mieć problem z kontrolą emocji oraz poczucie bezpieczeństwa poprzez wyjaśnienie, że jej złość nie wynika z niewłaściwego postępowania dzieci tylko itp. z przemęczenia matki. W wyniku współodczuwanego napięcia Alan jest bardziej poddenerwowany. Reakcje emocjonalne, których żałuje Pani Izabela, to podniesienie głosu na dzieci w sytuacji nadmiernego przemęczenia. Badana podkreśla, że nie ma świadomych mechanizmów zatrzymywania i kontroli impulsów. Stres nie wpływa negatywnie na relacje badanej z dzieckiem.

Własna interpretacja zmiany postaw wychowawczych w przebiegu choroby

Z uwagi na diagnozę w okresie ciąży badana nie zauważyła zmiany w swoim podejściu wychowawczym. W związku z chorobą dziecka Pani Izabela rozwinęła u siebie umiejętności „pielęgniarskie”, rozwinęła kompetencje psychologiczne, medyczne w aspekcie choroby kardiologicznej, wiedzę w zakresie metod i sposobów leczenia. Nie zmieniło się również postrzeganie siebie jako rodzica przez badaną. Choroba miała wpływ na relacje badanej z mężem, ojciec dziecka miał trudność z poradzeniem sobie z sytuacją zdrowotną syna, obecnie rodzina ma przepracowaną trudną sytuację przewlekłej choroby dziecka. Badana nie odnotowała przełomowych wydarzeń w trakcie trwania choroby dziecka w kontekście



wychowania. Żadne z postaw wychowawczych nie uległy przewartościowaniu, badana nie wprowadziła trwałych zmian w obranym stylu wychowawczym. Pani Izabela nie poszukuje równowagi pomiędzy obranymi stylami wychowawczymi. Wśród najważniejszych aspektów wychowania wymienia wsparcie, zrozumienie, cierpliwość, danie przestrzeni do wyrażania emocji, nie bagatelizowanie problemów dziecka. Badana podkreśliła, że bardzo dobrze radzi sobie ze stresem, w kontekście choroby dziecka odczuwa go głównie w okresach hospitalizacji, wychodzi z założenia, że postęp medycyny jest tak duży, że wiele może się wydarzyć w ciągu najbliższych 10-20 lat. Docenia czas spędzany wspólnie, uważa, że jej rodzina funkcjonuje normalnie i choroba nie determinuje jej funkcjonowania.

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Makarowskiego

Tabela 19

Wyniki Izabeli, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

Skala	Wynik surowy	Norma uogólniona	Norma stenowa- płeć	Norma stenowa- wiek	Norma stenowa- wykształcenie	Poziom stresu
Napięcie emocjonalne	15	3	3	3	3	Niski
Stres zewnętrzny	13	2	2	2	1	Bardzo niski
Stres intrapsychiczny	8	1	1	1	1	Bardzo niski
Skala kłamstwa	19	6	6	6	6	Przeciętny
Skala ogólna	55	4	4	4	3	Niski

Źródło: Opracowanie własne.

W skali ogólnej Pani Izabela osiągnęła wynik surowy 55, który odpowiada stenowi 4, co zgodnie z normami oznacza niski poziom ogólnego poczucia stresu. Pani Izabela generalnie nie doświadcza silnych przeżyć stresowych, a poziom napięcia z którym się zмага znajduje się poniżej przeciętnego dla populacji odniesienia (normy uogólnione, wiekowe i płciowe). Ogólna percepcja stresu w jej codziennym życiu jest niska.

W skali napięcie emocjonalne wynik surowy wynosi 15, co odpowiada 3 stenowi i oznacza niski poziom napięcia emocjonalnego. Badana rzadko odczuwa emocje takie jak lęk, frustracja czy rozdrażnienie w związku z trudnymi sytuacjami. Taki wynik sugeruje, że jej reakcje emocjonalne są spokojne i opanowane, a stres nie dominuje w jej codziennym funkcjonowaniu emocjonalnym. Uzyskany wynik sugeruje niewielkie nasilenie subiektywnego



napięcia emocjonalnego, w sytuacjach trudnych badana może zachować względną równowagę emocjonalną i unikać przesadnych reakcji afektywnych.

W skali stresu zewnętrznego badana uzyskała wynik surowy 13, co odpowiada 1-2 stenowi, a więc bardzo niskiemu poziomowi. Tym samym badana nie odczuwa presji ze strony otoczenia, nie czuje się nadmiernie przytłoczona obowiązkami, relacjami społecznymi lub wymaganiami zewnętrznymi. Może cechować ją względna odporność na stresory o charakterze środowiskowym.

W skali stresu intrapsychicznego Pani Izabela uzyskała wynik surowy 8, sten 1 co przekłada się na bardzo niski poziom stresu w tym obszarze. Świadczy to o tym, że badana nie doświadcza silnych konfliktów wewnętrznych, nie zmagają się z poczuciem winy, zaniżoną samooceną czy brakiem kontroli nad własnymi reakcjami. Jej postrzeganie siebie jest raczej spójne i stabilne. Ma stabilne poczucie tożsamości oraz kontroli nad własnymi myślami i emocjami.

W skali kłamstwa badana uzyskała poziom przeciętny (wynik surowy 19, sten 6), co oznacza, że odpowiedzi badanej można uznać za wiarygodne i niepodlegające istotnemu zniekształceniu wizerunku siebie. Nie ma podstaw do kwestionowania rzetelności przedstawionych przez nią informacji.

Profil stresu Pani Izabeli wskazuje na niski poziom napięcia emocjonalnego oraz bardzo niski stres zarówno zewnętrzny, jak i intrapsychiczny, co razem składa się na ogólny niski poziom stresu. Nie wykazuje ona oznak silnego przeciążenia psychicznego. Może to świadczyć o skutecznych sposobach radzenia sobie ze stresem oraz stabilności emocjonalnej. Skala kłamstwa potwierdza, że wyniki można traktować jako wiarygodne.

Utrzymanie obecnego stylu życia oraz strategii radzenia sobie ze stresem, które wydają się być skuteczne stanowi główne i najistotniejsze zalecenie dla badanej. Warto zachować czujność wobec ewentualnych przyszłych stresorów, ponieważ obecnie niski poziom stresu może sprzyjać nieświadomemu bagatelizowaniu realnych trudności. Regularna psychoedukacja w zakresie radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi może pomóc w dalszym rozwijaniu zasobów psychicznych.

Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Wrześniewskiego, Trzebińskiego i Jaworskiej

Tabela 20

Wyniki Izabeli, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)

Skala	Wynik surowy	Sten	Przedział ufności 95%	Przedział ufności w stenach (95%)	Interpretacja
SSZ (Styl Skoncentrowany na Zadaniu)	60	5	54-66	4-7	Przeciętny
SSE (Styl Skoncentrowany na Emocjach)	28	3	21-35	2-4	Niski
SSU (Styl Skoncentrowany na Unikaniu)	36	4	28-44	3-6	Niski
ACZ (Angażowanie się w Czynności Zastępcze)	13	4	8-18	1-5	Niski
PKT (Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich)	16	5	13-19	4-6	Przeciętny

Źródło: Opracowanie własne.

Pani Izabela uzyskała wynik surowy 60 w skali Styl Skoncentrowany na Zadaniu (SSZ), co odpowiada stenowi 5 i mieści się w przeciętnym zakresie natężenia. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%. Oznacza to, że badana w sytuacjach stresowych może czasami podejmować działania zorientowane na rozwiązanie problemu, planować i analizować, jednak nie jest to jej dominujący sposób funkcjonowania. Styl ten nie jest silnie nasilony ani szczególnie wykorzystywany.

W skali Styl Skoncentrowany na Emocjach (SSE) badana uzyskała wynik surowy 28, co odpowiada 3 stenowi i mieści się w zakresie wyników niskich. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%. Osoba ta nie przejawia tendencji do wyrażania emocji, rozdrażnienia, impulsywności ani nadmiernego zaangażowania emocjonalnego w trudnych sytuacjach. Może to oznaczać z jednej strony zachowanie równowagi emocjonalnej, ale z drugiej pewne zahamowanie ekspresji emocji, co przy chronicznych obciążeniach może prowadzić do wewnętrznego napięcia lub tłumienia emocji.



W zakresie Stylu Skoncentrowanego na Unikaniu (SSU) respondentka uzyskała wynik surowy 36, sten 4, czyli poziom niski. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%, co potwierdza, że osoba badana rzadko sięga po strategie unikania jako sposoby radzenia sobie ze stresem, nie unika problemów, nie wypiera ich ani nie ucieka od sytuacji stresowych, itp. poprzez fantazjowanie, zaprzeczanie istnieniu problemu czy zajmowanie się czymś innym.

Niskie wartości uzyskano także w podskali Angażowanie się w Czynności Zastępcze (wynik surowy 13, sten 4), co sugeruje, że badana rzadko angażuje się w działania odwracające uwagę od stresu, takie jak impulsywne robienie zakupów, nadmierna aktywność fizyczna, jedzenie, itp. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników niskich z prawdopodobieństwem 95%.

W podskali Poszukiwania Kontaktów Towarzyskich (PKT) respondentka uzyskała wynik surowy 16, co odpowiada 5 stenowi, czyli poziomowi przeciętnemu. W odniesieniu do przedziałów ufności wynik prawdziwy uzyskany przez badanego mieści się w przedziale wyników przeciętnych z prawdopodobieństwem 95%, co oznacza, że w pewnym stopniu osoba badana może szukać wsparcia w kontaktach społecznych, ale nie jest to wyraźnie nasiloną strategią.

Profil Pani Izabeli wskazuje na ograniczony repertuar strategii radzenia sobie ze stresem. Styl Skoncentrowany na Zadaniu mieści się w granicach przeciętnych, co oznacza, że Pani Izabela w pewnym stopniu stara się rozwiązywać problemy w sposób logiczny, jednak nie jest to jej wyraźnie preferowana strategia. Style Skoncentrowane na Emocjach oraz Styl Skoncentrowany na Unikaniu są na niskim poziomie, co oznacza, że osoba raczej nie ucieka się ani do ekspresji emocji, ani do ucieczki od problemów. Można powiedzieć, że respondentka unika zarówno emocjonalnej reaktywności, jak i działań odwracających uwagę, co może prowadzić do zinternalizowanego przeżywania stresu bez skutecznych mechanizmów jego rozładowania.

W kontekście rodzicielstwa i opieki nad dzieckiem przewlekle chorym taka struktura może wskazywać na niebezpieczeństwo przeciążenie psychicznego, wynikającego z braku efektywnych, zdrowych sposobów radzenia sobie z trudnymi emocjami i długotrwałym stresem. Osoba ta może z zewnątrz wydawać się opanowana i stabilna, jednak wewnętrznie może odczuwać nieprzepracowane napięcie, które z czasem może prowadzić do obniżenia dobrostanu psychicznego, zmęczenia a nawet ryzyka zaburzeń psychosomatycznych.

Skala Postaw Rodzicielskich opracowana przez Mieczysława Ploę

Tabela 21

Wyniki Izabeli, Skala Postaw Rodzicielskich (SPR)

Postawa rodzicielska	Wynik surowy	Norma stenowa-liczba dzieci i ich wiek	Norma stenowa-wykształcenie	Norma stenowa-pleć	Interpretacja
Akceptacja-Odrzucenie	40	6	6	7	Przeciętne nasilenie/bliski kontakt
Wymaganie	18	3	3	3	Postawa właściwa
Autonomia	44	8	8	8	Wysoce pożądane traktowanie
Niekonsekwencja	19	3	4	4	Postawa pożądana
Ochranianie	19	2	3	3	Postawa właściwa

Opracowanie: Źródło własne.

Pani Izabela uzyskała wynik wskazujący na przeciętny, z tendencją do wysokiego poziom akceptacji emocjonalnej wobec dziecka (sten 6-7), co świadczy o tym, że matka traktuje dziecko z ciepłem i życzliwością, akceptuje jego cechy i potrzeby. Badana stwarza synowi pozytywny klimat wychowawczy, co umożliwia budowanie bezpiecznej relacji, opartej na zaufaniu i wsparciu emocjonalnym.

W obszarze wymagań wynik świadczy o obniżonym poziomie (wynik surowy 18, sten 3), co może oznaczać, że matka nie stawia dziecku wystarczających granic, nie egzekwuje reguł lub rezygnuje z formułowania oczekiwań. W przypadku dziecka przewlekle chorego taka postawa może wynikać z nadmiernej troski i chęci ochrony, ale jednocześnie może hamować rozwój samodzielności i kompetencji dziecka, co w dłuższej perspektywie nie sprzyja jego adaptacji do życia z chorobą.

Pani Izabela wykazuje wysoki poziom respektowania autonomii dziecka (wynik surowy 44, sten 8), pozwala mu na wyrażanie własnych opinii, podejmowanie decyzji i samodzielne działania. Jest to szczególnie cenne w przypadku dziecka przewlekle chorego, gdy sprzyja rozwojowi poczucia sprawczości i wzmacnia jego zaangażowanie w proces leczenia.

W postawie niekonsekwencji (wynik surowy 19, sten 3-4) matka uzyskała wynik mieszczący się w niższej części normy, co sugeruje pewne ryzyko braku konsekwencji. Choć nie są to wyniki patologiczne, mogą wskazywać na niejednoznaczność zasad lub okazjonalne wahania w reakcjach, co w dłuższej perspektywie może prowadzić do niepewności dziecka w zakresie obowiązujących norm.



W obszarze ochraniań uzyskany wynik mieści się w normie, ale po stronie obniżonego nasilenia (wynik surowy 19, sten 2-3). Oznacza to, że matka nie wykazuje tendencji do nadmiernego ograniczania dziecka, ale też może brakować jej większej aktywności opiekuńczej. W przypadku dziecka przewlekle chorego, którego potrzeby są zwiększone, może być to niekorzystne, wskazane byłoby zwiększenie zaangażowania w opiekę przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii.

Profil wychowawczy Pani Izabeli przedstawia się jako zróżnicowany. Na szczególne uznanie zasługuje bliski kontakt emocjonalny z synem Alanem oraz wysoki poziom wspierania jego autonomii, co sprzyja kształtowaniu silnych więzi i budowaniu u dziecka poczucia kompetencji. Niski poziom stawianych wymagań oraz nico obniżona konsekwencja mogą sugerować ryzyko trudności w zakresie wyznaczania granic i struktury, co może być szczególnie istotne w pracy z dzieckiem przewlekle chorym. Niezrównoważenie między wsparciem emocjonalnym a strukturą może prowadzić do nadmiernego przeciążenia matki lub nieadekwatnych oczekiwań wobec dziecka.



5.2 Zbiorcza analiza wyników

Tabela 22

Zbiorcze zestawienie wyników z kwestionariuszy KPS, CISS, SPR

Rodzic	Stres- KPS	Style Radzenia Sobie- CISS	Postawy rodzicielskie- SPR
Mariusz	Bardzo niski poziom stresu we wszystkich skalach, bardzo wysoka skala kłamstwa	Dominacja Stylu Skoncentrowanego na Zadaniu	Dominuje postawa Akceptacji, Autonomii i Ochraniająca
Dawid	Bardzo niski poziom stresu we wszystkich obszarach	Brak dominującego stylu radzenia sobie ze stresem	Umiarkowane postawy rodzicielskie z niewielkim nasilenie postawy Akceptacji
Monika	Wysoki poziom napięcia emocjonalnego i stresu ogólnego	Dominacja Stylu Skoncentrowanego na Zadaniu i Stylu Skoncentrowanego na Emocjach	Dominuje postawa Akceptacji i Autonomii
Katarzyna	Przeciętny poziom stresu	Dominacja podskali Angażowanie się w Czynności Zastępcze	Brak dominującej postawy, zrównoważone podejście wychowawcze
Karolina	Niski i przeciętny poziom stresu we wszystkich obszarach	Dominacja podskali Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	Dominuje postawa Akceptacji i Autonomii, bardzo niskie wymagania
Wioletta	Niski i bardzo niski poziom stresu we wszystkich skalach, bardzo wysoka skala kłamstwa	Dominacja Stylu Skoncentrowanego na Zadaniu	Dominuje postawa Akceptacji, bardzo niskie wymagania i poziom konsekwencji
Izabela	Niski i bardzo niski poziom stresu we wszystkich obszarach	Brak dominującego stylu radzenia sobie ze stresem	Dominuje postawa Akceptacji i Autonomii

Opracowanie: Źródło własne.

Na podstawie zbiorczej analizy danych uzyskanych od siedmiu rodziców dzieci przewlekle chorych kardiologicznie można wskazać na pewne prawidłowości oraz udzielić odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Należy jednak podkreślić, że ze względu na ograniczoną liczebność próby wyniki nie mogą być uogólnione na wszystkich rodziców dzieci przewlekle chorych kardiologicznie. Niemniej stanowią one istotną obserwację oraz dostarczają wartościowych spostrzeżeń na temat specyfiki funkcjonowania i doświadczeń rodzicielskich rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną.



Odpowiadając na pierwsze pytanie badawcze dotyczące tego, czy rodzice dziecka z przewlekłą chorobą kardiologiczną doświadczają stresu i jakie źródła najczęściej wskazują, można stwierdzić, że wyniki kwestionariuszowe wskazują na niski poziom stresu, jednak dane z wywiadów potwierdzają, że stres odczuwany przez rodziców dzieci przewlekle chorych ma charakter chroniczny i jego największe nasilenie następuje w okresach pogorszenia stanu zdrowia dziecka bądź hospitalizacji. W sytuacji stabilności zdrowotnej dziecka rodzice wielu sytuacji nie postrzegają jako stresogennych, umniejszają znaczenie innych stresorów, jednak ich organizm jest w stałym stanie napięcia i obaw przed pogorszeniem sytuacji zdrowotnej dziecka. Obecnie 6 z 7 dzieci badanych rodziców ma stabilną sytuację zdrowotną pod względem kardiologicznym, co przekłada się na poczucie bezpieczeństwa rodziców i niski poziom odczuwanego stresu. Jedno z dzieci jest zagrożone trachotomią, co przekłada się na wysoki poziom stresu matki zarówno w aspekcie napięcia emocjonalnego, jak i stresu ogólnego. Wszyscy rodzice podkreślają, że największe napięcie emocjonalne wywołują u nich cykliczne kontrole kardiologiczne, zagrożenie pogorszenia stanu zdrowia dziecka, przekazanie przez lekarza niepomyślnych informacji o stanie zdrowia dziecka. Tym samym głównym źródłem stresu rodziców dzieci przewlekle chorych jest fakt choroby dziecka i czynniki z nią związane. Na co dzień rodzice w mniejszym stopniu odczuwają stres, mierzą się z konsekwencjami przewlekłej choroby, koncentrują na realizacji zadań rehabilitacyjnych i terapeutycznych, jednak lęk uogólniony związany z chorobą dziecka i stres do niej przypisany są z nimi cały czas i tak jak choroba dziecka mają charakter przewlekły. Dodatkowo stres potęgują czynniki emocjonalne, społeczne i finansowe, współistniejące zaburzenia i niepełnosprawności, wizyty kontrolne u specjalistów, a także obawy o przyszłość dziecka. Dwoje z rodziców miało bardzo wysokie wyniki w skali kłamstwa, co może wynikać z niechęci przed odsłonięciem się, obawy przed oceną, występującymi mechanizmami wyparcia lub zaprzeczenia bądź brakiem świadomości tak silnych obciążeń emocjonalnych.

Odpowiadając na drugie pytanie badawcze dotyczącego tego w jaki sposób rodzice dzieci przewlekle chorych kardiologicznie opisują swoje reakcje emocjonalne i strategie radzenia sobie ze stresem należy zaznaczyć, że większość rodziców zauważa u siebie objawy psychosomatyczne takie jak: bezradność, strach, smutek, lęk, niepokój, niepewność, zaburzenia snu, bóle brzucha, chroniczne zmęczenie, bóle głowy, stany napięcia. Dodatkowo często izolują się od otoczenia, maskują swoje emocje nie chcąc obarczać nimi dziecka i pozostałych członków rodziny, poświęcają całą uwagę i energię dziecku, często kosztem siebie samego, swoich zasobów, a nawet potrzeb. U dwojga z rodziców dominuje Styl Skoncentrowany na Zadaniu, u jednego Styl Mieszany (SSZ i SSE), dwoje nie ma preferowanego Stylu Radzenia



Sobie ze Stresem, natomiast dwie matki stosują Podstyle Unikowe, tj. Angażowanie się w Czynności Zastępcze, Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich. Tym samym każdy z rodziców radzi sobie na swój sposób i wybiera dostosowany do siebie styl postępowania. Łączy ich to, że często internalizują emocje, chronią bliskich, biorą na siebie cały ciężar odpowiedzialności za sytuację zdrowotną rodziny. Radzenie sobie ze stresem w rodzinach dzieci przewlekle chorych wydaje się mieć charakter wewnętrzny, tłumiony, oparty na przekonaniu o konieczności samodzielnego mierzenia się z problemem. Rzadziej pojawiają się strategie oparte na aktywnym szukaniu wsparcia społecznego, otwartym dzieleniu się emocjami czy korzystaniu z zasobów otoczenia. Taki sposób reagowania, choć może być skuteczny w krótkiej perspektywie, może w dłuższym czasie negatywnie wpływać zarówno na psychiczne funkcjonowanie rodziców, jak na atmosferę emocjonalną w rodzinie.

Odpowiadając na trzecie pytanie badawcze dotyczące tego jakie postawy wychowawcze przejawiają rodzice w kontekście opieki nad chorym dzieckiem należy stwierdzić, że dominującymi postawami są Postawa Akceptacji i Postawa Autonomii. Tym samym rodzice akceptują dzieci takimi jakie one są, uczą dzieci ufności do świata i ludzi, stwarzają mu bezpieczny klimat emocjonalny, są oparciem dla dziecka, a dziecko czuje się w tej relacji bezpieczne i kochane. Rodzice uczą dzieci wyrażania uczuć, emocji, nazywania ich i otwartego komunikowania. Zwiększają autonomię dziecka wraz z jego rozwojem, dostosowują się do jego potrzeb, rozumieją potrzebę bycia samodzielnym i niezależnym, co jest szczególnie istotne w kontekście całozyciowej choroby dziecka. Szanujący autonomię dziecka dorosły to taki, który stwarza mu alternatywy, daje możliwość uczenia się na błędach, włącza w dyskusję, szanuje jego poglądy. Są to postawy w pełni sprzyjające adaptacji do choroby przewlekłej. Jednocześnie u trojga rodziców pojawiły się Postawa Nadmiernie Ochraniająca, bardzo niskie wymagania i brak konsekwencji, co może wynikać z sytuacji zdrowotnej dziecka, ale także stanowić znaczne ograniczenie dla jego rozwoju, sprzyjać rozwojowi postawy zależności i trudności w radzeniu sobie z wymaganiami leczenia i życia codziennego.

Odpowiadając na czwarte pytanie badawcze dotyczące tego czy i w jaki sposób rodzice dostrzegają związek między przeżywanym stresem a swoim zachowaniem wobec dziecka to czterech z rodziców zauważa bezpośrednią korelację stresu ze zmianą zachowania wobec dziecka polegającą bądź na zwiększonej drażliwości, mniejszej cierpliwości, podnoszeniu głosu na dziecko, bądź większym skupieniu się na dziecku, natomiast troje rodziców nie zauważa bezpośredniego powiązania pomiędzy stresem a przejawianymi względem dziecka zachowaniami, jednak przy pogłębieniu tej kwestii przyznają, że starają się tłumić emocje, odreagowywać je w inny sposób, tak by nie były one odczuwalne dla dziecka. Tym samym



wszyscy rodzice (w sposób bardziej lub mniej uświadomiony) dostrzegają związek między stresem a prezentowanymi przez nich względem dziecka zachowaniami czy postawami. Stres przekłada się negatywnie poprzez większe rozdrażnienie, podnoszenie głosu na dziecko, bądź pozytywnie poprzez większe skupienie uwagi na dziecku, poświęcanie mu większej ilości czasu czy byciem bardziej pobłażliwym, zwłaszcza w sytuacjach, gdy wynika on z sytuacji zdrowotnej dziecka. Rodzice dzieci chorych przewlekle mają silną potrzebę ochrony swoich dzieci, które są już wystarczająco obciążone różnymi trudnościami, więc większość z nich ma wypracowane mechanizmy zatrzymywania impulsów i właściwego reagowania na nie. Nie zawsze jednak są świadomi zachodzenia określonych procesów i nie zawsze potrafią je nazwać czy przypisać do określonego sposobu reagowania czy radzenia sobie z sytuacją trudną.

Odpowiadając na piąte pytanie badawcze dotyczące tego, jak rodzice postrzegają zmiany w swoich postawach wychowawczych w czasie trwania choroby dziecka, to wszyscy rodzice zauważają, że musieli rozwinąć w sobie większe umiejętności opiekuńcze, stać się bardziej uważnymi na potrzeby dziecka, bardziej cierpliwymi, udoskonalić swoje kompetencje psychologiczne i medyczne, pogłębić wiedzę w obszarze choroby dziecka, być w ciągłej gotowości i poniekąd poświęcić się dziecku. Sam moment diagnozy nie spowodował zmiany w podejściu wychowawczym, ponieważ w sześciu na siedem przypadków nastąpił on w okresie ciąży bądź krótko po narodzinach, tylko u jednej dziewczynki diagnoza miała miejsce w wieku 5 lat, jednak w ocenie matki także nie wpłynęła ona na zmianę stosowanego podejścia wychowawczego.

Podsumowując i odnosząc się do głównego pytania badawczego dotyczącego tego w jaki sposób rodzice dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną doświadczają stresu i jak rzutuje on na kształtowanie się ich postaw rodzicielskich należy zaznaczyć, że analiza wyników badań wykazała, że większość rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną aktualnie doświadcza niskiego poziomu stresu, zarówno w wymiarze ogólnym, jak i w poszczególnych jego komponentach. Może to wynikać z faktu, iż w czasie przeprowadzania badań stan zdrowia ich dzieci był stabilny, a rodziny przystosowały się do przewlekłej sytuacji chorobowej. Obciążenia typowe dla okresu bezpośrednio po diagnozie lub hospitalizacji uległy osłabieniu dzięki upływowi czasu oraz wdrożeniu przez rodziców skutecznych mechanizmów adaptacyjnych. Rodzice internalizują stres, chronią najbliższych przed jego skutkami, głównie są nastawieni zadaniowo do rozwiązywania bieżących problemów i zmagają się z nimi w dużej mierze sami, co może prowadzić do wypalenia i nadmiernego obciążenia. Większość z nich odczuwa skutki stresu odroczone w czasie, po ustabilizowaniu sytuacji zdrowotnej dziecka,

doznając chronicznego zmęczenia i objawów takich jak bóle brzucha, bóle głowy, zaburzenia snu. Silny stres najczęściej pojawia się w trakcie wizyt kontrolnych.

W zakresie postaw rodzicielskich ujawniła się przewaga postaw pożądaných. Najczęściej obserwowano wysoki poziom akceptacji dziecka i bliskiego kontaktu emocjonalnego oraz postawy wspierającej autonomię, co sugeruje, że rodzice mimo wcześniejszych trudnych doświadczeń wspierają niezależność dziecka i nie ograniczają jego samodzielności. Taki układ postaw może stanowić istotny zasób rozwojowy. Jednocześnie u niektórych rodziców zauważono obniżoną konsekwencję wychowawczą oraz nasilone cechy postawy ochronnej, co może świadczyć o pewnej trudności w utrzymywaniu stałości zasad i granic wychowawczych lub tendencji do nadmiernego zabezpieczania dziecka przed potencjalnymi trudnościami. W kontekście przewlekłej choroby dziecka takie tendencje bywają zrozumiałe i mogą mieć charakter kompensacyjny. Warto także podkreślić, że w części przypadków odnotowano wysokie wyniki w skali kłamstwa, co może świadczyć o potrzebie prezentowania się w bardziej pozytywnym świetle i niechęci do ujawniania trudności emocjonalnych. Doświadczany stres rzutuje znacząco na prezentowane postawy rodzicielskie, sprawia, że rodzice modyfikują swoje podejście wychowawcze, są bardziej elastyczni i świadomi w zakresie sprawowania opieki nad przewlekle chorym dzieckiem.



Rozdział 6. Dyskusja wyników i wnioski z badań

W niniejszym rozdziale dokonano analizy uzyskanych wyników w odniesieniu do postawionych pytań badawczych zestawiając je z istniejącymi badaniami naukowymi w tej dziedzinie.

Doświadczany stres u rodziców dzieci przewlekle chorych kardiologicznie

Wyniki badań własnych wykazały, że poziom odczuwanego stresu u rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną był ogólnie niski lub bardzo niski, co częściowo może wynikać ze stabilizacji stanu zdrowia dzieci w momencie badania oraz adaptacji rodziny do wymagań choroby. Ta obserwacja różni się w pewnym stopniu od wielu doniesień w literaturze, które wskazują, że rodzice dzieci z chorobami przewlekłymi często doświadczają podwyższonego poziomu stresu rodzicielskiego w porównaniu z rodzicami dzieci zdrowych.

Metaanaliza przeprowadzona przez Cousino i Hazen (2013) wykazała, że opiekunowie dzieci z różnymi chorobami przewlekłymi zgłaszali znacznie wyższy ogólny stres rodzicielski niż rodzice dzieci zdrowych (Cousino, Hazen, 2013). Wynik ten sugeruje, że samo sprawowanie opieki nad dzieckiem z chorobą przewlekłą wiąże się z dodatkowymi obciążeniami, niezależnie od typu schorzenia. Należy jednak zaznaczyć, że badania te nie zawsze uwzględniały aktualną stabilność stanu zdrowia dziecka, która jak wskazuje analiza własna, może istotnie redukować odczucie stresu.

Badania systematycznie pokazują również, że u opiekunów dzieci chorych przewlekle stres może być związany z codziennymi obowiązkami i wymaganiami leczenia, a jego nasilenie ma związek z obciążeniem procedur medycznych i koniecznością zarządzania leczeniem (Cousino, Hazen, 2013). To potwierdza fakt, że nawet jeśli rodzice nie zgłaszają wysokich poziomów stresu w badaniu kwestionariuszowym, to stres związany z opieką medyczną i odpowiedzialnością za zdrowie dziecka jest istotnym obciążeniem. W wywiadach rodzice podkreślali przewlekły charakter stresu i uogólnione poczucie lęku związanego z przewlekłą chorobą dziecka.

Podobne wyniki wskazano w badaniach ogólnych nad stresem rodzicielskim- analizach porównawczych, które wykazały, że rodzice dzieci z chorobami przewlekłymi mają znacznie wyższe wyniki stresu rodzicielskiego niż rodzice dzieci zdrowych (Rami, Masa'deh, i in., 2012). W badaniu tym potwierdzono, że różnice w odczuwanym stresie zależą od samej obecności choroby przewlekłej, a nie tylko od jej ciężkości lub długości trwania. Istotną



zmienną może być też fakt, że dzieci badanych rodziców w większości są po pełnych korektach kardiochirurgicznych i w oczach rodziców obecnie funkcjonują jak dzieci zdrowe, a rodziny mierzą się w dużej mierze z konsekwencjami przebytych operacji i chorób wtórnych będących skutkiem ubocznym oddziaływań kardiochirurgicznych.

Badania jakościowe podkreślają, że stres opiekunów może przyjmować formę przewlekłą, obejmującą zarówno emocjonalne obciążenie, jak i poczucie przeciążenia oraz konieczność dostosowania się do nieprzewidywalności stanu zdrowia dziecka (Smith, i in., 2022). Te ustalenia są zgodne z obserwacją, że rodzice adaptują się do sytuacji chorobowej, co może przejawiać się niższymi poziomami zgłaszanego stresu w badaniach ilościowych, jest to jednak bardziej proces adaptacyjny niż brak obecności stresorów. U sześciorga z siedmiu badanych rodziców minęło ponad 6 lat od momentu postawienia diagnozy choroby przewlekłej, u jednego rodzica minęły 2 lata.

Ponadto, wyniki własne wskazujące na dominację postaw akceptacji i autonomii rodzicielskiej, znajdują częściowe odzwierciedlenie w literaturze, która podkreśla rolę zasobów psychospołecznych i wsparcia społecznego w zmniejszaniu obciążenia stresowego. Badania wskazują także, że wysoki poziom wsparcia może sprzyjać skutecznemu radzeniu sobie ze stresem u rodziców dzieci przewlekle chorych, co przekłada się na ich funkcjonowanie psychospołeczne (Rębisz, Mazur- Dejcz, 2018).

W literaturze dotyczącej chorób kardiologicznych również zauważa się, że rodzice doświadczają stresu i obciążenia, które mają wpływ na ich funkcjonowanie psychospołeczne, chociaż intensywność tych doświadczeń może różnić się w zależności od specyficznych okoliczności i wsparcia dostępnego w rodzinie (Lisanti, 2018).

Podsumowując, porównanie wyników badań własnych z literaturą naukową sugeruje, że chociaż rodzice dzieci przewlekle chorych często doświadczają zwiększonego stresu, poziom tego stresu może być znacznie zmodyfikowany przez stabilność stanu zdrowia dziecka oraz zasoby adaptacyjne rodziny. Oznacza to, że stres w tej grupie nie jest jednorodny, a jego natężenie zależy od szeregu czynników kontekstualnych.

Strategie radzenia sobie ze stresem

Badania własne wykazały, że u rodziców dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną dominowały strategie radzenia sobie skoncentrowane na zadaniu, tj. działania ukierunkowane na rozwiązywanie problemów i aktywne radzenie sobie ze stresem oraz w mniejszym stopniu



strategie oparte na emocjach i unikaniu. Wyniki te są spójne z wcześniejszymi obserwacjami wśród rodzin dzieci z chorobami przewlekłymi, które wskazywały, że style skoncentrowane na zadaniu są jednym z najczęściej stosowanych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach opieki nad chorym dzieckiem. Strategia ta uznawana jest za najbardziej adaptacyjną i konstruktywną formę radzenia sobie z trudnościami, ponieważ sprzyja efektywnemu przystosowaniu się do sytuacji stresowej oraz reedukacji napięcia psychicznego (Endler, Parker, 1990; Wrześniewski, 2000).

Zgodnie z literaturą rodzice dzieci przewlekle chorych częściej niż osoby z grupy ogólnej wykazują skłonność do stosowania strategii zadaniowej, co jest tłumaczone koniecznością podejmowania działań organizacyjnych, opiekuńczych i decyzyjnych w związku z chorobą dziecka (Lai i in., 2015; Masa'deh, Rayan, Younis, 2018). Potwierdzają to także badania przeprowadzone przez Ramiego i współpracowników (2018), w których wykazano, że matki dzieci z wrodzonymi wadami serca stosowały strategie zadaniowe jako dominujące, traktując opiekę nad dzieckiem jako zadanie do wykonania, przy jednoczesnym ograniczeniu emocjonalnych reakcji.

W niniejszym badaniu zauważono również obecność pojedynczych strategii emocjonalnych i unikowych. Strategia emocjonalna, polegająca na wyładowaniu napięcia, nadmiernym przeżywaniu emocji i skupieniu się na własnych reakcjach, może prowadzić do przeciążenia psychicznego oraz obniżenia efektywności działań (Compas i in., 2012). Z kolei strategia unikowa, często opisywana jako ucieczka od problemu, unikanie konfrontacji lub wdrażanie działań zastępczych bywa efektywna w sytuacjach krótkoterminowych, ale w dłuższej perspektywie może skutkować wzrostem napięcia i pogorszeniem funkcjonowania psychicznego (Kato, 2015; Rnic, Dozois, Martin, 2016).

Wybór strategii opartych na zadaniu przez większość badanych można uznać za wynik sprzyjający zdrowiu psychicznemu rodziców, a także efektywnej opiece nad dzieckiem z chorobą przewlekłą. Jednocześnie wskazane jest monitorowanie obecności emocjonalnych i unikowych stylów radzenia sobie, ponieważ ich nasilenie może być sygnałem przeciążenia stresem i potrzebą wsparcia psychologicznego.

Postawy wychowawcze

Wyniki badań własnych wskazują, że rodzice dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną najczęściej prezentowali postawy akceptacji i autonomii, co jest ogólnie



uznawane w literaturze psychologicznej za postawy sprzyjające zdrowemu funkcjonowaniu dziecka i adaptacji rodziny. Ponadto u części badanych zauważono pewne elementy postawy ochronnej lub niekonsekwencji, jednak ich nasilenie nie dominowało profilu ogólnego.

Badania naukowe potwierdzają, że choroba przewlekła dziecka wpływa na kształtowanie się postaw rodzicielskich, jednak charakter tego wpływu jest zróżnicowany i zależy od wielu kontekstualnych czynników. W badaniu przeprowadzonym przez Guz i współpracowników w 2020r. wykazano, że rodzice dzieci z chorobą chroniczną często przyjmują specyficzne postawy dotyczące trudnej sytuacji życiowej: dominował strategiczny sposób reagowania oraz postawy działaniowe, co jest zbliżone do wyników badań własnych, gdzie postawy akceptacji i aktywnego zaangażowania rodziców były relatywnie wysokie (Guz i in., 2020).

Podobnej obserwacji dokonano w badaniach dotyczących postaw rodzicielskich matek wobec dzieci somatycznie chorych. Badania te wykazują, że postawy opiekuńcze i adaptacyjne, choć z perspektywy często trudne, są aktywnie stosowane w kontekście chronicznej choroby, a percepcja rodziców co do własnych zachowań jest zależna od wieku dziecka i doświadczeń rodzinnych (Weryszko, Rejmer, 2022).

Literatura naukowa podkreśla również, że postawy rodzicielskie mają istotne konsekwencje dla funkcjonowania dziecka oraz dynamiki rodzinnej. Na przykład w literaturze dotyczącej wpływu postaw rodzicielskich na dzieci z chorobami przewlekłymi wskazuje się, że postawa akceptacji i wsparcia wiąże się z lepszym funkcjonowaniem psychospołecznym i mniejszym stresem adaptacyjnym u dzieci (Albińska, 2022).

W badaniach dotyczących postaw rodziców wobec choroby dziecka często pojawia się również rola postawy ochronnej, która z jednej strony może wynikać ze strachu o zdrowie dziecka, a z drugiej ze skłonności do kontroli i minimalizowania ryzyka (Bartoszuk- Popko, 2020). W badaniach własnych postawa ochronna nie była dominująca, jednak pojawiła się u jednego z badanych rodziców na poziomie wysokim, co może być interpretowane jako reakcja adaptacyjna na chroniczną sytuację życiową. Ponadto w kontekście ujęć jakościowych inne prace podkreślają, że postawy rodzicielskie są powiązane z kontekstem społecznym, doświadczeniem rodzinnym i charakterem choroby dziecka (Michalak, 2025). W odniesieniu do badań własnych może to tłumaczyć, dlaczego wśród badanych rodziców, których stan zdrowia dzieci był względnie stabilny dominowały postawy akceptacji i autonomii, a nie nadmiernej ochrony czy kontroli.

Podsumowując wyniki badań własnych znajdują potwierdzenie w literaturze naukowej.



Relacja rodzic- dziecko: stres a zachowanie wobec dziecka

W badaniach własnych zaobserwowano, że większość rodziców dostrzega bezpośrednią korelację pomiędzy doświadczanym stresem a zmianami w zachowaniu wobec dziecka, takimi jak: zwiększona drażliwość, mniejsza cierpliwość, częstsze podnoszenie głosu oraz większe skupienie na opiece. Jednocześnie trzech rodziców początkowo nie zauważało bezpośredniego związku, jednak przy pogłębieniu wywiadu ujawnili, że starają się ukrywać emocje, by nie były one odczuwalne dla dziecka. Tym samym u wszystkich badanych widoczny był związek pomiędzy stresem a zachowaniami wobec dziecka, co oznacza, że stres może rzutować zarówno negatywnie, jak i adaptacyjnie na zachowania rodzicielskie.

W literaturze naukowej z ostatnich lat występuje wiele dowodów na to, że stres rodzicielski ma istotny wpływ na sposób zachowania się rodziców wobec dzieci oraz na ich relacje z dziećmi. Analiza badań wykazała, że wyższy poziom stresu wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia problemów emocjonalnych i behawioralnych u dzieci, a jednocześnie koreluje z reakcjami zachowań rodzicielskich takimi jak drażliwość czy mniejsza responsywność wobec potrzeb dziecka (Ribas i in., 2024). Badanie to wykazało istotne statystycznie powiązania pomiędzy poziomem stresu rodzicielskiego a problemami zachowań zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych u dzieci, co potwierdza, że stres ma realne konsekwencje dla dynamiki rodzinnej i zachowań opiekunów (Ribas i in., 2024).

Badania empiryczne zwracają również uwagę, że związek pomiędzy stresem a zachowaniami rodziców sprzyjającymi lub niekorzystnymi wobec dziecka może być warunkowany przez styl radzenia sobie, postawy rodzicielskie oraz strategie adaptacyjne. W analizie różnych modeli zauważono, że stres związany z rolą rodzica często prowadzi do stosowania bardziej emocjonalnych strategii radzenia sobie, a te z kolei sprzyjają negatywnym zachowaniom wobec dzieci, takim jak impulsywne reagowanie czy mniejsza cierpliwość (Cho i in., 2025). Jednocześnie strategie zadaniowe były powiązane z bardziej pozytywnymi stylami wychowawczymi i zmniejszeniem negatywnych zachowań, co oznacza, że zdolność efektywnego radzenia sobie ze stresem może łagodzić wpływ stresu na zachowania rodziców (Cho i in., 2025).

Podobne wnioski wynikają także z badań jakościowych, które wskazują, że intensywność i charakter stresu związany z opieką nad dzieckiem przewlekle chorym są powiązane z zachowaniami rodzicielskimi oraz z poczuciem kompetencji w roli rodzica. W badaniu Smith i współpracowników uczestniczący rodzice wskazywali na sytuacje, które prowadziły do bardziej reaktywnych zachowań, takich jak zwiększone napięcie w relacjach



domowych czy konflikty, a jednocześnie opisywali strategie adaptacji, które miały a celu minimalizowanie negatywnego wpływu stresu na dziecko poprzez świadome tłumienie emocji lub poszukiwanie wsparcia społecznego (Smith i in., 2022).

Tym samym wyniki badań własnych znajdują potwierdzenie w literaturze naukowej. Zarówno badania ilościowe, jak i jakościowe wykazują, że stres rodzicielski jest powiązany z zachowaniami rodzicielskimi, szczególnie z reaktywnymi, negatywnymi zachowaniami w warunkach chronicznego obciążenia, ale również, że istnieją mechanizmy adaptacyjne, które mogą łagodzić jego negatywne skutki.

Zmiany w postawach wychowawczych w trakcie choroby dziecka

W badaniach własnych zaobserwowano, że u części rodziców zmiana sytuacji zdrowotnej dziecka prowadziła do modyfikacji postaw wychowawczych i stylów rodzicielskich, zarówno w kierunku większej uwagi i troski (akceptacji, kontroli dopasowanej do potrzeb), jak i adaptacyjnego dostosowania zachowań, co potwierdza, że przewlekła choroba dziecka może wpływać na relacje rodzinne oraz role rodzicielskie.

Badania naukowe z ostatnich lat wskazują, że obecność choroby przewlekłej w rodzinie istotnie wpływa na kształtowanie się postaw rodzicielskich, prowadząc do adaptacyjnych zmian, które wynikają z konieczności radzenia sobie z trudną sytuacją oraz zapewnienia opieki i bezpieczeństwa dziecku. Przykładowo Celik i współpracownicy wykazali, że rodzice dzieci przewlekłe chorych częściej prezentują postawę nadmiernej ochrony, co bezpośrednio wiąże się z obawą o zdrowie dziecka i próbą minimalizowania ryzyka, przy jednoczesnym zachowaniu stabilnych postaw demokratycznych i autorytatywnych względnie stałych w czasie choroby (Celik i in., 2024). Ponadto badania Alves i współpracowników pokazuje, że przewlekła choroba dziecka wywiera wielowymiarowy wpływ na funkcjonowanie rodziny, co jest powiązane z ich percepcją, postawami wobec codziennych wyzwań oraz adaptacją do nowych ról i obowiązków. W tym kontekście rodzice muszą negocjować swoje wartości, oczekiwania i praktyki wychowawcze, by zachować równowagę pomiędzy zapewnieniem dziecku bezpieczeństwa, a wspieraniem jego autonomii i samodzielności (Alves i in., 2024).

Literatura podkreśla również, że postawy wychowawcze mogą ewaluować wraz z czasem trwania choroby i adaptacją rodziny do nowej sytuacji, co jest zgodne z obserwacją własną, że część rodziców modyfikuje swoje zachowania i sposób podejścia do wychowania w reakcji na narastającą wiedzę o chorobie, nabytą kompetencję opiekuńczą oraz emocjonalne wsparcie społeczne. Takie elastyczne dostosowanie postaw jest elementem procesu



adaptacyjnego, który obejmuje zarówno zmiany w emocjonalnym funkcjonowaniu rodzica, jak i w sposobie realizacji jego ról wychowawczych (Alves i in., 2024).

Badania wykazują także, że zaangażowanie rodziców w opiekę nad dzieckiem przewlekle chorym może prowadzić do zwiększonej świadomości jego potrzeb, ale też obciążeń psychospołecznych, które w efekcie wpływają na ich style wychowawcze, często wzmacniając ochronę, reagowanie emocjonalne i potrzebę kontroli (Celik i in., 2024).

Tym samym wyniki badań własnych są spójne z wynikami współczesnych badań naukowych, które wskazują, że choroba przewlekła dziecka wiąże się z adaptacyjnymi zmianami w postawach rodzicielskich, a proces adaptacji jest dynamiczny i zależny od wielu czynników kontekstualnych.

Na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych można stwierdzić, że rodzice dzieci z przewlekłą chorobą kardiologiczną doświadczają stresu w sposób zróżnicowany, przy czym jego nasilenie jest często uzależnione od aktualnego stanu zdrowia dziecka oraz dostępnych zasobów wsparcia społecznego i emocjonalnego. Choć u większości badanych poziom odczuwanego stresu mieścił się w normach niskich, to niemal wszyscy respondenci wskazywali na wyraźny wpływ napięcia emocjonalnego na ich zachowania wobec dzieci, w tym przejściowe trudności z cierpliwością, wzmożoną kontrolę lub emocjonalne wycofanie. Jednocześnie zaobserwowano, że stres może zarówno osłabiać, jak i wzmacniać pozytywne postawy wychowawcze, u niektórych rodziców prowadził do większego zaangażowania i troski, u innych do okresowej niespójności w postępowaniu wychowawczym. Ostatecznie uzyskane wyniki potwierdzają, że między poziomem doświadczanego stresu, a kształtowaniem się postaw rodzicielskich istnieje istotna relacja, która zależy nie tylko od natężenia stresu, lecz także od sposobów jego regulowania i wewnętrznych zasobów psychicznych rodziców.

Należy wyraźnie podkreślić, że ze względu na niewielką liczebność próby badawczej wyniki badań mają charakter eksploracyjny i nie mogą być uogólniane na całą populację. Można jednak wyciągnąć kilka wniosków z przeprowadzonych badań jakościowych:

1. Większość rodziców doświadcza niskiego lub przeciętnego poziomu stresu, co może być związane ze stabilizacją stanu zdrowia ich dzieci.
2. Rodzice prezentują głównie postawy pozytywne- szczególnie postawę akceptacji i autonomii, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi emocjonalnemu dziecka.
3. Występują pewne trudności w zakresie konsekwencji i nadmiernej ochrony, co może świadczyć o napięciu emocjonalnym i potrzebie wsparcia wychowawczego.



4. Stres wpływa na zachowanie rodziców wobec dziecka, powodując drażliwość, zmniejszoną cierpliwość lub nadmierne skupienie się na dziecku, nawet jeśli nie zawsze jest to przez nich świadomie zauważane.
5. Wszyscy badani dostrzegają związek między własnym stanem emocjonalnym, a postępowaniem wobec dziecka, niezależnie od tego, czy skutki stresu są bezpośrednie, czy tłumione.
6. Rodzice najczęściej stosują styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu, co może świadczyć o adaptacyjnych mechanizmach przystosowawczych.
7. Skala kłamstwa w kwestionariuszu stresu wskazuje na rzetelność uzyskanych odpowiedzi, co zwiększa wiarygodność danych jakościowych.
8. Zachowania i postawy rodzicielskie zmieniały się w trakcie trwania choroby dziecka, co potwierdza elastyczność funkcjonowania rodzin w obliczu przewlekłej sytuacji kryzysowej.
9. Potrzebne są działania wspierające rodziców w zakresie profilaktyki stresu i psychoedukacji, zwłaszcza w obszarze wychowania i wzmacniania kompetencji emocjonalnych.
10. Wyniki badań wpisują się w aktualne doniesienia naukowe, które podkreślają wpływ stresu rodzicielskiego na funkcjonowanie dziecka przewlekle chorego.



Zakończenie

Przeprowadzone badania miały na celu zgłębienie sposobu w jaki rodzice dzieci przewlekle chorych kardiologicznie doświadczają stresu oraz jak to doświadczenie wpływa na kształtowanie się ich postaw rodzicielskich. W oparciu o metodę jakościową i wykorzystanie standaryzowanych narzędzi psychometrycznych oraz ustrukturyzowanego wywiadu uzyskano pogłębiony obraz emocjonalnego i wychowawczego funkcjonowania rodziców w obliczu choroby dziecka.

Wyniki badań ukazały, że choć poziom stresu wśród badanych był ogólnie niski, należy go analizować w kontekście aktualnej stabilizacji zdrowotnej dzieci, która mogła wpływać na obniżenie napięcia emocjonalnego. Co istotne, rodzice- świadomie lub nie- przyznawali, że stres wpływa na ich zachowanie względem dziecka, zarówno poprzez zwiększoną drażliwość, obniżoną cierpliwość, jak i wzmożoną potrzebę kontroli lub ochrony.

Postawy wychowawcze badanych rodziców najczęściej mieściły się w zakresie normy, wykazywali akceptację dziecka oraz wspierali jego autonomię. Zdarzały się także przejawy niekonsekwencji, umiarkowanej nadopiekuńczości czy osłabionej stanowczości, co może być interpretowane jako konsekwencja zmiennych napięć emocjonalnych oraz wieloletniego obciążenia psychicznego wynikającego z opieki nad chorym dzieckiem.

Analiza wyników pokazała, że strategia radzenia sobie z trudnościami koncentrowała się głównie na stylu zadaniowym, co może świadczyć o dobrej adaptacji psychicznej. Jednocześnie niektórzy rodzice korzystali również z elementów stylu emocjonalnego i unikowego, co może wskazywać na zmienność podejmowanych działań i konieczność dostosowywania się do dynamicznej sytuacji zdrowotnej dziecka.

Wyniki pracy jednoznacznie wskazują, że choroba dziecka, nawet jeśli obecnie ustabilizowana, nie pozostaje bez wpływu na rodziców. Stres, choć często tłumiony lub racjonalizowany, ujawnia się w codziennych reakcjach i może rzutować na sposób w jaki rodzic postrzega dziecko, wyznacza granice i komunikuje emocje. Ostateczny obraz pokazuje, że choć rodzice wykazują się dużą dojrzałością i zaangażowaniem, to długofalowe obciążenia mogą prowadzić do subtelnych, ale znaczących zmian w postawach wychowawczych. Z perspektywy badawczej i praktycznej wyniki te potwierdzają zasadność dalszych analiz nad funkcjonowaniem rodziców dzieci przewlekle chorych, z uwzględnieniem większych prób badawczych, badań ilościowych oraz rozszerzeniem zmiennych kontekstowych (np. sytuacji ekonomicznej, sieci wsparcia, płci rodzica). Prezentowane badanie, mimo swego jakościowego



charakteru i ograniczonej liczby uczestników, wnosi istotną wartość diagnostyczną i stanowi punkt wyjścia dla dalszych analiz w obszarze psychologii rodziny i wychowania.

Możliwości praktycznego wykorzystania wyników badań

Rekomendacje dla rodziców dzieci przewlekle chorych:

1. Korzystanie z psychologicznego wsparcia indywidualnego lub grupowego.

Udział w spotkaniach z psychologiem może pomóc lepiej zrozumieć własne reakcje emocjonalne, obniżyć poziom stresu i poprawić jakość relacji z dzieckiem. Warto rozważyć uczestnictwo w grupach wsparcia dla rodziców dzieci z podobnymi problemami zdrowotnymi.

2. Pogłębianie świadomości własnych postaw wychowawczych.

Regularna autorefleksja dotycząca stylu wychowania oraz udział w warsztatach lub konsultacjach pedagogicznych może sprzyjać bardziej świadomemu i spójnemu rodzicielstwu.

3. Balans między opiekuńczością a wspieraniem autonomii dziecka.

Dążenie do tego, by nie wyręczać dziecka nadmiernie, a jednocześnie stwarzać bezpieczne warunki do rozwoju jego samodzielności i odpowiedzialności, jest kluczowe w wychowywaniu dzieci przewlekle chorych.

4. Uczenie się adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Wskazane jest, aby rodzice rozwijali konstruktywne sposoby reagowania na stres, unikali unikania i tłumienia emocji i nauczyli się identyfikować momenty napięcia.

5. Wzmacnianie umiejętności komunikacyjnych w rodzinie.

Otwarta, empatyczna i nieagresywna komunikacja z dzieckiem oraz innymi członkami rodziny może znacząco poprawić funkcjonowanie całego systemu rodzinnego.

6. Dbanie o własne potrzeby emocjonalne i fizyczne.

Rodzic nie powinien rezygnować z własnych zasobów psychicznych, pasji czy wypoczynku. Regeneracja emocjonalna jest niezbędna dla trwałego pełnienia roli opiekuna.

7. Korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego i informacyjnego.

Znajomość swoich praw, dostępnych świadczeń, rehabilitacji oraz możliwości pomocy instytucjonalnej może znacząco zmniejszyć stres i zwiększyć poczucie kontroli.



8. Współpraca z personelem medycznym i edukacyjnym.

Budowanie partnerskiej relacji z lekarzami, terapeutami, nauczycielami wspiera bardziej spójne podejście do opieki nad dzieckiem i minimalizuje poczucie chaosu i izolacji.

Rekomendacje dla specjalistów (psychologów, pedagogów, lekarzy, terapeutów):

1. Systematyczna diagnoza potrzeb emocjonalnych rodziców.

W placówkach opieki zdrowotnej i edukacyjnej należy uwzględniać regularną ocenę poziomu stresu, zmęczenia psychicznego i postaw rodzicielskich za pomocą narzędzi psychometrycznych.

2. Indywidualizacja wsparcia rodziny.

Specjaliści powinni elastycznie dobierać formy wsparcia do rzeczywistych potrzeb konkretnej rodziny, uwzględniając wiek dziecka, przebieg choroby i zasoby psychospołeczne rodziców.

3. Wzmacnianie kompetencji wychowawczych rodziców.

Prowadzenie warsztatów psychoedukacyjnych lub krótkoterminowych interwencji może pomóc rodzicom zrozumieć wpływ stresu na ich zachowanie wobec dziecka oraz rozwijać bardziej adaptacyjne postawy.

4. Edukowanie rodziców w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem.

Pomoc w rozpoznaniu dominujących stylów radzenia sobie i ich wpływu na relację z dzieckiem oraz zachowania wychowawcze jest kluczowa dla zmniejszenia negatywnych konsekwencji stresu.

5. Wspieranie równowagi pomiędzy funkcją opiekuna a byciem rodzicem.

Konieczne jest budowanie w rodzicach przekonania, że nie muszą być doskonali, ale konsekwentni, czuli i otwarci na własne emocje i potrzeby dziecka.

6. Promowanie dialogu między instytucjami.

Koordinacja działań między systemem zdrowia, edukacji i opieki społecznej zwiększa poczucie bezpieczeństwa rodziców i sprzyja bardziej skutecznemu wsparciu.

7. Zbieranie danych i prowadzenie dalszych badań.

Konieczne jest kontynuowanie badań nad psychologicznymi aspektami opieki nad dziećmi przewlekle chorymi oraz tworzenie baz danych wspierających rozwój skutecznych interwencji.



Przeprowadzone badania dostarczają cennych wniosków, które mogą zostać wykorzystane w różnych obszarach wsparcia rodziców dzieci przewlekle chorych kardiologicznie. Wnioski z pracy wskazują nie tylko na potrzebę dalszych, pogłębionych badań w tym obszarze (także z wykorzystaniem metod ilościowych i na większych próbach), ale również na konieczność rozwoju kompleksowych programów wsparcia dla rodzin dzieci przewlekle chorych. Tym samym niniejsza praca stanowi zarówno próbę zrozumienia rzeczywistości psychologicznej tych rodzin, jak i punkt wyjścia dla przyszłych działań diagnostycznych, terapeutycznych i edukacyjnych.



Bibliografia:

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (3rd ed.). Psychological Assessment Resources.
- Albińska, A. (2022). *Postawy rodzicielskie a przystosowanie dziecka z przewlekłą chorobą somatyczną*. *Folia Psychologica*, 26, 77-94.
- Babbie, E. (2009). *Podstawy badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bakiera, L. (2019). *Dojrzały rodzice. Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje rodzicielstwa*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Bakiera, L. (red.). (2020). *Rodzicielstwo: ujęcie interdyscyplinarne*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Bartoszuk- Popko, E. (2020). *Parents' attitudes towards children with chronic diseases*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 27(3), 444-449.
- Brzezińska, A. I. (2019). *Psychologia rozwoju człowieka. Nurty, koncepcje, konteksty*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzezińska, A. I. (2019). *Społeczny kontekst rozwoju dziecka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- CBOS. (2022). *Sytuacja rodzin z dziećmi chorymi przewlekle w Polsce*. Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2021). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Czarnik, M. (2020). *Metody i techniki badań jakościowych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Czarnik, P. (2020). *Metodologia badań społecznych: Podejścia jakościowe i mieszane*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5th ed.). SAGE Publications.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Multi-Health Systems.



- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Flick, U. (2011). *Projektowanie badania jakościowego*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Flick, U. (2020). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch (6. Aufl.)*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Gajderowicz, A. (2024). *Stres rodzicielski a postawy rodzicielskie matek dzieci w wieku 0-10 lat. Rocznik Psychologii Rodziny*, 26(1), 87-99.
- Głębocka, A. (2020). *Dziecko chore przewlekle i jego rodzina*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Głębocka, A. (2020). *Psychospołeczne funkcjonowanie rodzin dzieci z chorobami przewlekłymi*. Wydawnictwo Naukowe UJ.
- Głębocka, A. (2021). *Wypalenie rodzicielskie i jego psychospołeczne konsekwencje*. Difin.
- Guz, S., Orłowska, K., & Czajka, M. (2020). *Wzorce postaw rodzicielskich w rodzinach z dzieckiem przewlekle chorym- analiza przypadków. Pediaatria i Medycyna Rodzinna*, 16(2), 139-145.
- Heszen, I. (2021). *Psychologia stresu. W poszukiwaniu mechanizmów i strategii*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Jackson, A. C., Frydenberg, E., Liang, R. P. T., & Higgins, R. O. (2020). *Parenting stress and quality of life in parents of children with congenital heart disease. Journal of Pediatric Nursing*, 51, 46-51.
- Jakubowska, U. (2020). *Jakościowe metody badawcze w psychologii: Podejścia i techniki analizy danych. Psychologia- Etologia- Genetyka*, 42(1), 9-21.
- Jaworska, A., & Wrześniewski, K. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.



Kaczmarek, Ł., & Trzcieniecka-Green, A. (2021). *Rodzina wobec choroby przewlekłej dziecka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kagitcibasi, C. (2007). *Family, self, and human development across cultures: Theory and applications* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Kołodziejczyk, A. (2022). *Dzieci z chorobami serca w rodzinie i społeczeństwie*. Wydawnictwo Naukowe UAM.

Kołodziejczyk, A., & Włodarczyk, D. (2019). *Wsparcie społeczne a adaptacja do przewlekłej choroby somatycznej u dzieci*. *Psychologia Rozwojowa*, 24(2), 79-90.

Kowalewska, M., Tomaczak, M. & Zielińska-Więczkowska, H. (2019). *Wpływ choroby przewlekłej dziecka na relacje w rodzinie*. *Problemy Pielęgniarstwa*, 27(2), 177-184.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Wywiad jakościowy*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Lazarus, R. S. (1996). *Psychological stress and the coping proces*. McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Lis, M., Wrona, B. (2023). *Postrzeganie relacji z rodzeństwem w rodzinach z dzieckiem przewlekle chorym*. *Forum Pedagogiczne*, 13(1), 33-47.

Łobocki, M. (2020). *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent-child interaction*. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4, pp. 1-101). Wiley.

Maceña, A., Kowalska, M., & Żak, P. (2021). *Development challenges in chronically ill children*. *Polisj Journal of Health Psychology*, 10(2), 91-104.

Majda, A., Zalewska-Puchała, J., & Ślusarska, B. (2020). *Obciążenia psychospołeczne rodzin dzieci przewlekle chorych*. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia*, 6(2), 153-163.

Majewska, M., & Szafraniec, E. (2021). *Wpływ przewlekłej choroby dziecka na jego funkcjonowanie psychospołeczne*. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 17(2), 67-74.

Majewska, M., & Szafraniec, A. (2021). *Rola wsparcia systemowego w rodzinach z dziećmi przewlekle chorymi*. *Psychologia i Zdrowie*, 9(1), 24-38.



Masa'deh, R., Rayan, A., & Younis, A. (2018). *The impact of stressors on emotional well-being of parents of children with congenital heart disease. Journal of the Royal Medical Services, 25(2), 56-63.*

Melini, K., Szymańska, R., & Nowicka, M. (2023). *Chronical illness and emotional functioning in children. Child and Adolescent Health Journal, 15(1), 33-45.*

Michalak, J. (2025). *Postawy rodziców wobec dzieci przewlekle chorych- aspekty psychologiczne. Przegląd Pedagogiczny, 3(1), 45-60.*

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change (2nd ed.)*. Guilford Press.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.

Murray, P. D., & Harrison, T. M. (2022). *The lived experience of parenting a child with congenital heart disease. Pediatric Nursing, 48(1), 21-29.*

Nowak, E., & Wasilewska, M. (2021). *Mechanizmy radzenia sobie w rodzinach z dzieckiem przewlekle chorym. Family Psychology, 12(4), 45-60.*

Oblaścińska, A. (2020). *Adaptacja dzieci przewlekle chorych do środowiska przedszkolnego*. Warszawa: PZH.

Oblaścińska, A., & Woynarowska, B. (2020). *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Instytut Matki i Dziecka*.

Pawluk-Skrzypek, A. (2020). *Radzenie sobie ze stresem rodziców dzieci z chorobą przewlekłą. Rocznik Lubuski 46(2), 329-344.*

Pilch, T., & Bauman, T. (2010). *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Piskorz, M. (2020). *Postawy rodzicielskie wobec dzieci z chorobą przewlekłą- analiza uwarunkowań i konsekwencji. Psychologia i zdrowie, 25(2), 43-58.*

Plopa, M. (2006). *Rola postaw rodzicielskich w kształtowaniu osobowości dziecka*. Wydawnictwo Impuls.



- Plopa, M. (2006). *Kwestionariusz Postaw Rodzicielskich: Podręcznik*. Wydawnictwo Impuls.
- Plopa, M. (2011). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Plopa, M., & Makarowski, B. (2011). *Kwestionariusz Poczucia Stresu- KPS*. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Plopa, M., & Makarowski, B. (2010). *Kwestionariusz Poczucia Stresu: Podręcznik*. Vizja Press & IT.
- Plopa, M., & Makarowski, R. (2022). *Postawy rodzicielskie: Teoria, badania, zastosowanie*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Rębisz, S., & Mazur- Dejcz, E. (2018). *Cena wsparcia społecznego i podejmowanych strategii radzenia sobie*. *Psychologia Jakości Życia*, 17(1), 25-40.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. J. B. Lippincott.
- Sęk, H. (2020). *Psychologia Rodziny*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sikorksa, M. (2022). *Psychologia rodziny. Zagadnienia wybrane*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Silverman, D. (2018). *Interpretacja danych jakościowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skarżyńska, H., & Kołakowska, E. (2022). *Rola ojca w rodzinie z dzieckiem chorym przewlekle*. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 28(3), 189-195.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2018). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges (2nd ed.)*. Cambridge University Press.
- Stake, R. E. (1995). *The art. Of case study research*. SAGE Publications.
- Stefańska, A., Kuś, K., & Bukowska, M. (2021). *Zasady metodologiczne w badaniach jakościowych. Podejście interpretatywne*. *Zeszyty Metodologiczne*, 5(1), 33-49.
- Strelau, J. (2020). *Psychologia stresu*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.



Świstalska, J., Kamińska, M., & Dąbrowski, K. (2020). *Dzieci z chorobami układu krążenia w rodzinie- przegląd literatury. Medycyna Wieku Rozwojowego*, 24(3), 147-155.

Świstalska, J., Opozda, D., & Krajewska, A. (2020). *Styl przywiązania a funkcjonowanie emocjonalne dzieci przewlekle chorych. Psychologia Rozwojowa*, 25(4), 49-62.

Szyndler, K. (2022). *Pediatrica. Wybrane zagadnienia rozwoju i opieki nad dzieckiem przewlekle chorym*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Szyndler, P. (2022). *Rodzina wobec choroby przewlekłej dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Ungar, M. (2019). *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*. Oxford University Press.

Weryszko, M. (2022). *Postawy rodzicielskie matek wychowujących synów z chorobą Leśniowskiego- Crohna. Fides et Ratio*, 3(51), 9-20.

Weryszko, M., Rejmer, A. (2022). *Postawy rodzicielskie matek wobec dzieci z chorobą Leśniowskiego- Crohna- analiza psychologiczna. Forum Medycyny Rodzinnej* 16(1), 45-54.

Wojnarowska, B., & Oblacińska, A. (2021). *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce- diagnoza i rekomendacje*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

Wrześniewski, K. (2000). *Style i strategie radzenia sobie ze stresem*. W: I. Heszen- Niejodek & Z. Ratajczak (Red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne (s. 44-64)*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Wrześniewski, K., Strelau, J., Szczepaniak, P., & Śliwińska, M. (2020). *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych- CISS: Adaptacja polska i zastosowanie. Przegląd Psychologiczny*, 63(2), 147-165.

Wrześniewski, K., Trzebiński, J., & Jaworska, A. (2011). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Pracownia Testów Psychologicznych. Yin, R. K. (2015). *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody*. Wydawnictwo Naukowe PWN.



Wrześniewski, K., Trzebiński, J., & Jaworska, A. (2011). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.

Ziemska, M. (1986). *Postawy rodzicielskie*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.



Źródła internetowe:

American Psychological Association. (2023). *APA Dictionary of Psychology*.

<https://dictionary.apa.org> (16.07.2025)

Alves, S. P., Braz, A. C., Graca, L., & Fontaine, A. M. (2024). *Parental perceptions of the impact of a child's complex chronic condition: A validation study of the Impact on Family Scale. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(5), 642.

<https://doi.org/10.3390.ijerph21050642> (29.12.2025)

Basu, S., Kulkarni, A., & Shah, S. (2023). Pediatric cardiomyopathies: Clinical presentation and contemporary management. *Current Pediatrics Reports*, 11(1), 21-29.

<https://doi.org/10.1007/s40124-023-00258-3> (06.07.2025)

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.

<https://doi.org/10.1177/02724316911111004> (16.07.2025; 18.07.2025)

Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2008). Does attachment style moderate the impact of illness-related trauma? A study of mothers of children with congenital heart disease. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(10), 962-983.

<https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.10.962> (15.07.2025)

Bojanowska, A., & Zalewska, A. M. (2020). Jakość relacji rodzinnych i jej znaczenie w adaptacji do stresu. *Psychologia Rozwojowa*, 25(3), 45-58.

<http://doi.org/10.4456/20843879PR.20.003.12811> (18.07.2025)

Capaldi, D. M., Pears, K. C., & Kim, H. K. (2022). Parenting and personality: A multigenerational perspective, *Development and Psychopathology*, 34(2), 456-470.

<https://doi.org/10.1017/S095457942000126X> (17.07.2025)



Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267> (15.07.2025, 17.07.2025)

Celik, M., et al. (2024). *Investigating parental attitudes in mother- child chronic illnesses: Overprotective and permissive parenting behaviors*. *Children*, 11(11), 1348. <https://doi.org/10.3390/children11111348> (29.12.2025)

Cho, Y- I, et al. (2025). *Exploring the relationship between parental stress and child behavioral problems: A serial mediation analysis*. *Yonsei Medical Journal*, 66(1), 87-94. <https://doi.org/10.3349/ymj.2024.0501> (28.12.2025)

Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ... & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: a meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110> (15.07.2025)

Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., & Williams, E. K. (2012). *Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence*. *Australian Journal of Psychology*, 64(2), 64-72. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2012.00044.x> (28.12.2025)

Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). *Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review*. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 809-828. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049> (28.12.2025)

Eagleson, K. J., Ravindran, V., Lisanti, A. J., & Drotar, D. (2023). *Instruments assessing psychosocial adaptation in families of children with congenital heart disease: A systematic review*. *Journal of Pediatric Psychology*, 48(6), 537-551. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsad045> (28.12.2025)

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844> (17.07.2025; 18.07.2025)



Freud, L. R., Escobar-Diaz, M. C., & Tworetzky, W. (2021). Impact of prenatal diagnosis on the survival of newborns with congenital heart disease. *Prenatal Diagnosis*, 41(4), 441-448.

<https://doi.org/10.1002/pd.5883> (06.07.2025)

Garcia, F. E., Barraza-Pena, C. G., Włodarczyk, A., Alvear-Carrasco, M., & Reyes-Reyes, A. (2020). Psychometric properties of the brief resilience scale in a sample of Chilean adults. *Psychological Reports*, 13(6), 2195-2211.

<https://doi.org/10.1177/0033294119847893> (16.07.2025)

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513> (17.07.2025)

Hobfoll, S. E., Camfield, L. (2021). Stress, coping, and adaptation: Meaning-making processes in chronic adversity. *Current Opinion in Psychology*, 41, 12-18.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.03.004> (18.07.2025)

Jackson, A. C., Frydenberg, E., Liang, R. P. T., Higgins, R. O., & Murphy, B. M. (2022). Family functioning and coping in families with a child with congenital heart disease. *Health Psychology Open*, 9(1).

<https://doi.org/10.1177/20551029221080628> (15.07.2025)

Kato, T. (2015). *Frequently used coping scales: a Meta'analysis*. *Stress and Health*, 31(4), 315-323.

<https://doi.org/10.1002/smi.2557> (28.12.2025)

Kaczmarek, Ł. (2023). Psychologiczne aspekty opieki nad dzieckiem przewlekle chorym: wyzwania i zasoby. *Psychologia wychowawcza*, 70(1), 14-29.

<https://doi.org/10.5604/01.3001.0016.1415> (06.07.2025)

Kołodziej-Zaleska, A. (2023). Stres rodzicielski i jego psychologiczne konsekwencje- przegląd badań. *Psychologia rozwojowa*, 28(1), 13-26.

<https://doi.org/10.4467/20843879PR.23.002.17632> (13.07.2025; 17.07.2025)



Kołodziejczyk, A., & Bielawska-Batorowicz, E. (2022). Psychospołeczne funkcjonowanie dzieci przewlekle chorych i ich rodzin. *Psychiatria Polska*, 56(1), 45-60.

<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/115454> (06.07.2025)

Lai, H. L., Hsu, Y. Y., Wu, H. S., Wang, J. S., & Huang, T. T. (2015). *Health-related quality of life and related factors in parents of children with congenital heart disease*. *Journal of Nursing Research*, 23(4), 252-260.

<https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000101> (28.12.2025)

Lisanti, A. J., Golfenshtein, N., Medoff-Cooper, B., Dubbs, C., & Wernovsky, G. (2018). Parental stress and resilience in congenital heart disease: A new frontier for health disparities research. *Cardiology in the Young*, 28(9), 1145-1150.

<https://doi.org/10.1017/S1047951118000881> (15.06.2025; 28.12.2025)

Lo, H. H. M., Ng, S. M., & Chan, C. L. W. (2022). The impact of mindful parenting on psychological distress and parenting style among parents of children with chronic illness. *Mindfulness*, 13(5), 1074-1087.

<https://doi.org/10.1007/s12671-021-01821-w> (16.07.2025; 17.07.2025)

Lumsden, M. R., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2019). *Coping in parents of children with congenital heart disease: A systematic review and meta-synthesis*. *Journal of Child and Family Studies*, 28(6), 1445-1460.

<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01406-8> (28.12.2025)

Macedo, L. P., Lima, R. A., Silva, D. M. G. V., & Rosa, M. Q. M. (2021). Quality of life and mental health in children with congenital heart disease: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, e45-e54.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.003> (06.07.2025)

Masa' deh, R., Saifan, A., Timmons, S., & Nairn, S. (2018). *The effect of perceived social support and coping strategies on the psychological well-being of parents of children with congenital heart disease*. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 832-840.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14004> (28.12.2015)



Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227> (16.07.2025)

McCormick, B., Sidani, S., Stremler, R., & McKeever, P. (2021). Parenting stress in families of children with medical complexity. *Journal of Pediatric Nursing*, 59, 121-129.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.027> (15.07.2025)

Mielnik, D., Tomaszewska, E., & Bolek, M. (2023). Poczucie własnej wartości i objawy depresyjne u dzieci z przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Studia Edukacyjne*, 68, 132-147.

<https://doi.org/10.14746/se/2023.68.8> (06.07.2025)

Norberg, A. L., & Boman, K. K. (2020). Mothers and fathers of children with cancer: Loss of control during treatment. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(2), 152-165.

<https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1678097> (15.07.2025)

Pinquart, M. (2018). Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition- A meta-analysis. *Stress and Health*, 34(2), 197-207.

<https://doi.org/10.1002/smi.2780> (15.07.2025; 28.12.2025)

Pakenham, K. I., & Cox, S. (2020). The nature and impact of caregiving experiences in families of children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(7), 812-823.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa034> (15.07.2025)

Putko, B. (2021). Rola postaw rodzicielskich w kształtowaniu osobowości dzieci i młodzieży. *Studia Edukacyjne*, 60, 145-158.

<https://doi.org/10.14746/se.2021.60.9> (16.07.2025)

Reupert, A., Maybery, D., & Kowalenko, N. (2021). Children whose parents have a mental illness: Prevalence, need and treatment. *The Medical Journal of Australia*, 215(7), 320-325.

<https://doi.org/10.5694/mja2.51156> (17.07.2025)



Ribas, A., Gallegos, M. I., & Zaremba, L. (2024). *Parenting stress and child behavioral outcomes: The mediating role of emotional reactivity. Journal of Pediatric Psychology, 49(3), 205-216.*

<https://doi.org/10.1016/jpsycho.2024.02.005> (29.12.2025)

Rosenberg, A. R., Dussel, V., Kang, T., Geyer, J. R., Gerhardt, C. A., Feudtner, C., & Wolfe, J. (2020). Psychological distress in parents of children with advanced cancer. *JAMA Pediatrics, 174(2), 170-177.*

<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.5007> (16.07.2025)

Sawatzky, J. A. V., Lee, J., & Mills, J. (2021). Coping and adaptation among parents of children with chronic illness: A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing, 56, e1-e9.*

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.003> (17.07.2025)

Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2021). A meta-analysis of the relationship between coping and health outcomes in parents of children with chronic illness. *Journal of Pediatric Nursing, 56, 96-103.*

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.012> (15.07.2025)

Sen, H. (2025). *Predictors of parenting stress among mother of children with CHDL Child-related, mother-related, and environment-related factors. Journal of Pediatric Nursing, 70, 102251, 4-7.*

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.06.025> (28.12.2025)

Schaefer, e. S. (1965). Children's reports of parental behavior: An inventory. *Child Development, 36(2), 413-424.*

<https://doi.org/10.2307/1126465> (16.07.2025)

Smith, T. M., Johnson, E. R., & Armitage, K. (2022). *Emotional burden and coping among parents of children with chronic heart conditions: A qualitative exploration. Child: Care, Health and Development, 48(5), 695-703.*

<https://doi.org/10.1111/cch.12995> (29.12.2025)



Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents and children facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713> (17.07.2025)

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.

<https://doi.org/10.1177/0022146510395592> (16.07.2025)

Turska, D., & Kaczan, R. (2021). Styl wychowania rodziców dzieci przewlekle chorych-studium przypadków. *Studia Edukacyjne*, 61, 95-108.

<https://doi.org/10.14746/se.2021.61.6> (17.07.2025)

Van der Linde, D., Konings, E. E., Slager, M. A., Witsenburg, M., Helbing, W. A., Takkenberg, J. J. M., & Roos-Hesselink, J. W. (2020). Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(3), 232-245.

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.10.045> (06.07.2025)

Zebracki, K., Drotar, D., & Kodish, E. (2020). Psychological functioning of caregivers of children with chronic illness: A meta-review. *Children's Health Care*, 49(1), 36-53.

<https://doi.org/10.1080/02739615.2018.1543844> (15.07.2025)

Zubrzycka-Maciąg, T. (2022). Wsparcie i edukacja rodziców w sytuacjach wychowawczych. *Studia Edukacyjne*, 62, 92-107.

<https://doi.org/10.14746/se.2022.62.6> (17.07.2025)



Spis tabel

Tabela 1. Wyniki Mariusza w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS).....	45
Tabela 2. Wyniki Mariusza w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	48
Tabela 3. Wyniki Mariusza w Skali Postaw Rodzicielskich (SPR).....	50
Tabela 4. Wyniki Dawida w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS).....	55
Tabela 5. Wyniki Dawida w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	56
Tabela 6. Wyniki Dawida w Skali Postaw Rodzicielskich (SPR).....	58
Tabela 7. Wyniki Moniki w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS).....	65
Tabela 8. Wyniki Moniki w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	66
Tabela 9. Wyniki Moniki w Skali Postaw Rodzicielskich (SPR).....	68
Tabela 10. Wyniki Katarzyny w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS).....	73
Tabela 11. Wyniki Katarzyny w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	75
Tabela 12. Wyniki Katarzyny w Skali Postaw Rodzicielskich (SPR).....	77
Tabela 13. Wyniki Karoliny w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS).....	82
Tabela 14. Wyniki Karoliny w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	84
Tabela 15. Wyniki Karoliny w Skali Postaw Rodzicielskich (SPR).....	86
Tabela 16. Wyniki Wioletty w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS).....	90
Tabela 17. Wyniki Wioletty w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)	92
Tabela 18. Wyniki Wioletty w Skali Postaw Rodzicielskich (SPR).....	94
Tabela 19. Wyniki Izabeli w Kwestionariuszu Poczucia Stresu (KPS).....	99



Tabela 20. Wyniki Izabeli w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)
.....101

Tabela 21. Wyniki Izabeli w Skali Postaw Rodzicielskich (SPR).....103

Tabela 22. Zbiorcze zestawienie wyników kwestionariuszy KPS, CISS, SPR.....105

