

Złożenie pracy online: 2026-06-10 22:44:30 Kod pracy: 42459/54228/CloudA

Elżbieta Matuszczyk
(nr albumu: 15548)

Praca magisterska

"Różnice w poziomie stresu rodzicielskiego, stylach radzenia sobie ze stresem i poczuciu koherencji u rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu".

**Parental Stress, Coping Strategies, and Sense of Coherence:
A Comparative Analysis of Parents of Neurotypical Children
and Parents of Children with Autism Spectrum Disorder .**

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Magdalena Kwak

Chciałabym serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania niniejszej pracy magisterskiej. Szczególne wyrazy wdzięczności kieruję do Pani Doktor Magdaleny Kwak za wsparcie merytoryczne, wyrozumiałość i życzliwość.

Streszczenie

Celem niniejszej pracy było zweryfikowanie czy wychowanie dziecka ze spektrum autyzmu (ASD) wpływa na poziom stresu rodzicielskiego, preferowane style radzenia sobie ze stresem i poziom poczucia koherencji w porównaniu do rodziców dzieci rozwijających się typowo. Punkt wyjścia stanowi założenie, że odmienny sposób funkcjonowania dzieci ze spektrum autyzmu wiąże się z większym obciążeniem fizycznym, psychicznym i emocjonalnym ich opiekunów. W części teoretycznej omówiono zagadnienia stresu i radzenia sobie ze stresem, przedstawiono teorię salutogenezy Aarona Antonovsky'iego oraz scharakteryzowano spektrum autyzmu. W części empirycznej pracy zaprezentowano wyniki badania przeprowadzonego wśród 122 rodziców, z których 53 osoby zadeklarowały się jako rodzice dzieci z ASD. Zastosowano następujące narzędzia psychometryczne: CISS Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, SOC-29 Kwestionariusz Orientacji Życiowej oraz PSI-4-SF Inwentarz Stresu Rodzicielskiego oraz ankiety własnej. Analizy statystyczne ujawniły istotne różnice w zakresie poziomu stresu, preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem oraz poziomu poczucia koherencji. Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu prezentowali wyższy poziom stresu i niższy poziom poczucia koherencji co skutkowało częstszym wybieraniem mniej adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem. Uzyskane wyniki pozwoliły na identyfikację czynników ochronnych i stały się podstawą do sformułowania rekomendacji dotyczących praktycznych form wsparcia rodzin wychowujących dzieci ze spektrum autyzmu.

Słowa kluczowe

Stres rodzicielski, Poczucie koherencji, Style radzenia sobie ze stresem, Spektrum autyzmu

Abstract

The aim of this study was to examine whether raising a child with autism spectrum disorder (ASD) affects the level of parental stress, preferred coping styles, and sense of coherence, compared to parents of typically developing children. The study was based on the assumption that the specific functioning of children on the autism spectrum is associated with a greater physical, psychological, and emotional burden placed on their caregivers. The theoretical section discusses the concepts of stress and coping, presents Aaron Antonovsky's theory of salutogenesis, and characterizes autism spectrum disorder. The empirical part of the thesis presents the results of a study conducted among 122 parents, 53 of whom identified themselves as parents of children with ASD. The following psychometric tools were used: The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), the Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29), the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-4-SF), as well as an author-designed questionnaire. Statistical analyses revealed significant differences in the levels of stress, preferred coping styles, and sense of coherence. Parents of children with ASD demonstrated higher levels of stress and lower levels of sense of coherence, which resulted in more frequent use of maladaptive coping strategies. The findings enabled the identification of protective factors and served as a basis for formulating recommendations regarding practical forms of support for families raising children with ASD.

Keywords

Parenting stress, Sense of coherence, Coping styles, Autism spectrum disorder (ASD)

Spis treści

Wstęp	3
1. Stres	5
1.1 Definicja pojęcia stres i jego istota	5
1.2 Źródła stresu i klasyfikacja stresorów	11
1.3 Rodzaje i formy stresu	13
1.4 Fizjologiczne i psychologiczne następstwa stresu	14
1.5 Radzenie sobie ze stresem	18
1.6 Stres rodzicielski	23
2. Poczucie koherencji	28
2.1 Definicja pojęcia poczucie koherencji	28
2.2 Salutogenetyczny model Antonovsky'ego	28
2.3 Konfiguracja poczucia koherencji	32
2.4 Uwarunkowania i rozwój poczucia koherencji	34
2.5 Rola poczucia koherencji w życiu człowieka	36
3. Spektrum autyzmu	39
3.1 Pojęcie i definicja autyzmu	39
3.2 Diagnozowanie autyzmu	41
3.3 Różnice w rozwoju dzieci zdrowych i dzieci będących w spektrum autyzmu ..	50
3.4 Rodzina dziecka z autyzmem	57
4. Metodologia badań własnych	62
4.1 Problem i cel badania	62
4.2 Pytania i hipotezy badawcze	62
4.3 Opis stosowanych narzędzi psychologicznych i procedury badania	64
4.3.1 CISS Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych	64
4.3.2 SOC-29 Kwestionariusz Orientacji Życiowej	66
4.3.3 PSI-4-SF Inwentarz Stresu Rodzicielskiego	67
4.4 Charakterystyka grupy badanej	69
5. Wyniki	72
5.1 Prezentacja wyników badań	72
5.2 Weryfikacja hipotez badawczych	91

Dyskusja	99
Wnioski.....	102
Podsumowanie.....	104
Bibliografia.....	108
Spis tabel	113
Spis rysunków	115
Załączniki	117

Wstęp

Rodzicielstwo jest jedną z najpiękniejszych i najbardziej wymagających ról w życiu człowieka. Gdy w rodzinie pojawia się niemowlę następuje reorganizacji jej funkcjonowania. W początkowym etapie wszystko jest mu podporządkowane: pory snu, jedzenia, odpoczynku. Jednak stopniowo wraz z rozwojem dziecka stabilizuje się nowy porządek. Nagrodą za rodzicielski trud jest możliwość obserwowania i towarzyszenia w rozwoju drugiego człowieka. Pierwszy uśmiech, słowa, kroki na zawsze pozostają w sercu rodzica. Niestety nie zawsze wzrost ten przebiega typowo. Czasem zdarza się, iż pomimo braku wizualnych mankamentów, w zachowaniu dziecka pojawia się wiele elementów wzbudzających rodzicielski niepokój. I tak jak różni są ludzie tak różne są ich drogi do ostatecznej diagnozy w zależności od stopnia zaawansowania zaburzenia i specjalistów napotkanych w międzyczasie. Rodzina staje przed kolejnym wyzwaniem zaakceptowania faktu, że ich dziecko jest w spektrum autyzmu. I choć tak naprawdę nie wiele się zmienia, bo przecież to dziecko funkcjonowało w jakiś określony sposób w danej rodzinie przez ileś lat, jest to moment trudny i przełomowy. Być może najtrudniejsze jest w nim to, że obawy zostają niejako ostatecznie przypieczętowane, że nie ma już złudzeń i odwrotu. Spektrum autyzmu jest zaburzeniem neurorozwojowym, które obejmuje bardzo szeroki zakres trudności uszeregowany w ICD-11 od „Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z łagodnym upośledzeniem lub bez upośledzenia funkcjonalnego języka” po „Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z brakiem języka funkcjonalnego” (Emich-Widera, E., Kazek, B., Paprocka, J., 2023). W zależności od tego, gdzie na tej szerokiej skali plasuje się potomek mamy do czynienia z różnym nasileniem objawów ASD i zachowaniami trudnymi. W literaturze (Dąbrowska, A., Pisula, E., 2010) podkreśla się, iż rodzice dzieci z ASD doświadczają nie tylko większego stresu w porównaniu do rodziców dzieci neurotypowych, ale również opiekunów dzieci z innymi niepełnosprawnościami. Stres ten ma charakter przewlekły i wynika m.in. z braku możliwości przewidzenia zachowania dziecka, konieczności stałej opieki (w niektórych przypadkach, aż do śmierci rodzica lub dziecka), ograniczonego wsparcia specjalistów, stygmatyzacji społecznej, sytuacji finansowej rodziny i wielu innych indywidualnych czynników. Przewlekła odpowiedzialność może prowadzić do przeciążenia emocjonalnego, obniżenia jakości życia, rozwoju depresji, chorób somatycznych czy wypalenia rodzicielskiego.

Zrozumienie specyfiki stresu odczuwanego przez rodziców dzieci z ASD, stosowanych przez nich strategii radzenia sobie ze stresem oraz roli poczucia koherencji jest istotne zarówno

z perspektywy teoretycznej, jak i praktycznej. Pozwala bowiem poznać mechanizmy adaptacyjne rodzin, zidentyfikować czynniki ryzyka i zasoby, a następnie na ich podstawie sporządzić program wsparcia. Skuteczna pomoc powinna obejmować nie tylko dziecko, ale również całą rodzinę, ponieważ to opiekunowie pełnią kluczową rolę w procesie terapii i rozwoju potomka.

Niniejsza praca podejmuje problematykę stresu rodzicielskiego, poczucia koherencji i stylów radzenia sobie ze stresem wśród rodziców dzieci z ASD w porównaniu do rodziców dzieci neurotypowych. Do przeprowadzenia badań zastosowano następujące narzędzia psychometryczne: CISS Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, SOC-29 Kwestionariusz Orientacji Życiowej, PSI-4-SF Inwentarz Stresu Rodzicielskiego. Celem pracy było nie tylko wykazanie istniejących różnic, ale przede wszystkim zidentyfikowanie czynników ochronnych, które można wykorzystać i wspierać, pracując z rodzinami dzieci ze spektrum autyzmu. Do napisania poniższej pracy skłoniły autorkę zarówno doświadczenia własne, jak i innych rodziców dzieci z ASD spotkanych na swojej drodze w walce o terapię, rozwój i godne życie swoich potomków. Praca składa się z pięciu rozdziałów. W pierwszym rozdziale poruszono tematykę stresu, uwzględniając najpopularniejsze koncepcje, źródła stresu, jego rodzaje i formy oraz proces radzenia sobie ze stresem. Rozdział drugi traktuje o salutogenezie i konstrukcie poczucia koherencji stworzonym przez Aarona Antonovsky'ego. Rozdział trzeci poświęcono specyfice i różnicom funkcjonowania dzieci z ASD i ich rodzin w porównaniu do rodziny dzieci rozwijających się typowo. Czwarty rozdział zawiera metodologię badań własnych i opis zastosowanych narzędzi. Rozdział piąty obejmuje wyniki przeprowadzonych badań, wnioski, dyskusję, rekomendację.

Pracę zwięźcono podsumowaniem kluczowych ustaleń oraz propozycją praktycznego wykorzystania uzyskanych wyników badań w pracy z rodzinami dzieci ze spektrum autyzmu.

1. Stres

1.1 Definicja pojęcia stres i jego istota

W literaturze odnotowano, iż po raz pierwszy terminu stres w odniesieniu do zmian fizjologicznych zachodzących w organizmie w reakcji na działanie czynników zewnętrznych użył lekarz Hans Selye (Heszen, 2013, s. 22). Znamiennym jest fakt, iż pojęcie stresu zostało przez niego zapożyczone z języka potocznego, gdzie funkcjonowało jako określenie wysiłku nerwowego. Selye zauważył, iż niespecyficzną reakcję obronną organizmu mogą wywołać również czynniki natury psychologicznej. Negatywne przeżycia i urazy psychiczne także potrafią być podłożem powstawania chorób somatycznych i przyczyną cierpienia fizycznego. Z pewnością wielką inspirację dla Selyea stanowiły prace francuskiego fizjologa Claude Bernarda, który sformułował prawo stałości środowiska wewnętrznego organizmów żywych. Głosi ono, że to dzięki wewnętrznym procesom fizjologicznym i biochemicznym, jednostki pomimo zmian zachodzących w otoczeniu zachowują stałość. Walter Cannon rozszerzył powyższą tezę, wprowadzając pojęcie homeostazy. Organizmy posiadają mechanizmy wewnętrznej regulacji, dzięki którym mogą odpowiednio reagować na bodźce pochodzące ze środowiska i powracać do stanu równowagi wewnętrznej (Wilczek-Rużyczka, Kwak, 2024, s. 73). Stres jest nieodzownym elementem życia ludzkiego wywoływanym przez przeróżne sytuacje, takie jak np. pisanie pracy magisterskiej, konflikty w rodzinie, awarie samochodu, wojny i wiele, wiele innych okoliczności. Kiedy tysiące lat temu człowiek żył na sawannie i usłyszał ryk lwa, błyskawiczna i trafna reakcja decydowała o jego przetrwaniu. Niemalże natychmiastowa ocena zagrożenia, pełna mobilizacja organizmu, przekierowanie wszystkich zasobów energetycznych w działanie lub jego brak dawało gatunkowi ludzkiemu możliwość radzenia sobie w niesprzyjających warunkach otoczenia. Po przeżyciu sytuacji stresowej organizm powracał do stanu homeostazy. Problem pojawia się jednak w momencie, gdy warunki naszego życia całkowicie się zmieniły, a stres wywołują czynniki towarzyszące nam na co dzień. Jeżeli jest to despotyczny szef, wymagające dużej uwagi dziecko lub gderliwy współmałżonek i nie ma możliwości odcięcia się od stresora to organizm może przez długi czas pozostawać w stanie gotowości, który prowadzi do wyczerpania fizycznego, psychicznego jednostki i skutkować chorobą.

Pierwotnie wiązano stres z pojawieniem się określonych bodźców w środowisku i tak jak ryk lwa jest raczej stresorem uniwersalnym, bo niezależnie od temperamentu, osobowości, doświadczenia jednostki będzie wywoływał u niej dyskomfort, tak w przypadku innych

okoliczności nie jest to już takie oczywiste. Dla niektórych występ publiczny będzie źródłem dużego stresu, a dla innych już nie. Co więcej, jeżeli człowiek jest w dobrej kondycji fizycznej, psychicznej ma pozytywny nastrój to prawdopodobnie inaczej zareaguje na sytuację stresową, niż gdyby wydarzyła się ona w innych okolicznościach. Drugi nurt upatrywał genezy stresu w podejściu reakcyjnym. Rozumienie stresu jako przykłej reakcji emocjonalnej aktualnie jest uważane za niewłaściwe z uwagi na fakt, iż podobne reakcje emocjonalne mogą być wywoływane przez różne szkodliwe bodźce biologiczne. Obecnie uznaje się, iż stres jest wynikiem wzajemnego oddziaływania środowiska i jednostki oraz prób utrzymania przez nią homeostazy.

„Stres (stress) - Zespół specyficznych i niespecyficznych reakcji organizmu na bodźce zakłócające jego równowagę oraz wystawiające na próbę lub przekraczające jego możliwości radzenia sobie” (Zimbardo, Gerrig, 2012, s. 816).

Jedną z najważniejszych teorii dotyczących powstawania i radzenia sobie ze stresem jest poznawczo-transakcyjny paradygmat stresu i radzenia sobie stworzony przez Richarda Lazarusa i Susan Folkman. Koncepcja ta opiera się na założeniu, że wszelkie działania podejmowane przez ludzi przebiegają w określonym środowisku, które wpływa na te czynności, a jednocześnie ulega ich naciskom, a więc zachodzi pomiędzy nimi swoista transakcja. Według badaczy ze stresem będziemy mieć do czynienia wtedy, kiedy zaistnieje „określona relacja (relationship) pomiędzy osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi (Lazarus, Folkman, 1984, za Wilczek-Rużyczka, Kwak, 2024 s. 82). W przedstawionym modelu człowiek cały czas dokonuje oceny poznawczej otoczenia w celu wychwycenia ewentualnych symptomów zdarzeń mogących zburzyć jego dobrostan. Ocena pierwotna odbywa się automatycznie, jest subiektywna i w jej efekcie powstają trzy możliwe osądy sytuacji: niemającej znaczenia, sprzyjająco-pozytywnej, stresującej. Jeżeli jednostka uzna dane okoliczności za stresujące, to zostaną one zakwalifikowane do jednej z trzech kategorii:

- krzywdy/straty, kiedy ubytek już nastąpił (jednostka utraciła coś wartościowego dla niej np. zdrowie, pieniądze, bliską osobę),
- zagrożenie, związane z niebezpieczeństwem utraty,
- wyzwanie, w którego efekcie możliwa jest zarówno utrata jak i zysk.

Każdej z ocen asystują charakterystyczne dla niej emocje: - krzywdzie/stracie towarzyszą: złość, żal, smutek, - zagrożeniu natomiast: strach, lęk, martwienie się, a - wyzwanie może pociągać za sobą odczuwanie zarówno emocji pozytywnych, jak i trudnych tj.: nadzieja, zapał, podekscytowanie, lęk, strach, martwienie się. W kolejnym etapie następuje ocena wtórna, która

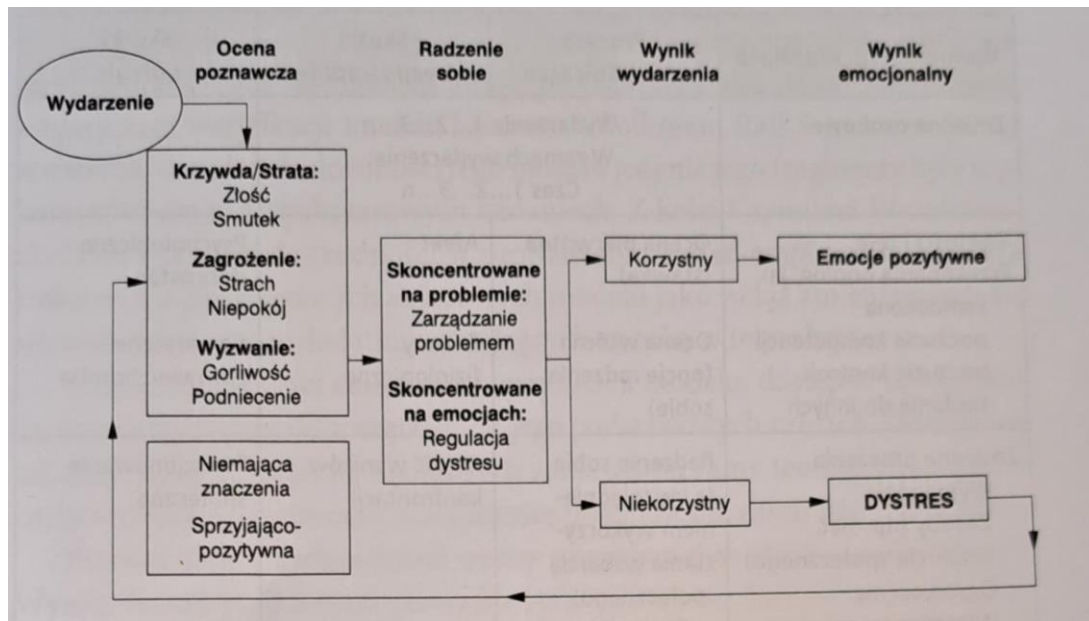
ma na celu rozpoznanie możliwych do podjęcia kroków w celu likwidacji podłoża stresu lub zminimalizowania jego następstw. Jeżeli pierwotna ocena identyfikowała sytuację jako wyzwanie, to jednostka będzie dążyła do uzyskania korzyści. Podczas osądu wtórnego osoba uwzględnia zarówno specyfikę sytuacji stresowej, jak i własne zasoby. Działania przez nią podejmowane mogą być zarazem aktywne tj. nauka na nadchodzący egzamin lub pasywne (ponowna ocena sytuacji) właściwie te studia i tak nic nie zmieniają w moim życiu, więc nie ma po co się starać. Ocena wtórna może zatem oddziaływać na ocenę pierwotną i odwrotnie. Okoliczności, w których następuje utrata równowagi niezależnie od tego czy, są związane ze stratą czy niosą ze sobą nowe możliwości łączą się z odczuwaniem silnych emocji, które w dłuższej perspektywie są bardzo obciążające dla jednostki. Stąd też wynika chęć ich niwelacji poprzez podjęcie różnych działań zaradczych w zależności od okoliczności i możliwości jednostki. Radzenie sobie ze stresem według Lazarusa i Folkmana to „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki (efforts), mające na celu opanowanie (to manage) określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Lazarus, Folkman, 1984, za Heszen, 2013, s. 31).

W opinii badaczy człowiek nie tylko może być nieświadomy celu radzenia sobie, ale również początkowo dokonywana ocena sytuacji stresowej nie zawsze jest realistyczna. Dlatego też mechanizmy ochronne polegające na zniekształcaniu rzeczywistości są uznawane za formę radzenia sobie. Szczególnie w sytuacjach, gdy jednostka nie ma wpływu na okoliczności. W większości przypadków, jednak radzenie sobie ma na celu modyfikację niekorzystnych warunków, przejęcie kontroli nad powstałymi emocjami i trwa, aż do zakończenia sytuacji. Radzenie sobie pełni dwie główne funkcje:

- radzenie zorientowane na problem ma na celu zniwelowanie niekorzystnego stosunku wymagań generowanych przez sytuację w odniesieniu do możliwości jednostki. Pracodawca oferuje podwładnemu awans, ale wiąże się on ze zmianą miejsca wykonywania pracy. Pracownik musi dojeżdżać poza miasto, gdzie nie ma komunikacji zbiorowej. Niestety zatrudniony nie posiada prawa jazdy ani samochodu, tak więc jego możliwości przemieszczania są ograniczone. Jeżeli pracownik uzna ofertę za atrakcyjną i wartą poświęcenia, to może podjąć działania zaradcze poprzez zapisanie się na kurs prawa jazdy i podjęcie decyzji o zakupie samochodu. Oczywiście takie decyzje wymagają odpowiednich zasobów (czasu, pieniędzy).
- radzenie sobie ukierunkowane na emocję. Jeżeli pracownik dostał powyższą ofertę, uznał ją za interesującą, ale nie posiada nadmiarowych środków finansowych i nie ma obecnie czasu na naukę jazdy to może skupić się na łagodzeniu napięcia emocjonalnego. Może dokonać ponownej oceny i stwierdzić, że takie dojazdy byłyby dla niego męczące, że traciłby swój

wolny czas, który woli poświęcić dzieciom. Duże emocje w sytuacji stresowej z jednej strony mogą działać negatywnie, powodując zbytnie skupienie na własnych uczuciach, odcinając niejako dostęp do racjonalnego obrazu sytuacji i przyczyniając się do myślenia tunelowego. Z drugiej strony emocje sygnalizują ludziom, jak ważne jest dla nich to konkretne wydarzenie i dają energię do działania.

Rysunek 1. Transakcja stresowa.



Źródło: I. Helsen, Psychologia stresu, Warszawa 2013, s. 33

Struktura transakcji stresowej opracowana przez I. Helsen, ukazuje wzajemnie oddziaływanie komponentów wchodzących w jej skład. Rzeczywistość jest poddawana ciągłej ocenie jednostki, a w momencie, w którym podczas oceny pierwotnej uzna ją ona za stresującą to pojawią się emocje i kolejna ocena wtórna. Jednocześnie uaktywniane są sposoby radzenia sobie, a w ich efekcie wyłania się wynik, który jest oceniany jako pozytywny lub negatywny. Pozytywny wynik inicjuje pozytywne emocje i kończy sytuację stresową. Natomiast negatywny wynik powoduje dystres i może być zaczątkiem do rozpoczęcia kolejnego cyklu radzenia sobie. Na ocenę sytuacji wpływają zarówno czynniki wynikające ze środowiska, jak i z samej osoby. Konsekwencję transakcji stresowej możemy rozpatrywać w bezpośredniej i odległej perspektywie czasowej. Odległa perspektywa czasowa obejmuje trzy poziomy diagnozy: psychologiczną, somatyczną i społeczną.

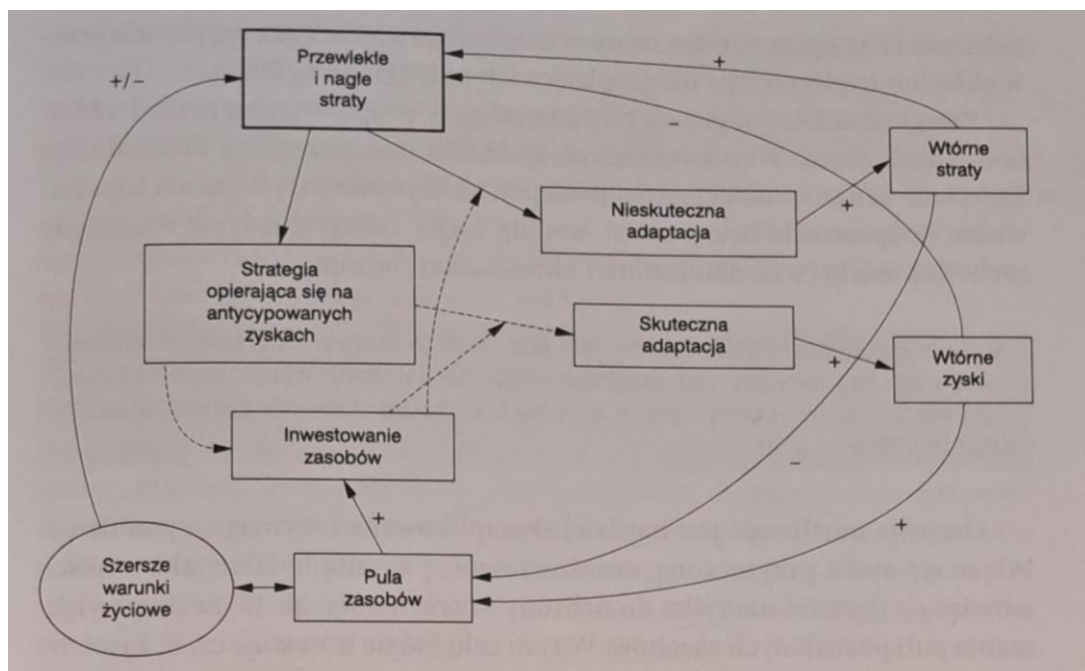
Odmienną perspektywę genezy stresu zaproponował amerykański psycholog Stevan Hobfoll. Stworzył on Teorie Zachowania Zasobów COR, której podstawę stanowi twierdzenie,

że ludzie w swoich działaniach dążą do uzyskania, utrzymania i ochrony tego, co jest dla nich ważne, co stanowi ich zasoby. Według Hobfolla „do zasobów należą przedmioty, warunki, cechy osobowości i pokłady energii, które są cenione same w sobie jako potrzebne do przetrwania (bezpośrednio lub pośrednio) albo służą do zdobycia nowych zasobów umożliwiających przetrwanie” (Fobfoll, 1998, za Heszen, 2013, s. 40).

Autor podzielił te zasoby na cztery grupy:

- Zasoby materialne będące oznaką statusu społeczno-ekonomicznego np. mieszkanie.
- Zasoby stanu, które są ogólnie szanowane i wpływają na zdobywanie kolejnych zasobów np. zdrowie, rodzina, dobra praca.
- Zasoby podmiotowe (osobiste) zawierają czynniki psychologiczne, cechy osobowości tj. poczucie wartości, samoocena, optymizm, nadzieja, skuteczność oraz posiadane umiejętności i zdolności np. kompetencje społeczne, zawodowe, cechy przywódcze.
- Zasoby energii składające się z własnej energii jednostki i energii pochodzącej z innych źródeł, dzięki której można rozmnażać posiadane już zasoby tj. np. wiedza, pieniądze.

Rysunek 2. Model Zachowania Zasobów COR.



Źródło: I. Heszen, Psychologia stresu, Warszawa 2013, s. 41

Przebieg procesu zachowania zasobów jest uzależniony od warunków egzystencji jednostki oraz konkretnej sytuacji powodującej stratę. Jeżeli osoba doświadczy przewlekłej nagłej straty, to w swoich działaniach będzie się starała wykorzystać posiadane zasoby

w celu jej zminimalizowania (strategia oparta na antycypowanych zyskach) oraz będzie inwestowała te zasoby. Im większe środki posiada człowiek, tym odważniej może nimi dysponować i lepiej się zabezpieczyć przed ewentualnymi trudnościami co prowadzi do wytworzenia kolejnych zasobów i jest wyszczególnione w modelu jako wtórne zyski. Zdarza się, że jednostka rozporządza zbyt ograniczonymi zasobami, które nie tylko, nie pozwalają inwestować, ale też stają się przyczyną nieskutecznej adaptacji i prowadzą do straty. W takich sytuacjach ludzie skupiają się utrzymaniu tego, co już posiadają i ciężko im przerwać spiralę strat. Hobfoll w swojej teorii kładzie duży nacisk na określenie obiektywnych kryteriów wystąpienia stresu. Według niego „Stres psychologiczny definiowany jest jako reakcja wobec otoczenia, w którym (a) istnieje zagrożenie strata zasobów netto, (b) nastąpiła strata zasobów netto i (c) nie został osiągnięty zysk w zasobach w następstwie ich zainwestowania” (Hobfoll, 1998 za Heszen, 2013, s. 41). Według autora na zarządzanie zasobami składają się dwa cykle: zysków i strat. Ich przebieg ma postać spirali, przez co w kolejnych seriach mają tendencję wzrostową. Spirala strat, jednak szybciej się nakręca i jest bardziej odczuwalna niż zysk, ponieważ utrata jest bardziej bolesna. Jak już zostało powyżej wspomniane jednostki dysponujące większymi zasobami na wejściu w obliczu uruchomienia się spirali straty są w stanie zazwyczaj skuteczniej się jej przeciwstawić i doprowadzić ostatecznie do aktywacji spirali zysków, czyli wyjść obronną ręką z sytuacji trudnej. Natomiast ludzie będący w gorszym położeniu, mający mniejsze zasoby już na starcie nie mogą skutecznie inwestować, a ich działanie skupia się głównie na biernej obronie posiadanych zasobów. Co w obliczu sytuacji stresowej szczególnie przewlekłej może prowadzić do wielkich strat, bierności i wyczerpania zasobów. Teoria Zachowania Zasobów podkreśla również motywującą funkcję stresu, wprowadzając wątek proaktywnego radzenia sobie poprzez gromadzenie zasobów i wykorzystywanie sytuacji trudnych jako lekcji i możliwości dalszego rozwoju. Kiedy jednostka posługuje się zgromadzonymi zasobami w sytuacji problemowej, to mamy do czynienia z radzeniem sobie ze stresem zorientowanym na problem (styl zadaniowy). Na to jak osoba zareaguje poza czynnikami indywidualnymi ma również wpływ otoczenie społeczne głównie czynniki kulturowe. W polskiej kulturze z silnie zakorzenionym katolicyzmem w pewien sposób piętnowane było podejście proaktywne „Nie troszcz się o jutro, bo jutro samo się będzie troszczyć o siebie” (Mt 6,34). W efekcie braku zasobów ludzie rezygnują z radzenia sobie ze stresem skierowanym na cel i poszukują pocieszenia emocjonalnego lub rozpamiętują negatywne emocje.

1.2 Źródła stresu i klasyfikacja stresorów

Stres psychologiczny u ludzi wywołują wymagania, z którymi nie umieją sobie poradzić zwane stresorami. Ich źródłem może być zarówno środowisko zewnętrzne (bodźce, sytuacje), jak i wewnętrzne (myśli, odczucia fizyczne). W efekcie działania stresora w celu przywrócenia równowagi inicjowane są mechanizmy adaptacyjne w zachowaniu człowieka i następuje wybór strategii radzenia sobie ze stresem. Wymagania stawiane jednostce mogą być zarówno pozytywne, czyli takie, które prowokują do sprostania czemuś np. napisanie i obrona pracy magisterskiej. Jak również negatywne, które mają na celu zaradzeniu czemuś np. naprawa auta, niedziałająca drukarka, czy uciekający autobus.

Przed wszystkim stresory dzieli się na:

- fizyczne (hałas, klimat, smog, oświetlenie, wibracje, fipoksje, promieniowanie jonizujące),
- chronobiologiczne (zaburzenia rytmów biologicznych), psychologiczne (przeszkody, zakłócenia, zagrożenia, przeciążenia, straty, izolacja, deprywacja),
- organizacyjne (grupa, praca, komunikowanie się, zadania, kultura organizacyjna, błędy w zarządzaniu, emigracja, konflikt, bezrobocie, pracoholizm),
- społeczne (pełnienie ról, relacje, wykluczenie, przemoc).

Stresor może stanowić: wyzwanie (dana sytuacja wymaga więcej niż zwykle wysiłku, aby móc jej sprostać), wymaganie (w celu dalszego dobrego funkcjonowanie niezbędnym staje się jej przezwyciężenie), zagrożenie (jest potencjalnie szkodliwy fizycznie i psychicznie).

W literaturze wyróżnione zostały następujące rodzaje stresorów:

- przewlekłe (rozwijają się powoli ale trwają długo i mają bardzo negatywny wpływ na organizm ludzki),
- codzienne kłopoty (są to powszednie wymagania, przed którymi stawia życie codzienne, co prawda ich siła jest mała ale bywają irytujące i często powtarzające się),
- wydarzenia zmieniające życie (wydarzenia o niezwyklej intensywności, pojawiające się znienacka. Mają swój początek i koniec.),
- niewystępujące wydarzenia (coś czego się oczekuje, a się nie wydarza),
- traumatyczne (o największej sile, związane z bardzo groźnym wydarzeniem, które może zagrażać śmiercią lub kalectwem oraz ma długotrwałe skutki) (Deckers, 2023, s. 177).

Richard Lazarus i Frances Cohen wyróżnili, natomiast dwie grupy stresorów: poważne zdarzenia jednostkowe, do których zaliczamy ciężką chorobę, rozwód, utratę pracy i śmierć bliskiej osoby oraz mniejsze trudności i uciążliwości życia codziennego. Stephen J. Lepore i Gary Evans dołączyli, jeszcze kolejne dwa rodzaje: środowiskowe (hałas, temperaturę,

zatłoczenie) oraz stresory roli (pełnienie różnych ról społecznych, obowiązki zawodowe, sprzeczność wymagań, brak wsparcia, przeciążenie, niski stopień kontroli). W 1967 Thomas H. Holmes i Richard H. Rahe przygotowali listę 43 stresujących wydarzeń życiowych, układając je od najbardziej stresujących do najmniej stresujących. Na pozycji pierwszej jako najbardziej stresujące wydarzenie umieścili śmierć współmałżonka, nadając mu rangę 100 PKT. jako poziom natężenia stresu, kolejne to rozwód 73 PKT., separacja lub rozstanie 65 PKT., na pozycji 43 listę zamyka małe naruszenie przepisów prawnych z wartością 11 PKT. Na podstawie tej listy można przeprowadzić badanie. Ankietowani mają za zadanie wybierać stresory, które na nich działały w ciągu ostatniego roku. Następnie należy zsumować otrzymane punkty i uzyskać się wynik mówiący o tym, jak bardzo organizm został obciążony stresorami i jak wielkie istnieje ryzyko rozwoju chorób powodowanych stresem w ciągu kolejnych dwóch lat (Deckers, 2023, s. 185).

Każdy człowiek nie zależnie od miejsca zamieszkania, statusu społecznego, czy płci w toku swojego życia doświadcza stresu. Wielkie problemy, czy małe awarie potrafią skutecznie utrudniać codzienne funkcjonowanie. Niektóre stresory są możliwe do przewidzenia inne pojawiają się zniemacka.

Na ciężkość stresu składają się natomiast:

- intensywność stresora, im bardziej intensywny stres, tym większych wymaga nakładów w celu przezwyciężenia,
- przewidywalność, która pozwala lub nie, na przygotowanie się na sytuację trudną,
- możliwość kontrolowania, na ile jednostka ma faktyczny wpływ na wydarzenia.

Sformułowano dwie hipotezy mające na celu wyjaśnienie, dlaczego ludzie preferują styczność z przewidywanymi i kontrolowanymi stresorami nad nieprzewidywalnymi i nie kontrolowanymi. Hipoteza reakcji przygotowawczej – ludzie wolą wiedzieć o zbliżającym się stresorze, ponieważ, dzięki temu mogą się na niego przygotować, podejmując zawczasu odpowiednie działania np. nauka przed egzaminem. Hipoteza bezpieczeństwa – kluczowym jest rozróżnienie okresów bezpiecznych (bez sygnałów poprzedzających stresor) od okresów niebezpiecznych. Takie zróżnicowanie pozwala się zrelaksować i martwić tylko wtedy, gdy sytuacja tego wymaga (Deckers, 2023, s. 179). Niestety mnogość bodźców, którym jest poddawany dzisiejszy człowiek wpływa negatywnie na możliwość relaksu i rozluźnienia. Jednym z największych wyzwań współczesności jest walka z przewlekłym stresem i szeregiem chorób, których jest przyczyną.

1.3 Rodzaje i formy stresu

Z uwagi na to, iż stres może mieć swoje źródło zarówno w pozytywnych, jak i negatywnych zdarzeniach. Dokonano następującego podziału na: eustres, który przejawia się pobudzeniem fizjologicznym wynikającym z pozytywnych wydarzeń, motywujących do działania i poprawiających jakość życia. Jeżeli eustres przeciąga się w czasie, jest zbyt intensywny może jednak przekształcić się w drugi rodzaj stresu zwany dystresem i stać się szkodliwy.

Dystres, natomiast pojawia się, gdy pobudzenie fizjologiczne jest zbyt niskie lub zbyt wysokie, wynika z negatywnych wydarzeń i może być wzbogacony o dolegliwości fizyczne, choroby i nieprzystosowane zachowania. Stres zwykle łączy się z cierpieniem i obniża jakość życia. To, że ludzie silniej reagują na zdarzenia negatywne wynika z toku ewolucji. Uważność na niebezpieczeństwa i negatywne sygnały z otoczenia miała decydujące znaczenie i pozwoliła gatunkowi ludzkiemu na rozwinięcie strategii przetrwania (Deckers, 2023, s. 177).

Podział stresu ze względu na czas jego trwania: stres ostry (incydentalny, krótkotrwały) - ma ostry, ale krótkotrwały przebieg np. gwałtowne hamowanie w reakcji na pojawienie się przeszkody podczas jazdy samochodem. Stres chroniczny (przewlekły, stały) - długotrwałe oddziaływanie stresora prowadzące do wyczerpania np. przewlekła choroba nowotworowa. Szczególnie negatywne oddziaływanie na organizm ludzki mają stresory chroniczne, które utrzymują układ w stałej gotowości do działania, przez co następuje wyczerpanie zasobów, wyniszczenie organizmu i szereg problemów fizycznych i psychicznych. Stresor, który ma charakter wydarzenia życiowego może zmieniać swoją rolę i przeistoczyć się w stresor przewlekły, a więc jeden rodzaj stresora w niesprzyjających warunkach potrafi zapoczątkować kolejny. Jest to tak zwany mechanizm proliferacji stresu (Wilczek-Rużyczka, Kwak, 2024, s. 78).

Niestety stresory o różnej intensywności, wielkości i czasie trwania mogą się sumować i pogłębiać nasilenie objawów stresu. Jest to tzw. zależność dawka-reakcja między stresorami a stresem. Korelacja ta tłumaczy pojawiające się czasami bardzo gwałtowne reakcje ludzi w odpowiedzi na mało istotne komplikacje dnia codziennego.

Tadeusz Tomaszewski opracował teorię psychologiczną człowieka w sytuacji. W swojej koncepcji dokonał rozróżnienia sytuacji normalnej, w której pozostaje zachowany balans pomiędzy wymaganiami, warunkami, przebiegiem czynności zadania, a cechami podmiotu. Jeżeli równowaga ta zostaje zakłócona, to mamy do czynienia z sytuacją trudną. Przy czym aberracja może pochodzić zarówno z zewnątrz, jak i z podmiotu wykonującego czynność.

Znaczenie mają również indywidualne predyspozycje osobowe. Rodzaje sytuacji trudnych według Tomaszewskiego: - deprywacja, kiedy nie są zaspokojone podstawowe potrzeby, - przeciążenie, gdy zadanie znajduje się na granicy możliwości podmiotu, - utrudnienia w postaci braku potrzebnych elementów lub przeszkód, - konflikty odnoszące się do wewnętrznie przeżywanych sprzeczności, - zagrożenia, gdy istnieje możliwość utraty wartości cenionych przez podmiot (Heszen, 2013, s. 25).

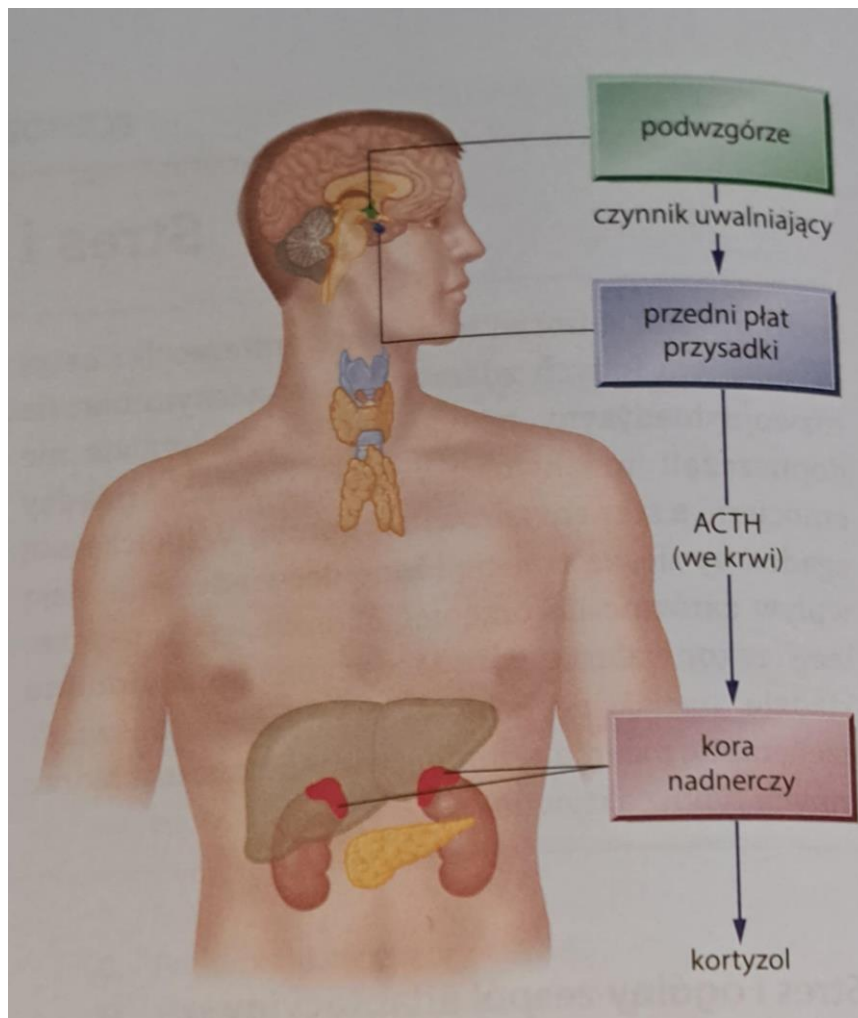
1.4 Fizjologiczne i psychologiczne następstwa stresu

Poniżej przedstawiono fazy stresu i następujące w nich reakcję ciała według H. Selyego. Organizm w odpowiedzi na działanie stresora uaktywnia uogólnioną reakcję na stres zwaną ogólnym zespołem adaptacyjnym. W początkowej fazie alarmu nadnercza wydzielają hormon adrenalinę, która pobudza współczulny układ nerwowy do szybkiej, nadzwyczajnej aktywności organizmu tzw. reakcja walcz lub uciekaj. Następnie uruchomiona zostaje oś HPA (podwzgórze, przysadka i kora nadnerczy). Pobudzenie podwzgórza powoduje uwolnienie przez przedni płat przysadki hormonu adrenokortykotropowego (ACTH), który stymuluje korę nadnerczy do wydzielania kortyzolu (podwyższa on stężenie cukru we krwi, dostarczając organizmowi energii i zwiększa czujność). Kortyzol zwany jest hormonem stresu i na podstawie jego stężenia we krwi można ocenić, czy dana osoba była narażona na duży stres w ostatnim czasie. Oś HPA reaguje wolniej, ale ma długofalowy wpływ na funkcjonowanie organizmu, szczególnie kiedy jest on poddany długotrwałemu stresowi (np. praca w toksycznym środowisku). Wydzielany jest również hormon aldosteron, ważny dla utrzymania stężenia soli mineralnych we krwi oraz jej objętości. Jednocześnie tłumione są zbędne w danym momencie aktywności np. jak pobudzenie seksualne.

W fazie drugiej organizm się przystosowuje, reakcję układu współczulnego słabną, ale gruczoły nadnerczy nadal wytwarzają kortyzol i inne hormony mające wpływ na podtrzymanie czujności ustroju. Następuje również długotrwała adaptacja np. w postaci zmniejszenia aktywności w celu oszczędzania energii.

W fazie trzeciej w efekcie przeciągającego się napięcia dochodzi do wyczerpania, ponieważ organizm bardzo długo trwał w gotowości, przychodzi stan zmęczenia, nieaktywności i znużenia. Następuje spadek odporności i osłabienie układu nerwowego.

Rysunek 3. Oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa.



Źródło: J.W. Kalat, Biologiczne podstawy psychologii, Warszawa 2020, s. 456

W krótkiej perspektywie czasowej stres poprawia koncentrację, procesy myślowe i wzmacnia działanie układu odpornościowego. Natomiast ważne jest to jak długotrwały stres wpływa na organizm ludzki. Zależnością zachodzącą pomiędzy psychiką a układami nerwowym i immunologicznym zajmuje się nauka nazwana psychoneuroimmunologią.

Układ odpornościowy (immunologiczny) chroni organizm przed patogenami i komórkami nowotworowymi. Jeżeli jest zbyt słaby to nie wywiązuje się ze swojej roli zwalczania intruzów, natomiast jeżeli jest zbyt silny lub mało selektywny to zaczyna wyniszczać komórki własnego organizmu (choroby autoimmunologiczne). Głównymi składnikami układu odpornościowego są leukocyty (krwinki białe). Wśród nich można wymienić: leukocyty B, leukocyty T i naturalnych zabójców. Limfocyty B rozwijają się głównie w szpiku kostnym, produkują przeciwciała, czyli białka w kształcie litery Y, które przyłączają się do określonych antygenów.

Każda komórka organizmu posiada białka powierzchniowe zwane antygenami i są one dla niej

charakterystyczne. Limfocyty B rozpoznają swoje antygeny i atakują obce (wirusy, bakterie lub przeszczepione tkanki). Kiedy organizm raz wytworzy przeciwciała przeciwko konkretnemu intruzowi to zapamiętuje go na przyszłość i przy kolejnym szturmie reaguje szybko i sprawnie. Limfocyty T dojrzewają w grasicy. Kilka typów limfocytów T atakuje intruzów bezpośrednio, a niektóre pomagają namnażać się innym limfocytom T lub limfocytom B. Naturalni zabójcy to kolejny rodzaj leukocytów. Uderzają one na komórki rakowe i inne komórki organizmu, które zostały zainfekowane wirusem. Limfocyty B czy T bombardują określony rodzaj antygeny, natomiast naturalni zabójcy szturmują wszystkich intruzów. W reakcji na infekcję leukocyty i inne komórki produkują małe białka zwane cytokinami, które mają za zadanie zwalczenie zakażenia. Cytokiny stymulują także nerw błędny i powodują uwalnianie prostaglandyn, które potrafią przekraczać barierę krew-mózg i pobudzają podwzgórze do wywołania gorączki, senności, braku energii, braku apetytu i braku popędu seksualnego.

Krótkotrwały stres powoduje aktywację układu odpornościowego co skutkuje wzmożoną produkcją naturalnych zabójców, cytokin oraz wydzielanie prostaglandyn. Jednak przewlekły stres wywołuje objawy podobne do depresji i osłabia układ odpornościowy. Może być również szkodliwy dla hipokampa, ponieważ kortyzol zwiększa jego aktywność metaboliczną co sprawia, że komórki hipokampa są bardziej podatne na zniszczenie przez toksyczne związki chemiczne lub nadmierne pobudzenie (Kalat, 2024, s. 456).

Tabela 1
Objawy stresu

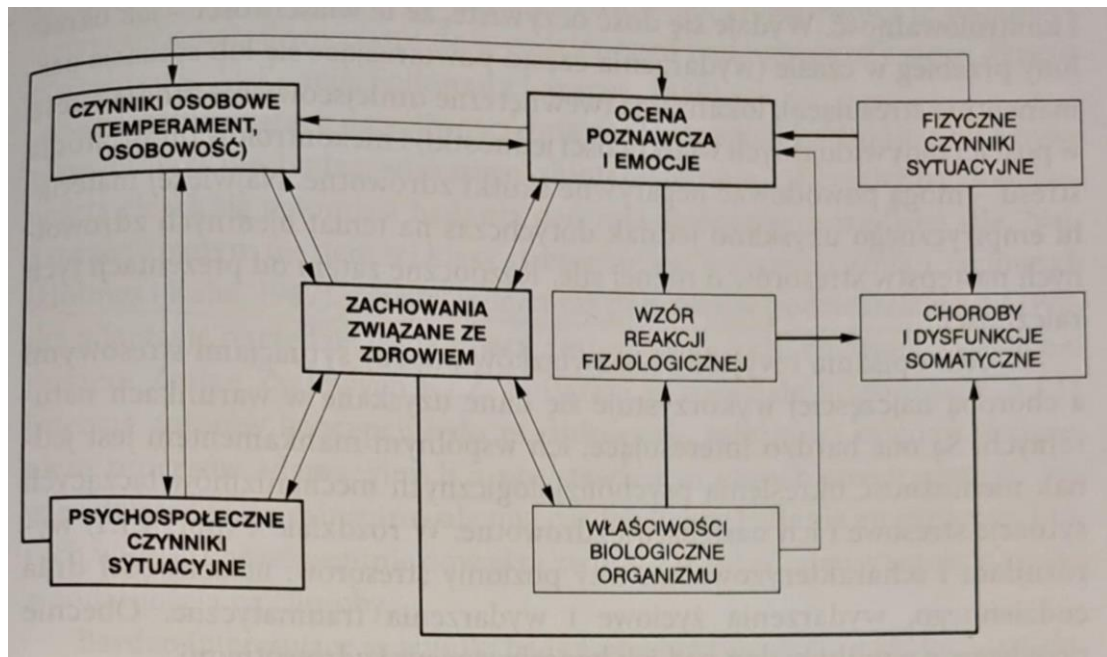
Fizjologiczne	Psychologiczne	Behawioralne
Bóle głowy	Poczucie bezradności beznadziei	Picie większej ilości alkoholu
Napięcia mięśni	Niska samoocena	Stosowanie środków psychoaktywnych
Zaburzenia żołądkowo-jelitowe	Negatywne emocje (złość, lęk, przygnębienie, smutek, zmęczenie)	Złe odżywianie (niedojadanie lub pocieszanie się jedzeniem)
Kłopoty z erekcją	Pobudzenie napięciowe	Zła jakość odpoczynku, snu
Częste infekcje	Złe subiektywne samopoczucie	Pasywne wypełnianie czasu (gry komputerowe, telewizja, przeglądanie Internetu)
Mdłości	Wzmożona drażliwość	
Choroby sercowo-naczyniowe	Zaburzenia lękowe	
Reumatoidalne zapalenie stawów	Depresja	

Źródło: opracowanie własne na podstawie L. Deckert, Motywacja. Perspektywa biologiczna, psychologiczna i środowiskowa. Warszawa 2023, s. 180

Jak zilustrowano w powyższej tabeli stres, szczególnie przewlekły niesie za sobą konsekwencję zarówno na poziomie psychologicznym, jak i somatycznym oraz może

skutkować niekorzystnym zachowaniem. George Engel twórca modelu biopsychospołecznego zauważył, iż wpływ na rozwój choroby mogą mieć zarówno czynniki biologiczne, psychologiczne, jak i społeczne, które wchodzą we wzajemną relację. Irena Heszen uściśliła model biopsychospołeczny, tworząc polietologiczny model chorób i dysfunkcji somatycznych uwzględniający pełen wachlarz czynników wywołujących chorobę.

Rysunek 4. Polietologiczny model chorób i dysfunkcji somatycznych.



Źródło. I. Heszen, Psychologia stresu. Warszawa 2013, s. 291

Autorka uwzględniła w modelu wzajemne oddziaływanie pomiędzy czynnikami sytuacyjnymi a osobowościowymi. Realia, w których dziecko się rozwija wpływają na jego osobowość. Z kolei osobowość, a szczególnie temperament pociągają za sobą pewne wybory sytuacji, miejsc i działań (prozdrowotnym lub ryzykownych), które dana osoba w toku życia podejmuje. Każdy człowiek osądza świat poprzez pryzmat swoich doświadczeń i czynników osobowych co prowadzi do dokonania oceny poznawczej i pojawienia się związanych z nią subiektywnych emocji. Dlatego te same sytuację powodują u różnych ludzi odmienne odczucia i reakcję. Coś, co dla niektórych osób nie ma znaczenia dla innych może urastać do rangi sytuacji trudnej i powodować stres.

W zależności od rodzaju reakcji emocjonalnych i właściwości biologicznych organizmu rozwijają się reakcje fizjologiczne. Powtarzająca się reakcja fizjologiczna, zwłaszcza o dużym nasileniu i długim czasie trwania przy sprzyjających właściwościach organizmu (np. słabość określonego narządu) może powodować dysfunkcje somatyczne, a z czasem nawet

doprowadzić do choroby. (Heszen, Warszawa 2013, s. 290). W przedstawionym modelu uwzględniono również fizyczne czynniki sytuacyjne będące szkodliwymi dla zdrowia elementami środowiska np. niewłaściwa temperatura, mikroorganizmy, zanieczyszczenie.

W oparciu o współczesne wyniki badań niezaprzeczalnym staje się fakt, iż przewlekły stres wywiera negatywny wpływ na ludzkie zdrowie. Istotna jest nie tylko sama sytuacja stresowa, ale również długość jej trwania, i to jak zostanie ona oceniona przez jednostkę. Optimizmem napawa fakt, iż możliwe jest łagodzenie rangi trudnych wydarzeń poprzez radzenie sobie, uzyskanie wsparcia społecznego oraz pewne cechy osobowości. Ważne aby, człowiek w codziennym pędzie nie zapominał o sobie i świadomie budował odporność psychiczną poprzez: zbilansowaną dietę, ruch, odpowiednią ilość snu, pielęgnowanie zdrowych relacji i odpoczynek.

1.5 Radzenie sobie ze stresem

Funkcjonując w zmiennym środowisku człowiek jest narażony na działanie przeróżnych stresorów, które przeszkadzają w realizacji zamierzonych celów, zaspokojeniu potrzeb lub stanowią zagrożenie. Niektóre z nich można przewidzieć, przepracować i ich uniknąć, inne pojawiają się niespodziewanie, rujnując zbudowany spokój (np. wypadek czy choroba). W toku życia ludzie wielokrotnie muszą dostosować się do zmian, a o sukcesie przystosowawczym decyduje to jak sobie z nimi poradzą. W związku z tym współcześni badacze w swojej analizie bardzo dużo uwagi poświęcili sposobom radzenia sobie ze stresem. Pierwszy temat ten poruszył w swoich pracach Abraham Maslow w latach 40 XX wieku. Wyodrębnił on „dwie składowe zachowania człowieka: ekspresywną (nieinstrumentalną) oraz radzenie sobie jako składową instrumentalną, adaptacyjną, funkcjonalną i celową” (Maslow, 1949, za Heszen, Warszawa, 2013, s. 62).

„Radzenie sobie (coping) - Proces postępowania z wymaganiami wewnętrznymi i zewnętrznymi, które są postrzegane jako zagrażające lub przeciążające jednostkę (Zimbardo, Gerrig, Warszawa 2012, s. 813).

Według Bonanno, Burtona i Cheng składa się on z trzech komponentów:

- planowania, podczas którego dokonywana jest ocena poznawcza sytuacji stresowej i sposobów radzenia sobie z nią,
- realizacji, czyli wprowadzenia w życie wybranej strategii,
- informacji zwrotnej jako oceny, na ile zadziałała wybrana strategia. Jeżeli okazała się nie skuteczna następuje ponowna ocena stresorów i zainicjowanie nowego cyklu.

Ogólne założenia paradygmatu stworzonego przez Lazarusa i Folkman dotyczące stresu i radzenia sobie zostały przedstawione w podrozdziale 1.1. Według autorów radzenie sobie jest procesem przystosowywania się jednostki do zmiennych warunków otoczenia. Wyodrębniali dwie funkcje procesu radzenia sobie: zadaniową (polegającą na działaniu w obliczu występujących okoliczności) oraz regulacji emocji (opierającą się na poprawie własnego samopoczucia wobec zaistniałej sytuacji). Role powyższych funkcji nie są rozłączne, ponieważ mogą się wzajemnie mieszać, przeplatać i uzupełniać.

Zgodnie z wytycznymi Lazarusa proces radzenia sobie cechuje się tym, że:

- w sytuacji trudnej jednostki wykorzystują różnorodne strategie radzenia sobie,
- te same osoby poddane działaniu różnych stresorów pewne strategie będą stosowały częściej niż inne,
- nawet podczas tej samej sytuacji stresowej radzenie zmienia się na różnych jej etapach,
- jeżeli ludzie oceniają położenie jako możliwe do zmiany, to dominuje radzenie sobie zorientowane na problem, natomiast jeżeli sytuacja zostaje zakwalifikowana jako taka, na którą nie mają wpływu to skupią się na radzeniu sobie zorientowanym na emocje,
- wybór strategii radzenia sobie zależy od problemu, a nie płci (Heszen, 2013, s. 66).

Hobfoll twórca teorii zachowania zasobów kładzie nacisk na właściwe rozporządzanie zasobami w obliczu sytuacji trudnej. Im większe zasoby człowiek posiada (materialne, wsparcie społeczne, umiejętności), tym sprawniej może radzić sobie z przeciwnościami losu. Co więcej, posiadanie znaczących zasobów na starcie daje większe możliwości i pozwala niejednokrotnie na przekucie porażki w sukces (gromadzenie nowego doświadczenia, doskonalenie umiejętności). Skuteczne radzenie sobie ze stresem to zgromadzenie lub zaoszczędzenie zasobów (spirala zysku).

Radzenie sobie można ujmować jako proces, strategię i styl. Radzenie sobie jako proces przebiega w pewnym tempie i przedziale czasowym, ma swoje zaawansowanie i fazy. Jednostka stosuje go w celu sprostania sytuacji trudnej (funkcja zadaniowa, instrumentalna) oraz samoregulacji emocji (funkcja ekspresywna). Proces ten kończy się w momencie rozwiązania sytuacji stresowej lub śmierci jednostki (np. śmiertelna choroba). W procesie radzenia sobie ze stresem możemy wyodrębnić mniejsze elementy, czyli strategie. Są to podejmowane przez ludzi wysiłki (poznawcze i behawioralne) mające na celu jak najlepsze sprostanie sytuacji trudnej poprzez zmianę położenia lub/i zadbanie o swoje emocje. W trakcie działania stresora podmioty stosują różne strategie, na które wpływa zarówno specyfika danej sytuacji, jak i konkretnego człowieka i ich wzajemne oddziaływanie na siebie.

Lazarus wyodrębnił dwa ich typy:

1. Strategie zadaniowe oparte na działaniu:- poszukiwanie informacji, które umożliwią podjęcie najskuteczniejszych działań w obliczu zaistniałych trudności, - działania bezpośrednie zmierzające do rozwiązania sytuacji trudnej, - powstrzymywanie się od działania.

2. Strategie emocjonalne:- metody intrapsychiczne, dzięki którym możliwe staje się regulowanie własnych emocji, (zmniejszanie napięcia i lęku, stosowanie mechanizmów obronnych, stwarzanie dystansu, rozbudowanie poczucia kontroli).

Styl radzenia sobie ze stresem to charakterystyczna dla danej jednostki skłonność do podejmowania podobnych działań w celu poradzenia sobie z różnymi stresorami. Jan F. Terelak uznaje, że „style radzenia sobie ze stresem to działania poznawcze i behawioralne, zmierzające do poradzenia sobie w sytuacji wcześniej ocenionej jako zagrażająca, do których człowiek sięga najczęściej w sytuacji stresu. Styl radzenia sobie to względnie trwała dyspozycja zaradcza, traktowana jako cecha osobowości” (Terelak, 2017 za Wilczek-Rużyczka, Kwak, 2024, s. 99). Przyjmuje się, iż każdy człowiek zgodnie ze swoim temperamentem posiada swój wyuczony, styl, które wykorzystuje najczęściej do rozwiązywania podobnych problemów. W ramach każdego stylu funkcjonują konkretne strategie radzenia sobie ze stresem. Repertuar wybranych zachowań jednostki w obliczu konkretnego stresora jest podobny, ale w razie braku efektów następuje modyfikacja i dalsze poszukiwanie właściwego rozwiązania.

Lazarus i Folkman wyszczególnili dwa rodzaje funkcji radzenia sobie ze stresem:

- funkcję ukierunkowaną na problem, która obejmuje działania mające na celu zmianę sytuacji,
- funkcję regulacji emocji, gdzie główny akcent jest kładziony na obniżenie napięcia i łagodzenie negatywnych emocji.

Norman Endler i James Parker rozbudowali powyższy model radzenia sobie poprzez dodanie stylu skoncentrowanego na unikaniu. Styl ten obejmuje dwa rodzaje działań: angażowanie się w czynności zastępcze i angażowanie się w kontakty społeczne. Najbardziej pożądanym wydaje się styl skoncentrowany na zadaniu, kiedy to jednostka inicjuje aktywne działania w celu wypracowania pozytywnego dla siebie rozwoju sytuacji. Jeżeli człowiek dysponuje odpowiednimi zasobami, umie się zaadaptować i ma do czynienia ze stresorem, który podlega jego kontroli ma szansę na osiągnięcie zamierzonego efektu. W stylu skoncentrowanym na emocjach człowiek skupia się na aktualnie przeżywanych emocjach np. smutku, złości. Zamiast podejmować racjonalne działania często popada w fantazję i myślenie życzeniowe. Ten sposób funkcjonowania charakteryzuje osoby o dużej neurotyczności, które rozpamiętują i rozdrapują rany zamiast działać. W efekcie często następuje spadek samooceny, przygnębienie a w dłuższej perspektywie może pojawić się depresja. Trzeci styl unikowy charakteryzuje się próbą zepchnięcia odczuwanego lęku

i niepokoju na margines świadomości, poprzez zajęcie swojej uwagi innymi „ważnymi czynnościami”. Redukcja napięcia może następować poprzez np. zajądanie lub zapijanie odczuwalnego niepokoju lub utrzymywanie intensywnych kontaktów towarzyskich w obliczu stresu. Takie zachowanie nie tylko, nie rozwiązuje problemu ale również może prowadzić do dodatkowych kłopotów ze zdrowiem fizycznym (otyłość, nałogi) i psychicznym (Wilczek-Rużyczka, Kwak, 2024, s. 102). Najbardziej pożądany i efektywny w obliczu stresora, na który jednostka ma wpływ jest styl zorientowany na zadaniu. Natomiast w konfrontacji ze stresorami będącymi pozaludzką kontrolą np. przewlekłą chorobą dziecka czasem niezbędne staje się zastosowanie innego stylu w celu redukcji napięcia i ochrony siebie. Poszczególne style najczęściej są przez ludzi stosowane zamienne w zależności od zaistniałej sytuacji, cech temperamentu i osobowości. Temperament rozumiany jest jako wrodzona predyspozycja organizmu do reagowania na bodźce w określony sposób (żwawość, perseweratywność, reaktywność emocjonalna, poziom energii). Typ temperamentu pozwala w pewnym stopniu przewidzieć, czy jednostka podejmie aktywne działania w obliczu stresu. W przypadku zaistnienia stresu przewlekłego następuje obniżenie normatywnej funkcji temperamentu. Ujęcie osobowości na podstawie pięcioskładnikowego modelu P. Costy i R. McCrae obejmuje takie zmienne jak - neurotyczność (skłonność do przeżywania negatywnych emocji, rozpamiętywania, drażliwości), - ekstrawersja (koncentracja na świecie zewnętrznym, energia, potrzeba interakcji społecznych), - otwartość na doświadczenie (ciekawość, kreatywność, chęć eksploracji), - ugodowość (ufność, chęć współpracy, umiejętność przebaczenia), - sumienność (odpowiedzialność, samodyscyplina, wytrwałość). Można zauważyć korelacje pomiędzy pewnymi cechami osobowości, a stosowanymi najczęściej stylami radzenia sobie ze stresem. Neurotyczność wiąże się z częstym stosowaniem stylu unikowego poprzez szukanie wsparcia u innych i skoncentrowaniu na uczuciach głównie poprzez fantazjowanie i zanurzanie się w swoje emocje. Ekstrawersja łączyły się z optymistycznym myśleniem i aktywnym działaniem na rzecz rozwiązania problemu. Otwartość na doświadczenia sprzyja radzeniu sobie ze stresem dzięki elastyczności w myśleniu, poszukiwaniu nowych rozwiązań i większej akceptacji niewiadomego. Ugodowość pomaga w poszukiwaniu wsparcia i posiadaniu bogatego kręgu społecznego. Sumienność podtrzymuje długotrwałe zaangażowanie i konsekwencję w rozwiązywaniu problemów (Wilczek-Rużyczka, Kwak, 2024, s. 104).

W latach dziewięćdziesiątych Susan Folkman z Judith Moskowitz pod wpływem pracy z opiekunami osób chorych na AIDS zaproponowały rozszerzenie klasycznego modelu radzenia sobie uwzględniając emocje pozytywne. Badane osoby, pomimo, że były świadkami powolnego odchodzenia osób najbliższych, wbrew wielkiemu cierpieniu i odczuwaniu

negatywnych emocji doznawały również emocji pozytywnych. Na podstawie tych obserwacji badaczki sformułowały nowe pojęcie radzenia sobie skoncentrowane na znaczeniu. Znaczenie może mieć poziom globalny (wartości, przekonania, o sobie, o świecie) oraz sytuacyjny (ocena danej sytuacji w odniesieniu do bliskich celów i własnego dobrostanu). W momencie kiedy jednostka odczuwa silny dystres podejmuje formę poradzenia sobie skoncentrowaną na znaczeniu poprzez przewartościowanie pierwotnej oceny sytuacji. Radzenie sobie ukierunkowane na znaczenie może przyjąć styl oparty na:

- urealnianiu priorytetów np. w obliczu choroby dziecka rezygnacja przez rodzica z kariery zawodowej i skoncentrowaniu się na jego wychowaniu,
- adaptacyjnemu przekształceniu celów np. rodzic dziecka ze spektrum autyzmu rezygnuje z wyobrażenia tego, co dziecko ma umieć, a cel dostosowuje do jego możliwości,
- znajdowaniu korzyści w doświadczeniach stresowych. Czego nowego ta trudna sytuacja nauczył mnie o sobie i o świecie. Następuje potraumatyczny rozwój jednostki.,
- przypominaniu sobie korzyści osiągniętych kiedyś w sytuacji stresowej,
- nadawaniu zwykłym zdarzeniom pozytywnego znaczenia. Docenianie małych rzeczy wokół nas np. wschodu słońca.,
- wzmacnianiu pozytywnego afektu dotyczącego siebie i świata. Świątowanie osiągnięć w gronie przyjaciół (Heszen, 2013, s. 54).

Pozytywne emocje pełnią wiele istotnych funkcji w pokonywaniu stresu. Po pierwsze działają motywująco, dają energię do podejmowania wysiłków i rozwiązania sytuacji trudnej. Wzmacniają odbudowywanie uszczuplonych zasobów, poprawę samopoczucia, powodują wzrost samooceny. Pozwalają na zwrócenie się w kierunku możliwych rozwiązań i dostosowania się do nowych wymogów oraz w pewnym stopniu zapobieganiu niekorzystnym fizjologicznym efektom stresu. Jeżeli w wyniku stresu nastąpi u jednostki potraumatyczny rozwój, to tworzona jest nowa jakość, nowe standardy.

Warto wspomnieć także o aspekcie społecznym radzenia sobie ze stresem szczególnie w obliczu wspólnego źródła stresu. W rodzinie dziecka z trudnościami bardzo ważne jest, aby rodzice wzajemnie się wspierali w codziennych trudnościach oraz nie bali się korzystać z pomocy innych: członków rodziny, przyjaciół, instytucji. Zbyt duże nasilenie obowiązków wobec jednego z partnerów może skutkować wypaleniem lub chorobą.

Do nowych form radzenia sobie można zaliczyć duchowe radzenie sobie i proaktywne radzenie sobie. Duchowe radzenie sobie staje się bardzo przydatne w obliczu stresora będącego poza kontrolą jednostki. Opiera się ono na szukaniu i znajdowaniu sensu w cierpieniu i przykrych wydarzeniach życiowych.

Według Frankla Nigdy nie powinniśmy zapominać, że sens życia można odnaleźć nawet wtedy, gdy znajdziemy się w beznadziejnej sytuacji, twarzą w twarz z przeznaczeniem, którego nie sposób zmienić. Jedyne co możemy wówczas zrobić, to być świadkami czegoś wyjątkowego, do czego zdolny jest tylko człowiek, a mianowicie przemiany osobistej tragedii w triumf ludzkiego ducha, upadku w zwycięstwo. W sytuacji, której nie jesteśmy w stanie zmienić [...]stajemy przed wyzwaniem, które brzmi: zmień samego siebie (Frankl, 2009, s. 69).

Natomiast proaktywne radzenie sobie polega na gromadzeniu zasobów na przyszłość co pozwoli na wykorzystanie przyszłych szans i pokonanie pojawiających się trudności. Forma ta nawiązuje do teorii zasobów Hobfolla. Istnieje zestaw cech, umiejętności i zasobów, który daje większe szanse na skuteczne poradzenie sobie ze stresem. Należą do nich: ekstrawersja, otwartość, ugodowość, sumienność, poczucie umiejscowienia kontroli, wysoka samoocena, nadzieja i poczucie sensu, poczucie koherencji, inteligencja emocjonalna, kompetencje społeczne, optymizm oraz wsparcie społeczne. Jednak według badań to czynniki sytuacyjne dotyczące konkretnej sytuacji stresowej mają największy wpływ na zachowanie jednostki i na wybór strategii radzenia sobie ze stresem. Obydwa komponenty wzajemnie na siebie oddziałują. Niestety nawet człowiek, który posiada najbardziej korzystną kompilację, cech i umiejętności może ugiąć się pod naciskiem niespodziewanego, niekontrolowanego stresora. Kiedy dotyka go traumatyczne wydarzenie lub długotrwała przewlekła choroba czasem jedyne, co mu pozostaje to poszukiwanie sensu własnego cierpienia. Ludzie o słabszej konstrukcji psychicznej, z niskim poczuciem wartości, zewnętrznym poczuciem kontroli, pozbawieni wsparcia społecznego, posiadający osobowość stresową typu D czasem nie potrafią sobie poradzić nawet z uciążliwymi codziennymi wydarzeniami życiowymi, co może prowadzić do pojawienia się choroby lub ucieczki w nałóg. Subiektywne odczucie nacisku różnych stresorów się sumuje. Nadmierne przeciążenie organizmu sprawia, że czasem mała niedogodność urasta do rangi problemu nie do przejścia i może uruchomić lawinę.

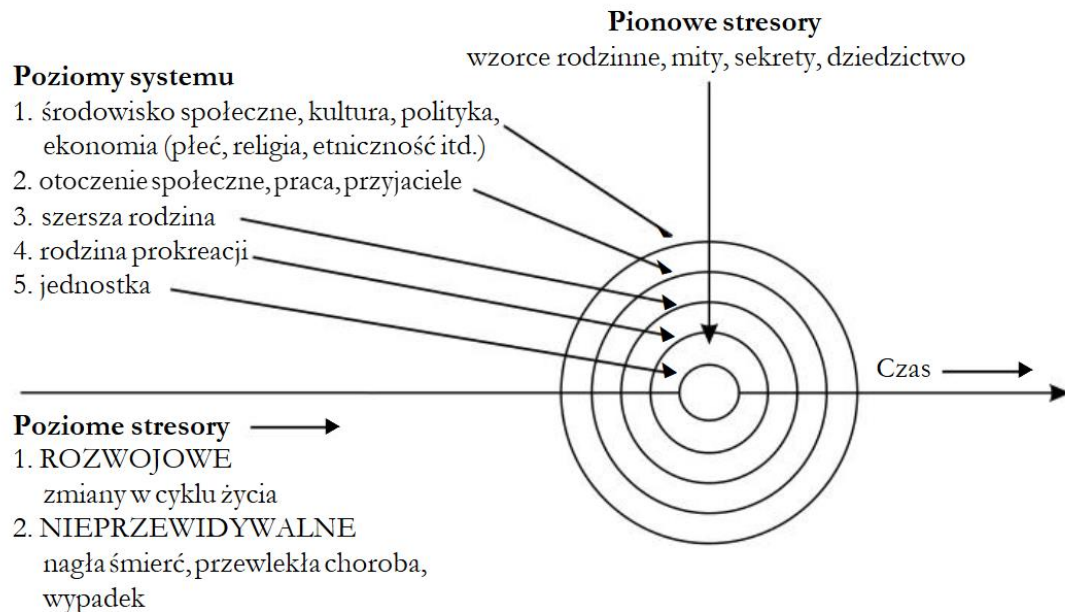
1.6 Stres rodzicielski

Pojawienie się nowego członka w rodzinie stawia rodziców przed wyzwaniami, do których nie sposób się w pełni przygotować. Jest to moment, w którym wyobrażenia ściągają się z rzeczywistością. Nieznana rola, nowe obowiązki, wyzwania i oczekiwania oraz dziecko które przychodzi na świat ze swoim indywidualnym temperamentem, predyspozycjami i słabościami.

W obliczu tak dużych zmian życiowych naturalnym wydaje się, pojawienie pewnej dawki niepewności i stresu. Jednak decydujące znaczenie dla funkcjonowania rodziny i rozwoju dziecka ma nie sama sytuacja, ale to jak rodzice sobie z nią poradzą. W literaturze uznaje się, iż stres rodzicielski jest związany z obszarem, w którym jednostka natrafia na stresory, a więc z rolą rodzica. Według Plopy „... rodzina odgrywa tak duże znaczenie w procesie stresowym, ponieważ w największym stopniu decyduje o jakości relacji społeczno-emocjonalnych jednostki” (Plopa, 2021, s. 30). Dziecko rodzi się i rozwija w określonym środowisku, które bardzo mocno wpływa na jego sposób postrzegania siebie, świata i relacji międzyludzkich. Szczęśliwe życie rodzinne to wielki kapitał, który pomaga sprawnie funkcjonować w zmiennym i stresogennym świecie. Niestety familia może również stanowić źródło stresu zarówno poprzez swoje funkcjonowanie, jak i napięcie wnoszone przez innych członków rodziny z zewnątrz (np. z pracy zawodowej). W cyklu życia rodziny następują przewidywane zmiany tj.: ciąża, narodziny dzieci, opuszczenie przez nie domu rodzinnego, które istotnie wpływają na jakość i funkcjonowanie rodu. Mogą również nastąpić wydarzenia trudne do przewidzenia, które znacząco zmieniają koleje losu np. śmierć członka rodziny. Oprócz okoliczności stanowiących punkt zwrotny, stresogenna może być również szara codzienność wymagająca pogodzenia wielu ról, wypełniania licznych obowiązków i pokonywania bieżących trudności. „Szczególnych doznań stresowych mogą dostarczać rodzicom te dzieci, które są zaliczane do grona problemowych (trudności zdrowotne, intelektualne, zaburzenia zachowania)...” (Tyszkowa, 1991 za Plopa, 2021, s. 33). Jednak decydujące znaczenie dla funkcjonowania rodziny i pokonywania przeciwności życiowych ma relacja rodziców, to jak się rozumieją, wspierają i rozwiązują wzajemne konflikty.

Ciekawym zobrazowaniem działania czynników stresowych na rodzinę jest model sporządzony przez Cartera i McGoldricka.

Rysunek 5. System rodzinny w „przestrzeni” stresorów.



Źródło. M. Plopa, Psychologia rodziny. Kraków 2021, s. 38

W powyższym diagramie podzielono elementy stresowe działające na rodzinę na poziome i pionowe. Poziome przyczyny ulegają zmianie w czasie w zależności od aktualnego momentu zajmowanego przez ród w cyklu życia rodziny. Mogą one mieć charakter zarówno przewidywalny, jak i niespodziewany oraz występować równocześnie. Natomiast pionowe składniki są przenoszone z pokolenia na pokolenie jako: wzory, nastawienie, przekonania, tabu. Według Plopy „Ten model sugeruje, że wielopokoleniowe wzory interakcji istniejące w granicach danej rodziny, potencjalnie przyczyniają się do generowania określonego poziomu stresu doświadczanego przez rodzinę w określonej perspektywie czasowej” (Plopa, 2021, s. 38). W zależności od historii swojego rodu ludzie różnie mogą reagować na te same wydarzenia. Jeżeli ciąży na nich swoisty stres wielopokoleniowy, to nawet pozytywne zmiany oznaczone powyżej jako poziome stresory mogą skutkować nieadekwatną reakcją stresową, a w konsekwencji rzutować na funkcjonowanie całej rodziny.

W dłuższej perspektywie, jeżeli rodzic nie radzi sobie z wymaganiami stawianymi przez życie w roli opiekuna, efektem może być wystąpienie wypalenia rodzicielskiego. „Pojawia się w sytuacji, w której obciążenia, których źródło leży w pełnieniu roli rodzica, przewyższają zasoby, jakimi ów rodzic dysponuje” (Gajderowicz, 2024, s. 4). Czynniki wpływające na wystąpienie wypalenia podzielono na następujące grupy:

- Czynniki społeczne, do których zaliczamy status społeczny i ekonomiczny rodziny, wiek rodzica i wiek dziecka.
- Cechy osobowości rodzica i dziecka tj. postawy, przekonania, cechy osobowości.
- Czynniki społeczne np. więzi z innymi członkami rodziny, wsparcie społeczne.
- Czynniki kulturowe, do których zaliczamy wartości, styl życia, normy społeczne.

Korelacje powyższych zmiennych wpływają na funkcjonowanie rodziny. Jeżeli ojciec i matka posiadają właściwe wzorce rodzicielstwa, mogą liczyć na wsparcie najbliższych, widzą sens podejmowanych wyzwań i poświęceń to najprawdopodobniej łatwiej będzie im sprostać nowym wymaganiom. Równie ważnym czynnikiem są również cechy osobowościowe rodzica i dziecka. Szymańska i Aranowska zauważają, że rodzice, którzy doświadczyli większego stresu i rozbieżności (rozumianej jako dystans celów rodzicielskich, czyli cech, które rodzic chce kształtować w swoim dziecku w trakcie procesu wychowawczego oraz stopnia, w jakim dziecko owe cechy rozwinęło), mieli dzieci z niższym nastrojem, mniejszą wytrwałością, wyższym złym nastrojem i większą elastycznością (Gajderowicz, 2024, s. 4).

Niestety możliwym jest również, iż rodzic w efekcie odczuwanego stresu rodzicielskiego w celu zmniejszenia wewnętrznego napięcia wycofa się z relacji z dzieckiem. Może to przejawiać się zarówno obojętnością, jak i stosowaniem wobec niego nadmiernego rygoru lub agresji. Stres może też objawiać się zgoła inną postawą pełną nadopiekuńczości i kontroli. Mieczysław Płopa wymienił przedstawione poniżej postawy rodzicielskie, które kształtują się w efekcie współdziałania następujących czynników: dziedzictwa wynoszonego z rodziny pochodzenia, uwarunkowań podmiotowych rodziców, jakości związku rodziców oraz czynników usytuowanych w dziecku.

1. Postawa akceptacji-odrzućenia - która zawiera dwa krańcowe podejścia. Z jednej strony rodzic akceptuje dziecko, chętnie spędza z nim czas, jest uważny na jego potrzeby. Relacja jest pełna miłości i bezpieczeństwa. Na drugim krańcu mamy do czynienia z odrzućeniem, rodzic odczuwa trudne emocje względem dziecka, co objawia się dystansem, chłodem emocjonalnym, a opiekun nie jest zainteresowany potrzebami dziecka.
2. Postawa nadmiernie wymagająca - rodzic prezentuje sztywny model wychowania, uważa, że wie wszystko najlepiej, a jego relacja jest zbudowana na sztywnych nakazach i zakazach, akceptuje dziecko, tylko jeżeli spełnia jego wymagania.

3. Postawa autonomii - która cechuje się uważnością na potrzeby i możliwości dziecka. Rodzic pozostawia dziecku możliwość wyboru, szanuje jego intymność i prywatność, a w razie potrzeby udziela potrzebnego wsparcia.
4. Postawa niekonsekwentna - kiedy reakcja rodzica zależy od jego nastroju i od innych czynników zewnętrznych. Raz jest akceptujący, a innym razem zachowuje się wręcz odwrotnie. Co może prowadzić do zachwiania poczucia bezpieczeństwa u dziecka i skutkować problemami w przyszłości.
5. Postawa nadmiernie chroniąca - w której rodzic otacza dziecko opieką, nie daje przestrzeni na samodzielność i uważa, że dziecko nie poradzi sobie bez niego (Plopa, 2012, s. 268).

Prezentowane przez rodziców postawy rodzicielskie mają ogromny wpływ zarówno na relację rodzic-dziecko, jak i na rozwój i osobowość dziecka. Zdobyte doświadczenia rzutują nie tylko na aktualne zachowanie dziecka, ale również na jego przyszłość w zakresie prężności psychicznej. Kochająca i akceptująca rodzina stanowi kapitał nie do przecenienia. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Magdalenę Gajderowicz stwierdzono, iż istnieje korelacja pomiędzy poziomem odczuwalnego stresu, a prezentowanymi postawami rodzicielskimi. Większy poziom stresu skutkował przyjmowaniem niewłaściwych postaw wobec potomstwa. Dzieci zestresowanych matek były poddawane większej kontroli, odrzucane, stawiano im nadmierne wymagania. Postawa niekonsekwentna u opiekunów może wynikać, natomiast z braku poczucia własnej skuteczności. Jednostka w stresie często przejawia również negatywne emocje w postaci drażliwości i impulsywności, staje się mniej otwarta i chętna do współpracy. Trudno, aby w takim stanie zapewnić odpowiednią opiekę i uważność na potrzeby innych członków rodziny. Mnogość problemów, trudności i przeciwności losu, z którymi borykają się współcześni rodzice jest ogromna. Nie sposób im zapobiec ani przeciwdziałać, można jednak poprzez profesjonalne wsparcie wzmacniać ich w budowaniu własnych poznawczych i behawioralnych strategii radzenia sobie ze stresem.

2. Poczucie koherencji

2.1 Definicja pojęcia poczucie koherencji

Termin poczucie koherencji został stworzony przez Aarona Antonovsky'ego w latach 70 XX wieku. Antonovsky był socjologiem medycyny i punktem zwrotnym w jego karierze okazało się badanie, które przeprowadzał na grupie izraelskich kobiet dotyczące ich adaptacji do klimakterium. W toku analizy wśród uczestniczek został wyłoniony zespół kobiet, które podczas II Wojny Światowej przebywały w niemieckich obozach koncentracyjnych. Naukowiec porównał stan zdrowia psychicznego kobiet po traumatycznych przeżyciach z resztą analizowanej populacji. Założenie potwierdziło, że doświadczenia obozowe u większości wpływały negatywnie na stan zdrowia. Uczony na tym, jednak nie poprzestał i zauważył, że ku jego zaskoczeniu aż 29% byłych więźniarek, pomimo drastycznych przeżyć dysponowało dobrym zdrowiem i potrafiło cieszyć się życiem. Badacz zadał znamienne pytanie „Co konstytuuje zdrowie?” (Antonovsky za Lindsrtom, Eriksson, 2025, s. 1). W ten sposób zapoczątkował serię badań w efekcie, których stworzył model salutogenetycznego podejścia do zdrowia, którego fundament stanowi poczucie koherencji.

Według autora poczucie koherencji (sense of coherence) jest to globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (Antonovsky, 1995, s. 34).

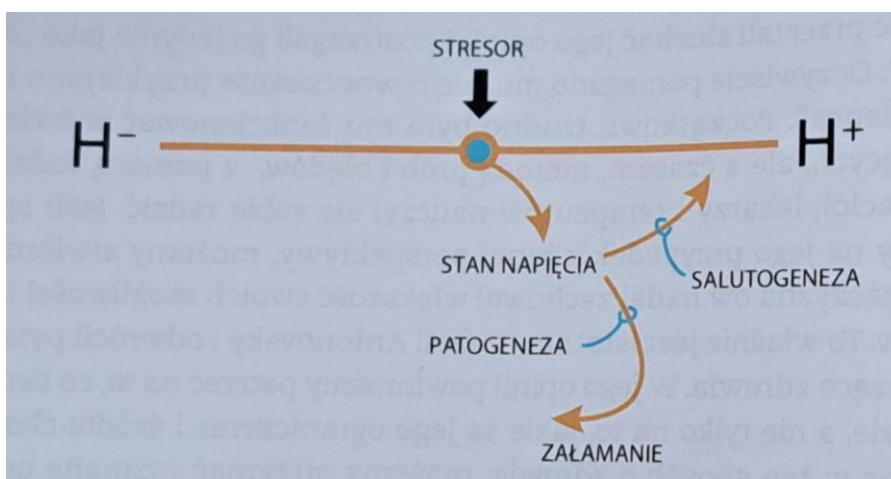
Naukowiec stworzył również narzędzie do badania poczucia koherencji Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29).

2.2 Salutogenetyczny model Antonovsky'ego

Najbardziej odkrywcze w badaniach Antonovsky'ego było zupełnie odmienne podejście do zdrowia i choroby. Do tej pory dominującym nurtem w nauce był stosunek patogenetyczny, w którym główny nacisk był kładziony na poszukiwanie i zwalczanie mechanizmów chorobotwórczych, a samo zaburzenie było uznawane za odejście od normy (naruszenie homeostazy).

Natomiast naukowiec stwierdził, iż choroba nie jest wcale ewenementem, ale czymś co dotyka większość populacji. Postanowił więc w swojej pracy skupić się na poszukiwaniu źródeł zdrowia. Pojęcie salutogeneza wywodzi się z języka łacińskiego i powstało w wyniku połączenia słów *salus*- zdrowie i *geneza*- pochodzenie.

Rysunek 6. Graficzne przedstawienie koncepcji Antonovsky'ego.



Źródło: Lindsrtom, Eriksson, 2025, s. 6

Według teorii Antonovsky'ego człowiek w toku swojego życia nieustannie przemieszcza się po kontynuum zdrowie - choroba. Jego skrajne punkty, stanowią: pełne zdrowie H^+ i całkowity brak zdrowia (śmierć) H^- . Dopóki organizm jest żywy to zawsze posiada pewien zasób zdrowia. Ważne, aby ustalić, gdzie w danym momencie znajduje się konkretna jednostka. Możliwe jest doznawanie jednocześnie składników zdrowia i choroby. Codziennie na każdego człowieka oddziałują różnego typu stresory, które mogą powodować napięcie. W zależności od tego jak w danej sytuacji zareaguje jednostka albo nastąpi zwrócenie w kierunku choroby poprzez przewagę działania sił patogenetycznych albo w kierunku zdrowia, jeżeli większą rolę odegrają czynniki salutogenetyczne. „Antonovsky przedstawił kontynuum zdrowia - choroby jako wieloaspektowy stan organizmu człowieka” (Antonovsky za Lindsrtom, Eriksson, 2025, s. 7). Model salutogenetyczny podkreśla ważność czynników determinujących zdrowie. Człowiek może je czerpać zarówno ze środowiska, jak i z własnego wnętrza.

Badacz wymienił cztery elementy decydujące o utrzymaniu, rozwoju i powrocie do zdrowia. Należą do nich:

- 1) Uogólnione zasoby (generalised resistance resources GRR) - czyli wszelkie środki, którymi dysponuje jednostka pozwalające na omijanie i pokonywanie stresorów.

Zaliczyć można tutaj właściwości: biologiczne jednostki, finansowe, makro-socjo-kulturowe, osobowościowe, fizyczne.

- 2) Stresory - to wymogi, na które nie ma standardowych odpowiedzi, stawiane przez życie jednostce. Rodzą napięcie i wymagają reakcji w celu dalszego dobrego funkcjonowania.
- 3) Poczucie koherencji (sense of coherence, SOC) – uznawane przez Antonovsky'ego za swoisty „klucz do zdrowia”. Jest to trwała skłonność do reagowania w sytuacjach stresowych w sposób adaptacyjny, wykorzystując wszelkie dostępne zasoby.
- 4) Styl życia (lifestyle) - który jest konsekwencją zachowań podejmowanych przez jednostkę.

Jednym z najważniejszych założeń teorii salutogenezy jest fakt, iż zasoby te możemy rozwijać i świadomie nad nimi pracować aktywnie, wpływając na stan swojego zdrowia, przesuwając się na kontinuum w kierunku zdrowia. Oczywiście autor uwzględnił kwestie niemożności całkowitego przewidzenia losów ludzkich. Można być zdrowym i jednocześnie zginąć w wypadku. Ważne, aby w swoich działaniach skupić się na tym, co jest zależne od nas i możliwe do wykonania. Na podejmowanie zachowań prozdrowotnych przez jednostki ma duży wpływ ich podejście do zdrowia: wiedza, umiejętności, motywacja, samoświadomość, wewnętrzne poczucie kontroli, społeczeństwo i kultura, w której człowiek się wychował i funkcjonuje. Według badacza zdrowie składa się z aspektu fizycznego, psychicznego, społecznego i duchownego. Autor w swoich przemyśleniach na temat oddziaływania stresu na organizm ludzki opierał się na koncepcji stresu i radzenia sobie Richarda Lazarusa i Susan Folkman. Każda jednostka dokonuje indywidualnej oceny sytuacji i klasyfikuje ją według swojego uznania. Nawet korzystne wydarzenia mogą wywoływać pozytywne napięcie, a więc stres. Ocena poznawcza jest zależna od poczucia koherencji danej jednostki. To jak zaklasyfikuje działający na nią stresor i czy uzna go za istotny i możliwy do opanowania wpływa na jej zdrowie.

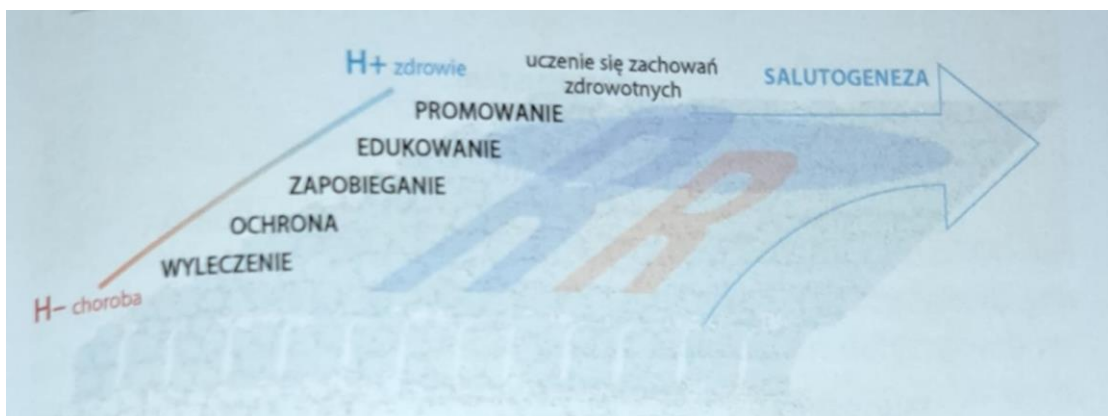
Z teorii Antonovsky'ego wynika bardzo ważny wniosek, poprzez podejmowanie świadomych działań ludzie mogą rozwijać swoje zasoby, lepiej radzić sobie ze stresem i przemieszczać się na kontinuum w kierunku zdrowia. Należy zawsze zapoznać się z kompletną historią życia pacjenta, a nie tylko skupiać się na chorobie, która go dotknęła. Nawet czynniki patogenne mogą pozytywnie oddziaływać na organizm np. bóle kręgosłupa, które sprawiają, że jednostka podejmuje działanie, zmienia dotychczasowy siedzący tryb życia, zaczyna ćwiczyć i interesuje się stanem swojego zdrowia. Podejście salutogenetyczne jest uznawane za komplementarne wobec modelu patogenetycznego, ponieważ obydwie teorie kładą nacisk na różne elementy modelu dbania o zdrowie i zapobiegania chorobom.

W pracach Heleny Sęk i Lidii Cierpiałkowskiej dokonano następującego podsumowania: ... model salutogeniczny służy wyjaśnianiu genezy zdrowia i jego ochronie, a wykorzystywany jest w aspektach promocji zdrowia i zapobieganiu patologii, w sytuacjach choroby, gdy chcemy poznać procesy zdrowienia czy też wtedy, gdy przyczynowe leczenie somatyczne jest niemożliwe. Analizowano także oba modele w aspekcie ich integracji i syntezy podejść, zauważono bowiem, że koncentracja na krańcach wymiaru „zdrowie-choroba” może prowadzić do szkodliwych ograniczeń (np. koncentracja wyłącznie na promowaniu zachowań zdrowotnych bez uwzględnienia wieku czy ograniczeń zdrowotnych lub koncentracja na czynnikach zagrażających zdrowiu bez uwzględnienia czynników ochronnych). Trzeba tym samym pamiętać o tym, że zależności pomiędzy obydwoma podejściami są złożone (Lindstrom, Eriksson, 2025, s. 23).

Ponadto w paradygmacie Antovsky’ego ważna jest również subiektywna opinia jednostki na temat swojego zdrowia, ponieważ wpływa ona na jej dobrostan i jakości życia. Niestety przedwczesna śmierć badacza przerwała dalsze prace nad powyższym modelem.

Ciekawą propozycją rozwinięcia teorii salutogenezy i idei rzeki życia jest model stworzony przez Bengta Lindstroma i Monice Eriksson.

Rysunek 7. Zdrowie w rzece życia model rozwinięty.



Źródło: Lindstrom, Eriksson, 2025, s. 11

Według autorów rzeka płynie pionowo w poprzek rysunku w kierunku życia. Wzdłuż frontowego jej brzegu znajduje się wodospad, ponieważ w każdym punkcie można natrafić na nieprzewidywane zagrożenia, choroby i śmierć. Kiedy przychodzimy na ten świat trafiamy do rzeki życia, stopniowo uczymy się pływać i przemieszczamy się z jej prądem. Ludzie rodzą się w różnych miejscach, w niektórych prąd rzeki jest spokojny i mają dużo czasu na naukę pływania. Są to kraje, gdzie panuje dobrobyt, wysoki poziom rozwoju medycyny, a dzieci od

najmłodszych lat otoczone są troską i opieką. Inni nie mają tyle szczęścia, od razu muszą walczyć, by móc płynąć z prądem. Trudne warunkami życia, słaby rozwój gospodarczy zwiększają ryzyko wystąpienia chorób i śmierci.

Naukowcy uznają, iż rzeka podobnie jak życie, jest pełna zarówno niebezpieczeństw, jak i zasobów, jednak nasze osiągnięcia opierają się na rozeznaniu i uczeniu się poprzez własne doświadczenia życiowe, co prowadzi do nabycia umiejętności identyfikacji i wykorzystania zasobów koniecznych do zwiększania szans na lepsze zdrowie, a w ostateczności życie. Proces zdrowienia jest procesem uczenia w trakcie, którego dowiadujemy się, co kształtuje zdrowie i jakie są możliwości poprawy jakości życia. (Lindsrtom, Eriksson, 2025, s. 11).

2.3 Konfiguracja poczucia koherencji

Antonovsky wyodrębnił trzy elementy składające się na poczucie koherencji:

- 1) Poczucie zrozumiałości (comprehensibility) – oznacza na ile jednostka postrzega dopływające do niej bodźce ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego „jako informacje uporządkowane, spójne, ustrukturyzowane i jasne, a nie szum - czyli informacje chaotyczne, nieuporządkowane, losowe, przypadkowe, niewytłumaczalne” (Antonovsky, 1995, s. 32). Człowiek charakteryzujący się silnym poczuciem zrozumiałości będzie się spodziewał, że bodźce, z którymi się zetknie w przyszłości również będą przewidywalne lub ewentualnie będzie istniała możliwość ich zaklasyfikowania i wyjaśnienia. Nawet w działaniu niepożądanego bodźca jednostka może odnaleźć sens.
- 2) Poczucie zaradności (manageability) - „jest to stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają bombardujące go bodźce (Antonovsky, 1995, s. 33). Poprzez zasoby rozumiemy wszystko czym dysponuje jednostka oraz to, co jest dostępne w jej otoczeniu (np. dobrze wyposażony szpital), ale również działanie Siły Wyższej. Autor porusza także wątek ofermi, czyli osoby o niskim poczuciu zaradności, która wciąż ulega różnego typu negatywnym przypadkom, jest niejako bezwiednie niesiona przez los, na który jak uważa nie ma wpływu. Natomiast ludzie cechujący się wysokim poziomem zaradności, aktywnie działają również w obliczu sytuacji niekorzystnych i biorą sprawy w swoje ręce, na ile to możliwe.
- 3) Poczucie sensowności (meaningfulness) - „stopień w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów

i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania (Antonovsky, 1995, s. 34). Poczucie sensowności daje motywację do działania w obliczu zdarzeń niepomyślnych.

Powyższe składniki poczucia koherencji są trwale ze sobą połączone, ponieważ uogólnione zasoby odpornościowe przynoszą przeżycia odnoszące się do wszystkich trzech typów. Mogą one jednak występować w różnej intensywności w zależności od sytuacji i doświadczenia życiowego. Na ogół wszystkie trzy składniki mają wysokie lub niskie natężenie, a więc świat postrzegany przez jednostkę jest jako bardzo koherentny (zrozumiały, sensowny i można sobie w nim poradzić) lub bardzo niekoherentny (niezrozumiały, bez większego sensu i nie można sobie w nim poradzić). Raczej mało prawdopodobne jest wystąpienie układu, w której jednostka nie rozumie czegoś, a więc występuje niskie poczucie zrozumiałości, a mimo to ma silne poczucie zaradności. Właściwie warunkiem koniecznym zaradności jest najpierw zrozumienie problemu, po to aby wiedzieć, jakie zasoby są potrzebne i jakie działania należy podjąć w celu jego rozwiązania. Jednak nawet silne poczucie zrozumiałości nie jest tożsame z przekonaniem, że potrafimy sobie poradzić z otaczającą nas rzeczywistością. Tak jest, w przypadku gdy mamy do czynienia z typami niestabilnymi z silnym poczuciem zrozumiałości, ale niskim poczuciem zaradności. Jeżeli towarzyszy im silne poczucie sensowności, to człowiek będzie zmotywowany do poszukiwań i podejmowania działań w celu rozwiązania problemu. Antonovsky wymienia jeszcze dwie możliwe konfiguracje, kiedy to wysokiemu poczuciu zrozumiałości i zaradności towarzyszy niskie poczucie sensowności. Jednostka nie widzi sensu w podejmowaniu trudu działania i szybko traci kontrolę nad zasobami. Specyficzną sytuację stanowi połączenie niskiego poczucia zrozumiałości i zaradności przy jednoczesnym udziale wysokiego poczucia sensu. Człowiek bardzo chce pojąć i zrozumieć otaczający świat oraz podjąć odpowiednie działania, które przyczynią się do rozwiązania sytuacji stresowej. Takie podejście nie gwarantuje sukcesu, ale często pozwala przetrwać najtrudniejsze momenty.

Z teorii twórcy koherencji wynika, że wszystkie jej składniki są ważne, ale nie w takim samym stopniu. Najistotniejsze jest poczucie sensowności, które stanowi podwaliny motywacji, daje energię i chęć do angażowania się i poszukiwania rozwiązań nawet w najtrudniejszych przypadkach. Kolejne miejsce zajmuje poczucie zrozumiałości, które ułatwia przewidywanie kolejnych możliwych kroków i potrzebnych zasobów. Ostatnim elementem jest poczucie zaradności, które decyduje o tym, czy jednostka czuje się na tyle skuteczna (ma możliwości, zasoby), by móc poradzić sobie z zaistniałą trudną sytuacją.

2.4 Uwarunkowania i rozwój poczucia koherencji

Osoby z wysokim poczuciem koherencji postrzegają świat jako sensowny, rozumiały i mają poczucie, że są w stanie sobie poradzić w obliczu różnorodnych trudności. Czy jest to możliwe, aby człowiek miał wpływ na wszystko, co go spotyka w życiu? Wiele rzeczy wydarza się bez jego udziału, wpływu, a czasem wręcz wbrew podjętym działaniom. Persona sama obiera pewne granice, które wytyczają ważne dla niej płaszczyzny. Według badacza najistotniejsze są przestrzenie obejmujące: „najszybsze uczucia, bezpośrednie relacje z innymi ludźmi, główną aktywność życiową i problemy egzystencjalne (tj.; śmierć, nieuniknione porażki, niedociągnięcia, konflikty, izolacja)” (Antonovsky, 1995, s. 37). Wszystko, co znajduje się poza tymi granicami nie jest ważne dla jednostki i nie musi być ani sensowne, ani zrozumiałe i mało istotne jest też poczucie, że osoba umie sobie z tym poradzić. Ludzie bardzo różnie wytyczają te przestrzenie, ponieważ mogą one mieć szeroki lub wąski zasięg. W odniesieniu do aktywności zawodowej warto zaznaczyć, iż nie zawsze stanowi ona źródło satysfakcji jednak jeżeli jednostka dzięki niej może realizować inne ważniejsze cele np. utrzymanie rodziny i widzi sens podejmowanych działań to najprawdopodobniej ma silne poczucie koherencji. Autor zakłada również, że człowiek w obliczu przejściowych okoliczności może zwiększać lub ograniczać granice obszarów ważnych, lub całkowicie je wykluczać, aby zachować poczucie koherencji oczywiście poza podstawowymi sferami. Istnieje również możliwość podejmowania nowych aktywności i włączania kolejnych dziedzin w obszar uwagi np. po przejściu na emeryturę. Adaptacyjne jest posiadanie silnego poczucia koherencji, które umożliwia elastyczne podejście do życia w obliczu pojawiających się zmian. Natomiast sztywne poczucie koherencji polega na kurczowym trzymaniu się nabytych informacji i niemożności przystosowania się do nowych warunków, co nie sprzyja odnajdywaniu się w zróżnicowanym środowisku. Poczucie koherencji jest uznawane za metazasób, który wpływa na radzenie sobie ze stresem, a w konsekwencji na stan zdrowia. Istnieje również odwrotna zależność, ponieważ stan zdrowia, gdy jest dobry to tworzy uogólniony zasób odpornościowy lub może być przyczyną obniżenia poczucia koherencji, jeżeli pojawiają się silne problemy zdrowotne będące przyczyną stresu, a w konsekwencji stają się deficytem odpornościowym. Poczucie koherencji rozwija się w procesie socjalizacji w toku życia człowieka. Szczegółne znaczenie ma okres dziecięcy, kiedy kształtują się poglądy dotyczące funkcjonowania świata, siebie i siebie w świecie. Rozwojowi wysokiego poczucia koherencji sprzyja środowisko wychowawcze, które odznacza się spójnością, równowagą pomiędzy przeciążeniem a niedociążeniem oraz możliwością uczestniczenia w podejmowaniu decyzji. Jeżeli dziecko

jest obarczane wymaganiami, którym nie jest w stanie sprostać to może doprowadzić to do poczucia niskich kompetencji i nieskuteczności, co w przyszłości będzie owocowało niechęcią podejmowania wyzwań. Z kolei niedociążenie może doprowadzić również do poczucia niekompetencji i nieskuteczności (Rodzice nie wierzą, że potrafię to zrobić dobrze, nie ufają mi.).

Według Dolińskiej-Zygmunt stałość i przewidywalność doświadczeń życiowych prowadzą do rozwoju silnego poczucia zrozumiałości otaczającego świata. Natomiast równowaga przeciążenia i niedociążenia: a) odnosi się do ilości energii, umiejętności i kompetencji, jakie musi uruchomić osoba, żeby sprostać określonemu zadaniu, b) prowadzi do rozwoju silnego poczucia zaradności, c) ma udział w podejmowaniu decyzji, ma możliwość wpływu na wynik ostateczny poprzez nadawanie sensu zaangażowaniu i prowadzi do rozwoju poczucia sensowności (Dolińska-Zygmunt za Lindstrom, Eriksson, 2025, s. 10).

Drugim ważnym momentem jest wejście w dorosłość, kiedy jednostka podejmuje się pełnienia nowych ról życiowych i zawodowych. Znowu istotna jest równowaga pomiędzy przeciążeniem a niedociążeniem. Szczególnie temat ten dotyczy kobiet, na których barkach poza pracą zawodową najczęściej w większej części spoczywają obowiązki dotyczące funkcjonowania domu i rodziny. Według E. Wilczek-Rużyczki i M. Kwak „Autor szczególnie koncentruje się na roli kobiet w społeczeństwie, na jej nadmiernym obciążeniu w codziennym życiu, niedocenianiu i wykorzystywaniu wynikającym z różnic płci, klasowych oraz poziomu wykształcenia” (Wilczek- Rużyczka, Kwak, 2024, s. 66). Wpływ na poczucie koherencji ma również rodzaj i warunki, w których jednostka pracuje. Jeżeli aktywność zawodowa jest zgodna ze zdolnościami człowieka i pozwala je wykorzystywać to rośnie jego poczucie zaradności. Znaczenie ma również: prestiż i społeczna ocena zawodu, możliwość podejmowania w pracy samodzielnych decyzji, szacunek, zadowolenie z wykonywanych obowiązków, poszanowanie, docenienie, władza, równowaga obciążeń i niedociążeń, sprawiedliwy podział obowiązków, relacje ze współpracownikami oraz kadra zarządzająca. Ważna jest również pewność zatrudnienia, która wpływa na poczucie zrozumiałości. Według Antonovsky’ego praca zawodowa jest bardzo ważnym elementem życia jednostki rzutującym na pozostałe sfery, mającym duży wpływ na poczucie koherencji. Chociaż, jak już zostało przytoczone powyżej może zaistnieć taka sytuacja, że człowiek szuka sensu poza miejscem zatrudnienia. Prawdopodobne jest również, że w wyniku wcześniejszych negatywnych doświadczeń jednostka posiada niskie poczucie koherencji wpływające na jakość wykonywanej przez nią pracy. Badacz uważa, iż „poczucie koherencji w okresie dorosłości to stabilna, trwała i uogólniona orientacja wobec rzeczywistości oraz otaczającego świata, która charakteryzuje

człowieka” (Wilczek- Rużyczka, Kwak, 2024, s. 67). Jedynie pojawienie się ekstremalnej i przewlekłej zmiany życiowej może wpłynąć na poczucie koherencji. Wysokie poczucie koherencji nie sprawi, że trudności nie będą pojawiały się w życiu człowieka, ale odegra istotną rolę w jakości i sposobie reagowania na nie. Osoba z wysokim poczuciem koherencji w sytuacji stresowej zachowa bardziej racjonalne podejście: dokona oceny sytuacji, zasobów które posiada i może wykorzystać, weźmie pod uwagę różne opcje działania, a co najważniejsze będzie wierzyła, iż rozwiązanie tego problemu leży w zakresie jej kompetencji.

2.5 Rola poczucia koherencji w życiu człowieka

Różnice w poziomie koherencji między jednostkami widać już na etapie oceny pierwotnej bodźca oddziałującego na nią. Osoby z wysokim poczuciem koherencji raczej mniejszą liczbę docierających bodźców w ogóle będą postrzegały jako stresujące. Charakterystyczne jest również to, iż często trudne sytuacje są przez nich postrzegane jako możliwość rozwoju, wyzwanie, szansa, co przyczynia się do powstawania pozytywnych emocji i bardziej konstruktywnemu podejściu do problemu. Antonovsky wyróżnił ocenę pierwotną I podczas której jednostka decyduje, czy odbierany bodziec jest stresorem, przy czym należy zaznaczyć, iż stres może powodować zarówno pozytywne, jak i negatywne wydarzenie. Następnie pojawia się ocena pierwotna II, która ma na celu dokładniejszą ocenę bodźca postrzeganego jako stresor i zaklasyfikowanie go do jednej z grup: jako zagrażający, pozytywny, nieszkodliwy czy obojętny. Jeżeli pojawi się stresor, który zostanie uznany za negatywny i konieczny do rozwiązania następuje przejście do oceny pierwotnej III zwanej etapem konfrontacji stresowej, która zakończona zostaje procesem radzenia sobie. ”Ludzie o silnym poczuciu koherencji na ogół dysponują dużymi zasobami i są predysponowani do wyboru w procesie radzenia sobie takich strategii, które, ich zdaniem, są najlepiej dostosowane do właściwości stresora” (Heszen, 2013, s. 325). Ważnym elementem radzenia sobie jest również odpowiedni poziom elastyczności, który ludzie z wysokim SOC posiadają, ponieważ pozwala on na dopasowanie podejmowanych działań do rozwoju sytuacji. Kolejnym elementem wyszczególnionym przez badacza jest ocena wtórna, czyli zestawienie posiadanych zasobów z wymaganiami sytuacji trudnej. Podczas procesu radzenia sobie jednostka równolegle skupiona jest na rozwiązaniu problemu, jak i zadbanie o swój stan emocjonalny. Ostatecznie następuje przejście do oceny trzeciorzędowej, podczas której człowiek zestawia ze sobą pozyskane informacje zwrotne i jeżeli zachodzi taka potrzeba dokonuje modyfikacji podejmowanych działań. Osoby charakteryzujące się wysokim poczuciem koherencji łatwiej

znoszą stres, ponieważ dzięki zachowaniu pewnego rodzaju dystansu i wiary we własne możliwości są w stanie bardziej rzetelnie ocenić sytuację stresową, dzięki czemu mogą podjąć bardziej skuteczne operacje, a jeżeli okażą się one nieskuteczne potrafią zmienić obronę strategię i dalej poszukiwać innego rozwiązania.

Aaron Antonovsky w 1983 roku stworzył narzędzie do pomiaru poczucia koherencji SOC-29 (Sense of Coherence Scale) Kwestionariusz Orientacji Życiowej, który składa się z 29 pytań. Formularz mierzy ogólny poziom poczucia koherencji oraz jego trzy składniki: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności, poczucie sensowności, które są ze sobą skorelowane.

Rysunek 8. Struktura skali SOC.



Źródło: Lindström, Eriksson, 2025, s. 18

SOC uznawany jest za jednowymiarowe narzędzie do pomiaru stanu zdrowia. Nagła śmierć badacza przerwała jego pracę, ale stworzony przez niego model salutogenetyczny wciąż się rozwija i stanowi inspirację dla wielu naukowców. Czego przykładem jest tworzenie nowych kwestionariuszy tj.: Salutogenetic Health Indicator Scale (SHIS), Salutogenic Wellness Promotion Scale (SWPS) i Chinese Cancer Coherence Scale, jak i fakt, że „potencjalnie dwie trzecie ludności świata może być przebadane przy użyciu kwestionariusza SOC w ich języku ojczystym” (Lindström, Eriksson, 2025, s. 20). Tak spektakularny rozwój koncepcji salutogenetycznej wynika z korzyści, jakie ze sobą niesie. „Wiara w to, że życie ma sens, że jest w pewien sposób uporządkowane oraz na swój sposób przewidywalne, a człowiek ma zasoby, aby traktować je jako wyzwanie, powoduje, że chce mu się być zdrowym i walczyć o to, by mógł jak najdłużej sprawnie funkcjonować w otaczającym świecie” (Wilczek-Rużyczka, Kwak, 2024, s. 68). Silne poczucie koherencji zabezpiecza przed stresem, zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji, wypalenia, chorób psychicznych. Wpływa na wybór pozytywnych zachowań prozdrowotnych (ćwiczenia fizyczne, prawidłowe nawyki żywieniowe) oraz unikania negatywnych czynników (np. alkohol, papierosy), pozwala na lepsze radzenie sobie

ze stresem oraz stronię od nadmiernego stosowania leków przeciwbólowych. Dzieci rodziców o wysokim poczuciu koherencji są wychowywane w duchu świadomego kierowania się ku zdrowiu: częściej ćwiczą, lepiej się odżywiają i bardziej regularnie dbają o higienę jamy ustnej. Poczucie koherencji wpływa również na występowanie chorób niezakaźnych w społeczeństwach, poprzez zmniejszenie zachorowalności i skuteczniejsze leczenie. Życie nieraz potrafi zaskoczyć zarówno negatywnymi, jak i pozytywnymi wydarzeniami. Nawet skrupulatnie zaplanowane i oczekiwane wydarzenie, jakim może być pojawienie się nowego członka rodziny na świecie z jednej strony może być źródłem wielkiej radości, ale również i stresu. Odnalezienie się i sprostanie nowej roli wymaga elastyczności i odporności. W jednym momencie zmianie ulega starannie ułożony świat, a wyobrażenia ścierają się z codzienną rzeczywistością. Tak naprawdę znaczenia nie ma to, co się wydarza, ale to jak do tego podchodzimy. Jeżeli rodzic widzi sens w codziennych zmaganiach, wierzy, że jest w stanie sobie z nimi poradzić i rozumie sytuację to nawet w obiektywnie trudnych chwilach dąży do uzyskania optymalnego w danych warunkach efektu.

Ważne jest, aby podejście salutogenetyczne było wprowadzane na różnych poziomach: społecznym, grupowym (rodzinnym) oraz jednostkowym.

Jak zaznaczają Lindstrom i Eriksson:

Istnieją dowody, że salutogeneza wpływa na to, że społeczeństwa żyją dłużej, są bardziej skłonne wybierać pozytywne zachowania zdrowotne, mają mniej problemów ze zdrowiem (występowanie chorób ostrych lub przewlekłych), krócej i rzadziej korzystają z systemu opieki zdrowotnej oraz lepiej znoszą stres. Ponadto społeczeństwa te uważają, że cieszą się lepszym zdrowiem, także psychicznym i dobrą jakością życia... (Lindstrom i Eriksson, 2025, s. 41).

3. Spektrum autyzmu

3.1 Pojęcie i definicja autyzmu

Pojęcie autyzm z języka greckiego oznacza sam i zostało zastosowane po raz pierwszy przez Eugeniusza Bleulera w 1911 roku w odniesieniu do jednego z osiowych objawów schizofrenii demonstrującego się odwróceniem od świata zewnętrznego i skupieniem na życiu wewnętrznym. Natomiast termin autyzm dziecięcy powstał w efekcie pracy pediatry austriackiego Leo Kanner, który w 1943 roku w amerykańskim czasopiśmie „The Nervous Child” opublikował artykuł zatytułowany „Autistic disturbances of affective contact” dotyczący specyficznego, dotąd niezdiagnozowanego i nie sklasyfikowanego zachowania jedenaściorga dzieci. Według niego autyzm wczesnodziecięcy charakteryzowały następujące cechy:

- „niezdolność do nawiązywania więzi oraz interakcji z ludźmi występująca od początku życia;
- obsesyjna potrzeba zachowania niezmienności otoczenia i opór przed zmianami;
- zaabsorbowanie rzeczami (przedmiotami);
- zachowania inteligentne, które wskazują na potencjalne możliwości intelektualne dziecka” (Emich-Widera, Kazek, Paprocka, 2023, s. 2).

Niemalże równocześnie z pracami Kanner, został opublikowany materiał napisany przez wiedeńskiego psychiatrę Hansa Aspergera pt. „Die autistischen psychopathen in Kindersalter”. Autor opisuje w nim przypadki kliniczne 4 chłopców z zaburzeniami w relacjach społecznych. Przejawiające się nienawiązywaniem naturalnego kontaktu wzrokowego, występowaniem bardzo ubogiej ekspresji mimicznej i gestykulacji oraz stereotypowych ruchów. Co ciekawe, dzieci te charakteryzowały się dobrą pamięcią, możliwościami intelektualnymi oraz specyficznymi zainteresowaniami. Psychiatra nazwał przedstawiony zespół „autystyczną psychopatią” i z uwagi na fakt, że występuje on częściej u mężczyzn „twierdził nawet, że stanowi skrajną formę męskiego charakteru, jest konsekwencją przerostu męskiej inteligencji nad emocjonalną intuicją” (Emich-Widera, Kazek, Paprocka, 2023, s. 2).

Zespół Aspergera przez wiele lat funkcjonował jako kategoria diagnostyczna jednak w obliczu aktualnych badań (niemożności określenia wyraźnych granic pomiędzy zespołem Aspergera i autyzmem) oraz po doniesieniach mówiących o współpracy lekarza z nazistami postanowiono usunąć go z klasyfikacji medycznych.

Kanner i Asperger opisali i nazwali pewne symptomy i zachowania, jednak dzieci borykające się z powyższymi trudnościami istniały na długo przedtem, zanim ich komplikacje zyskały oficjalną terminologię. W bajkach, baśniach, legendach pojawiał się motyw „dziwnego dziecka” o specyficznych cechach i umiejętnościach. Niestety Kanner, uznając, iż autyzm jest zaburzeniem emocjonalnym o podłożu psychogennym obwinił rodziców, a szczególnie matkę o jego występowanie. Lekarz uważał, iż to szczególnie matka, nie zapewniając swojemu dziecku odpowiedniej ilości troski, miłości i uwagi podczas jego rozwoju przyczynia się do powstania tego zaburzenia. Niestety pomimo wielu lat i prób sprostowania powyższej tezy przez samego pediatrę mit ten pokutuje do dzisiaj. Wielu rodziców, a szczególnie matki wciąż są obarczane winą za trudności i problemy swoich dzieci. „Badania czynnych zawodowo nauczycieli wykazały na przykład, że 40% osób pracujących w szkołach ogólnodostępnych i 28% w szkołach specjalnych uważa, iż przyczyną autyzmu jest brak miłości i ciepła ze strony rodziców” (Pisula, Rola za Prokopiak, Palak, 2023, s. 7).

W 1980 r. Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-III zastosowało po raz pierwszy kategorię całościowych zaburzeń rozwojowych (pervasive developmental disorders) w odniesieniu do autyzmu. W jej skład wchodziły następujące zaburzenia: autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, zespół Retta, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, zespół Aspergera, inne głębokie zaburzenia rozwojowe, dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego, nieokreślone. Wspólnym mianownikiem łączącym powyższe zaburzenia była triada autystyczna zawierająca:

- „zaburzenia interakcji społecznych;
 - zaburzenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej;
 - ograniczone, powtarzane wzorce zachowania, aktywności i zainteresowań.”
- (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska, 2020, s. 294).

Nowe spojrzenie na powyższe nieprawidłowości w funkcjonowaniu dzieci rzuciły dwie angielskie badaczki Lorna Wing i Judith Gould, które na podstawie prowadzonych obserwacji stwierdziły, iż

... typowe dla tego zaburzenia objawy mogą mieć zróżnicowaną ekspresję oraz różny stopień nasilenia. Zaproponowały rozpatrywanie go jako kontinuum objawów (autistic continuum), w skład którego wchodziły zarówno bardzo ciężkie, jak i znacznie lżejsze ich przejawy. Wspólny trzon obejmował istotne ograniczenie zdolności społecznych i komunikacyjnych oraz nietypowe wzorce zabawy i wyobraźni. (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska, 2020, s. 294).

Według obecnie obowiązujących klasyfikacji diagnostycznych (DSM-V i ICD-11) zaburzenia ze spektrum autyzmu znalazły się w grupie zaburzeń neurorozwojowych i zawierają w sobie wszystkie wymienione powyżej kategorie (od autyzmu dziecięcego po dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego, nieokreślone). W związku z faktem, iż pewne cechy autystyczne mogą przejawiać również osoby niespełniające kryteriów diagnostycznych popularność zyskuje teoria neuroróżnorodności (neurodiversity), która uwzględnia specyfikę połączeń neuronalnych mózgu i różne ścieżki jego rozwoju. Według Simona Baron-Cohena:

u niektórych ludzi dominują umiejętności werbalne, u innych przestrzenne, a jeszcze u innych muzyczne; niektórzy są doskonałymi matematykami, u innych rozwijają się nadzwyczajne kompetencje społeczne. (...) Wszystkie te typy mózgu występują w populacji [...] Neuroróżnorodność – tak jak bioróżnorodność - jest po prostu faktem. [...] Różne typy mózgu najpewniej wyewoluowały po to, aby zapewnić ludziom lepszą adaptację do określonych nisz środowiskowych (Emich-Widera, Kazek, Paprocka, 2023, s. 8).

3.2 Diagnozowanie autyzmu

Według najnowszych badań w Polsce i na świecie lawinowo wzrasta liczba dzieci posiadająca diagnozę spektrum autyzmu. „W 2016 roku wielkość światowej populacji z autyzmem szacowano na 62,2 miliona. [...] ONZ uznała autyzm, obok raka, cukrzycy i AIDS, za jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych” (Emich-Widera, Kazek, Paprocka, 2023, s. 13). Wzrost ten zapewne z jednej strony jest spowodowany większą uważnością na trudności pojawiające się w trakcie rozwoju małego człowieka, obszerniejszą wiedzą na temat zaburzenia, a więc skuteczniejszą diagnostyką, ale istotny wpływ, jak wykazano w literaturze odgrywa również toksyczne oddziaływanie środowiska. Uwarunkowania sprzyjające występowaniu autyzmu:

- dziedziczne czynniki biologiczne,
- wiek matki i ojca w momencie poczęcia dziecka (odpowiednio powyżej 35 i 45 lat),
- występowanie chorób psychicznych w najbliższej rodzinie, szczególnie matki,
- przedkoncepcyjne zaburzenia hormonalne matki (problemy z tarczycą, stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej),
- cukrzyca obecna u matki,
- otyłość matki istniejąca przed poczęciem dziecka,

- choroby autoimmunologiczne i zapalne u matki,
- nawracająca gorączka (3 i więcej razy) u matki, zwłaszcza w drugim trymestrze ciąży,
- nadciśnienie tętnicze matki,
- niewystarczająco rozwinięta odporność dziecka i dysbioza,
- czynniki zakłócające prawidłowe działanie układu endokrynnego (antybiotyki, metale ciężkie, środki chemiczne, neurotoksyny przede wszystkim zanieczyszczenie powietrza, pestycydy),
- krwawienie przedporodowe,
- cięcie cesarskie,
- wiek płodu w momencie urodzenia,
- rzucawka i stan przedrzucawkowy,
- stres matki w ciąży,
- niska masa urodzeniowa dziecka,
- płeć męska,
- występowanie wad mózgu u dziecka,
- padaczka matki,
- zespół policystycznych jajników,
- komplikacje okołoporodowe,
- wspomagany rozród,
- zaburzenia napięcia mięśniowego oraz reaktywności dziecka,
- zaburzenia oddychania,
- infekcje powodujące pojawienie się zaburzeń immunologicznych,
- krwawienie dokomorowe,
- żółtaczkę lub hiperbilirubinemię,
- wady wrodzone.

Można by rzec, iż mnogość czynników sprzyjających wystąpieniu autyzmu u potomstwa wręcz przeraża. Szczególnie, że wielu z nich przyszłe matki nie są świadome (np. stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej) czy zupełnie nie mają na nie wpływu (zanieczyszczenie środowiska). Być może nauczanie młodych ludzi o czynnikach ryzyka, chociaż w jakimś małym stopniu dałoby im możliwość zadbania o siebie i swoje dzieci w przyszłości.

Przede wszystkim jednak autyzm jest jednym z najbardziej odziedziczalnych zaburzeń o podłożu wieloczynnikowym.

Susan Folstein i Michael Rutter podczas prowadzenia badań dotyczących uwarunkowań genetycznych autyzmu w parach bliźniąt stwierdzili współwystępowanie u bliźniąt jednojajowych na poziomie 36%. „W późniejszych badaniach stwierdzono, że prawdopodobieństwo wystąpienia ASD u kolejnego dziecka w rodzinie, w której jest już dziecko z tą diagnozą, jest przeciętnie 20 - lub nawet 25-krotnie wyższe niż w rodzinach nieobciążonych wcześniej taką diagnozą” (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska, 2020, s. 301). Pomimo wielu badań nie znaleziono prostej odpowiedzi, który gen lub jaka aberracja chromosomowa jest odpowiedzialna za występowanie autyzmu. Jak podaje profesor Dudek udało się opisać ponad 100 różniących się charakterem mutacji [...] przyczyniających się do rozwoju ASD. Niektóre z nich odpowiadają za wysokie osobnicze ryzyko rozwoju autyzmu, lecz mają małe znaczenie populacyjne, inne zaś występują stosunkowo często, lecz wymagają dodatkowych czynników ryzyka do rozwoju klinicznej jego manifestacji. Geny, których mutacje obserwowane są u osób z ASD, odpowiedzialne są za wiele funkcji, takich jak synteza i degradacja białek, powstawanie i właściwości cytoszkieletu, funkcje synaptyczne i regulacja ekspresji genów. [...] W przypadku ASD największe znaczenie przypisuje się zmianie aktywności fizjologicznej mikrogleju i funkcjonowaniu synaps poprzez usuwanie zbędnych neuronów i resztek komórek oraz kontrolę proliferacji komórek macierzystych (Dudek, 2024, s. 77).

Wśród białek związanych z rozwojem tego zaburzenia wymienia się: MeCP2, białko relinowe, CNTNAP2/CASPR2. Natomiast w obrębie mutacji genowych wskazano na te, które mają epigenetyczny wpływ na ekspresję genów miRNA (miRNA-125b, miRNA-132, miRNA-146a, miRNA-146b, miRNA-137, miRNA-134, miRNA-134-5p, miRNA-138-5p, miRNA-34a, miRNA-181c, miRNA-30d). Badania genetyczne stosowane są najczęściej jako uzupełnienie innych metod diagnostycznych, jeżeli autyzm współwystępuje z innymi wadami wrodzonymi (tj.: opóźnienie rozwoju psychoruchowego, dysmofia) lub występuje u członków rodziny. W oficjalnej dokumentacji medycznej w Polsce obowiązuje klasyfikacja ICD Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych stworzona przez Światową Organizację Zdrowia WHO. Obecnie w naszym kraju funkcjonuje okres przejściowy, który ma zakończyć się w roku 2027 całkowitym wdrożeniem wersji ICD-11, dlatego też w niniejszej pracy odwołano się do najnowszej wersji klasyfikacji. W opracowaniu pod redakcją profesor Dudek wymieniono następujące kryteria diagnostyczne ASD według ICD-11, które obejmują nieprawidłowości w dwóch obszarach funkcjonowania pacjenta:

- komunikacyjnego - obejmującego utrzymujące się deficyty w inicjowaniu i podtrzymywaniu komunikacji i interakcji społecznych,

- zachowań - wyrażającego się trwałymi, ograniczonymi, powtarzającymi się i nieelastycznymi wzorcami zachowań, zainteresowań lub działań, które są wyraźnie nietypowe lub nadmierne.

Objawy wymagane do postawienia diagnozy odnoszone są każdorazowo do wieku, zdolności komunikacyjnych i poziomu intelektualnego diagnozowanej osoby i mogą znacząco różnić się pomiędzy poszczególnymi pacjentami.

Objawy trudności społecznych w ASD według ICD-11:

- Utrzymujące się trudności w zrozumieniu, zainteresowaniach lub adekwatnych reakcjach na werbalną lub niewerbalną komunikację społeczną innych osób.
- Trudności w integracji języka mówionego z typowymi uzupełniającymi sygnałami niewerbalnymi, takimi jak kontakt wzrokowy, gesty, mimika i mowa ciała.
- Trudności w rozumieniu i używaniu języka w kontekstach społecznych oraz umiejętności inicjowania i podtrzymywania wzajemnych rozmów społecznych.
- Dysfunkcje świadomości społecznej prowadzące do zachowań, które nie są odpowiednio modulowane w zależności od kontekstu społecznego.
- Trudności w dzieleniu się zainteresowaniami z innymi.
- Zaburzona umiejętność nawiązywania i utrzymywania typowych relacji rówieśniczych.

Objawy dysfunkcyjnych zachowań w ASD według ICD-11:

- Brak zdolności przystosowania się do nowych doświadczeń i okoliczności, z towarzyszącym znacznym dyskomfortem, który może być wywołany błahymi zmianami w znanym środowisku lub odpowiedzią na nieprzewidziane zdarzenia.
- Nieelastyczne trzymanie się określonych procedur; mogą one mieć charakter geograficzny, np. podążanie znanymi trasami lub wymagać dokładnego określenia czasu, np. pory posiłków lub transportu.
- Nadmierne przestrzeganie zasad (np. podczas brania udziału w grach).
- Nadmierne i uporczywe, zrytualizowane wzorce zachowań (np. zaabsorbowanie układaniem lub sortowaniem przedmiotów w określony sposób), które nie służą żadnemu widocznemu celowi zewnętrznemu.
- Powtarzające się i stereotypowe ruchy motoryczne, takie jak ruchy całego ciała (np. kołysanie), nietypowy chód (np. chodzenie na palcach), nietypowe ruchy dłoni oraz postawa. Zachowania te są szczególnie intensywne we wczesnym dzieciństwie.

- Trwałe zaabsorbowanie jednym lub kilkoma szczególnymi zainteresowaniami, częściami przedmiotów lub określonymi rodzajami bodźców (w tym mediów) bądź niezwykle silne przywiązanie do określonych obiektów (z wyłączeniem typowych przytulane).
- Trwająca całe życie nadmierna i uporczywa niedowrażliwość lub nadwrażliwość na bodźce zmysłowe lub nietypowe zainteresowanie bodźcem zmysłowym, które może obejmować rzeczywiste lub przewidywane dźwięki, światło, tekstury (zwłaszcza ubranie i jedzenie), zapachy i smaki, ciepło, zimno lub ból (Dudek, 2024, s. 68).

Jako kryterium uzupełniające podaje się negatywny wpływ prezentowanych objawów na funkcjonowanie jednostki w życiu osobistym, zawodowym, rodzinnym, społecznym, szkolnym, chociaż dopuszczalna jest sytuacja, w której osoba na tyle skutecznie kamufluje swoje deficyty, iż są one niedostrzegane przez innych.

Konieczne jest również występowanie zaburzenia od wczesnego dzieciństwa, pomimo iż czasem objawy zostają zauważone dopiero wtedy, gdy jednostka nie radzi sobie ze stawianymi jej wymaganiami (np. gdy dziecko zacznie uczęszczać do przedszkola lub szkoły). Połączenie różnych grup pacjentów z klasyfikacji ICD-10 w jedno szerokie spektrum autyzmu z jednej strony zlikwidowało sztuczny podział, który nie do końca oddawał specyfikę nieprawidłowości (wszak nawet osoby zaklasyfikowane do jednej kategorii mogły funkcjonować odmiennie) z drugiej bez dodatkowych informacji obecnie trudno zrozumieć, z jakimi trudnościami mamy do czynienia. W ICD-11 dokonano, więc zróżnicowania, biorąc pod uwagę zdolności intelektualne (w razie potrzeby oceniane w dodatkowej diagnozie - zaburzeń rozwoju intelektualnego na łagodne, umiarkowane, ciężkie, głębokie) oraz stopień upośledzenia języka funkcjonalnego (łagodny, nasilony-tylko pojedyncze słowa i proste formy komunikacji, z całkowitym brakiem komunikacji).

Tabela 2
Zaburzenia ze spektrum autyzmu według ICD-11

Symbol	Rozpoznanie
6A02.0	Zaburzenia ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i z łagodnym lub bez upośledzenia czynnościowego języka
6A02.1	Zaburzenia ze spektrum autyzmu z zaburzeniem rozwoju intelektualnego i z łagodnym lub bez upośledzenia czynnościowego języka
6A02.2	Zaburzenia ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i z zaburzeniami czynnościowego języka
6A02.3	Zaburzenia ze spektrum autyzmu z zaburzeniem rozwoju intelektualnego i z zaburzeniem czynnościowego języka
6A02.4	Zaburzenia ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i brakiem języka funkcjonalnego
6A02.5	Zaburzenia ze spektrum autyzmu z zaburzeniem rozwoju intelektualnego i brakiem języka funkcjonalnego
6A02.6	Inne określone zaburzenia ze spektrum autyzmu
6A02.7	Zaburzenia ze spektrum autyzmu, nieokreślone

Źródło: E. Emich-Widera, B. Kazek, J. Paprocka, Autyzm u dzieci. Wiedza kliniczna, Warszawa 2023, s. 50

Badacze zwracają uwagę na fakt, iż osoby z ASD niemające problemów z komunikacją podczas testów inteligencji najczęściej wypracowują nieharmonijne wyniki, ponieważ lepiej radzą sobie w skali bezsłownej niż słownej oraz z rozwiązywaniem abstrakcyjnych problemów niż tych, które są związane z sytuacjami społecznymi, jak również mają trudności z logicznym rozumowaniem i operowaniem pojęciami, ale przeważnie otrzymują wysokie wyniki w teście „wzory z klocków”. „Choć badania różnią się między sobą w zależności od przyjętych kryteriów oceny inteligencji oraz badanych populacji to mniej więcej 1/3 pacjentów ma ponadprzeciętną inteligencję, 1/3 przeciętną i 1/3 inteligencję poniżej średniej. [...] Nieliczne osoby z ASD prezentują umiejętności wyspecjalizowane, często nazywane umiejętnościami wysepkowymi, talentami wysepkowymi lub zespołem sawanta (Dudek, 2024, s. 70). Z uwagi na duże zróżnicowanie występujące w grupie osób z ASD nie istnieje jedna prosta metoda diagnozy. We wczesnym etapie rozwoju obserwowalne są deficyty mogące występować w różnej konfiguracji i wielorakim natężeniu: w obrębie motoryki dużej i małej, nawiązywania kontaktu wzrokowego, podążania wzrokiem i dzielenia pola uwagi z opiekunem, gestów, komunikacji pozawerbalnej, reakcji na imię i naśladownictwa w zabawie. Oceniane są również przetwarzanie sensoryczne (reakcja na bodźce), deficyty poznawcze oraz charakterystyka temperamentalna. Możliwym jest również utrata wcześniej zdobytych zdolności u dzieci z rodzinnym ryzykiem zaburzeń. Na poprawne postawienie diagnozy wpływa stopień nasilenia objawów oraz świadomość rodziców i specjalistów. Niestety wciąż zdarzają się sytuacje, w których zaniepokojeni rodzice atypowym rozwojem swojego dziecka są odsyłani z mylną diagnozą. Dzieci o prawidłowym rozwoju intelektualnym i sprawnym językiem funkcjonalnym

pomimo trudności w kontaktach rówieśniczych bywają opiniowane jako dzieci zdolne. Co pociąga za sobą negatywne konsekwencje, ponieważ brak właściwego wsparcia powoduje u dzieci zagubienie, poczucie niższości i inności. Może prowadzić do depresji, a nawet prób samobójczych. Ważnym jest, aby diagnoza była stawiana przez zespół specjalistów na podstawie kilku spotkań, podczas których będą oni mieli wystarczającą ilość czasu, by przyjrzeć się i zapoznać z trudnościami charakterystycznymi dla danego dziecka. W celu jak najwcześniejszego wychwycenia osób z nieprawidłowościami wykonywane są badania przesiewowe w grupach ryzyka (rodzinne obciążenie ASD, wcześniactwo, niska masa urodzeniowa, problemy z rozwojem mowy) z zastosowaniem przedstawionych poniżej kwestionariuszy dla rodziców i specjalistów.

Tabela 3

Narzędzia do badań przesiewowych pod kątem występowania spektrum autyzmu

Narzędzie	Autor	Opis
CHAT (The Checklist for Autism in Toddlers)	Baron-Cohen, Allen i Gillber	Test Przeznaczony do badania dzieci w wieku 28-40 miesięcy. Zawiera pytania do rodzica i 5 prób wykonaniowych dla dziecka. Małe ryzyko błędnego wskazania autyzmu, jednak nie zawsze pozwala na wyłapanie trudności.
M-CHAT-R/F (Modified-CHAT-Revised with Follow-Up)	Robins i in.	Kwestionariusz przeznaczony dla dzieci w wieku 16-30 miesięcy. Składa się z 20 pytań. Rodzice odpowiadają na zapytanie, po przekroczeniu ustalonego progu ocena jest kontynuowana (wywiad lub obserwacja).
Q-CHAT (Quantitative CHecklist for Autism in Toddlers)	Allison i in.	Narzędzie przewidziane dla dzieci w wieku 18-24 miesięcy. Zawiera 25 pytań do rodzica odnosząc się do występowania danego zachowania (częstość, intensywność).
ESAT (Early Screening of Autistic Traits Questionnaire)	Dietz, Swinkels van Daalen, van Engeland i Buitelaar	Służy do analizy zachowań dzieci od 14 miesiąca życia. Składa się z 14 pytań (z odpowiedziami tak/nie).
STAT (Screening Test for Autism in Two-Year Olds)	Stone, Coonrod i Ousley	Kwestionariusz przeznaczony do badania dzieci 2- letnich przez diagnostę. Wykonuje się go jako uzupełnienie do testów przesiewowych I stopnia lub arkuszy wypełnionych przez opiekuna, które wykazały nieprawidłowości.
SACS-R(The Social Attention and Communication Study-Revised)	Barbaro i Dissanayake	Skala obserwacyjna dla dzieci w wieku 8, 12, 18, 24 mies. zawierająca zestaw protokołów

		badania zachowań fundamentalnych dla ASD.
Bateria BISCUIT (Baby and Infants Screen for Children with Autism Traits)	Matson i in.	Zestaw narzędzi do badania dzieci w wieku 18-36 miesięcy zawierający wywiad, skalę obserwacyjną oraz kwestionariusz uzupełniany przez rodzica. Umożliwia ocenę i nasilenie objawów autyzmu oraz współwystępowanie innych nieprawidłowości.
FYI (The First Year Inventory)	Reznick, Baranek, Reavis	Kwestionariusz przeznaczony dla rodziców dzieci w wieku 12 miesięcy zawierający 63 pozycje odnoszące się do różnych trudności rozwojowych.
SCQ (Social Communication Questionnaire)	Rutter, Bailey i Lord	Narzędzie do badania dzieci powyżej 4 lat, młodzieży i dorosłych. Sformułowany na bazie protokołu wywiadu ADI-R wypełniany przez opiekuna. Występują dwie wersje: do pomiaru aktualnego funkcjonowania (Current) oraz do pomiaru objawów ASD w toku życia (Lifetime).
SRS-2 (Social Responsiveness Scale-Second Edition)	Constantino i Gruber	Wersja zrewidowana przeznaczona jest dla osób w wieku od 30 miesiąca życia po dorosłość. Służy do pomiaru obecności i natężenia objawów ASD.
ASRS (Autism Spectrum Rating Scales)	Goldstein i Naglieri	Zestaw kwestionariuszy do diagnozy ASD przeznaczony dla wieku 2-5 i 6-18 lat. Umożliwia pomiar zachowań związanych ze spektrum autyzmu. Wykorzystywany w diagnozie, planowaniu interwencji oraz oceny efektów oddziaływań terapeutycznych.
AQ (The Autism-Spectrum Quotient)	Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin i Clubley	Kwestionariusz ma trzy wersje przeznaczone dla wieku: 4-11, 12-15 lat oraz dorosłych. Służy do badania nasilenia cech autystycznych u osób z populacji ogólnej. Zawiera 50 stwierdzeń podzielonych na 5 skal (umiejętności społeczne, komunikacja, koncentracja na szczegółach, zdolność do przełączania uwagi i wyobraźnia).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska, Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży, Warszawa 2020, s. 305

Pierwszym etapem procesu diagnostycznego dziecka jest wywiad z rodzicami lub opiekunami. W tym celu wykorzystywany jest protokół wywiadu ADI-R (Autism Diagnostic

Interview-Revised) zawierający 93 pytania odnoszące się do rozwoju dziecka, nabycia i zanikania umiejętności językowych i innych, rozwoju społecznego, preferowanych zabaw i zachowań. Otrzymane rezultaty układają się w trzech skalach: komunikacji, interakcji społecznych i wzorów zachowań i zainteresowań. Następnym krokiem jest obserwacja dziecka przeprowadzana zarówno podczas swobodnej zabawy, jak i kierowanej przez diagnostę, kiedy to wykorzystuje się ustrukturyzowane narzędzia diagnostyczne. Najczęściej stosowanym narzędziem jest protokół ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition) uznawany za złoty standard w diagnozie ASD, który przeznaczony jest zarówno dla dzieci od 12 miesiąca życia, jak również dla młodzieży i dorosłych. W zależności od wieku badanego oraz jego umiejętności językowych diagnosta wykorzystuje jeden z pięciu modułów z zadaniami, których wykonanie ma na celu ocenę funkcjonowania pacjenta pod względem umiejętności społeczno-komunikacyjnych, powtarzalnych, ograniczonych zachowań i zainteresowań. Wyniki mogą być porównywane zarówno do innych osób z tej samej grupy wiekowej ze spektrum autyzmu, jak i wykorzystywane w celu monitorowania efektów oddziaływań i rozwoju badanej osoby w czasie. ADOS-2 pozwala na diagnozowanie osób o różnym natężeniu cech autyzmu, ale nie jest odpowiedni dla jednostek z dodatkowymi niepełnosprawnościami (słuch, wzrok, motoryka). Bardzo ważne jest to, że ADOS-2 na podstawie ściśle określonych wystandaryzowanych kryteriów ocenia natężenie objawów charakterystycznych dla spektrum, ale również typuje mocne strony osoby z ASD. Inne narzędzia stosowane w badaniach spektrum autyzmu to: Dziecięca Skala Rozwojowa (DSR), Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci (IDS i IDS-P), Profil Psychoedukacyjny Schoplera (PE-PR, PEP-3-PL). Jeżeli istnieje taka możliwość specjaliści chętnie korzystają również z materiałów filmowych, na których zarejestrowano zachowania dziecka w naturalnych warunkach (np. zabawy z innymi dziećmi). Czasem diagnoza wymaga również dodatkowej konsultacji z innymi specjalistami np. neurologiem. Na podstawie uzyskanych wyników, po spełnieniu obowiązujących kryteriów zespół diagnostów sporządza diagnozę funkcjonalną obejmującą specyfikę funkcjonowania dziecka oraz możliwych dalszych działań w zakresie wsparcia i terapii. Na jej bazie lekarz psychiatra formułuje ostateczną diagnozę kliniczną. Jeżeli u dziecka z uwagi na wiek lub niejednoznaczność objawów nie można było sporządzić ostatecznej diagnozy należy po upływie wyznaczonego czasu dokonać rediagnozy. Jest ona również wskazana w celu oceny dalszych postępów pacjenta.

Diagnozowanie osób ze spektrum autyzmu nie jest zadaniem łatwym z uwagi na dużą różnorodność grupy i znaczne zróżnicowanie objawów. Nie opracowano jeszcze trafnych wskaźników biomedycznych, a ocena opiera się na oznakach behawioralnych. Jeden z objawów

osiowych autyzmu, to trudności w komunikowaniu się i nawiązywaniu relacji, a więc nie zawsze osoby badane będą chętne podjąć się wyzwania i adekwatnie do umiejętności wykonywać zadania wyznaczone przez diagnostę. Ponadto w literaturze nadmienia się również o trudnościach z utrzymaniem uwagi na zadaniu. Jednakowoż nawet wysokie wyniki dotyczące inteligencji mogą nie być adekwatnym predyktorem radzenia sobie w życiu codziennym osób ze spektrum autyzmu. U dziewczynek z ASD będących w normie intelektualnej może również wystąpić zjawisko kamuflażu, kiedy to poprzez staranne naśladowanie otoczenia przez długi czas nie będą ujawniały swoich deficytów. Będzie to jednak wiązało się z ogromnym wysiłkiem poznawczym i może prowadzić do przeciążenia oraz w konsekwencji skutkować narastającym lękiem, a nawet depresją. Jeżeli badany ukazuje równocześnie objawy obejmujące inne zaburzenia neurorozwojowe to staje się bardzo skomplikowane postawienie jednoznacznej diagnozy.

3.3 Różnice w rozwoju dzieci zdrowych i dzieci będących w spektrum autyzmu

W literaturze rozwój człowieka definiowany jest jako, proces następujących różnorodnych, nieodwracalnych, spontanicznych i długotrwałych zmian dotyczących rozwoju procesów poznawczych (spostrzegania, uwagi, pamięci, myślenia, uczenia się) oraz emocji i uczuć np. zdolność do empatii, umiejętności doświadczenia, różnicowania oraz nazywania różnych emocji pozytywnych (radości, euforii, szczęścia, zachwyty, wdzięczności, życzliwości, satysfakcji itp. oraz emocji negatywnych (smutku, żalu, strachu, lęku, złości, wstydu, bezradności itp.). Rozwój człowieka to także proces stale toczących się zmian w zakresie rozwoju społecznego związanego z umiejętnością budowania emocjonalnych więzi z innymi ludźmi (dorosłymi i rówieśnikami) oraz pozytywnych/negatywnych relacji interpersonalnych. (Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021, s. 30).

Na rozwój dziecka mają wpływ dwie główne grupy czynników: zewnętrzne (środowiskowe, wychowawcze) oraz wewnętrzne (biologiczne, genetyczne, struktura osobowości). Większość dzieci ewoluuje się w sposób harmonijny odpowiadający ogólnemu, typowemu wzorcowi rozwoju człowieka dotyczącego rozbudowy sprawności i umiejętności w zakresie wszystkich sfer. Proces ten zmierza ku większemu uporządkowaniu i lepszej organizacji, co pozwala na stopniowe zwiększanie samodzielności w zakresie zaspokajania własnych potrzeb. Proces rozwoju dziecka zaczyna się w momencie poczęcia i jest zależny od wielu czynników zarówno genetycznych, jak i pozagenetycznych (np. spożywanie przez matkę narkotyków, alkoholu, leków, przebycie infekcji, narażenie na zanieczyszczenia środowiska).

Jest to tak skomplikowana i wymagająca procedura, iż cudem wydaje się to, że w większości przypadków zachodzi prawidłowo. Po urodzeniu dziecko poddawane jest ocenie w skali Apgar, która pozwala obiektywnie oszacować stan psychofizyczny noworodka. Obserwacja dokonywana jest najpierw w pierwszej minucie życia i uwzględnia podstawowe funkcje życiowe (oddech, czynności serca, odruchy, napięcie mięśniowe, zabarwienie skóry). Wynik mieszczący się w zakresie 8-10 pkt. oznacza stan prawidłowy. Jeżeli stan dziecka tego wymaga ponawia się ocenę w 3, 5, 10 i 15 minucie życia. Jeśli dziecko uzyska wynik poniżej 5 pkt. to powinno zostać poddane stosownym badaniom w poradni neurologicznej.

Tabela 4

Podstawowe osiągnięcia rozwojowe dziecka na kolejnych etapach życia

Wiek	Rozwój fizyczno-motoryczny	Rozwój poznawczy	Rozwój emocjonalno-społeczny, językowy
0-1 r.ż.	- noworodek prezentuje wszystkie odruchy wrodzone, które później w odpowiednich okresach zanikają (Moro, chwyt, asymetryczny toniczny odruch szyjny, odruch stąpania, szukania, Galanta, Babkina, Babińskiego) - około 3 m.ż. dziecko leżąc na brzuchu zaczyna podnosić głowę, - około 4 m.ż. w leżeniu na brzuchu unosi całą klatkę piersiową, - około 6 m.ż. niemowlę potrafi obrócić się najpierw z brzucha na plecy, a potem również odwrotnie, - około 6 m.ż. zaczyna sprężynować, a potem raczkować i czworakować (niektóre dzieci omijają ten etap), - około 8 m.ż. niemowlę potrafi samodzielnie siedzieć, - daje radę stać, - rozpoczyna samodzielne chodzenie, - wykształca się chwyt dowolny pęsetkowy i umiejętność manipulacji.	- 3 m.ż.- noworodek wodzi wzrokiem za obiektami i ludźmi, - 6 m.ż.- rozwój koordynacji oko-ręka, niemowlę bada obiekt dotykiem i poprzez wkładanie do ust, obraca głowę w stronę dźwięku, zaczyna głużyć, - 9 m.ż. zaczyna szukać przedmiotu, który zniknął z pola widzenia, - reaguje na imię, - 12 m.ż. maluch naśladuje gesty, rozumie mowę, podejmuje celowe działania, - wzrasta sprawność spostrzegania wzrokowego (dziecko widzi niemal jak dorosły), - zwiększa się sprawność myślenia sensomotorycznego.	- 1 m.ż.- dziecko reaguje na intensywne uczucia matki (podniecenie, niepokój- całkowita zależność emocjonalna od opiekunów), - odpowiada żywieniem na kontakt, uspokaja się pod wpływem głosu, - 3 m.ż. dziecko odwzajemnia uśmiech, - 4 m.ż. szuka uwagi dorosłego, - 6 m.ż. dziecko prezentuje strach w kontakcie z obcym, - 6 m.ż. niemowlę uśmiecha się i obserwuje otoczenie, - 7-8 m.ż. dziecko gaworzeniem lub płaczem próbuje zwrócić na siebie uwagę otoczenia, - 10 m.ż. niemowlę potrafi naśladować ruchy dorosłego i uczestniczyć aktywnie w zabawie, - 12 m.ż. dziecko próbuje nawiązywać kontakt z rówieśnikami, chociaż obchodzi się z nimi jak z przedmiotami (szarpie, popycha).
2-3 r.ż.	- następuje spowolnienie przyrostu masy ciała i wzrostu (wydłużenie, wyszczuplenie sylwetki), - dziecko porusza się coraz sprawniej,	- poprawia się jakość myślenia na materiale wyobrażeniowym, pojawia się zabawa tematyczna i symboliczna funkcja myślenia, - dziecko zaczyna rozumieć stany mentalne innych ludzi,	- około 2 r.ż. dziecko używa wypowiedzi dwuwyrzutowych, bez zastosowania reguł gramatyki, - u 2 latka przeważają lęki przestrzenne (nagłe zmiany),

	- około 1,5 r.ż.- dziecko zaczyna samodzielnie chodzić, wspina się po schodach, ciągnie przedmiot na sznurku, potrafi samo jeść łyżką, - około 24 m.ż. posługuje się ołówkiem, - około 25-30 m.ż. wchodzi samo po schodach, częściowo zakłada ubranie, - około 36 m.ż. staje na palcach, jeździ na rowerze trójkołowym, - około 21 m.ż. buduje wieżę z 5 klocków, - około 30 m.ż. konstruuje budowlę trójwymiarową, potrafi przynieść bez rozlewania szklankę napełnioną w $\frac{3}{4}$ płynem, samo myje buzię, ręce.	- dziecko może poruszyć temat, przeszłości, przyszłości (snuć plany) oraz pamiętać o rzeczach, których już nie ma, - dziecko wie, że istnieją myśli jednak nie rozumie, czym jest aktywność umysłowa.	- słuchowe (boją się grzmotów), wizualne (duże ciemne przedmioty), - dziecko rozwija własne zdanie i potrafi przeciwstawić się dorosłym, - około 3 r.ż. zna i używa od 1000 - 1500 słów, - zaczyna budować zdania składające się z 3-4 słów z coraz mniejszą ilością błędów gramatycznych, - dziecko chce przebywać, współpracować z innymi, chętnie naśladuje dorosłych, daje znać o swoich potrzebach i zaczyna rozumieć potrzeby innych, - reakcje emocjonalne wciąż są niestabilne, często przeciwstawne i mocno zależne od stopnia zaspokojenia potrzeb biologicznych, - pomiędzy 2 a 3 r.ż. następuje rozwój uczuć złożonych (tj. wstyd, duma, zazdrość czy poczucie winy), - dziecko nawiązuje werbalne kontakty społeczne, - wśród rówieśników pociecha podejmuje zabawy równoległe, - około 3 r.ż. dominują lęki wizualne (czarownice, ciemność, włamywacze) i przed wyjściem wieczornym rodziców z domu.
4-6 lat	- około 4 r.ż. dziecko umie stać na jednej nodze, stać, chodzić a nawet biegać na palcach, umie wbiec i zbiec ze schodów, stawiając stopy naprzemiennie, potrafi się też wspinać, - około 5 r.ż. daje radę chodzić po równoważni, podskakiwać, coraz lepiej sobie radzi z bieganiem, skakaniem, graniem i łapaniem piłki, - potrafi samodzielnie wykonywać czynności samoobsługowe (jedzenie, ubieranie, mycie zębów).	- około 4 r.ż. dziecko rozpoznaje, co jest żartem, kłamstwem, metaforą, - poznaje nazwy i rozróżnia kolory, - zaczyna rozpoznawać melodie, - dziecko rysuje i przechodzi poszczególne etapy (faza schematyczna, faza realizmu intelektualnego), - około 5-6 r.ż. zaczyna poznawać i rozróżniać litery, ma problemy przy zapisie z proporcjami, - zaczyna kierować uwagę na to, co jest mu wskazywane, - staje się skupione na zadaniu, które wykonuje aż do zakończenia, dąży do osiągnięcia wyznaczonych celów, - dziecko umie szeregować obiekty (odnajduje w nich podobieństwa i różnice), tworzy klasy obiektów podobnych,	- u dzieci rozwija się empatia, coraz lepiej rozumieją zarówno swoje, jak i cudze emocje, - następuje wzrost kontroli emocji i rozwój pozytywnych relacji interpersonalnych, - około 4-5 r.ż. u dziecka pojawia się lęk przed śmiercią, obawa przed nieobecnością rodzica (tego, że już nie wróci), - rozumie panujące zasady ustalone przez dorosłych i zdaje sobie sprawę z możliwych konsekwencji pojawiających się za ich nieprzestrzeganie, - samodzielnie nawiązuje kontakty z rówieśnikami, - chętnie bierze udział w zabawie grupowej i wchodzi w wyznaczone role, - kształtuje się tożsamość płciowa dziecka,

		- kreuje obrazy umysłowe zarówno istniejącej rzeczywistości jak i przewidywanej na podstawie doświadczenia, - następuje wzrost funkcji symbolicznej (w rysunku, zabawie), - wie czego nie umie, - dziecko potrafi opisać miejsce obiektów w relacji do innych obiektów, własnego ciała, - poznaje świat poprzez odkrywanie i działanie, - dziecko szybko poszerza swoje słownictwo (10-13 tys. słów), - posługując się poprawnymi formami, często zadaje pytania, - dziecko prowadzi dialog z rówieśnikami.	- pojawiają się przyjaźnie rówieśnicze, - dziecko ma pewien zasób przekonań na temat siebie (kim jest, co posiada, jakie jest, co potrafi), - wciąż jest mu ciężko odłożyć gratyfikacje w czasie.
7-12	- dziecko posiada dobrą koordynację i wyczucie przestrzeni, - jest w stanie skoncentrować się na strategii gier zespołowych (np. piłka nożna), - wykonuje złożone czynności manualne (sklejanie modeli), - potrafi wykonywać dwie czynności w jednym czasie (np. pisać i mówić).	- dziecko potrafi czytać i pisać oraz dokonywać decentracji (formowania rzeczywistości z różnych punktów widzenia i składania jej w wielowymiarowy obraz), - posiada umiejętności w zakresie zdobywania i przetwarzania informacji (operacje konkretne, abstrakcyjne schematy wewnętrzne, dodawanie, mnożenie, dzielenie) oraz pojmuję odwracalność fizycznych i umysłowych działań.	- zwiększa się kontrola własnych emocji (dziecko ma poczucie obowiązku i innych konwencji społecznych), - rozwija zainteresowania, ma obraz własnej osoby oraz poczucie kompetencji i własnej skuteczności, - na jego zachowanie i rozwój mają wpływ normy socjokulturowe, - rozumie obowiązujące normy moralne, - najważniejsza staje się dla niego akceptacja ze strony grupy rówieśniczej, - pojawiają się lęki dotyczące odrzucenia przez rówieśników, - dziecko może być osadzone w konkretnej roli w swojej grupie szkolnej, - ważne są przyjaźnie i związki z rówieśnikami.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Red. Janas-Kozik, M., Wolańczyk, T., Psychiatria dzieci i młodzieży. Tom 1, Warszawa, 2021, s. 39-45

Szczególnie ważnym etapem w rozwoju dziecka jest okres od urodzenia do trzeciego roku życia, kiedy to mózg wytwarza najwięcej połączeń nerwowych, a otaczające środowisko wywiera niebagatelny wpływ na ewolucję i funkcjonowanie jednostki w przyszłości. „Kamieniami milowymi (kluczowymi) w prawidłowym rozwoju dziecka do 3 lat są wykształcone postawy rozwoju samoregulacji (regulacji emocji) oraz ustanowienie relacji przywiązania z głównym opiekunem, a także budowania podstawowego zaufania i kształtowania się autonomii u dziecka” (red. Janas - Kozik, Wolańczyk, Izydorczyk, 2021,

s. 42). Dziecko chłonie wszystkimi zmysłami otaczający świat, a w zależności od częstotliwości i rodzaju interakcji społecznych będzie budowało swoje kompetencje poznawczo-emocjonalno-społeczne.

Pierwsze nieprawidłowości w rozwoju człowieka mogą pojawić się dosyć wcześnie, bo już w pierwszym półroczu życia, jednak to, czy rozstaną rozpoznane i zdiagnozowane zależy od wielu zmiennych. Po pierwsze od doświadczenia osób z otoczenia dziecka: opiekunów, lekarzy, diagnostów, ale również od stopnia nasilenia objawów (czy występuje tylko z ASD, czy również towarzyszą mu dodatkowe dysfunkcje np. zaburzenie mowy, intelektu). Do najwcześniejszych objawów można zaliczyć: nienawiązywanie kontaktu wzrokowego z rodzicem, brak wskazywania połączonego z komunikacją, brak dzielenia wspólnego pola uwagi. Dziecko nie nabywa umiejętności typowych dla wieku: nie przynosi i nie wskazuje przedmiotów, nie dzieli się emocjami (radością, smutkiem), często prezentuje ubogą mimikę, nie naśladuje gestów osób z otoczenia, nie podejmuje zabaw z naśladowaniem i symboliką, nie próbuje nawiązać komunikacji gestami (jeżeli jeszcze nie posługuje się językiem), nie podejmuje złożonych zachowań społecznych (łączyjących spojrzenia, gesty, ekspresje mimiczną i ton głosu). W efekcie, czego dziecko nie buduje prawidłowych interakcji społecznych (interakcji na przemienne, inicjowania i podtrzymywania kontaktu), może nie reagować na komunikaty skierowane do niego, na gesty o znaczeniu społecznym („pa pa”) a nawet na swoje imię. Potomek może podejmować nietypowe zabawy polegające na schematycznym układaniu przedmiotów, na manipulacji konkretnym elementem bez dostrzegania całości. Może pojawiać się nadmierne przywiązanie do schematów, brak tolerancji zmienności, stereotypie ruchowe (np. trzepotanie rękami w celu rozładowania emocji), nadwrażliwość lub niedowrażliwość na bodźce. Zdarza się, że dziecko długo nie podejmuje prób wokalizacji i nie rozwija mowy, ale również może być obojętne na uczucia i emocje osób z otoczenia. Często nawet starsze dzieci podejmują nietypowe zachowania związane z regulacją sensoryczną np. wkładają przedmioty do ust.

Jednym z osiowych objawów ASD są deficyty w obrębie mowy i komunikacji. Mogą one przybierać różną postać w zależności od stopnia zaburzenia od pragmatycznych zaburzeń języka (pragmatic language disorders, PLD), które charakteryzują się :

- „słabym rozumieniem zwrotów nieliteralnych (metafor, żart, ironia),
- trudnościami w domyślaniu się, co inne osoby myślą lub czują;
- trudnościami w konwenansach konwersacyjnych (min. uprzejmość, wzajemna wymiana, pewien „poziom formalności”) (Janas- Kozik, Wolańczyk, 2021, s. 280).

Poczynając od opóźnienia w wypowiedzaniu pierwszych słów, mniejszego zasobu słownictwa, aż do całkowitego mutyzmu. Problem pragmatycznych zaburzeń języka jest związany z teorią umysłu. U osób z ASD może dochodzić również do regresu zarówno w obrębie mowy, jak i umiejętności społecznych na każdym etapie rozwoju. Możliwe jest występowanie również nieprawidłowej melodii mowy co sprawia, że staje się ona monotonna, skandowana lub śpiewna. Zdarza się, że pojawiają się wyszukane słowa, niewłaściwa odmiana lub echolalia. W literaturze wskazuje się także na zaburzenia w rozumieniu języka, które mogą występować u różnych osób z odmienną intensywnością (od zupełnego braku rozumienia, poprzez łagodne, aż do dyskretnych np. brak rozumienia znaczeń abstrakcyjnych).

Specyficzny sposób wypowiedzania się osób z ASD i brak pojmowania kontekstu społecznego może prowadzić do dyskomfortu u rozmówcy, poczucia braku zainteresowania i jednostronną wymianą co w konsekwencji czasem prowadzi do wykluczania i wyśmiewania dzieci nawet o wysokim ilorazie inteligencji bez dodatkowych zaburzeń przez rówieśników.

Następnym osiowym obszarem nieprawidłowości przyporządkowanym do ASD są „ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności. Stereotypowe i powtarzalne zachowanie obejmuje :

- proste motoryczne stereotypie (np. machanie rękami);
- powtarzalne używanie przedmiotów (np. kręcenie monetami);
- powtarzalną mowę (np. echolalia; używanie „ty” przy określaniu siebie, stereotypowe użycie słów, zdań, prozodii) (Janas - Kozik, Wolańczyk, 2021, s. 283).

Dzieci z ASD bardzo mocno przywiązują się do codziennej rutyny, a czasem nawet małe odstępstwa mogą powodować niewspółmierne reakcje. Miewają bardzo ograniczone zainteresowania, którym potrafią poświęcić się bez reszty. Jeżeli nie mają dodatkowych ograniczeń często te zainteresowania wyznaczają ścieżkę edukacji, a później kariery zawodowej.

Najbardziej utrudniają osobom z ASD będącym w normie intelektualnej funkcjonowanie w społeczeństwie deficyty w teorii umysłu (ToM), które objawiają się brakiem rozumienia tego, jak druga strona interakcji może się czuć w określonej sytuacji oraz pojmowaniu i interpretowaniu wskazówek społecznych. Problem stanowi również właściwe odczytywanie uczuć, przekonań drugiej strony i zrozumienie ich powodów (empatia poznawcza). Mimo potrzeby i chęci nawiązywania relacji społecznych, takie osoby są postrzegane przez otoczenie jako „inne”, „dziwne”. Co może prowadzić do słabszego funkcjonowania społecznego, do pojawienia się objawów lękowych, depresyjnych i uciekania do nieprzystosowanych zachowań (np. spożywania alkoholu, samookaleczeń) w celu

rozładowania niekorzystnych emocji. Autorzy wskazują na dodatkowe nieprawidłowości często towarzyszące spektrum autyzmu. U dzieci z ASD zaobserwowano częstsze niż w populacji ogólnej zaburzenia okulistyczne tj.: wady refrakcji oraz zaburzenia ustawienia lub ruchów gałek ocznych. W obrębie zmysłu słuchu wykazano najczęściej występujące aberracje: niedosłuch (głuchota), centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego i nadwrażliwość na dźwięki. Częstym problemem są również zaburzenia żołądkowo-jelitowe występujące u 46-91% pacjentów oraz zaburzenia jedzenia (np. wybiórczość pokarmowa, odmawianie jedzenia, zaburzenia zachowania podczas posiłków, zjadanie produktów niejadalnych, neofobia pokarmowa). U osób z ASD pojawiają się również trudności gastrologiczne tj.: zaparcia, przewlekłe biegunki, przewlekłe bóle brzucha oraz refluks żołądkowo-przełykowy. Szczególną trudność przy diagnozowaniu tego typu problemów stanowi grupa dzieci nie posługująca się mową, dlatego zaleca się dokładną obserwację zachowania (wokalne, motoryczne) oraz zmiany w ogólnym stanie dziecka w celu wykluczenia zaburzeń przewodu pokarmowego. Nieprawidłowości dotyczą również motoryczności dzieci ze spektrum.

[...] badania wykazały, że aż 87% dzieci z diagnozą spektrum zaburzeń autystycznych narażonych jest na wystąpienie deficytów motorycznych. W odniesieniu do populacji dzieci zdrowych istotne opóźnienie w rozwoju motoryki dużej i małej stwierdza się odpowiednio u 6,7% i 38,5% dzieci. Osiąganie z opóźnieniem kamieni milowych obejmuje samodzielne chodzenie, chód po schodach oraz podskoki, przy czym samodzielne chodzenie jest opóźnione o ok. 1,6 miesiąca (Emich-Widera, Kazek, Paprocka, 2023, s. 167).

Jeżeli pomiędzy rodzicami występuje pokrewieństwo, to u pacjentów z ASD rośnie ryzyko wrodzony wad metabolizmu i nadmiernej mobilności stawowej.

Niestety występowanie ASD wiąże się, ze znacznie podwyższoną skłonnością do współchorobowości zarówno psychicznej, jak i somatycznej. „Najczęstszymi zaburzeniami współwystępującymi są:

- „ADHD (28-53% pacjentów);
- Zaburzenia lękowe (42%-55%) (np. fobie społeczne, fobie specyficzne);
- Zaburzenia snu (50%-80%);
- Zaburzenia nastroju (10%-70%)” (Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021, s. 284).

Szczególnie trudne dla otoczenia mogą być zachowania agresywne i drażliwość, które nieleczone mogą nasilać się z czasem. Sprawiają, że dziecko już gorzej funkcjonujące społecznie jest jeszcze bardziej alienowane. Niestety zdarzają się przypadki, w których pomimo podjętych działań terapeutycznych i farmakoterapii nie następuje poprawa.

Istnieją znaczące różnice w rozwoju dzieci neurotypowych i dzieci ze spektrum autyzmu, jednak nie można ich jasno określić jako stałe i niezmiennie. Stephen Mark Shore amerykański naukowiec sam będący w spektrum i zajmujący się edukacją specjalną powiedział kiedyś, że „Jeśli poznałeś jednego człowieka z autyzmem, to poznałeś jednego człowieka z autyzmem” (Szubrycht, 2022, s. 12). Diagnozowanie i terapie osób z ASD utrudnia właśnie różnorodność i niejednoznaczność problemów, trudności i osobowości. Nawet w grupie osób sklasyfikowanej według konkretnego kryterium można spotkać zupełnie odmienne sposoby funkcjonowania. Nie wspominając już o ogólnej klasyfikacji, bo przyrównywanie do siebie osób z dwóch krańców spektrum to jak przyrównywanie planet z różnych galaktyk. Znaczące efekty przynosi wczesna interwencja w ASD, podejmowana w pierwszych kilkunastu miesiącach życia dziecka, jej rozpoczęcie wymaga jednak szybkiej i trafnej diagnozy.

3.4 Rodzina dziecka z autyzmem

Posiadanie dziecka w spektrum autyzmu może być trudnym doświadczeniem. W większości przypadków do pewnego momentu rodzic nie jest świadom problemów swojego potomka. Niepokojące symptomy pojawiają się sukcesywnie lub znikąd nadchodzi regres. Na pierwszy plan wyłaniają się problemy w zachowaniu dziecka i trudności w komunikacji. Dodatkowe napięcie budzą reakcję ludzi z otoczenia, którzy często sugerują, iż trudności dziecka są związane z brakiem kompetencji u rodziców. Informacje uzyskiwane od bliskich mogą brzmieć mniej więcej tak, że „jeśli dziecko nie reaguje na swoje imię, nie chce kosztować nowych pokarmów lub wykazuje inne trudności to zapewne wynika to z tego, że po prostu ty jako rodzic źle coś robisz lub nie starasz się wystarczająco”. Profesor Pisula, odwołując się do badań przeprowadzonych przez L. Marcusa, L. Kuncę i E. Schoplera wymieniła charakterystyczne problemy, z którymi borykają się rodziny dzieci z ASD:

- późna diagnoza, problemy z jej uzyskaniem, mylne diagnozy, sposób w jaki rodzice zostali poinformowani o niepełnosprawności dziecka;
- poczucie braku więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz braku oznak przywiązania z jego strony;
- trudności w porozumiewaniu się z dzieckiem;
- niezwykle, nieharmonijny przebieg rozwoju dziecka – okresy zatrzymania i regresji, nierównomierność tempa rozwoju w obrębie poszczególnych funkcji;

- dylemat „nie chce” czy „nie może” – trudności z prawidłową oceną rzeczywistych możliwości dziecka;
- normalny wygląd dziecka utrudniający zrozumienie, na czym polegają problemy związane z jego rozwojem;
- nadmierne przywiązywanie dziecka do stałości, rutyny i opór wobec wszelkich zmian;
- zachowanie w miejscach publicznych;
- często współwystępujące upośledzenie umysłowe;
- różne opinie profesjonalistów na temat najlepszych terapii, terapeutyczne „nowinki” i metody niesprawdzone;
- złe rokowania i małe możliwości wyleczenia;
- izolacja społeczna, brak zrozumienia ze strony bliskich, przyjaciół i znajomych;
- brak systemu usług;
- niepokój o przyszłość dziecka (Pisula, 1998, s. 119).

Jak przedstawiono powyżej na rodzinę oddziałuje szereg negatywnych czynników, które wpływają na jej funkcjonowanie. Niejednokrotnie jedno z rodziców (najczęściej matka) jest zmuszone również do rezygnacji z pracy zawodowej i całkowite podporządkowanie swojego życia dziecku ze spektrum autyzmu. Ma to druzgocący wpływ nie tylko na jej psychikę, ale również na sytuację materialną rodziny. Na szczęście obecnie w Polsce opiekunowi dziecka, które uzyskało orzeczenie o niepełnosprawności wraz z oznaczonym punktem 7, który głosi „konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji” przysługuje świadczenie pielęgnacyjne w kwocie 3386,00 zł oraz zasiłek pielęgnacyjny 215,84 zł. W zależności od sytuacji bytowej rodziny istnieje również możliwość starania się o dodatkowe dofinansowania (np. z PEFRON). Zasiłek ten pełni bardzo ważną rolę, gdyż w znaczącym stopniu zasila budżety wielu rodzin posiadających dzieci z niepełnosprawnością i pozwala na podejmowanie i kontynuowaniu terapii, rehabilitacji i leczenia. Pojawienie się w rodzinie dziecka z ASD jest momentem trudnym, pełnym goryczy i wielu pytań pozostających bez odpowiedzi (np. Dlaczego nam się to przydarza? Co zrobiliśmy źle?).

Martha Bristor wymieniła sześć faz przystosowania w sytuacji żałoby po oczekiwaniu zdrowego potomka:

- Faza pierwsza - rodzic doznaje szoku na skutek informacji o zaburzeniu potomka. Nie jest w stanie zrozumieć, co się właściwie stało, odczuwa panikę,

zagubienie, ma poczucie, że się do tego przyczynił. Mogą pojawiać się objawy somatyczne.

- Faza druga - rodzic podejmuje pierwsze próby poradzenia sobie ze stratą (posiadania zdrowego dziecka). Stosuje następujące strategie poradzenia sobie: pierwsza opiera się na próbie podtrzymania dotychczasowego stanu rzeczy (nie wierzy w diagnozę lub twierdzi, że ona i tak nic nie zmieni). Druga jest bardzo niekorzystna dla dziecka, gdyż polega na wprowadzeniu rezerwy w kontaktach z potomkiem (jak najmniej styczności, tylko działania konieczne).
- Faza trzecia - pojawia się świadomość straty i potrzeba zgromadzenia konkretnych informacji, z czym ona się wiąże. Rodzic często wycofuje się z aktywności społecznej, a skupia się na sytuacji i poczuciu osamotnienia.
- Faza czwarta - wciąż rodzicowi towarzyszy poczucie osamotnienia i nieszczęścia, ale zaczyna też pomału akceptować sytuację.
- Faza piąta - zwana fazą rozwiązywania i przeformułowania. Następuje powrót do aktywności społecznej, pojawia się wiara w swoje możliwości i nadzieja na przyszłość. Uzyskana równowaga jest jeszcze chwiejna ale pomału postępuje.
- Faza szósta- obejmuje pokonanie straty, rodzic powraca do aktywności, ufa, że może pomóc swojemu dziecku.

Bristor „zauważa, że żałoba może mieć aspekt rozwijający. Pozwala na pełne rozpoznanie sytuacji, ocenianie wielkości koniecznych zmian i daje czas na wypracowanie sposobów radzenia sobie z wyzwaniami. W końcowym efekcie rodzic może zmobilizować się do przeprowadzenia pozytywnych zmian w swoim życiu, uwzględniając nowe okoliczności (Pisula, 2012, s. 18). W przypadku autyzmu dodatkową trudność zarówno dla otoczenia, jak i dla samych rodziców może stanowić niejednorodny rozwój różnych umiejętności (np. dziecko, które czyta i pisze nie potrafi zadbać o elementy higieny osobistej). Na podstawie przeprowadzonych badań” dwie trzecie matek dzieci z autyzmem przejawia znacząco podwyższony poziom stresu, a sami rodzice charakteryzując swoje życie z dzieckiem z autyzmem, używają określenia „stresujące” (Gray za Pisula, 2021, s. 19). Co ciekawe, poziom odnotowanego stresu był wyższy nie tylko w porównaniu do tego odczuwanego przez rodziców dzieci zdrowych, ale również przez rodziców dzieci z innymi zaburzeniami rozwoju. Być może wynika to z braku systemowych rozwiązań w obszarze diagnozy, terapii i edukacji skierowanych do dzieci z ASD. To na rodzicu, a najczęściej na matce spoczywa trud poszukiwania rozwiązań korzystnych dla dziecka. Jeżeli dziecko jest w normie intelektualnej,

ale przejawia inne problemy w zachowaniu to stanowi wielki balast dla powszechnego szkolnictwa. Pedagodzy z jednej strony rozumieją specyfikę trudności dzieci ze spektrum, ale nie tolerują nawet błahych odmienności. Tworzy się orzeczenia, IPET-Y i stosuje wiele innych doniosłych haseł, ale w sytuacji kiedy dziecko sprawia trudności (np. płacze z powodu złej oceny czyli nie takiej, jakiej oczekiwało) dostaje uwagę i wzywa się rodzica. Kiedy dziecko potrzebuje chwili na wyciszenie, bo jest przebudźcowane to sugeruje się rodzicowi zastosowania farmakoterapii. Rodzic też często w kontaktach z pedagogami jest traktowany z góry, jako niekompetentny i zbyt pobłażliwy. Właściwie nie dziwi fakt, że w obliczu takiej narracji z różnych stron opiekun pozostaje w stałej gotowości (jak na wojnie), bo nie wiadomo skąd przyjdzie kolejne zagrożenie. Jednak chyba największym problemem są zachowania trudne np. agresywne, autodestrukcyjne u potomka. Dopóki mamy styczność z małym dzieckiem to można go jeszcze „fizycznie powstrzymać” przed wyrządzaniem krzywdy sobie i innym. Ostatnio nagłośniono w środkach masowego przekazu sprawy kilku rodzin, w których nastolatki z ASD są bardzo agresywne i niebezpieczne dla siebie i najbliższego otoczenia oraz nie reagują na leki i terapię. W Polsce nie przewidziano na ten moment żadnego rozwiązania systemowego takich sytuacji. Proponowany jest pobyt w DPS, ale żadna z tego rodzaju instytucji nie chce i nie ma możliwości podjąć się takiej odpowiedzialności. Dzieci te, więc w razie eskalacji zachowania agresywnego chwilowo trafiają na oddział zamknięty w szpitalach psychiatrycznych, po czym wracają w praktycznie niezmienionym stanie do rodziny. Nie dziwi więc fakt, iż rodziny funkcjonujące w tak skrajnie trudnych warunkach są narażone na rozpad. Długotrwała opieka nad bardzo wymagającym dzieckiem może prowadzić do zespołu wypalenia rodzicielskiego, które cechuje się utratą zarówno sił fizycznych jak i psychicznych w efekcie ogromnego przeciążenia. Zasępa uważa, iż

Poziom stresu rodzicielskiego zależy od czynników związanych z charakterystyką rodzica (np. płci, wieku, poziomu wykształcenia), dziecka (np. wieku, nasilenia problemów w zachowaniu, poziomu rozwoju umiejętności w komunikowaniu się) oraz środowiska (np. postaw społecznych, stanu wiedzy o ASD, wsparcia dla osób z ASD oraz ich rodzin) (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska, 2020, s. 311).

Bardzo pomocne mogło by być systemowe wsparcie udzielane rodzicom przez specjalistów zarówno w zakresie ich zdrowia psychicznego, jak i poszerzenia wiedzy i kompetencji na temat wsparcia dziecka z ASD. Wszak oprócz rodziców również rodzeństwo narażone jest na stres wynikający z zaburzenia podstawowych funkcji rodziny: emocjonalnej, opiekuńczej, materialno-ekonomicznej, czy rekreacyjno-towarzyskiej. Obecnie prosperują grupy dyskusyjne, kluby rodziców, które pozwalają na wymianę informacji i solidarność z ludźmi

o podobnych problemach. Niektórzy rodzice uczęszczają również na terapię indywidualną lub grupową, chociaż skorzystanie z tej formy pomocy w ramach powszechnej służby zdrowia wymaga długiego czasu oczekiwania. Na pewno bardzo korzystne byłoby zorganizowanie pomocy dającej chwilę wytchnienia rodzicom przebywającym cały czas ze swoimi pociechami. Warto zaznaczyć, iż rodzicielstwo dziecka z ASD ma również jasne oblicze pełne dumy nawet z najmniejszych osiągnięć dziecka, własnych kompetencji, miłości, poznawania wartościowych ludzi i pokonywania własnych słabości. „Zjawisko to nazywa się pozytywną percepcją doświadczeń rodzicielskich (positive parental perception) analizuje się je także w kategoriach wzrostu potraumatycznego (postraumatic growth) (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska, 2020, s. 312).

4. Metodologia badań własnych

4.1 Problem i cel badania

W ostatnich latach coraz śmielej w przestrzeni publicznej porusza się problem neuroróżnorodności wśród dzieci. Ich codzienne funkcjonowanie często wiąże się z większym obciążeniem fizycznym, psychicznym i emocjonalnym rodziców. Niestety zainteresowanie to nie jest powiązane ze wsparciem społecznym, tak jak w przypadku dzieci z widoczną niepełnosprawnością. Rodzice dzieci z ASD, którego „nie widać gołym okiem” są często postrzegani jako mniej kompetentni, nieskuteczni i sami sobie winni spotykających ich trudności. Nie ma też prostego, skutecznego skryptu, jak postępować z dzieckiem ze spektrum autyzmu, ponieważ nie sposób stworzyć takowy, uwzględniając występujące różnice personalne. Ponadto nawet w przypadku bardzo intensywnej pracy z pociechą zdarzają się regresy i nieprzewidywalne kryzysy. Czy powyższe trudności przekładają się na znaczące różnice w egzystencji rodzica dziecka z ASD w porównaniu do rodzica dziecka rozwijającego się typowo? Jeżeli tak to, czy istnieją czynniki ochronne, które w znaczącym stopniu pomagają radzić sobie z trudnościami dnia codziennego? Powyższe pytania stały się inspiracją do dogłębnego zapoznania się i przeanalizowania sytuacji rodziców dzieci ze spektrum autyzmu.

Celem pracy jest, więc zbadanie, czy mają miejsce statystycznie istotne odrębności w poziomie stresu, stylach radzenia sobie ze stresem i poczuciu koherencji u rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu. Ponadto dokonano również analizy mającej na celu określenie czy zmienne demograficzne tj. wiek, poziom, wykształcenia, wielkość miejsca zamieszkania różnicują badane wskaźniki.

4.2 Pytania i hipotezy badawcze

Sformułowano główny problem badawczy:

Czy istnieją znaczące różnice w poziomie stresu rodzicielskiego, stylach radzenia sobie ze stresem i poziomie poczucia koherencji u rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu?

Zdefiniowano następujące szczegółowe problemy badawcze:

P1: Jaki jest poziom stresu u badanych rodziców?

P2: Jaki styl radzenia sobie ze stresem dominuje u respondentów?

P3: Jaki poziom poczucia koherencji został odnotowany w wymiarze ogólnym i w podwymiarach w badanej grupie?

P4: Czy zaobserwowano dysproporcje pomiędzy badanymi grupami rodziców w zakresie ogólnego wskaźnika stresu rodzicielskiego i jego podwymiarów?

P5: Czy występują istotne statystycznie różnice pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego podwymiarami w obydwu badanych grupach rodziców?

P6: Czy preferowany styl radzenia sobie ze stresem jest skorelowany z ogólnym poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji w prezentowanej populacji?

P7: Czy istnieje związek pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi, a poziomem stresu, poczuciem koherencji i stylem radzenia sobie ze stresem?

W celu uzyskania odpowiedzi na przedstawione pytania badawcze przeprowadzono badanie własne, które pozwoliło na zgromadzenie danych, a następnie wykonano analizę statystyczną. Na podstawie głównego problemu badawczego sformułowano hipotezę główną:

Istnieją znaczące różnice w poziomie stresu rodzicielskiego, stylach radzenia sobie ze stresem i poziomie poczucia koherencji u rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu.

Zdefiniowano następujące hipotezy szczegółowe:

H1: Rodzice dzieci z ASD wykazują wyższy poziom stresu rodzicielskiego niż rodzice dzieci neurotypowych zarówno w wymiarze ogólnym, jak i podskalach (Stres osobisty, Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem, Trudne dziecko).

H2: Rodzice dzieci rozwijających się typowo prezentują wyższy poziom poczucia koherencji w wymiarze ogólnym i podwymiarach (Poczucie sensowności, Poczucie zrozumiałości, Poczucie zaradności) w porównaniu z rodzicami dzieci z ASD.

H3: Wysoki wskaźnik stresu rodzicielskiego skutkuje częstszym wyborem stylu skoncentrowanego na emocjach w sytuacjach trudnych.

H4: Poziom poczucia koherencji pozostaje istotnie związany z poziomem stresu rodzicielskiego oraz stylami radzenia sobie ze stresem w badanej grupie rodziców.

H5: Poziom wykształcenia rodziców wpływa na najczęściej wybierany styl radzenia sobie ze stresem, ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego i poczucie koherencji.

H6: Możliwości komunikacyjne z dzieckiem ze spektrum autyzmu rzutują na odczuwalny stres osobisty rodziców i ich poczucie koherencji.

H7: Pozostawanie w związku kształtuje poziom stresu rodzicielskiego i poczucie koherencji.

H8: Wykonywanie pracy zawodowej wśród badanych oddziałuje na poziom stresu rodzicielskiego i poczucie koherencji.

H9: Wyższy poziomu stresu rodzicielskiego występuje u rodziców dzieci ze spektrum autyzmu, którzy charakteryzują się niższym poczuciem sensowności i rzadziej stosują zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem.

4.3 Opis stosowanych narzędzi psychologicznych i procedury badania

W niniejszej pracy użyto następujących narzędzi badawczych: CISS Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, SOC-29 Kwestionariusz Orientacji Życiowej, PSI-4-SF Inwentarz Stresu Rodzicielskiego oraz autorską ankietę zawierającą pytania społeczno-demograficzne tudzież pozwalające wyłonić dwie grupy badawcze (rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ASD). Badania własne zrealizowano na przestrzeni grudnia 2025 - marca 2026. Procedura badania poziomu stresu, stylów radzenia sobie ze stresem oraz poczucia koherencji u rodziców dzieci do lat 10 opierała się na zastosowaniu metody kwestionariuszowej obejmującej trzy powyżej wymienione narzędzia oraz ankietę własną głównie w formie papier ołówek oraz jako formularz Google. Badanie w formie papierowej przeprowadzono w poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, przedszkolu terapeutycznym oraz w kręgu osób znanych osobie badającej. Natomiast dostęp do formy elektronicznej kwestionariusza zamieszczono na stronie uczelni w zakładce badania. Ankietyzacja miała charakter anonimowy i dobrowolny. Grupa badawcza liczyła 122 osoby, z czego 53 zadeklarowało się jako rodzice dzieci z ASD. Nie udało się zgromadzić równej liczby respondentów w obu grupach z powodu trudności w dotarciu do większej liczby rodziców dzieci ze spektrum autyzmu w wieku do lat 10. Wszystkie pytania miały charakter zamknięty. Tylko jedno z nich odnośnie do sytuacji zawodowej miało formę wielokrotnego wyboru (ponieważ można jednocześnie być opiekunem OzN jak również podejmować inne wyzwania zawodowe), pozostałe pytania były jednokrotnego wyboru.

4.3.1 CISS Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Test ten został skonstruowany przez N.S. Endlera i J.D.A. Parkera. W badaniu użyto czwartego wydania przełożonego na polską wersję językową przez A. Jaworską, J. Strelau.

Prezentowany kwestionariusz służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem i jest przeznaczony dla grupy wiekowej od 16 do 79 lat oraz żołnierzy. Twórcy narzędzia pod pojęciem stylu radzenia sobie rozumieją typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnorodnych sytuacjach stresowych. Test zawiera 48 stwierdzeń dotyczących rozmaitych sposobów radzenia sobie ze stresem, do których badany ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali Likerta (nigdy, bardzo rzadko, czasami, często, bardzo często). Uczestnik ma za zadanie określić, w jakim zakresie podejmuje najczęściej określone zachowanie w sytuacji stresowej. Ankieta zawiera trzy skale, na które składa się po 16 stwierdzeń określających dane style radzenia sobie ze stresem: Styl skoncentrowany na zadaniu, Styl skoncentrowany na emocjach i Styl skoncentrowany na unikaniu. W ramach ostatniego z nich dokonano jeszcze podziału na dwie podskale: Angażowanie się w czynności zastępcze (8 pozycji) i Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (5 pozycji). Skala Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) – uczestnicy uzyskujący wysokie wyniki w tej skali, kiedy w obliczu działania stresorów podejmują aktywności zmierzające do poradzenia sobie z sytuacją stresową (planowanie, próby zmiany sytuacji). Natomiast osoby osiągające wysokie noty w skali Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) reagują uczuciowo w sytuacjach trudnych. Koncentrują się głównie na sobie i swoich emocjach (złości, poczuciu winy). Często pojawia się u nich myślenie życzeniowe i fantazjowanie. Głównym celem zamiast rozwiązania problemu staje się zmniejszenie napięcia emocjonalnego. Skala Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) odnosi się do osób, które radzą sobie w sytuacji stresowej poprzez uciekanie od myślenia i doświadczania tego zdarzenia. Może ukazywać się w dwóch postaciach: Angażowaniu się w czynności zastępcze (ACZ) tj. objadanie się, oglądanie telewizji, sen, myślenie o sprawach przyjemnych lub Poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (PKT). Test można przeprowadzać zarówno indywidualnie, jak i grupowo, a wyniki dla każdej ze skal wylicza się według załączonego klucza. Kwestionariusz odznacza się rzetelnością, ponieważ uzyskał wyniki współczynnika α Cronbacha dla poszczególnych skal w zakresie 0,72 do 0,92 (polska wersja różni się tylko nieznacznie wynikami) oraz trafnością na poziomie od 0,21 do 0,40, gdyż występuje niska korelacja pomiędzy wynikami uzyskiwanymi w poszczególnych skalach. CISS umożliwia obliczenie wyników w trzech skalach: SSZ, SSE i SSU – z których każda składa się z 16 pozycji. Wynikiem surowym w danej skali jest suma punktów uzyskanych dla pozycji wchodzących w jej skład. Minimalny wynik w każdej ze skal wynosi 16, a maksymalny – 80. Dla skali SSU można też obliczyć wyniki w dwóch podskalach: ACZ (liczy 8 pozycji) i PKT (liczy 5 pozycji), sumując punkty uzyskane dla odpowiednich pozycji. Numery pozycji wchodzących w skład

poszczególnych skal podane są w kluczu wydrukowanym na oddzielnym arkuszu (Strelau, Jaworska, 2020, s. 101).

W podskali ACZ minimalny możliwy wynik wynosi 8, a maksymalny 40, natomiast w PKT odpowiednio 5 i 25. Po obliczeniu wyników surowych należy oszacować przedziały ufności (poprzez dodawanie i odejmowanie od wyniku wartości zamieszczonych w tabeli) i odnieść uzyskane wyniki do norm stenowych przewidzianych dla konkretnej populacji. W celu porównania wyników uzyskanych przez różne osoby należy skorzystać z informacji zawartej w tabeli dotyczącej minimalnych różnic przy dwóch poziomach istotności. (Czy rozbieżność w obliczonych wynikach ma istotne znaczenie). W odniesieniu do osoby badanej, jeżeli wyniki uzyskane w jednej skali znacznie przewyższają pozostałe to z przyjętym wcześniej prawdopodobieństwem możemy określić dominujący u niej styl radzenia sobie ze stresem. Jeżeli natomiast wyniki wszystkich trzech skal lub dwóch są bardzo zbliżone to prawdopodobnie osoba nie posiada stylu dominującego.

4.3.2 SOC-29 Kwestionariusz Orientacji Życiowej

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29, Sense of Coherence Scale) został opublikowany przez Aarona Antonovsky'ego w 1983 roku. Narzędzie mierzy poczucie koherencji, na które składają się następujące zmienne: Poczucie zrozumiałości PZR oznacza to, na ile jednostka uznaje, że pojawiające się bodźce są sensowne, spójne i przewidywalne, Poczucie zaradności PZ odnoszące się do przekonania człowieka, że posiada wystarczające zasoby do pokonania pojawiających się trudności, Poczucie sensowności PS, na ile osoba wierzy, że warto stawiać czoła przeciwnościom i angażować się w ich pokonywanie. Test Antonovsky'ego składa się z 29 stwierdzeń oraz trzech podskal odnoszących się do składowych poczucia koherencji: Poczucia zrozumiałości (ZR), zaradności (Z) oraz sensowności (S). Teoria salutogenezy, w której w skład wchodzi poczucie koherencji została szczegółowo zaprezentowana w niniejszej pracy w rozdziale drugim. Według autora poczucie koherencji jest koncepcją teoretyczną i rozumiane jest przez niego jako rodzaj globalnego światopoglądu. W celu stworzenia odpowiedniego narzędzia do jego pomiaru Antonovsky posłużył się „siatką kartograficzną” poczucia koherencji. Tworząc kolejne pytania odnosił się do następujących elementów składowych (E) i aspektów (A, B, C, D) bodźca: A modalności, badany reaguje na bodziec (instrumentalny, poznawczy, afektywny), B Źródło pochodzenia bodźca (wewnętrzne, zewnętrzne, wewnętrzne i zewnętrzne), C Wymogi są stawiane przez podmiot (konkretny, rozproszony, abstrakcyjny), D Czas, gdy nastąpi reakcja na bodziec (przeszły, teraźniejszy,

przyszły). „Elementami są warianty odpowiedzi respondenta na określony bodziec: (E1) poczucie zrozumiałości, (E2) poczucie zaradności, (E3) poczucie sensowności (Januszewski, 2002, s. 2). Gdyby test obejmował wszystkie pytania utworzone na podstawie powyższej metody to na każdy profil przypadłoby 81 pytań. Autor postanowił, jednak znacząco ograniczyć ich ilość, tak aby zachować możliwość obliczenia wskaźników koherencji przy jednoczesnym nieprzeciążaniu respondentów. Ostatecznie pozostawił 29 pytań w tym 11 odnoszących się do Poczucia zrozumiałości, 10 służących do pomiaru Poczucia zaradności i 8 mających na celu zmierzenie Poczucia sensowności. Twórca podaje współczynnik zgodności wewnętrznej narzędzia α Cronbacha w zakresie (od 0,84 do 0,93) i uznaje go za wystarczający do oceny teoretycznego konstruktów, jakim jest poczucie koherencji. Na podstawie licznych badań stwierdzono należyłą rzetelność i trafność testu. Niestety nie dokonano jednak standaryzacji i normalizacji narzędzia. Podczas badania uczestnik odnosi się do każdego stwierdzenia, oceniając jego trafność w odniesieniu do siebie i swojego życia na 7 punktowej skali. Punktacja przyznawana jest zgodnie z zaznaczoną przez respondenta liczbą z wyjątkiem pytań o odwróconej punktacji (nr: 1,4,6,7,11,13,14,16,20,23,25,27), gdzie punkty liczone są odwrotnie. Następnie kalkulowane są wyniki dla każdej z 3 podskal: PZR, PZ, PSW oraz zbiorczo dla całego kwestionariusza. Wynik ogólny zawiera się w zakresie 29-203 pkt. W niniejszym badaniu posłużono się wersją opracowaną przez B.L. Block Katedry Psychoterapii i Psychologii Zdrowia KUL w Lublinie w 2002 roku.

4.3.3 PSI-4-SF Inwentarz Stresu Rodzicielskiego

PSI Inwentarz Stresu rodzicielskiego w pierwszej wersji został stworzony w 1983 roku przez Richarda R. Abidina w celu pomiaru nasilenia stresu rodzicielskiego. Polskiej adaptacji i normalizacji czwartego wydania narzędzia dokonały J. Niedziela i E. Wrocławska – Warchała. Przeznaczono je do badania rodziców dzieci w wieku od 0 do 10 rż. (z uwagi na spektrum opisanych w teście zachowań dziecięcych). Inwentarz uwzględnia trzy główne źródła stresu u rodziców: związane z cechami dziecka, związane z cechami rodzica oraz z czynnikami sytuacyjnymi. Rzetelność narzędzia oceniono poprzez badanie spójności i stabilności wewnętrznej. Współczynnik zgodności wewnętrznej α Cronbacha dla Ogólnego wskaźnika stresu rodzicielskiego w skróconej polskiej wersji językowej wynosi 0,94, a stabilność 0,88, co wskazuje na to, że kwestionariusz cechuje wysoka zgodność wewnętrzną. Dokonano również oceny trafności poprzez porównywanie uzyskanych wyników z wynikami pełnej wersji i była ona bardzo silna dla Ogólnego wskaźnika stresu rzędu 0,84. Uzyskane wyniki pozwalają

zaklasyfikować powyższe narzędzie jako trafne i rzetelne. Niniejsze badanie wykonano wersją skróconą PSI-4-SF, która obejmuje 36 pozycji składających się na Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego. Ponadto wydzielono trzy skale (po 12 pozycji): Stres osobisty (SO), Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem (DRRD) i Trudne dziecko (TD). Zamieszczono również skalę Obronny styl odpowiadania, która ma na celu sprawdzić, czy rodzic nie ripostuje w sposób tendencyjny. Większość odpowiedzi zaznaczanych jest przez respondentów poprzez wybór dokonywany na pięciostopniowej skali Likerta (ZZ - zdecydowanie się zgadzam, Z - zgadzam się, NP - nie jestem pewna (pewny), NZ - nie zgadzam się, ZNZ - Zdecydowanie nie zgadzam się). W trzech pytaniach (nr 22, 32, 33) opiniodawca wskazuje jedną spośród pięciu pozycji okraszonych komentarzami. Przed rozpoczęciem badania, każdy uczestnik zostaje poinformowany o tym, aby cały czas odnosił się do jednego konkretnego dziecka w swoich odpowiedziach. Po wypełnieniu kwestionariusza następuje obliczenie wyników dla każdej ze skal poprzez zsumowanie uzyskanych punktów. Jeżeli w skali Obronny styl odpowiadania rodzic uzyska wynik ≤ 10 może to sugerować, iż odpowiadał on w sposób obronny. Skala Trudne dziecko informuje o wymagającym zachowaniu dziecka, które utrudnia proces wychowania. Cechy te są związane z temperamentem dziecka lub prezentowaną przez niego postawę buntowniczą. Skala Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem ukazuje, w jaki sposób rodzic postrzega swoją więź z potomkiem. Trudności w tej relacji mogą wynikać zarówno ze strony dziecka: trudny temperament lub występujące zaburzenia, jak również ze strony rodzica: skłonność do doświadczania negatywnych emocji. Skala Stres osobisty mierzy stres odczuwany z powodu pełnienia roli rodzica. Dalsze działanie polega na dodaniu wszystkich wyników w celu obliczenia Ogólnego wskaźnika stresu rodzicielskiego, który informuje o tym, czy uzyskany wynik jest typowy i czy dana osoba potrzebuje wsparcia. Interpretowane są tylko wyniki podwyższone lub wysokie. Uzyskane wyliczenia surowe zostają zamienione na wyniki przeliczone w tenach lub w centylach poprzez odczytanie ich wartości z odpowiednich tabel. Wyniki podwyższone lub wysokie wymagają dalszej diagnozy rodzica i dziecka, a także zastosowanie pełnej wersji narzędzia PSI-4.

Analiza psychometryczna własności wykorzystanych narzędzi została przeprowadzona przy pomocy analizy zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha. Na jej podstawie stwierdzono, iż wszystkie z testowanych skal osiągnęły zadowalającą rzetelność $\alpha > 0,70$ (kryteria na podstawie: George & Mallery, 2016). Rzetelnością doskonałą odznaczają się skale: SSZ, Ogólna Koherencja oraz Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego. Obliczone wartości zostały zaprezentowane w tabeli nr 5.

Tabela 5

Wyniki analizy rzetelności alfa Cronbacha dla skal kwestionariuszy CISS, SOC-29, PSI-4-SF

Skala	Podskala	Alfa Cronbacha
CISS	Styl skoncentrowany na zadaniu SSZ	0,90
	Styl skoncentrowany na emocjach SSE	0,88
	Styl skoncentrowany na unikaniu SSU	0,79
	Zaangażowanie w czynności zastępcze ACZ	0,71
	Poszukiwanie kontaktów towarzyskich PKT	0,81
SOC-29	Ogólna koherencja	0,91
	Poczucie zaradności PZ	0,79
	Poczucie zrozumiałości PZR	0,75
	Poczucie sensowności PS	0,83
PSI-4-SF	Stres osobisty SO	0,90
	Dysfunkcyjna relacja pomiędzy rodzicem i dzieckiem DRRD	0,88
	Trudne dziecko TD	0,87
	Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	0,95

Zródło: Opracowanie własne

4.4 Charakterystyka grupy badanej

Grupa badana wynosiła N =122 osoby. Wśród respondentów 101 osób stanowiły kobiety w przedziale wiekowym od 16 do 65 lat, a 21 mężczyźni w kategorii wiekowej 25-65 lat. W grupie rodziców dzieci z ASD podział przebiegał następująco: 12 mężczyzn w wieku od 25 do 65 lat oraz 41 kobiet od 16 do 54 lat. W gronie rodziców dzieci neurotypowych w badaniu wzięło udział 9 mężczyzn w przedziale wiekowym od 25 do 54 lat oraz 60 kobiet od 16 do 65 lat. Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli 6.

Tabela 6

Analiza danych socjodemograficznych badanej próby

Zmienna	Podgrupa	n	%
Płeć	Kobieta	101	82,7
	Mężczyzna	21	17,3
Wiek	16-24	6	4,92
	25-33	18	14,75
	34-43	58	47,54
	44-54	38	31,15
	55-65	2	1,64
Wykształcenie	średnie	49	40,16
	wyższe	73	59,84

Status zawodowy	Student/studentka	4	3,29
	Umowa o pracę	67	54,94
	Własna działalność	12	9,85
	Bezrobotny/bezrobotna	10	8,20
	Opiekun/opiekunka OzN	7	5,75
	Emeryt/emerytka	1	0,82
	Umowa o pracę - Rencista/rencistka	1	0,82
	Student/studentka- Opiekun/opiekunka OzN	1	0,82
	Student/studentka- Umowa o pracę	12	9,85
	Student/studentka- Umowa o pracę- własna działalność	1	0,82
	Student/studentka-własna działalność	2	1,64
	Umowa o pracę- własna działalność	3	2,46
Stan cywilny	Wolny/wolna	5	4,10
	Żonaty/zamężna	93	76,22
	W związku partnerskim	12	9,84
	Rozwiedziony/rozwiedziona	11	9,02
	Wdowiec/wdowa	1	0,82
Miejsce zamieszkania	Wieś	43	35,24
	Miasto poniżej 200 tys. mieszkańców	54	44,26
	Miasto powyżej 200 tys. mieszkańców	19	15,60
	Wolę nie podawać	6	4,90
Jestem rodzicem dziecka z diagnozą ASD	Tak	53	43,44
	Nie	69	56,56
Wiek dziecka (lata i miesiące)	0,0-0,11	5	4,10
	1,0-1,11	3	2,46
	2,0-2,11	2	1,63
	3,0-3,11	11	9,02
	4,0-4,11	10	8,20
	5,0-5,11	15	12,29
	6,0-6,11	12	9,83
	7,0-7,11	9	7,40
	8,0-8,11	12	9,83
	9,0-9,11	43	35,24
Płeć	chłopiec	67	54,91
	dziewczynka	55	45,09
Czy dziecko reaguje na mowę?	nie	6	4,92
	Tak na swoje imię	20	16,40
	Rozumie proste polecenia	21	17,21
	Reaguje i odpowiada	75	61,46
Czy w sytuacjach stresowych zdarza Ci się przeglądać Internet bez wyraźnego celu?	nigdy	8	6,55
	Bardzo rzadko	19	15,60
	czasami	52	42,61
	często	23	18,85
	Bardzo często	20	16,40

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie danych zawartych w tabeli stwierdza się, iż prawie 83% badanej grupy stanowiły kobiety. Respondenci mieszą się w szerokim przedziale wiekowym od 16 do 65 lat, ale aż 45% zawiera się w kategorii 34-43 lata. Prawie 60% badanej populacji posiada wykształcenie wyższe. Najwięcej badanych, bo aż 55% jest zatrudnionych na umowie o pracę. 76% jest w związku małżeńskim. Respondenci to w większości mieszkańcy miasta o wielkości poniżej 200 tys. Mieszkańców - 44%, chociaż spora grupa zamieszkuje na wsi -35%. Ponad 35% ankietowanych posiada dzieci będące aktualnie w 9 rż. Przeważająca część 55% jest rodzicami chłopców. 62% badanych deklaroowało, iż ich dzieci reagują i odpowiadają na mowę. Ponad 35% rodziców zadeklarowało się, iż w sytuacji stresowej zdarza się im często i bardzo często sięgać po Internet i „skrolować” go bez wyraźnego celu. Natomiast 43% uznało, iż postępuje tak tylko czasami.

5. Wyniki

5.1 Prezentacja wyników badań

W celu pozyskania odpowiedzi na zadane pytania badawcze dokonano analizy statystycznej wykorzystując pakiet IBM SPSS Statistics 30. Za jego pomocą przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa, test t Studenta dla prób niezależnych, test U Manna-Whitney'a, analizę regresji liniowej oraz analizy korelacji r Pearsona i ρ Spearmana. Za poziom istotności w powyższym rozdziale uznano

$\alpha = 0,05$.

Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa

W pierwszym etapie dokonano sprawdzenia rozkładów zmiennych ilościowych i wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa analizującym normalność rozkładu. Wyniki analizy zostały przedstawione w tabeli 7.

Tabela 7
Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa

Zmienna zależna	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
PSI-4-SF									
Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	2,83	2,83	0,73	0,12	-0,66	1,36	4,42	0,05	0,200
Stres osobisty	2,93	2,75	0,86	0,33	-0,81	1,25	5,00	0,10	0,004
Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem	2,69	2,75	0,81	0,07	-0,77	1,08	4,42	0,07	0,200
Trudne dziecko	2,88	2,92	0,78	-0,04	-0,84	1,17	4,50	0,06	0,200
CISS									
Styl skoncentrowany na zadaniu	57,48	59,00	9,79	-0,50	0,09	32,00	80,00	0,10	0,003
Styl skoncentrowany na emocjach	45,62	45,00	10,63	0,20	-0,54	20,00	69,00	0,08	0,065
Styl skoncentrowany na unikaniu	42,56	42,00	8,41	0,52	0,67	20,00	67,00	0,12	<0,001
Angażowanie się w czynności zastępcze	19,52	19,00	5,03	0,51	0,47	8,00	35,00	0,10	0,006
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	15,52	15,00	4,02	0,07	-0,18	5,00	25,00	0,08	0,034
SOC-29									
Ogólne poczucie koherencji	122,61	122,00	26,20	-0,29	-0,39	62,00	177,00	0,06	0,200
Poczucie zrozumiałości	41,20	41,00	9,57	0,10	-0,32	21,00	64,00	0,04	0,200
Poczucie zaradności	43,06	44,00	10,13	-0,45	-0,20	17,00	62,00	0,07	0,200
Poczucie sensowności	38,35	39,00	9,12	-0,43	-0,27	14,00	56,00	0,06	0,200

Adnotacja. *M* – średnia; *Mdn* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min.* – wartość minimalna; *Maks.* – wartość maksymalna; *D* – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – prawdopodobieństwo statystyki testowej. Wyniki istotne statystycznie wyróżniono pogrubieniem.
Źródło: opracowanie własne

Rezultat testu Kołmogorowa-Smirnowa w przypadku części zmiennych ujawnił się jako istotny statystycznie, ponieważ ich rozkłady są znacznie odbiegające od rozkładu normalnego. Warto zauważyć, iż skośność rozkładu żadnej ze zmiennych nie przekracza umownej wartości bezwzględnej równej 1 (George, Mallery, 2016), a więc ich rozkłady są asymetryczne w nieznacznym stopniu. Zatem uzasadnione jest przeprowadzenie analizy w oparciu o testy parametryczne, o ile zostały spełnione ich pozostałe założenia.

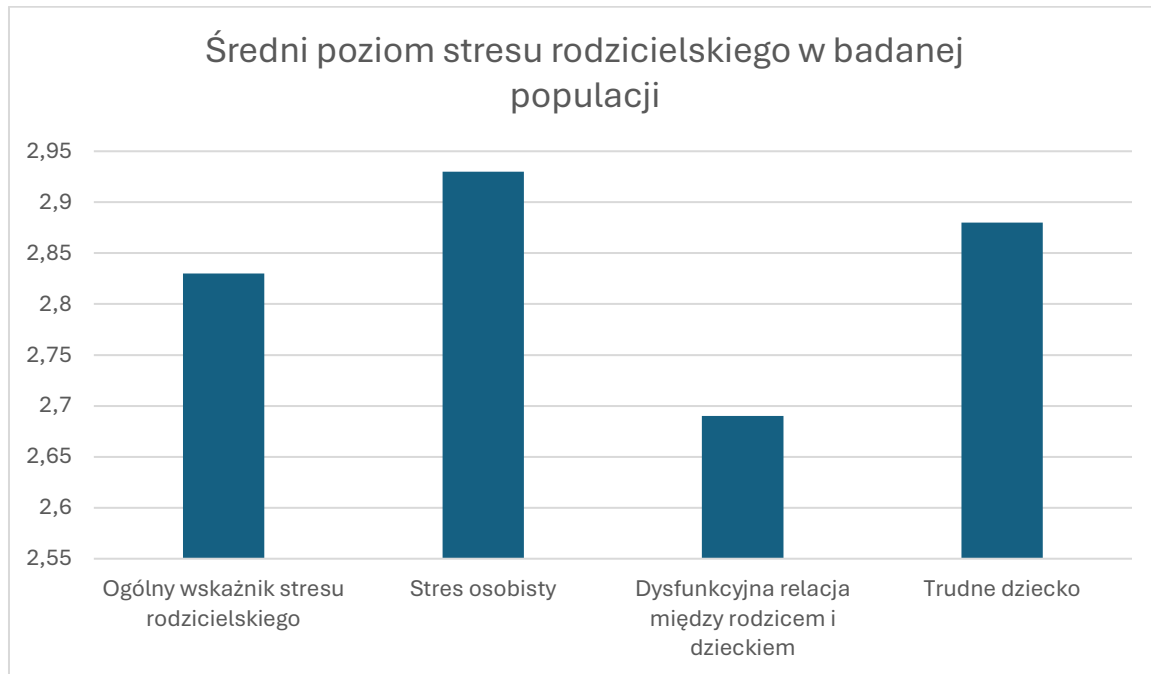
Poziom stresu rodzicielskiego w badanej populacji.

Respondenci charakteryzują się umiarkowanym poziomem stresu rodzicielskiego, co potwierdzają średnie wyniki uzyskane zarówno w wymiarze ogólnym, jaki i podskalach testu PSI-4-SF (Stres osobisty, Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem, Trudne dziecko).

Najwyższe rezultaty odnotowano w podskali Stres osobisty, odnoszącej się do cech rodzica

(temperament, osobowość) i otoczenia, w którym funkcjonuje. Wyniki zaprezentowano na wykresie numer 9.

Rysunek 9. Średni poziom stresu w badanej populacji.

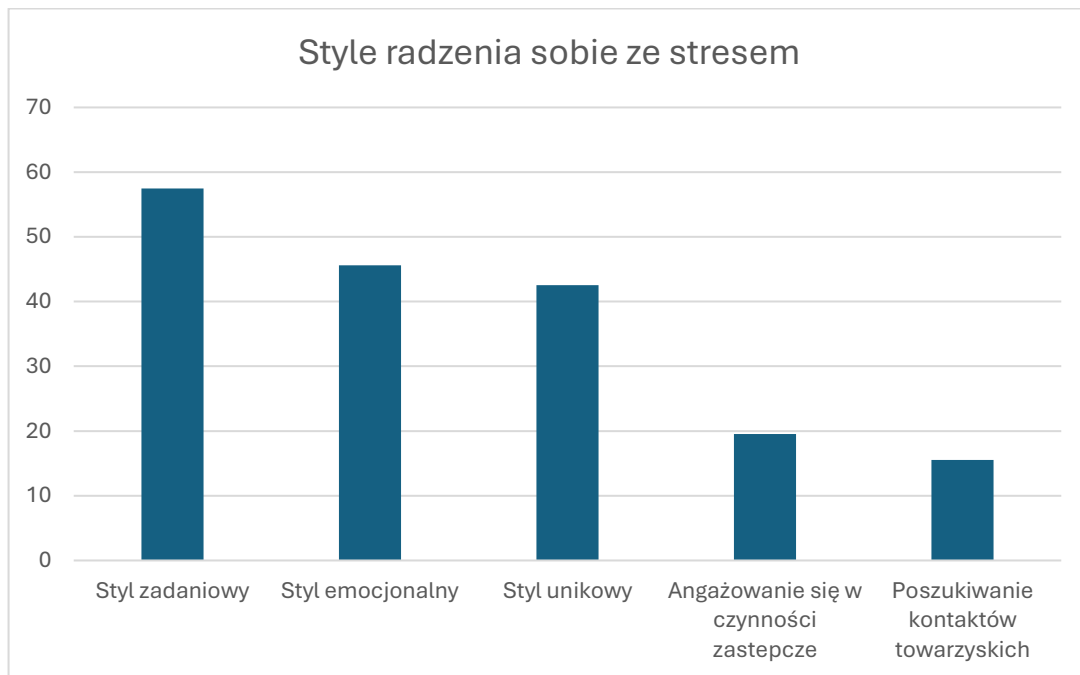


Źródło: Opracowanie własne

Preferowane style radzenia sobie ze stresem wśród badanych rodziców.

W badanej grupie dominował styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu. Oznacza to, że rodzice najczęściej podejmowali aktywne działania w celu poszukiwania możliwości rozwiązania pojawiających się problemów. Style emocjonalny i unikowy występowały z mniejszą częstotliwością, co wskazuje na niższą skłonność respondentów do koncentrowania się na własnych emocjach lub skupianiu się na innych aktywnościach niezwiązanych z trudnościami. Dane przedstawiono poniżej na rysunku numer 10.

Rysunek 10. Preferowane style radzenia sobie ze stresem w badanej grupie rodziców.

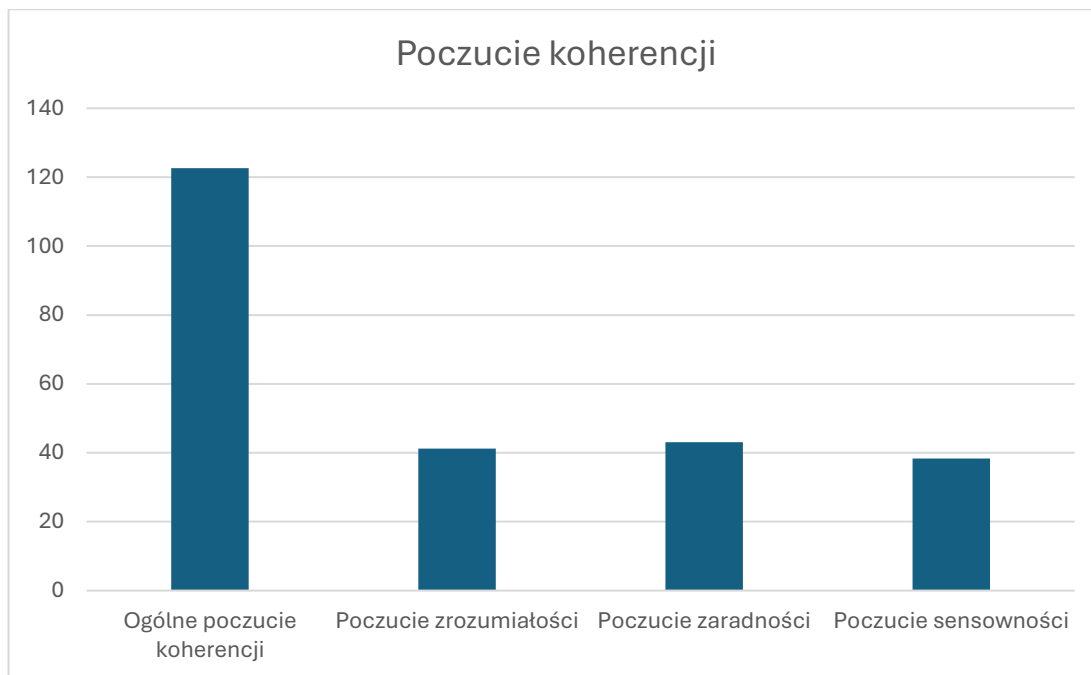


Źródło: Opracowanie własne

Poziom poczucia koherencji odnotowany wśród ankietowanych rodziców w wymiarze ogólnym i podwymiarach.

Ogólny poziom poczucia koherencji w badanej populacji okazał się umiarkowany. Najwyższe wyniki uzyskano w wymiarze poczucie zaradności, co wskazuje na silne przekonanie badanych o własnych możliwościach radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Najniższe rezultaty odnotowano w wymiarze sensowności, który okazał się najslabiej rozwiniętym komponentem poczucia koherencji. Rezultaty badań umieszczono na rysunku numer 11.

Rysunek 11. Średni poziom poczucia koherencji w badanej grupie w wymiarze ogólnym i podwymiarach.



Źródło: Opracowanie własne

Zróźnicowanie w poziomie stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między rodzicami dzieci z diagnozą ASD i bez niej.

Po pierwsze rodzice dzieci z diagnozą ASD różnią się od badanych, których dzieci nie mają diagnozy spektrum autyzmu. Obie grupy porównano pod względem stresu rodzicielskiego oraz podskal tego stresu, takich jak Stres osobisty, Trudne dziecko i Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem, nasilenia poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji. W celu porównania obu kategorii przeprowadzono test *t*-Studenta dla prób niezależnych (tabela 8, wykres 12).

Tabela 8

Porównanie średnich dla poziomu stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między rodzicami dzieci z diagnozą ASD i bez niej

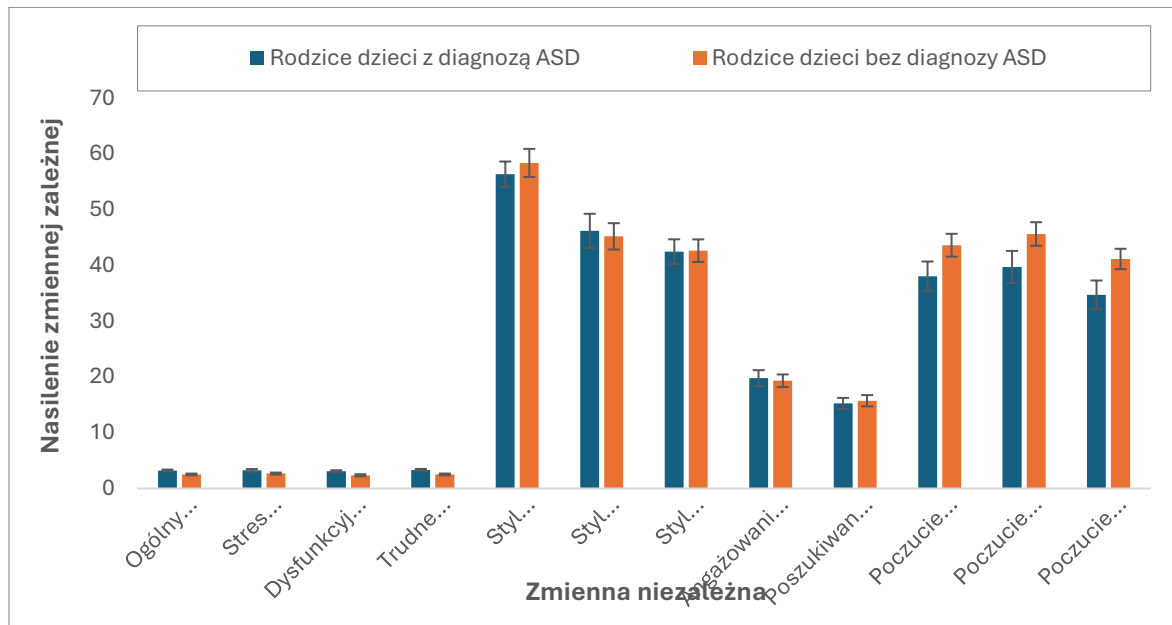
Zmienna zależna	Rodzice dzieci z diagnozą ASD (<i>n</i> = 53)		Rodzice dzieci bez diagnozy ASD (<i>n</i> = 69)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	3,23	0,63	2,52	0,66	5,99	120	<0,001	1,09
Stres osobisty	3,27	0,85	2,68	0,77	4,02	120	<0,001	0,73
Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem	3,09	0,67	2,37	0,77	5,40	120	<0,001	0,99
Trudne dziecko	3,33	0,65	2,53	0,68	6,59	120	<0,001	1,20
Styl skoncentrowany na zadaniu	56,34	8,45	58,36	10,68	-1,13	120	0,260	0,21
Styl skoncentrowany na emocjach	46,17	11,45	45,20	10,01	0,50	120	0,620	0,09
Styl skoncentrowany na unikaniu	42,45	8,26	42,64	8,57	-0,12	120	0,905	0,02
Angażowanie się w czynności zastępcze	19,77	5,37	19,32	4,79	0,49	120	0,623	0,09
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	15,25	3,71	15,74	4,27	-0,67	120	0,504	0,12
Ogólne poczucie koherencji	112,49	27,57	130,38	22,34	-3,96	120	<0,001	0,72
Poczucie zrozumiałości	38,06	9,81	43,61	8,70	-3,30	120	0,001	0,60
Poczucie zaradności	39,72	10,68	45,62	8,95	-3,32	120	0,001	0,61
Poczucie sensowności	34,72	9,54	41,14	7,75	-4,11	120	<0,001	0,75

Adnotacja. *n* – liczba obserwacji; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wartość statystyki testowej; *df* – stopnie swobody; *p* – prawdopodobieństwo statystyki testowej; *d* Cohena – wielkość efektu. Wyniki istotne statystycznie wyróżniono pogrubieniem.

Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała istotne statystycznie zróżnicowanie w zakresie ogólnego wskaźnika stresu rodzicielskiego, stresu osobistego, dysfunkcyjnej relacji między rodzicem i dzieckiem, podskali trudne dziecko oraz ogólnego poczucia koherencji, poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Różnice dla poziomu stresu były duże, a dla koherencji umiarkowane. Nie wykazano istotnych różnic w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem.

Rysunek 12. Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między rodzicami dzieci z diagnozą ASD i bez niej.



Adnotacja. Słupki błędów stanowią 95% przedziały ufności średnich. Źródło: Opracowanie własne

Związek pomiędzy nasileniem poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem a poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji

W celu sprawdzenia czy nasilenie poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem jest związane z poziomem stresu oraz poziomem koherencji wśród badanych wykonano analizę korelacji r Pearsona (tabela 9).

Tabela 9

Związek pomiędzy nasileniem poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem a poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji

Zmienna		Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl skoncentrowany na emocjach	Styl skoncentrowany na unikaniu	Angażowanie się w czynności zastępcze	Poszukiwanie kontaktów towarzyskich
Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	<i>r</i>	-0,46	0,39	0,06	0,27	-0,22
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,488	0,003	0,015
Stres osobisty	<i>r</i>	-0,46	0,46	-0,07	0,18	-0,36
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,465	0,049	<0,001
Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem	<i>r</i>	-0,43	0,34	0,15	0,29	-0,10
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,092	0,001	0,270
Trudne dziecko	<i>r</i>	-0,34	0,24	0,09	0,25	-0,12
	<i>p</i>	<0,001	0,007	0,306	0,005	0,174
Ogólne poczucie koherencji	<i>r</i>	0,43	-0,64	-0,06	-0,32	0,29
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,524	<0,001	0,001
Poczucie zrozumiałości	<i>r</i>	0,31	-0,53	0,02	-0,23	0,32
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,833	0,009	<0,001
Poczucie zaradności	<i>r</i>	0,40	-0,63	-0,12	-0,36	0,21
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,178	<0,001	0,019
Poczucie sensowności	<i>r</i>	0,45	-0,57	-0,05	-0,27	0,25
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,575	0,002	0,005

Adnotacja. Wyniki istotne statystycznie wyróżniono pogrubieniem. Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała, że styl skoncentrowany na zadaniu był związany istotnie i negatywnie z ogólnym wskaźnikiem stresu rodzicielskiego, stresem osobistym, dysfunkcyjną relacją między rodzicem i dzieckiem oraz z postrzeganiem dziecka jako trudnego. Ponadto styl ten był istotnie i pozytywnie związany z ogólnym poczuciem koherencji, poczuciem zrozumiałości, zaradności oraz sensowności. Sugeruje to, że im częściej badani stosowali zadaniowe strategie radzenia sobie, tym odczuwali oni niższy poziom stresu rodzicielskiego we wszystkich wymiarach, a także, tym wyższe było ich poczucie koherencji. Odnotowane efekty okazały się umiarkowane.

Styl skoncentrowany na emocjach korelował istotnie i pozytywnie z ogólnym wskaźnikiem stresu rodzicielskiego, stresem osobistym, dysfunkcyjną relacją między rodzicem i dzieckiem oraz z oceną dziecka jako trudnego. Równocześnie zaobserwowano istotne, negatywne związki tego stylu z ogólnym poczuciem koherencji i jego wszystkimi składowymi,

czyli poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wskazuje to, że silniejsza tendencja do koncentrowania się na emocjach w sytuacjach stresowych współwystępowała z silniejszym stresem rodzicielskim oraz niższym poczuciem koherencji u ankietowanych. Związki ze zmiennymi dotyczącymi stresu były w większości umiarkowane, poza słabą relacją w przypadku trudnego dziecka, natomiast efekty dla koherencji okazały się silne.

Angażowanie się w czynności zastępcze było istotnie i pozytywnie związane ze wszystkimi wymiarami stresu rodzicielskiego. Poza tym było ono również istotnie i negatywnie związane z ogólnym poczuciem koherencji oraz poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności. Oznacza to, że częstsze uciekanie w czynności zastępcze wiązało się z wyższym napięciem i słabszym poczuciem koherencji.

Poszukiwanie kontaktów towarzyskich, natomiast było istotnie i negatywnie związane z ogólnym wskaźnikiem stresu rodzicielskiego oraz stresem osobistym, a także istotnie i pozytywnie z ogólnym poczuciem koherencji, zrozumiałością, zaradnością i sensownością. Im częściej badani poszukiwali wsparcia w kontaktach społecznych, tym rzadziej doświadczali stresu osobistego i ogólnego napięcia rodzicielskiego, a także, tym wyższe było ich poczucie koherencji we wszystkich aspektach. Siła wszystkich tych relacji wahała się od słabej do umiarkowanej.

Związek pomiędzy nasileniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu, na emocjach i unikaniu, a poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji w podziale na grupę rodziców dzieci z ASD i bez ASD

W kolejnej analizie korelacji r Pearsona sprawdzono, czy style radzenia sobie ze stresem (skoncentrowany na zadaniu, na emocjach i unikaniu) są związane z poziomem stresu oraz koherencji. Analizę tą wykonano osobno dla badanych rodziców z potomkami z ASD i nieposiadających dziecka ze spektrum autyzmu (tabela 10).

Tabela 10

Związek pomiędzy nasileniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu, na emocjach i unikaniu a poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji w podziale na grupy

Grupy	Zmienna		Styl skoncentrowany na zadaniu	Styl skoncentrowany na emocjach	Styl skoncentrowany na unikaniu
Rodzice dzieci z diagnozą ASD	Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	<i>r</i>	-0,59	0,47	0,14
		<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,330
	Stres osobisty	<i>r</i>	-0,53	0,50	0,02
		<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,899
	Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem	<i>r</i>	-0,63	0,47	0,18
		<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,187
	Trudne dziecko	<i>r</i>	-0,36	0,23	0,18
		<i>p</i>	0,008	0,099	0,190
	Ogólne poczucie koherencji	<i>r</i>	0,45	-0,72	-0,12
		<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,383
	Poczucie zrozumiałości	<i>r</i>	0,29	-0,64	-0,07
		<i>p</i>	0,037	<0,001	0,604
	Poczucie zaradności	<i>r</i>	0,42	-0,72	-0,17
		<i>p</i>	0,002	<0,001	0,221
	Poczucie sensowności	<i>r</i>	0,52	-0,62	-0,09
		<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,536
Rodzice dzieci bez diagnozy ASD	Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	<i>r</i>	-0,41	0,38	0,04
		<i>p</i>	<0,001	0,001	0,762
	Stres osobisty	<i>r</i>	-0,41	0,45	-0,14
		<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,265
	Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem	<i>r</i>	-0,34	0,28	0,17
		<i>p</i>	0,005	0,021	0,158
	Trudne dziecko	<i>r</i>	-0,33	0,28	0,07
		<i>p</i>	0,005	0,020	0,576
	Ogólne poczucie koherencji	<i>r</i>	0,41	-0,60	-0,02
		<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,899
	Poczucie zrozumiałości	<i>r</i>	0,31	-0,45	0,09
		<i>p</i>	0,010	<0,001	0,455
	Poczucie zaradności	<i>r</i>	0,38	-0,58	-0,10
		<i>p</i>	0,001	<0,001	0,421
	Poczucie sensowności	<i>r</i>	0,41	-0,55	-0,03
		<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,780

Adnotacja. Wyniki istotne statystycznie wyróżniono pogrubieniem. Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała, że w grupie rodziców dzieci z diagnozą ASD styl skoncentrowany na zadaniu korelował istotnie i negatywnie z ogólnym wskaźnikiem stresu rodzicielskiego, stresem osobistym, dysfunkcyjną relacją między rodzicem i dzieckiem oraz postrzeganiem dziecka jako trudnego. Ponadto strategia ta była związana istotnie i pozytywnie z ogólnym poczuciem koherencji, poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wskazuje to, że im częściej rodzice stosowali zadaniowe strategie radzenia sobie, tym niższy poziom stresu odczuwali i tym wyższe było ich poczucie koherencji. Odnotowane efekty wahały się od słabych po silne. Styl skoncentrowany na emocjach był związany istotnie i pozytywnie z ogólnym wskaźnikiem stresu rodzicielskiego, stresem osobistym oraz dysfunkcyjną relacją. Równocześnie zaobserwowano istotne i negatywne relacje tego stylu z ogólnym poczuciem koherencji i jego wszystkimi składowymi. Sugeruje to, że silniejsza tendencja do koncentrowania się na emocjach współwystępowała z większym stresem oraz niższym poczuciem koherencji w tej grupie badanych. Siła tych związków była od umiarkowanej do silnej.

W grupie rodziców dzieci bez diagnozy ASD styl skoncentrowany na zadaniu korelował istotnie i negatywnie ze wszystkimi wymiarami stresu rodzicielskiego. Zmienna ta była również związana istotnie i pozytywnie z ogólnym poczuciem koherencji oraz jego poszczególnymi wymiarami. Oznacza to, że wykorzystywanie tej strategii wiązało się z obniżeniem stresu i wzrostem koherencji u uczestników. Wszystkie efekty dla tych zmiennych okazały się umiarkowane. Z kolei styl skoncentrowany na emocjach był związany istotnie i pozytywnie z ogólnym wskaźnikiem stresu rodzicielskiego, stresem osobistym, dysfunkcyjną relacją oraz oceną dziecka jako trudnego. Z kolei zmienna ta korelowała istotnie i negatywnie z ogólnym poczuciem koherencji, poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wskazuje to, że emocjonalne radzenie sobie łączyło się z większym napięciem i słabszą koherencją. Odnotowane efekty były od słabych po silne.

Związek pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a nasileniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu, na emocjach i unikaniu, a poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji

W kolejnej analizie zweryfikowano, czy wiek, poziom wykształcenia i wielkość miejsca zamieszkania są związane z nasileniem stylu skoncentrowanego na zadaniu, emocjach i unikaniu, a także z poczuciem koherencji i poziomem stresu. W tym celu wykonano nieparametryczną analizę korelacji *rho* Spearmana. Posłużono się korelacją nieparametryczną ze względu na porządkowy charakter zmiennych demograficznych (tabela 11).

Tabela 11

Związek pomiędzy wiekiem, poziomem wykształcenia i wielkością miejsca zamieszkania a nasileniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu, na emocjach i unikaniu a poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji

Zmienna	Współczynnik	Wiek	Poziom wykształcenia	Wielkość miejsca zamieszkania
Styl skoncentrowany na zadaniu	<i>rho</i> Spearmana	0,09	0,09	-0,05
	istotność	0,308	0,325	0,591
Styl skoncentrowany na emocjach	<i>rho</i> Spearmana	0,04	-0,27	-0,10
	istotność	0,670	0,002	0,299
Styl skoncentrowany na unikaniu	<i>rho</i> Spearmana	0,08	-0,22	0,02
	istotność	0,356	0,014	0,820
Angażowanie się w czynności zastępcze	<i>rho</i> Spearmana	0,17	-0,24	-0,04
	istotność	0,056	0,008	0,670
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	<i>rho</i> Spearmana	-0,08	-0,06	-0,01
	istotność	0,403	0,518	0,882
Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	<i>rho</i> Spearmana	-0,07	-0,20	0,05
	istotność	0,418	0,024	0,628
Stres osobisty	<i>rho</i> Spearmana	-0,10	-0,15	0,11
	istotność	0,290	0,107	0,222
Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem	<i>rho</i> Spearmana	-0,02	-0,24	-0,01
	istotność	0,867	0,009	0,898
Trudne dziecko	<i>rho</i> Spearmana	-0,02	-0,19	-0,01
	istotność	0,829	0,039	0,902
Ogólne poczucie koherencji	<i>rho</i> Spearmana	0,09	0,25	0,01
	istotność	0,335	0,006	0,900
Poczucie zrozumiałości	<i>rho</i> Spearmana	0,07	0,14	0,02
	istotność	0,467	0,134	0,797
Poczucie zaradności	<i>rho</i> Spearmana	0,10	0,27	0,04
	istotność	0,277	0,002	0,644
Poczucie sensowności	<i>rho</i> Spearmana	0,07	0,29	-0,02
	istotność	0,455	<0,001	0,869

Adnotacja. Wyniki istotne statystycznie wyróżniono pogrubieniem. Źródło: opracowanie własne

Poziom wykształcenia w badanej grupie był związany istotnie i negatywnie ze stylem skoncentrowanym na emocjach, stylem skoncentrowanym na unikaniu oraz angażowaniem się w czynności zastępcze. Oznacza to, że im wyższe wykształcenie posiadali badani, tym rzadziej

stosowali te strategie radzenia sobie ze stresem. Odnotowane efekty okazały się słabe. Poziom wykształcenia był także związany istotnie i negatywnie z ogólnym wskaźnikiem stresu rodzicielskiego, dysfunkcyjną relacją między rodzicem i dzieckiem oraz z oceną dziecka jako trudnego. Wskazuje to, że rodzice z wyższym wykształceniem doświadczali niższego poziomu stresu w tych konkretnych wymiarach. Siła wszystkich tych relacji była słaba. Ponadto poziom wykształcenia korelował istotnie i pozytywnie z ogólnym poczuciem koherencji, poczuciem zaradności oraz poczuciem sensowności. Sugeruje to, że im wyższy był poziom wykształcenia uczestników, tym silniejsze było ich poczucie koherencji we wskazanych aspektach. Odnotowane efekty dla tych zmiennych były słabe.

Zróźnicowanie w poziomie stresu rodzicielskiego, nasileniu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji pomiędzy rodzicami dzieci z ASD, których dzieci reagują i odpowiadają, a tymi których dzieci nie reagują

W kolejnym kroku wykorzystano test *t*-Studenta dla prób niezależnych, by sprawdzić, czy rodzice dzieci z ASD, które reagują i odpowiadają na mowę różnią się pod względem poziomu stresu, stylów radzenia sobie ze stresem i koherencji od rodziców dzieci z ASD, których dziecko nie reaguje (np. nie odpowiada, nie wskazuje, nie podejmuje prób komunikacji). Wyniki znajdują się w tabeli 12 i na wykresie 13.

Tabela 12

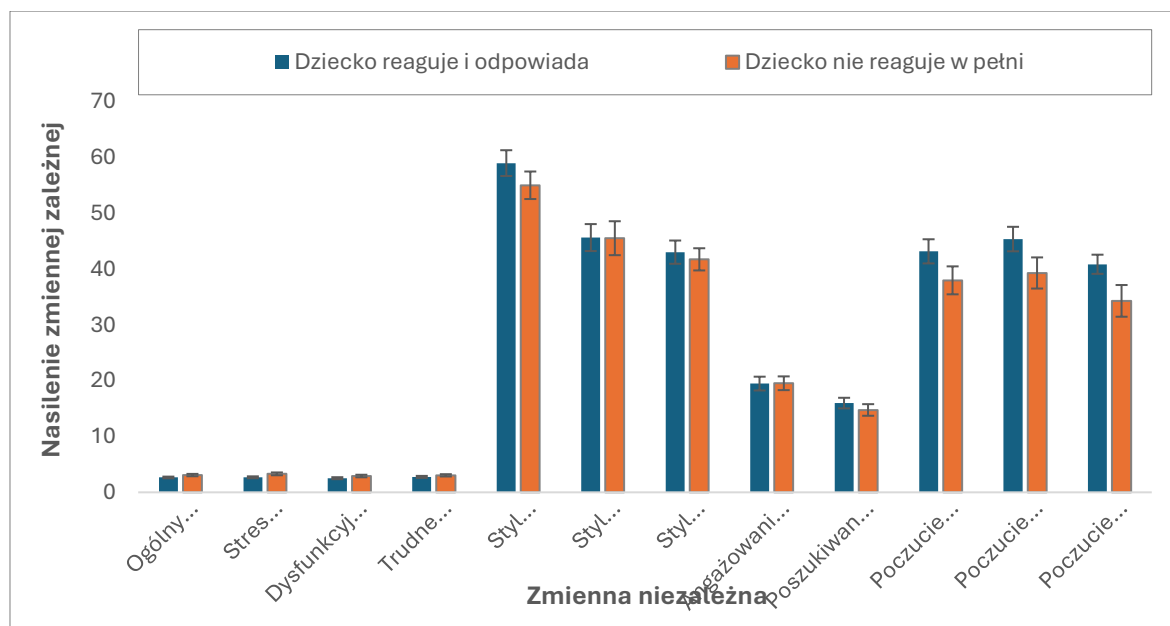
Porównanie średnich dla poziomu stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji pomiędzy rodzicami dzieci z ASD, których dzieci reagują i odpowiadają, a tymi których dzieci nie reagują

Zmienna zależna	Dziecko reaguje i odpowiada (n = 24)		Dziecko nie reaguje w pełni (n = 29)		t	df	p	d
	M	SD	M	SD				
Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	3,05	0,65	3,38	0,57	-1,95	51	0,056	0,54
Stres osobisty	2,84	0,81	3,62	0,72	-3,68	51	0,001	1,02
Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem	2,95	0,73	3,21	0,60	-1,41	51	0,163	0,39
Trudne dziecko	3,35	0,72	3,31	0,60	0,24	51	0,810	0,07
Styl skoncentrowany na zadaniu	58,25	9,58	54,76	7,16	1,52	51	0,136	0,42
Styl skoncentrowany na emocjach	45,25	13,96	46,93	9,07	-0,51 ^a	38,06	0,614	0,15
Styl skoncentrowany na unikaniu	43,79	10,53	41,34	5,73	1,02 ^a	33,99	0,315	0,30
Angażowanie się w czynności zastępcze	19,79	6,80	19,76	3,94	0,02 ^a	35,33	0,983	0,01
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	16,42	4,29	14,28	2,86	2,09 ^a	38,75	0,043	0,60
Ogólne poczucie koherencji	124,58	29,13	102,48	22,03	3,14	51	0,003	0,87
Poczucie zrozumiałości	40,96	11,35	35,66	7,71	2,02	51	0,049	0,56
Poczucie zaradności	43,75	11,37	36,38	8,95	2,64	51	0,011	0,73
Poczucie sensowności	39,88	8,55	30,45	8,21	4,08	51	<0,001	1,13

Adnotacja. n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – wartość statystyki testowej; df – stopnie swobody; p – prawdopodobieństwo statystyki testowej; d Cohena – wielkość efektu. Wyniki istotne statystycznie wyróżniono pogrubieniem.^a Test Levene'a okazał się istotny statystycznie – zaraportowano wynik z poprawką Welcha. Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała istotne statystycznie różnice dla stresu osobistego, poszukiwania kontaktów towarzyskich oraz ogólnego poczucia koherencji i jego podskal (poczucia zaradności, zrozumiałości i sensowności). Okazało się, że badani mający dziecko z ASD, które reaguje i odpowiada mieli średnio niższy poziom stresu oraz wyższy poziom koherencji ogólnej (i podskal) w porównaniu do rodziców dzieci z ASD, których dziecko nie reagowało. Cechowali się oni też niższym poziomem stresu osobistego niż badani, których dziecko nie podejmowało prób komunikacji. Różnice te wahały się od umiarkowanych po silne.

Rysunek 13. Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji pomiędzy rodzicami dzieci z ASD, których dzieci reagują i odpowiadają, a tymi, których dzieci nie reagują.



Adnotacja. Słupki błędów stanowią 95% przedziały ufności średnich. Źródło: Opracowanie własne

Przewidywanie poziomu stresu rodzicielskiego na podstawie posiadania dziecka z diagnozą, poczucia zrozumiałości, sensowności, stylów radzenia sobie ze stresem, płci dziecka i reagowania dziecka na mowę

Na następnym etapie analizy, w celu pogłębienia wyników wcześniej przeprowadzonych analiz korelacji wykonano analizę regresji metodą wprowadzenia. W analizie sprawdzono, czy poziom stresu rodzicielskiego jest wyjaśniany poprzez diagnozę, poczucie zrozumiałości, sensowności, wyniki poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem, płeć dziecka i reagowanie dziecka na mowę. Współczynnik VIF wykroczył poza 3 co wskazywało na występowanie współliniowości między zmiennymi. Z tego powodu z modelu usunięto poczucie zaradności. Po usunięciu tej zmiennej z modelu problem współliniowości przestał występować. Szczegółowe wyniki analizy wraz ze standaryzowanymi i niestandaryzowanymi współczynnikami regresji przedstawione są w tabeli 13.

Tabela 13

Model regresji przewidujący poziom stresu rodzicielskiego na podstawie posiadania dziecka z diagnozą, poczucia zrozumiałości, sensowności, stylów radzenia sobie ze stresem, płci dziecka i reagowania dziecka na mowę

Predyktor	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>F</i>(8, 113) = 20,36; <i>p</i> < 0,001; <i>R</i>²_{adj.} = 0,561					
(Stała)	5,71	0,62		9,22	<0,001
Posiadanie dziecka z diagnozą ASD (1 – tak; 2 – nie)	-0,43	0,10	-0,29	-4,25	<0,001
Poczucie zrozumiałości	-0,01	0,01	-0,09	-1,05	0,295
Poczucie sensowności	-0,03	0,01	-0,41	-4,08	<0,001
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,02	0,01	-0,21	-3,09	0,002
Styl skoncentrowany na emocjach	0,00	0,01	0,06	0,66	0,508
Styl skoncentrowany na unikaniu	0,00	0,01	0,03	0,52	0,601
Płeć dziecka (1 – żeńska; 2 – męska)	-0,03	0,09	-0,02	-0,33	0,741
Reakcja dziecka na mowę (1 – reaguje i odpowiada; 2 – nie reaguje w pełni)	-0,01	0,10	-0,01	-0,10	0,921

Adnotacja. *b* – współczynnik niestandardowy regresji; *SE* – błąd standardowy; *Beta* – współczynnik standaryzowany regresji; *t* – wynik testu *t* Studenta; *F* – wynik analizy wariancji; *p* – prawdopodobieństwo statystyki testowej; *R*²_{adj.} – skorygowane R-kwadrat. Wyniki istotne statystycznie wyróżniono pogrubieniem. Zmienna zależna: Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego. Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała, że testowany model istotnie przewiduje ogólny poziom stresu rodzicielskiego. Model ten wyjaśnia 56,1% wariancji tej zmiennej.

Istotnymi predyktorami zmiennej zależnej okazało się posiadanie dziecka z diagnozą, poczucie sensowności i nasilenie stylu skoncentrowanego na zadaniu. Wartości standaryzowanych współczynników regresji *Beta* wskazują na to, że poziom stresu był tym większy, im badani mieli mniejsze poczucie sensowności, im rzadziej koncentrowali się na zadaniu oraz wśród rodziców dzieci z diagnozą ASD. Najsilniejszym predyktorem było poczucie sensowności.

Zróźnicowanie w poziomie stresu rodzicielskiego, nasileniu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między badanymi pozostającymi w związku i stanu wolnego

Następnie wykonano nieparametryczny test *U* Manna-Whitney’a, by zweryfikować, czy stan cywilny respondentów różnicował poziom stresu rodzicielskiego, nasilenie stylów radzenia sobie ze stresem i poczucie koherencji. Posłużono się testem nieparametrycznym ze względu na brak równolicznych prób badawczych (tabela 14, wykres 14).

Tabela 14

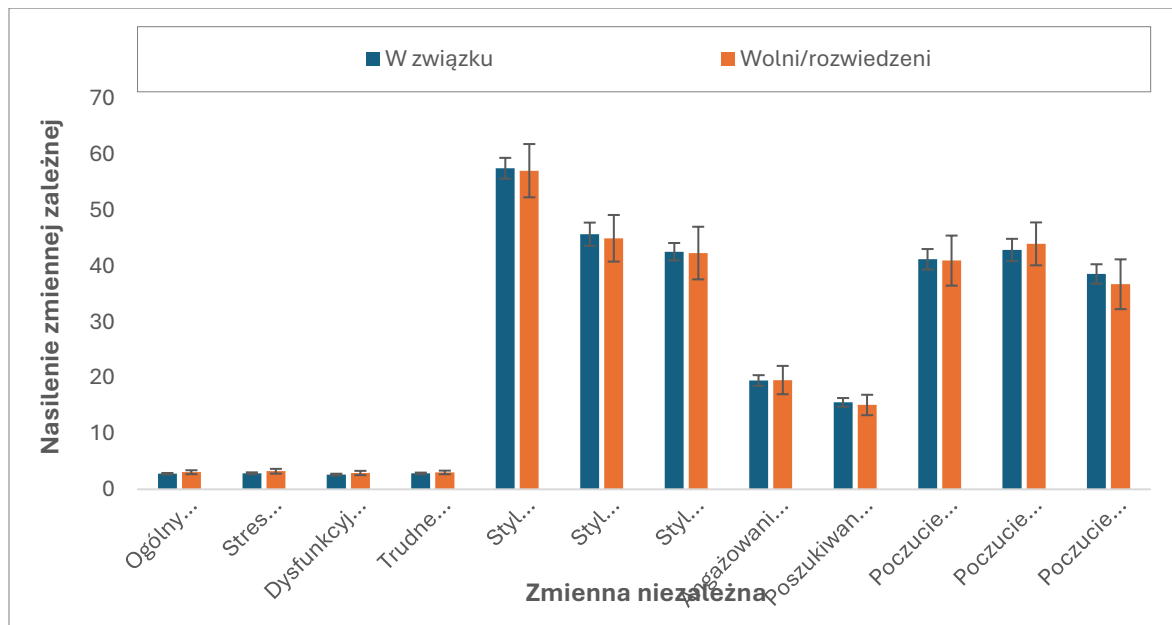
Porównanie średnich dla poziomu stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między badanymi będącymi w związkach i stanu wolnego

Zmienna zależna	W związku ($n = 105$)			Wolni/rozwiedzeni ($n = 17$)			Z	p	η^2
	średnia ranga	M	Mdn	średnia ranga	M	Mdn			
Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	59,83	2,79	2,83	71,82	3,07	3,11	-1,30	0,194	0,01
Stres osobisty	59,40	2,88	2,67	74,47	3,25	3,33	-1,63	0,103	0,02
Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem	59,64	2,65	2,67	72,97	2,93	3,17	-1,44	0,149	0,02
Trudne dziecko	60,48	2,85	2,92	67,79	3,03	3,00	-0,79	0,429	<0,01
Styl skoncentrowany na zadaniu	62,24	57,54	60,00	56,94	57,12	56,00	-0,57	0,566	<0,01
Styl skoncentrowany na emocjach	61,86	45,72	45,00	59,29	45,00	45,00	-0,28	0,781	<0,01
Styl skoncentrowany na unikaniu	61,82	42,59	42,00	59,50	42,35	43,00	-0,25	0,801	<0,01
Angażowanie się w czynności zastępcze	61,15	19,50	19,00	63,65	19,59	19,00	-0,27	0,787	<0,01
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	61,80	15,59	15,00	59,62	15,12	16,00	-0,24	0,812	<0,01
Ogólne poczucie koherencji	61,58	122,74	122,00	61,00	121,76	126,00	-0,06	0,950	<0,01
Poczucie zrozumiałości	61,36	41,23	41,00	62,38	41,00	43,00	-0,11	0,912	<0,01
Poczucie zaradności	61,20	42,90	44,00	63,35	44,00	44,00	-0,23	0,816	<0,01
Poczucie sensowności	62,42	38,61	40,00	55,79	36,76	37,00	-0,72	0,473	<0,01

Adnotacja. n – liczba obserwacji; M – średnia; Mdn – mediana; Z – wartość statystyki testowej; p – prawdopodobieństwo statystyki testowej; η^2 – wskaźnik siły efektu. Wyniki istotne statystycznie wyróżniono pogrubieniem. Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała brak istotnych statystycznie różnic. Oznacza to, że porównywane grupy nie różnią się między sobą pod względem porównywanych zmiennych.

Rysunek 14. Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji pomiędzy badanymi będącymi w związkach i stanu wolnego.



Adnotacja. Słupki błędów stanowią 95% przedziały ufności średnich. Źródło: Opracowanie własne

Zróźnicowanie w poziomie stresu rodzicielskiego, nasileniu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między badanymi, którzy są aktywni i nieaktywni zawodowo.

By zweryfikować, czy badani pracujący zawodowo różnili się od niepracujących pod względem stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji przeprowadzono porównanie za pomocą nieparametrycznego testu *U* Manna-Whitney'a. Ponownie wykonano test nieparametryczny ze względu na brak równolicznych prób badawczych (tabela 15, wykres 15).

Tabela 15

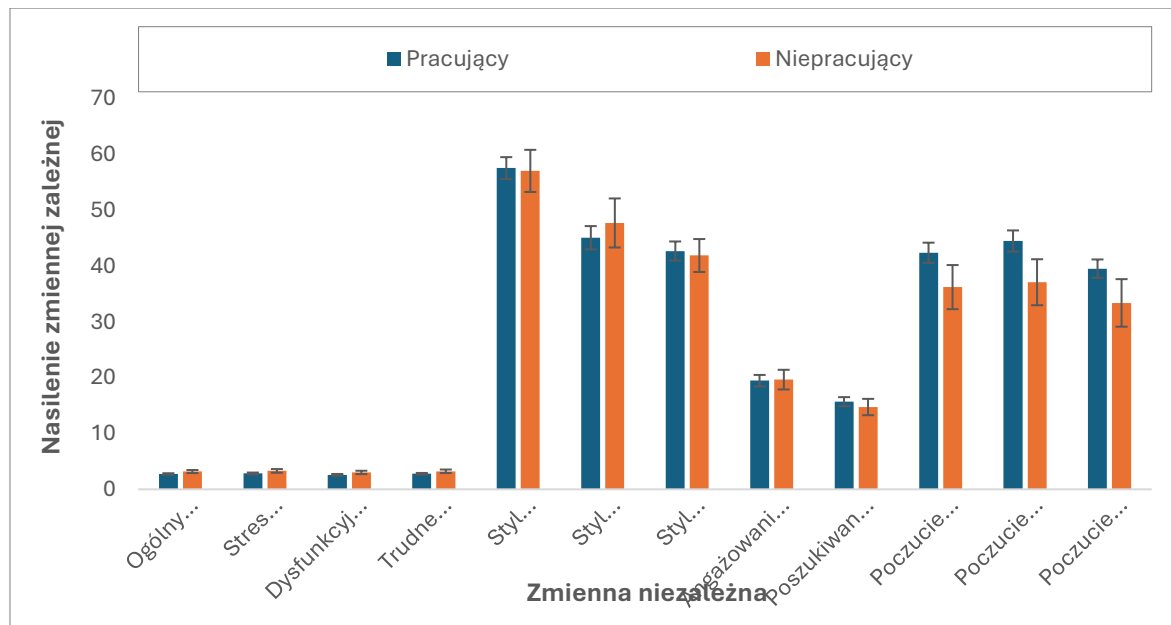
Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między badanymi aktywnymi i nieaktywnymi zawodowo

Zmienna zależna	Pracujący (n = 98)			Niepracujący (n = 24)			Z	p	η^2
	średnia ranga	M	Mdn	średnia ranga	M	Mdn			
Ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego	57,39	2,74	2,74	78,29	3,19	3,13	-2,60	0,009	0,06
Stres osobisty	57,74	2,84	2,67	76,85	3,31	3,38	-2,38	0,018	0,05
Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem	58,15	2,60	2,50	75,19	3,03	3,00	-2,12	0,034	0,04
Trudne dziecko	57,34	2,79	2,75	78,48	3,24	3,33	-2,63	0,009	0,06
Styl skoncentrowany na zadaniu	61,38	57,58	58,00	62,00	57,08	60,50	-0,08	0,938	<0,01
Styl skoncentrowany na emocjach	59,72	45,10	45,00	68,77	47,75	48,00	-1,12	0,261	0,01
Styl skoncentrowany na unikaniu	62,18	42,71	42,00	58,71	41,92	41,50	-0,43	0,666	<0,01
Angażowanie się w czynności zastępcze	61,04	19,48	19,00	63,38	19,67	19,50	-0,29	0,771	<0,01
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	63,34	15,71	16,00	54,00	14,75	15,00	-1,16	0,245	0,01
Ogólne poczucie koherencji	66,56	126,48	125,00	40,83	106,79	102,50	-3,20	0,001	0,08
Poczucie zrozumiałości	65,91	42,41	42,00	43,48	36,25	34,50	-2,79	0,005	0,06
Poczucie zaradności	66,54	44,51	45,00	40,94	37,13	36,00	-3,18	0,001	0,08
Poczucie sensowności	65,85	39,56	40,00	43,75	33,42	32,50	-2,75	0,006	0,06

Adnotacja. n – liczba obserwacji; M – średnia; Mdn – mediana; Z – wartość statystyki testowej; p – prawdopodobieństwo statystyki testowej; η^2 – wskaźnik siły efektu. Wyniki istotne statystycznie wyróżniono pogrubieniem. Źródło: opracowanie własne

Porównywane grupy różniły się w zakresie ogólnego wskaźnika stresu rodzicielskiego, stresu osobistego, dysfunkcyjnej relacji między rodzicem i dzieckiem, trudnego dziecka, ogólnego poczucia koherencji oraz poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Badani niepracujący mieli średnio wyższy poziom stresu (w każdej z podskal) a także niższy poziom koherencji, zrozumiałości, zaradności i sensowności, w porównaniu do badanych pracujących zawodowo. Różnice te były umiarkowane. Jedynie dla oceny dysfunkcji relacji między rodzicem i dzieckiem odnotowano słabą różnicę.

Rysunek 15. Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między badanymi, którzy są aktywni i nieaktywni zawodowo.

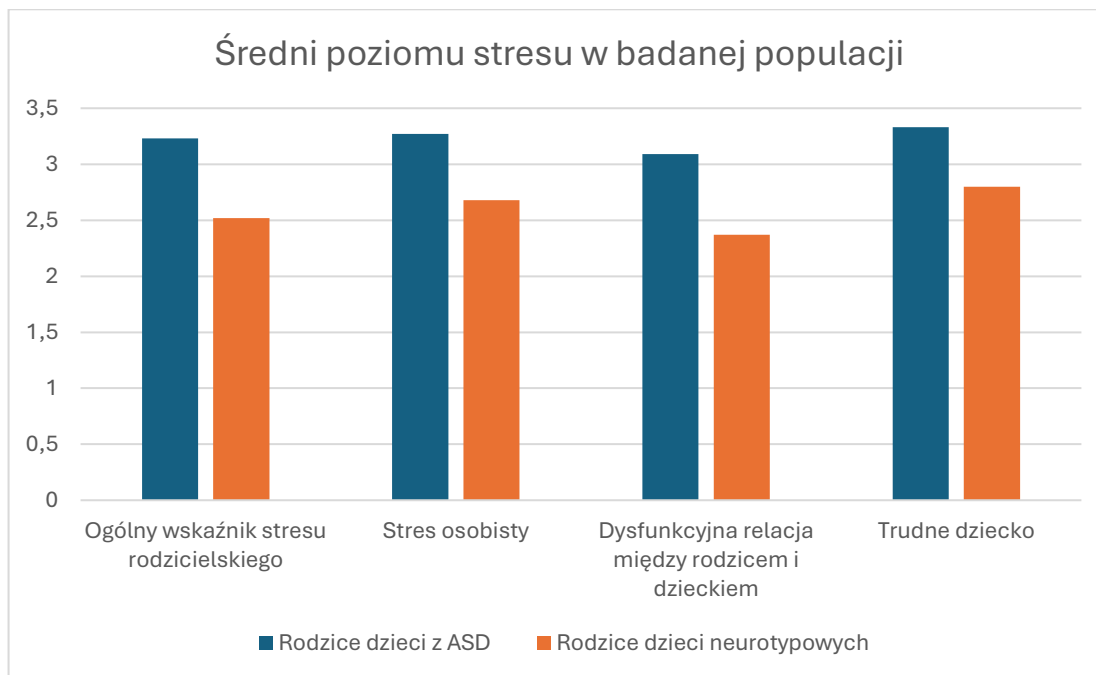


Adnotacja. Słupki błędów stanowią 95% przedziały ufności średnich. Źródło: Opracowanie własne

5.2 Weryfikacja hipotez badawczych

W celu weryfikacji hipotezy głównej mówiącej o tym, że istnieją znaczące różnice w poziomie stresu rodzicielskiego, stylu radzenia sobie ze stresem i poziomie poczucia koherencji u rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu przeprowadzono test *t*-Studenta dla prób niezależnych. Na podstawie uzyskanych wyników przyjmuje się hipotezę główną za prawdziwą, ponieważ obie grupy badanych rodziców odbiegały od siebie zarówno pod względem poziomu stresu rodzicielskiego, poczucia koherencji, jak również nasilenia stosowania wybranego stylu radzenia sobie ze stresem. H:1, zakładała występowanie wyższego poziomu stresu rodzicielskiego zarówno w wymiarze ogólnym, jak i podskalach (Stres osobisty, Dysfunkcyjna relacja między rodzicem i dzieckiem, Trudne dziecko) u rodziców dzieci z ASD w porównaniu do rodziców dzieci rozwijających się typowo. Uzyskane wyniki zaprezentowano na rysunku numer 16.

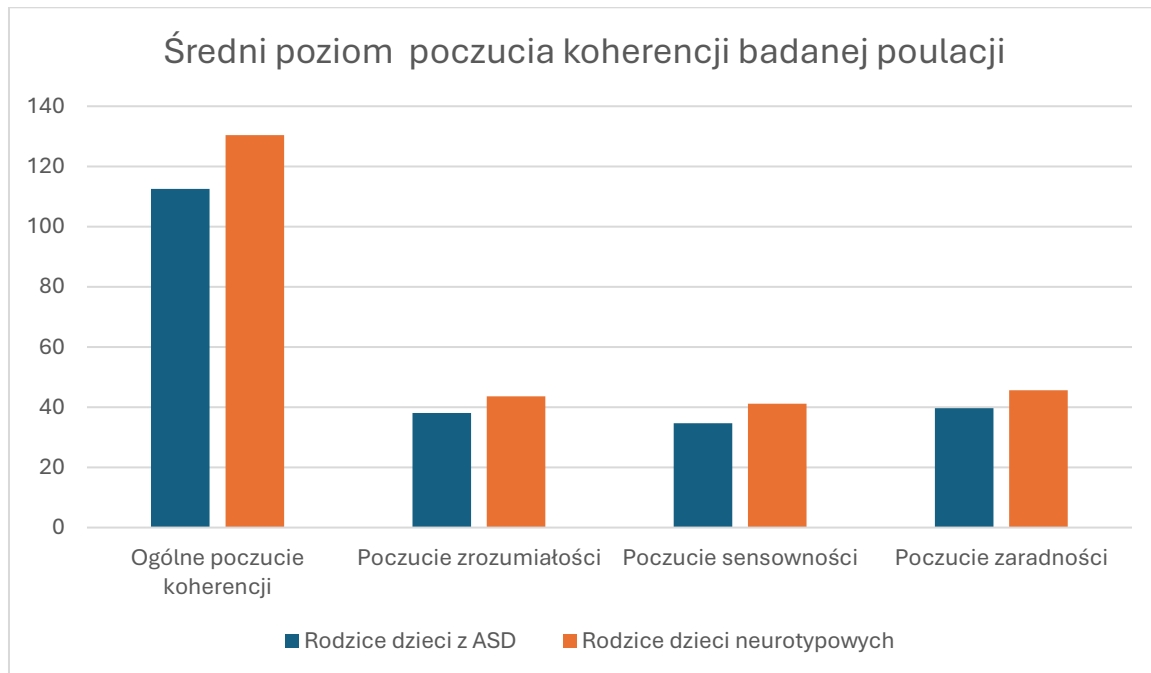
Rysunek 16. Porównanie średniego poziomu stresu rodzicielskiego rodziców dzieci z ASD i rodziców dzieci neurotypowych.



Źródło: opracowanie własne

H:1 uznaje się za słuszną, gdyż rodzice dzieci z ASD mieli średnio wyższy poziom stresu rodzicielskiego, oceniali dziecko jako trudniejsze, a relację jako bardziej dysfunkcyjną w porównaniu do rodziców posiadających potomka bez tego zaburzenia. Wyniki te są zrozumiałe w kontekście specyfiki funkcjonowania dzieci z ASD, która wiąże się z większym obciążeniem opiekunów. Stałe napięcie, trudności w przewidywaniu reakcji i zachowań dziecka, konieczność ciągłej gotowości do reagowania oraz presja otoczenia mogą prowadzić do przewlekłego stresu, którego konsekwencje ujawniają się często w dłuższej perspektywie. H:2 przyjmowała, iż rodzice dzieci rozwijających się typowo prezentują wyższy poziom poczucia koherencji w wymiarze ogólnym i w podwymiarach w stosunku do rodziców dzieci z ASD. Rezultaty badania zamieszczono na rysunku numer 17.

Rysunek 17. Porównanie średniego poziomu poczucia koherencji rodziców dzieci z ASD i rodziców dzieci neurotypowych.

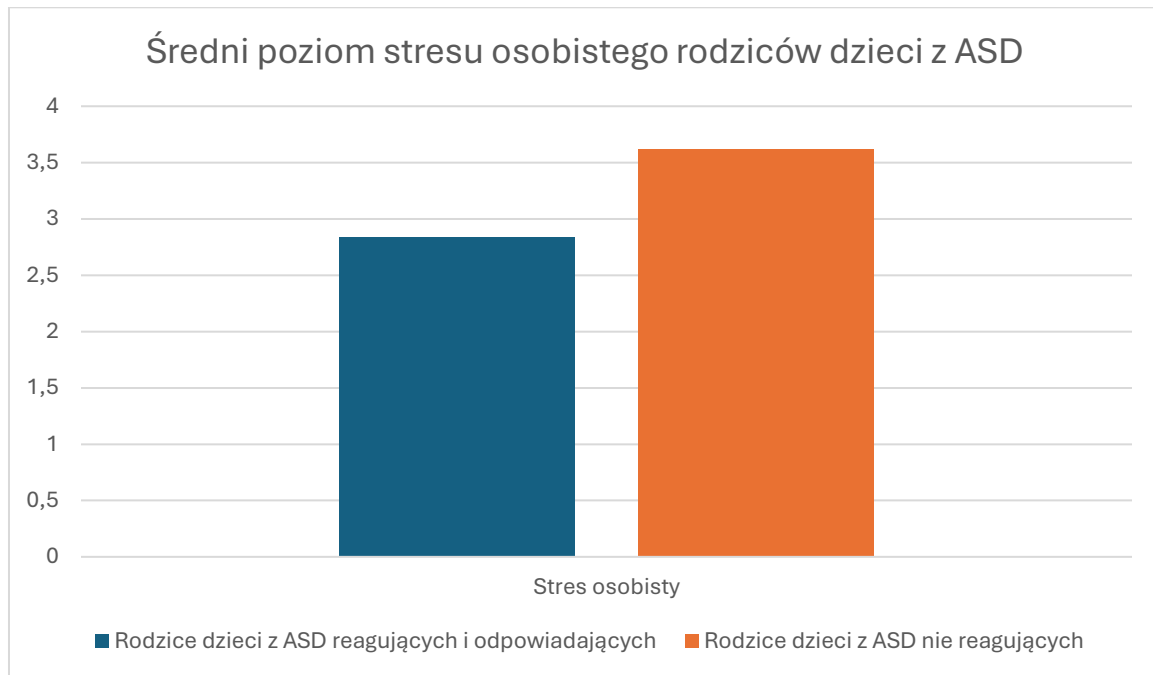


Źródło: opracowanie własne

H:2 uznaje się za zasadną, ponieważ rodzice dzieci neurotypowych prezentowali średnio wyższy poziom poczucia koherencji w wymiarze ogólnym oraz podwymiarach: sensowność, zaradność i zrozumiałość. Bardziej przewidywalne i stabilne środowisko sprzyja budowaniu oraz utrzymaniu wyższego poziomu poczucia koherencji. W takich warunkach łatwiej jest dostrzegać sens własnych działań, obserwować ich efekty oraz rozumieć pojawiające się trudności, co umożliwia podejmowanie skutecznych działań w celu ich przezwyciężenia. H:3 głosiła, iż wysoki wskaźnik stresu rodzicielskiego skutkuje częstszym wyborem stylu skoncentrowanego na emocjach w sytuacjach trudnych. Chcąc zweryfikować powyższą hipotezę przeprowadzono analizę korelacji r Pearsona, w wyniku której stwierdzono, iż występuje istotna i pozytywna korelacja pomiędzy poziomem stresu zarówno w wymiarze ogólnym, jak i podwymiarach (SO, DRRD, TD), a stylem skoncentrowanym na emocjach. A więc im bardziej zestresowany jest rodzic i ocenia swoją relację z dzieckiem jako wymagającą, a dziecko jako trudne, tym bardziej w obliczu stresu koncentruje się na swoich emocjach. Jest to swoisty mechanizm obronny pozwalający zatroszczyć się o własne samopoczucie w obliczu problemów, na które nie ma realnie wpływu. Ta zależność może dotyczyć zarówno rodziców dzieci ze spektrum autyzmu, jak również rodziców dzieci rozwijających się typowo. H:4 Poziom poczucia koherencji pozostaje istotnie związany z poziomem stresu rodzicielskiego oraz stylami radzenia sobie ze stresem w badanej grupie

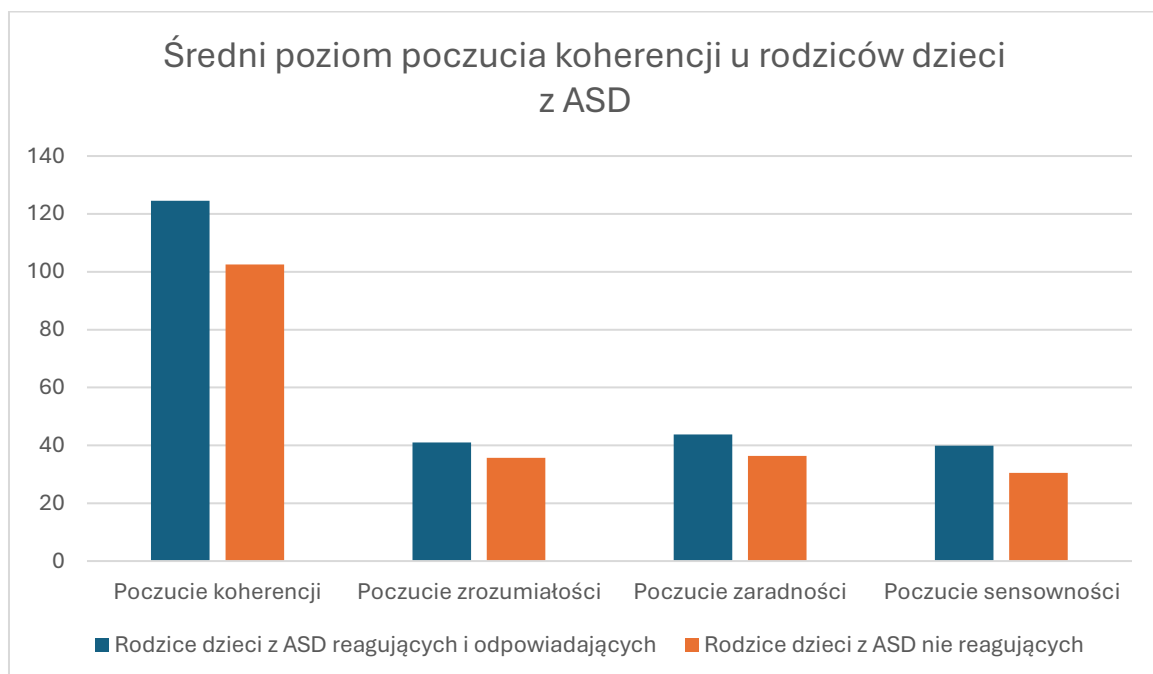
rodziców. Hipoteza ta jest prawdziwa, gdyż na podstawie wykonanej analizy r Pearsona potwierdzono silny związek pomiędzy poczuciem koherencji a poziomem stresu rodzicielskiego, jak i preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem. Zaobserwowano, iż wyższe poczucie koherencji współwystępowało z częstszym stosowaniem stylu skoncentrowanego na zadaniu oraz poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Jednocześnie wyższe poczucie koherencji wiązało się z rzadszym stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach oraz angażowaniu się w czynności zastępcze. Wyniki wykazały również, że wyższy poziom poczucia koherencji był związany z niższym nasileniem stresu rodzicielskiego. Tak więc można stwierdzić, iż poczucie koherencji może pełnić funkcję zasobu ochronnego, ponieważ obniża poziom stresu rodzicielskiego oraz pozwala na stosowanie bardziej adaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem. H:5 dotyczyła wpływu poziomu wykształcenia rodziców na najczęściej wybierany styl radzenia sobie ze stresem, ogólny wskaźnik stresu rodzicielskiego i poczucie koherencji. W celu jej weryfikacji przeprowadzono nieparametryczną analizę korelacji ρ Spearmana. Na podstawie otrzymanych wyników stwierdza się, iż im wyższe wykształcenie posiadali rodzice tym rzadziej w sytuacjach stresowych stosowali styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na unikaniu i angażowanie się w czynności zastępcze. Ponadto poziom wykształcenia korelował ujemnie z ogólnym poziomem stresu rodzicielskiego, dysfunkcyjną relacją pomiędzy rodzicem i dzieckiem oraz postrzeganiem dziecka jako trudne. Wpływ poziomu wykształcenia w badanej populacji odnotowano również w zakresie poczucia koherencji oraz jej podwymiarów: poczucia zaradności i poczucia sensowności. Być może prawidłowość ta wynikała z lepszego zrozumienia pojawiających się trudności i bardziej umiejętnego reagowania na nie poprzez podejmowanie właściwych inicjatyw w celu rozwiązania trudności. H:6 poruszała temat tego, jak możliwość komunikacji z dzieckiem ze spektrum autyzmu wpływa na poziom stresu osobistego rodziców i poczucie koherencji. Aby sprawdzić jej zasadność przeprowadzono test t -Studenta. Dane zobrazowano na rysunku numer 18.

Rysunek 18. Porównanie średniego poziomu stresu osobistego w grupie rodziców dzieci z ASD.



Źródło: opracowanie własne

Rysunek 19. Porównanie średniego poziomu poczucia koherencji wśród rodziców dzieci z ASD.

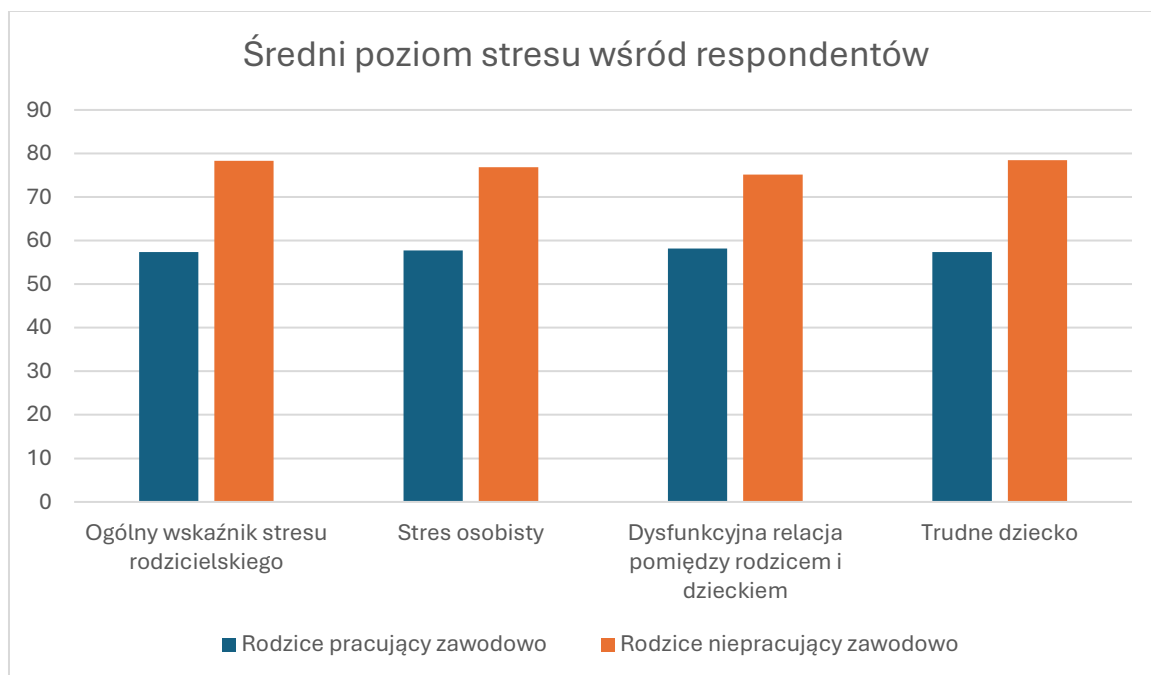


Źródło: opracowanie własne

Możliwość nawiązywania kontaktu z potomkiem znacząco obniża poziom stresu osobistego u rodziców oraz sprzyja wyższemu poczuciu koherencji zarówno w wymiarze ogólnym, jak i poszczególnych podwymiarach (sensowności, zaradności, zrozumiałości). Wzajemna komunikacja umożliwia nie tylko budowanie trwałej więzi pomiędzy rodzicem i dzieckiem, lecz także pozwala na przekazywanie informowanie o potrzebach, emocjach, trudnościach obu stron. H:7 głosiła, iż pozostawanie w związku ma wpływa na odczuwalny poziom stresu rodzicielskiego i poczucie koherencji. H:7 nie znalazła potwierdzenia, ponieważ przeprowadzona analiza nie wykazała zależności pomiędzy pozostawaniem w związku, a poziomem stresu rodzicielskiego, czy poziomem poczucia koherencji. Możliwe, iż samo formalne trwanie w relacji nie jest równoznaczne z doświadczeniem wsparcia i zrozumienia. Kluczowe znaczenia będzie mieć jakość relacji, jaką rodzic buduje z partnerem. Nawet samotne rodzicielstwo, jeżeli towarzyszy mu adekwatne wsparcie społeczne, może być mniej obciążające niż pozostawanie w toksycznym związku. H:7 zostaje odrzucona.

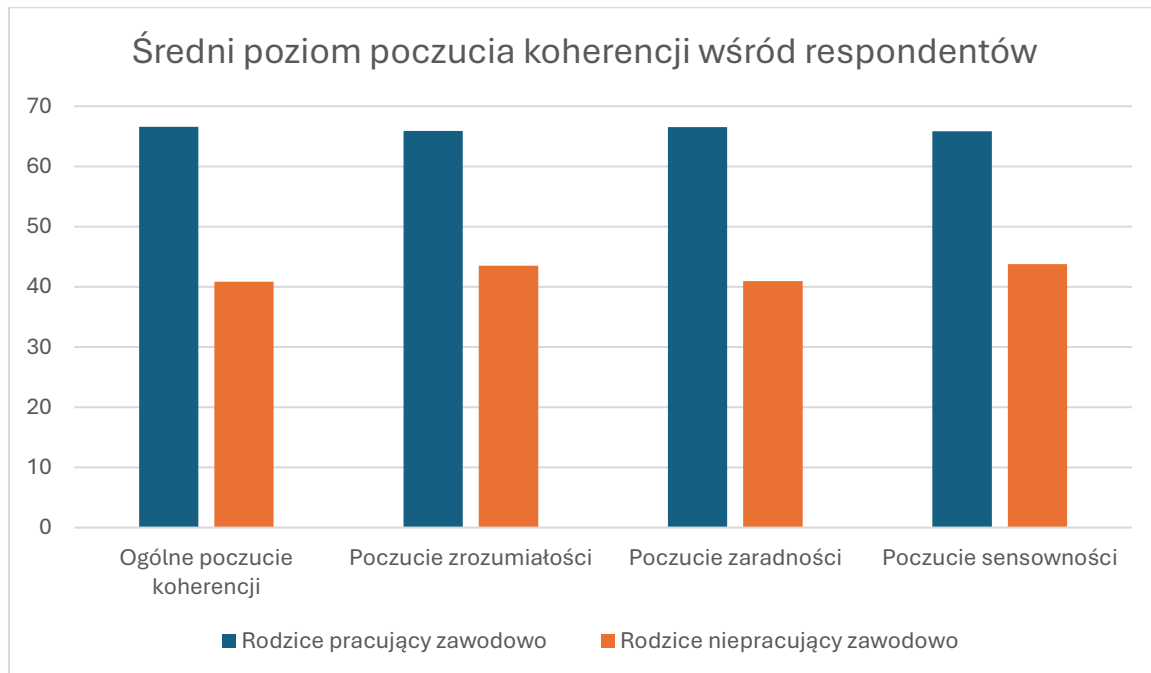
H:8 Wykonywanie pracy zawodowej wśród badanych rzutuje na poziom stresu rodzicielskiego i poczucie koherencji. W celu weryfikacji powyższej hipotezy przeprowadzono test *U* Manna-Whitney'a. Wyniki zaprezentowano na rysunkach numer 20 i 21.

Rysunek 20. Porównanie średniego poziomu stresu wśród rodziców aktywnych i nieaktywnych zawodowo.



Źródło: opracowanie własne

Rysunek 21. Porównanie średniego poziomu poczucia koherencji wśród rodziców aktywnych i nieaktywnych zawodowo.



Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie rodziców zaobserwowano istotne różnice w ogólnym poziomie stresu rodzicielskiego oraz jego podskalach: stresie osobistym, dysfunkcyjnej relacji z dzieckiem i ocenie dziecka jako trudnego. Wyraźne rozbieżności odnotowano również w poziomie poczucia koherencji i jego podwymiarach poczuciu: zrozumiałości, zaradności i sensowności. W związku z tym należy uznać H:8 za słuszną. Aktywność zawodowa może pełnić funkcję czynnika ochronnego, ponieważ umożliwia rodzicom zachowanie poczucia sprawczości, realizowanie się w innych rolach oraz podejmowanie pozytywnych interakcji społecznych.

H9: Wyższy poziom stresu rodzicielskiego występował u rodziców dzieci ze spektrum autyzmu, którzy charakteryzowali się niższym poziomem poczucia sensowności oraz rzadziej stosowali zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem. Na podstawie przeprowadzonej analizy regresji uznaje się powyższą hipotezę za prawdziwą. Analiza wykazała, że istotnymi predyktorami poziomu stresu rodzicielskiego były: posiadanie dziecka z ASD, poziom poczucia sensowności oraz nasilenie stosowania stylu skoncentrowanego na zadaniu. Wyższym poziomem stresu był powiązany z byciem rodzicem dziecka z ASD, natomiast wysokie poczucie sensowności oraz zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem mogą pełnić funkcję czynników ochronnych zmniejszających odczuwanie stresu rodzicielskiego.

Przeprowadzone badania pozwoliły na weryfikację postawionych hipotez dotyczących poziomu stresu, poczucia koherencji oraz stylów radzenia sobie ze stresem wśród rodziców

dzieci ze spektrum autyzmu i rodziców dzieci rozwijających się typowo. Uzyskane wyniki wskazują na to, że funkcjonowanie rodziców dzieci z ASD jest obarczone większym obciążeniem psychofizycznym, co znajduje odzwierciedlenie zarówno w wyższym poziomie odczuwalnego stresu, niższym poziomie poczucia koherencji, jak i preferowanych stylach radzenia sobie ze stresem. Zaskakującym okazał się fakt, iż w badanej grupie rodziców pozostawanie w związku nie rzutowało na odczuwalny poziom stresu i poczucie koherencji. Można domniemywać, że wynika to z jakości więzi między partnerami i wsparcia otrzymywanego w życiu codziennym. Bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na poziom stresu rodziców dzieci z ASD była możliwość komunikacji z potomkiem. Rodzice dzieci, które reagowały i odpowiadały mieli zarówno niższy poziom stresu, jak i wyższe poczucie koherencji. Natomiast wyższy poziom wykształcenia rodziców różnicował zarówno poziom stresu, jak i preferowane style radzenia sobie ze stresem oraz korelował dodatnio z poziomem poczucia koherencji. Zaobserwowano również związek pomiędzy aktywnością zawodową, a poziomem stresu i poczucia koherencji. Wspierając rodziców dzieci z ASD warto uwzględnić czynniki ochronne, które obniżały poziom stresu rodzicielskiego tj. poczucie koherencji szczególnie jego podwymiar poczucie sensowności, w miarę możliwości zachęcać ich do zdobywania wiedzy i budowania kariery zawodowej (nawet w niepełnym wymiarze) oraz wspomagać w podejmowaniu aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Dyskusja

Rodzicielstwo to jedno z najbardziej złożonych i wielowymiarowych doświadczeń w życiu człowieka. Niesie ze sobą ogrom uczuć, ale i niespotykanej determinacji. Gdy na świat przychodzi dziecko prawie każdy rodzic w myślach roztacza wizję jego wspaniałej przyszłości. Zderzenie się z diagnozą potomka jest tym boleśniesz, im później następuje. Jeżeli spektrum autyzmu nie jest sprzężone z innymi niepełnosprawnościami to często dotarcie do przyczyn trudnych zachowań dziecka zajmuje lata. Jak pogodzić się z tym, że dziecko nie mówi i nie nawiązuje prób komunikacji lub z tym, że w wieku 7 lat jest znawcą lotnictwa cywilnego, ale nie potrafi funkcjonować z rówieśnikami? Jak wytłumaczyć pani w sklepie, że dziecko „turlające się po posadzce” nie jest niegrzeczne, a przebodźcowane? To tylko przykłady nielicznych dylematów, z którymi każdego dnia borykają się rodzice dzieci ze spektrum autyzmu.

Celem badań zaprezentowanych w niniejszej rozprawie, było porównanie poziomu stresu rodzicielskiego, poczucia koherencji oraz stylów radzenia sobie ze stresem u rodziców dzieci z ASD i rodziców dzieci rozwijających się typowo. Sprawdzono hipotezę główną oraz dziewięć hipotez szczegółowych. Analiza zgromadzonych danych wskazuje, że przyjęty cel został zrealizowany. Badania wykazały podwyższony poziom stresu rodzicielskiego zarówno wymiarze ogólnym, jak i jego podwymiarach, co jest zgodne z dotychczas prezentowanymi wynikami w literaturze np. (Dąbrowska, A., Pisula, E., 2010). W przytoczonym artykule dokonano jednak również podziału grupy badawczej na matki i ojców co niestety było niemożliwe w niniejszej pracy z uwagi na liczebność grup (tylko 12 mężczyzn vs 41 kobiet). Autorki potwierdziły również, iż stosowany styl radzenia sobie ze stresem wpływa na poziom odczuwalnego stresu. Co ciekawe, zarówno w przywołanej publikacji naukowej, jak również w opracowaniach innych autorów stwierdzono odwrotną zależność niż tą zaprezentowaną w pracy. Wyższe wykształcenie wiązało się bowiem z większym stresem u rodziców (Efstratopoulou, M., Sofologi, M., Giannoglou, S., Bonti, E., 2022). W celu weryfikacji zaistniałej rozbieżności w kolejnym kroku należałoby, zwiększyć próbę badawczą rodziców dzieci z ASD i dokonać analizy tylko w ich gronie. Ważnym predyktorem poziomu stresu rodzicielskiego u rodziców dzieci ze spektrum autyzmu jest nasilenie objawów ASD, zachowania trudne oraz ewentualne występowanie innych problemów (np. zaburzeń snu, lęku, drażliwości) (Operto, F., F., Pastorino, G., M., Scuoppo, C., 2021). Problem ten został zbyt uproszczony w niniejszej pracy poprzez ograniczenie się tylko do jednego pytania odnośnie do komunikacji jako elementu różnicującego wśród rodziców dzieci z ASD. Autorki publikacji

przywołują również bardzo ważną prawidłowość o wzajemnej zależności występującej pomiędzy wysokim poziomem stresu rodzicielskiego, a nasileniem objawów ASD u dziecka co w efekcie może funkcjonować jako „błędne koło stresu rodzicielskiego i objawów”. Dudek, badając problem stresu i radzenia sobie z nim przede wszystkim podkreślił jego złożoność i silne zróżnicowanie zależne od wielu czynników indywidualnych i środowiskowych. Rodzice dzieci z ASD nie tylko zmagają się z samym stresem, ale również z ograniczonym dostępem do wsparcia instytucjonalnego, brakiem wiedzy o dostępnych formach terapii oraz koniecznością samodzielnego organizowania procesu terapeutycznego. Niestety w Polsce dostęp do specjalistycznych usług jest często zależny od miejsca zamieszkania i zasobów finansowych rodziny (Dudek, 2017). Według autora nie ma jednego najbardziej korzystnego stylu radzenia sobie ze stresem, a optymalna strategia jest po prostu dopasowania do aktualnej sytuacji. Podobnego zdania są autorzy artykułu „Link between childrens oppositional behaviors and parental quality of life post-ASD diagnosis: Mediating role of parental stress and coping strategies”, którzy na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzają, iż nie występuje istotny wpływ stosowania stylu skoncentrowanego na zadaniu, jak i poszukiwaniu kontaktów towarzyskich na jakość życia rodziców dzieci z ASD w długoterminowej perspektywie. Możliwe, że rodzice narażeni na wiele trudności zewnętrznych (poszukiwanie terapii, ocena środowiska, problemy finansowe) i wymagające zachowania dziecka z czasem doznają przeciążenia, które prowadzi do wypalenia (Rattaz, C., Pickles, A., Vernhet, C., Michelon, C., 2025). Problem wypalenia wśród rodziców dzieci z ASD porusza również Pągowska. Jest ono uwarunkowane przez trzy grupy czynników: indywidualne cechy rodzica, indywidualne cechy dziecka i uwarunkowania rodzinne i środowiskowe. Rodzice koncentrują się na dziecku, zapominając o sobie. O ile nie ma możliwość wyeliminowania stresu z życia, o tyle istotnym elementem wsparcia rodzin powinny być działania mające na celu rozbudowę czynników ochronnych (Pągowska, M., 2014). Niestety rodzice dzieci ze spektrum autyzmu prezentowali obniżony poziom koherencji zarówno w wymiarze ogólnym, jak i podwymiarach. Otrzymane wyniki są zgodne z prezentowanymi w literaturze (Rajakumari, J., J., Ramanathan, M., 2024). Opiekunowie często czują się przeciążeni, bezradni i pozbawieni wpływu na sytuację. Bardzo ciekawa propozycja wsparcia rodziców została przedstawiona w artykule „Parental Stress Related to Caring for a Child With Autism Spectrum Disorder and the Benefit of Mindfulness-Based Interventions for Parental Stress: A systematic Review” (Yesilkaya, M., Magallon-Neri, E., 2024). Autorzy proponują techniki mindfulness jako uzupełnienie tradycyjnej terapii. Łączone treningi uważności rodziców i dzieci dają bardzo obiecujące wyniki, ponieważ

redukuja stres u rodziców i zachowania trudne u dzieci, a efekty utrzymują się nawet po 20 tygodniach. Techniki Mindfulness poprawiają regulację emocji, zmniejszają reaktywność rodziców, co może pośrednio redukować trudne zachowania u dzieci.

Uzyskane wyniki i przytoczone artykuły naukowe pokazują jednoznacznie jak istotne jest długoterminowe wsparcie rodziców, które powinno być wielostronne i skoordynowane, obejmujące zarówno wsparcie socjalne i opiekuńcze, jak i interwencje ukierunkowane na dobrostan rodziców. Bardzo wartościowe może być również budowanie świadomości społecznej na temat samego zaburzenia i trudności z nim związanych. Zgodnie z teorią salutogenezy należy wykorzystać dostępne zasoby w celu poprawy sytuacji całej rodziny, dzięki czemu możliwym stanie się uzyskanie najlepszego możliwego efektu w istniejących okolicznościach.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań uznano, iż:

- **W1:** U rodziców dzieci z ASD występuje wyższy poziom stresu rodzicielskiego zarówno w wymiarze ogólnym, jak i podwymiarach (SO, DRRD, TD) w porównaniu do rodziców dzieci neurotypowych.
- **W2:** Rodzice dzieci rozwijających się typowo mieli wyższy poziom poczucia koherencji oraz jego czynników składowych (poczucia sensowności, zaradności, zrozumiałości) niż opiekunowie dzieci z ASD.
- **W3:** Stosowanie wybranych stylów radzenia sobie ze stresem jest skorelowane z poziomem stresu. Im wyższy poziom stresu rodzicielskiego prezentowali badani, tym częściej stosowali mniej adaptacyjne style radzenia sobie ze stresem (emocjonalne, unikowe, angażowanie w czynności zastępcze).
- **W4:** Poziom poczucia koherencji w badanej populacji korelował ujemnie z poziomem stresu rodzicielskiego i wpływał na wybór stylów radzenia sobie ze stresem. Im wyższy był poziom ogólnego poczucia koherencji i jego podwymiarów (poczucia zaradności, sensowności, zrozumiałości), tym deklarowany poziom stresu rodzicielskiego był niższy, a badani chętniej sięgali po zadaniowe style radzenia sobie ze stresem i poszukiwanie kontaktów towarzyskich, a rzadziej wybierali style emocjonalne i unikowe.
- **W5:** Poziom wykształcenia rodziców był skorelowany z wybieranymi stylami radzenia sobie ze stresem, ogólnym wskaźnikiem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji. Im wyższe wykształcenie posiadali opiekunowie tym rzadziej stosowali w sytuacjach trudnych styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na unikaniu i angażowanie w czynności zastępcze. Poziom wykształcenia korelował ujemnie z ogólnym poziomem stresu rodzicielskiego (prawidłowość ta w literaturze jest przedstawiana odwrotnie), dysfunkcyjną relacją pomiędzy rodzicem i dzieckiem oraz z postrzeganiem dziecka jako trudne. Wyższe wykształcenie było natomiast dodatnio powiązane z poczuciem koherencji i podwymiarów: poczucie zaradności i sensowności.
- **W6:** Opiekunowie dziecka z ASD, które posiadało zdolność posługiwania się mową prezentowali niższy poziom stresu rodzicielskiego i stresu osobistego oraz wyższy poziom poczucia koherencji (i jego podkał: poczucia sensowności, zaradności, zrozumiałości) niż rodzice dzieci ze spektrum bez tej zdolności.

- **W7:** Pozostawanie w związku nie wpływa na poziom odczuwalnego stresu rodzicielskiego ani na poziom poczucia koherencji w badanej grupie rodziców.
- **W8:** Aktywność zawodowa obniżała poziom stresu rodzicielskiego u respondentów w wymiarze ogólnym i jego podwymiarach (SO, DRRD, TD), wpływała natomiast dodatnio na poziom poczucia koherencji zarówno w wymiarze ogólnym, jak i pozostałych trzech podwymiarów (poczucie: sensowności, zaradności i zrozumiałości).
- **W9:** Istotnymi predyktorami występowania podwyższonego poziomu stresu rodzicielskiego okazały się następujące zmienne: posiadanie dziecka z ASD (im więcej objawów potomek przejawia, tym stres rodzica jest wyższy) oraz obniżony poziom poczucia sensowności. Natomiast stosowanie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem koreluje ujemnie z odczuwanym poziomem stresu rodzicielskiego.

Podsumowanie

Uwzględniając wyniki przeprowadzonych badań oraz informacje przedstawione w literaturze, można stwierdzić, że uzyskane rezultaty mają istotne znaczenie dla praktyki psychologicznej oraz systemu wsparcia rodzin wychowujących dzieci ze spektrum autyzmu. Poniżej zaprezentowano kluczowe wnioski oraz propozycję działań mogących przyczynić się do poprawy funkcjonowania rodziców i ich dzieci:

- Stres rodzicielski może potęgować objawy ASD.
- Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie poczucia koherencji u opiekunów dzieci z ASD może doprowadzić do obniżenia stresu rodzicielskiego, częstszego stosowania stylu zadaniowego i skutkować obniżeniem częstości występowania objawów ASD u potomka.
- Rodziny dzieci ze spektrum autyzmu potrzebują całościowego, długoterminowego, systemowego wsparcia.
- Bardzo ciekawą propozycją zajęć z rodzinami dzieci z ASD jest zastosowanie technik Mindfulness, które mogą pomóc w regulowaniu emocji, zmniejszeniu reaktywności opiekunów, a w konsekwencji prowadzić do zredukowania trudnego zachowania dziecka.
- Pomocne mogą być również inne techniki wyciszające i uspokajające tj. Trening Autogenny Schultza, Trening Progresywny Jacobsona.
- Zwiększenie wiedzy na temat zaburzenia, dostępnych form terapii może w znaczący sposób wpływać na poziom stresu, poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem u opiekunów osób z ASD.
- Wprowadzenie możliwości uczestnictwa w specjalistycznych zajęciach dla rodziców, w momencie gdy dziecko przebywa na terapii indywidualnej.
- Kontakty towarzyskie oraz akceptacja społeczna odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia psychicznego, dlatego zasadne jest podejmowanie działań mających na celu zwiększenie świadomości społecznej na temat spektrum autyzmu.
- Wczesna obserwacja i sprawna diagnoza wśród dzieci przejawiających trudności może pozwolić na szybsze podjęcie skutecznych terapii i pozwolić na wypracowanie lepszych efektów.
- Aktywność zawodowa, nawet w niepełnym wymiarze godzin, może wspierać budowanie odporności psychicznej rodziców dzieci z ASD. Funkcjonowanie w bardziej

przewidywalnych rolach zawodowych może stanowić źródło satysfakcji, poczucia sensu oraz przynależności.

- U dzieci z mutyzmem (jeżeli jest to możliwe), szczególnie istotne znaczenie ma jak najszybsze wprowadzenie alternatywnych form komunikacji, ponieważ mogą one w znaczącym stopniu pomóc w obniżeniu poziomu frustracji dziecka oraz zmniejszyć stres odczuwalny przez rodzica.
- Stworzenie ogólnopolskiej sieci ośrodków dla najbardziej wymagających dzieci i dorosłych z ASD, mogłoby istotnie zredukować poziom niepokoju u rodziców dotyczący przyszłości ich potomka, zwłaszcza w sytuacji własnej niedyspozycji lub śmierci.
- Tworzenie lokalnych grup wsparcia skupiających rodziców borykających się z podobnymi trudnościami.

Ograniczenia przeprowadzonych badań:

- Nierówna liczebność grup badanych wynikała z trudności w pozyskaniu większej liczby odpowiedzi od rodziców dzieci ze spektrum autyzmu do lat 10, szczególnie od mężczyzn.
- Niezbyt precyzyjne zróżnicowanie na rodziców dzieci z ASD i pozostałych, mogło skutkować tym, że w grupie porównawczej znaleźli się opiekunowie dzieci z innymi nieuwzględnionymi trudnościami (np., innymi niepełnosprawnościami, zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi, ADHD), które również mogą znacząco obciążać rodziców w codziennym funkcjonowaniu.
- W grupie rodziców dzieci z ASD zabrakło bardziej szczegółowego podziału uwzględniającego zróżnicowanie trudności prezentowanych przez dzieci, co mogło ograniczyć precyzję analiz.
- W przyszłych badaniach warto zwiększyć liczebność grupy rodziców dzieci z ASD oraz sprawdzić zależność pomiędzy poziom wykształcenia a poziomem stresu rodzicielskiego i jego podwymiarów.

Wskazane jest powtórzenie badań przy jednoczesnym wyeliminowaniu opisanych powyżej uchybień, co pozwoli na uzyskanie bardziej precyzyjnych i wiarygodnych wyników.

Zaleca się rozważenie przeprowadzenia badań longitudinalnych obejmujących rodziców dzieci z ASD korzystających ze wsparcia specjalistów (psychologów, psychiatrów, terapeutów) oraz uczestniczących w treningach relaksacyjnych tj. Mindfulness, trening Jacobsona czy Schultza.

Umożliwiłoby to weryfikację, w jakim stopniu tego typu oddziaływania wpływają na odczuwany poziom stresu rodzicielskiego, poczucie koherencji, stosowane style radzenia sobie ze stresem oraz funkcjonowanie całych rodzin w długoterminowej perspektywie.

Reasumując przeprowadzone badania wykazały istotne różnice pomiędzy rodzicami dzieci rozwijających się typowo, a opiekunami dzieci z ASD w zakresie prezentowanego poziomu stresu rodzicielskiego, potwierdzając jednocześnie znaczącą rolę czynników ochronnych w codziennym funkcjonowaniu opiekunów. W szczególności należy podkreślić, iż wyższe poczucie koherencji sprzyja stosowaniu bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, co może przekładać się na lepszą jakość życia opiekunów oraz większą stabilność funkcjonowania całej rodziny.

Rodzina stanowi podstawową komórką społeczną, w skład której wchodzi powiązane ze sobą poprzez pokrewieństwo lub powinowactwo osoby. W rodzinie przychodzimy na świat, dorastamy, żyjemy i umieramy. Jak powiedział klasyk „Wszystkie szczęśliwe rodziny są do siebie podobne, każda nieszczęśliwa rodzina jest nieszczęśliwa na swój sposób (Tolstoj, L. 1956). Prawidłowo funkcjonująca rodzina zapewnia wsparcie, zrozumienie, poczucie bezpieczeństwa i stabilność – wartości szczególnie istotne we współczesnym świecie pełnym niepewności i konfliktów. Rodzicielstwo, podobnie jak każda inna aktywność, wiąże się z pewnym poziomem stresu i frustracji, jednak obciążenie to znacząco wzrasta, gdy na świat przychodzi dziecko ze spektrum autyzmu. W zależności od stopnia nasilenia objawów ASD i zachowań trudnych rodzice funkcjonują pod wpływem specyficznego obciążenia fizycznego, psychicznego i emocjonalnego, którego konsekwencją często jest przewlekły stres, który wpływa na życie całej rodziny i może doprowadzić do wypalenia rodzicielskiego.

Analiza literatury oraz zebranych danych wskazuje na konieczność budowania systemowego wsparcia dla rodziców dzieci z ASD. Zrozumienie mechanizmów stresu, stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem oraz roli zasobów psychologicznych, takich jak poczucie koherencji, stanowi fundament dla tworzenia skutecznych programów pomocowych. W świetle teorii salutogenezy kluczowe jest wykorzystanie dostępnych zasobów, w istniejących warunkach, tak aby umożliwić rodzinie jak najlepsze funkcjonowanie. Zdrowy i silny psychicznie rodzic to stabilniejsza, lepiej funkcjonująca i szczęśliwsza rodzina, co przekłada się na dobrostan wszystkich jej członków.

Bibliografia

Attwood, T. (2022). *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*. Gdańsk: Grupa Wydawnicza Harmonia.

Attwood, T., Evans, C., Lesko, A. (red.). (2020). *My daliśmy radę, Tobie też się uda! Przewodnik po życiu na świecie dla osób z zespołem Aspergera*. Gdańsk: Grupa Wydawnicza Harmonia.

Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Zakład Wydawniczy Letter Quality.

Bartoszewski, J. (red.). (2023). *Konińskie Studia Społeczno-Ekonomiczne Rocznik 2022/2023 Tom 9*. Konin: Wydawnictwo PWSZ w Koninie.

Basińska, M., Grzankowska, I. (red.). (2023). *Wybrane zagadnienia z psychologicznej diagnozy klinicznej. Tom II*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.

Bilikiewicz, A. (red.). (2011). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Borkowska, A., Grotowska, B. (2021). *Codziennosc dziecka z zespołem Aspergera okiem rodzica i terapeuty*. Gdańsk: Grupa Wydawnicza Harmonia.

Brzeziński, J. (2019). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (red.). (2016). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czabała, C., Kluczyńska, S. (red.). (2015). *Poradnictwo Psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czapliński, J. (2017). *Psychologia szczęścia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Dąbrowska, A., Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x. (10.05.2026).

Dudek, D. (2024). *Psychiatria Kompendium*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Dudek, M. (2017). Radzenie sobie ze stresem rodziców dzieci z autyzmem. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 19, 133-152. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2017.19.08>. (14.05.2026).

Efstratopoulou, M., Sofologi, M., Giannoglou, S., Bonti, E. (2020). Parental Stress and Childrens Self- Regulation Problems in Families with Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Intelligence*. 17;10(1):4, DOI: <https://doi.org/10.3390/jintelligence10010004>. (14.05.2026).

Emich-Widera, E., Kazek, B., Paprocka, J. (2023). *Autyzm u dzieci. Wiedza kliniczna*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Evans, C., Attwood, T. (2020). *Doktor Tony odpowiada*. Gdańsk: Grupa Wydawnicza Harmonia.

Faherty, C., (2016). *Autyzm... Co to dla mnie znaczy? Podręcznik z ćwiczeniami dla dzieci i dorosłych ze spektrum autyzmu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Frankl, V. (2009). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo czarna owca.

Freyberger, H., Schneider, W., Stieglitz, R. (2014). *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Gajderowicz, M. Stres rodzicielski a postawy rodzicielskie matek dzieci w wieku 0-10 lat. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 37 (2), 23-41. DOI: 10.17951/j.2024.37.2.23-41. (14.05.2026).

George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 step by step: A simple guide and reference* (14.^a ed.). New York: Wydawnictwo Routledge.

Grand, C. (2012). *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa: Wydawnictwo Studio Emka.

Grandin, T., Panek, R. (2016). *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*. Kraków: Wydawnictwo Copernicus Center Press.

Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L., Borkowska, A. (red.). (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hendrickx, S. (2018). *Kobiety i dziewczyny ze spektrum autyzmu. Od wczesnego dzieciństwa do późnej starości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Heszen, I. (2016). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heszen - Celińska, I., Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hornowska, E. (2022). *Testy psychologiczne. Teoria I praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Janas-Kozik, M., Wolańczyk, T. (red.). (2021). *Psychiatria dzieci i młodzieży. Tom 1*. Wydawnictwo: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

- Kalat, J. (2024) *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kaczmarska, A., Curyło-Sikora, P. (2016). Problematyka stresu-przegląd koncepcji. *Hygeia Public Health*. 51(4). 317-321. [hyg-2016-4-317.pdf](https://doi.org/10.31776/hyg-2016-4-317.pdf). (14.05.2026).
- Kik, M. (2025). *Stres. Jak zrozumieć swoje reakcje I odzyskać równowagę*. Warszawa: Wydawnictwo RM.
- Kossewska, J. (2020). Wychowanie dziecka z autyzmem. Stres rodzicielski I wypalenie rodzicielskich sił w kontekście perspektywy temporalnej. *Wychowanie w rodzinie*. 23(2). 179-195. DOI: <https://doi.org/10.34616/wwr.2020.2.179.195>. (14.05.2026).
- Kwak, M., Wilczek - Rużyczka, E. (2024). *Zdrowie psychiczne. Współczesne zagrożenia i możliwości wzmacniania*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Lai, W., Oei, T. (2014). Coping in Parents and Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD): a Review. *Rv J Autism Dev Disord*, 1, 207-224. DOI: DOI 10.1007/s40489-014-0021-x. (14.05.2026).
- Lambert, D. (2023). *Motywacja. Perspektywa biologiczna, psychologiczna i środowiskowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lindstrom, B., Eriksson, M. (2025). *Autostopem przez salutogenezę. Salutogeniczne sposoby promowania zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Łosiak, W. (red.). (2007). *Natura stresu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Narenberg, J. (2022). *Neuroróżnorodne. Jak żyć w świecie skrojonym nie na naszą miarę*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Niedziela, J., Wrocławska-Warchała, E. (2021). *Inwentarz Stresu Rodzicielskiego*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Notbohm, E., Zysk, V. (2016). *1001 Porad dla rodziców i terapeutów dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Operto, F., Pastorino, G., Scuoppo, C., Padovano, C., Vivenzio, V., Pistola, I., Belfiore, G., Rinldi, R., de Simone, V., Coppola, G. (2021). Adaptive Behavior, Emotional/Behavioral Problems and Parental Stress in Children With Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Neuroscience*, <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.751465>. (14.05.2026).
- Pająk, K. (2022). Radzenie sobie ze stresem przez matki dzieci z niepełnosprawnością. Analiza Porównawcza. *Konteksty Pedagogiczne*, 1(18), 47-65. <https://doi.org/10.19265/kp.2022.1.18.347>. (30.12.2025).

Paluchowski, W. (2006). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Pągowska, M. (2014). Indywidualny dramat trudnego rodzicielstwa - przebieg, objawy i radzenie sobie z wypaleniem sił u rodziców dzieci z autyzmem. *Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo*, 2(24), 47-59, DOI: 10.5604/17345537.1126282. (14.02.2026).

Pisula, E. (2012). *Rodzice dzieci z autyzmem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Pisula, E., Noińska, D. (2011). Stres rodzicielski i percepcja doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem u rodziców dzieci z autyzmem uczestniczących w różnych formach terapii. *Psychologia rozwojowa*. 16(3). 75-88. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.11.020.0193>. (14.05.2026).

Plopa, M. (2021). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.

Prokopiak, A., Palak, Z. (2023). *Autyzm i rodzina*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Rajakumari, J., Ramanathan, M., (2024). Salutogenesis, Sense of Coherence and Autism Spectrum Disorder: What do we know? *Indian Journal of Health and Well-being*, 15(3), 434-437. https://www.researchgate.net/publication/383987119_Salutogenesis_Sense_of_Coherence_and_Autism_Spectrum_Disorder_What_do_we_know. (14.05.2026).

Rattaz, C., Pickles, A., Vernhet, C., Michelon, C., Picot, M.,C. (2025). Link between childrens oppositional behaviors and parental quality of life post-ASD diagnosis: Mediating role of parental stress and coping strategies. *JCPP Advances*. 9;5(3), DOI: <https://doi.org/10.1002/jcv2.12303>. (14.05.2026).

Rogers, S., Dawson, G., Vismara, L. (2015). *Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM)*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Romaniuk, K. (2005). *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Rodzinna*. Warszawa: Wydawnictwo Axel Springer.

Sapolsky, R. (2019). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (red.). (2008). *Psychologia kliniczna. T.1*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (red.). (2008). *Psychologia kliniczna. T.2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Southwick, S., Charney, D., Depierro, J. (2024). *Odporność psychiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strelau, J., Doliński, D. (red.). (2023). *Psychologia akademicka. Tom 2*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.
- Strelau, J., Jaworska, A. (2020). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Szubrycht, M. (2022). *Autyzm. Bliski daleki świat*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Szymańska, A., Aranowska, E. (2021). Stres rodzicielski, obojętność i wycofanie się rodzica z relacji z dzieckiem: ujęcie strukturalne. *Psychiatria Polska* 55(3), 675-699. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/115967>. (14.05.2026).
- Świerczyńska, J., Pawłowska, B. (2021). Zdrowie psychiczne u matek a style radzenia sobie ze stresem, poczucie koherencji i ocean funkcjonowania emocjonalnego, społecznego i behawioralnego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. *Wychowanie w rodzinie*. 25(2), DOI: <https://doi.org/10.34616/wwr.2021.2.239.255>. (14.05.2026).
- Tołstoj, L. (2020). *Anna Karenina*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Trempała, J. (2011). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Yesilkaya, M., Magallon-Neri, E. (2024). Parental Stress Related to Caring for a Child With Autism Spectrum Disorder and the Benefit of Mindfulness-Based Intervention for Parental Stress: A Systematic Review. *Sage Journal*. 14(2), DOI: <https://doi.org/10.1177/21582440241235033>. (14.05.2026).
- Zimbardo, Philip G.; Gerrig, Richard J. (2012). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zimbardo, P., Johnson, R., McCann, V. (2017). *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Tom 5*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Spis tabel

Tabela 1 <i>Objawy stresu</i>	16
Tabela 2 <i>Zaburzenia ze spektrum autyzmu według ICD-11</i>	46
Tabela 3 <i>Narzędzia do badań przesiewowych pod kątem występowania spektrum autyzmu</i>	47
Tabela 4 <i>Podstawowe osiągnięcia rozwojowe dziecka na kolejnych etapach życia</i>	51
Tabela 5 <i>Wyniki analizy rzetelności alfa Cronbacha dla skal kwestionariuszy CISS, SOC-29, PSI-4-SF</i>	69
Tabela 6 <i>Analiza danych socjodemograficznych badanej próby</i>	69
Tabela 7 <i>Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa</i>	73
Tabela 8 <i>Porównanie średnich dla poziomu stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między rodzicami dzieci z diagnozą ASD i bez niej</i>	77
Tabela 9 <i>Związek pomiędzy nasileniem poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem a poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji</i>	79
Tabela 10 <i>Związek pomiędzy nasileniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu, na emocjach i unikaniu a poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji w podziale na grupę</i>	81
Tabela 11 <i>Związek pomiędzy wiekiem, poziomem wykształcenia i wielkością miejsca zamieszkania a nasileniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu, na emocjach i unikaniu a poziomem stresu rodzicielskiego i poczuciem koherencji</i>	82
Tabela 12 <i>Porównanie średnich dla poziomu stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji pomiędzy rodzicami dzieci z ASD, których dzieci reagują i odpowiadają, a tymi których dzieci nie reagują</i>	85
Tabela 13 <i>Model regresji przewidujący poziom stresu rodzicielskiego na podstawie posiadania dziecka z diagnozą, poczucia zrozumiałości, sensowności, stylów radzenia sobie ze stresem, płci dziecka i reagowania dziecka na mowę</i>	87
Tabela 14 <i>Porównanie średnich dla poziomu stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między badanymi w związku i stanu wolnego</i>	88

Tabela 15 <i>Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między badanymi, którzy są pracujący i niepracujący</i>	90
--	----

Spis rysunków

Rysunek 1. Transakcja stresowa.	8
Rysunek 2. Model Zachowania Zasobów COR.	9
Rysunek 3. Oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa.	15
Rysunek 4. Polietologiczny model chorób i dysfunkcji somatycznych.	17
Rysunek 5. System rodzinny w „przestrzeni” stresorów.	25
Rysunek 6. Graficzne przedstawienie koncepcji Antonovsky’ego.....	29
Rysunek 7. Zdrowie w rzece życia model rozwinięty.	31
Rysunek 8. Struktura skali SOC.	37
Rysunek 9. Średni poziom stresu w badanej populacji.	74
Rysunek 10. Preferowane style radzenia sobie ze stresem w badanej grupie rodziców.	75
Rysunek 11.Średni poziom poczucia koherencji w badanej grupie w wymiarze ogólnym i podwymiarach.	76
Rysunek 12. Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między rodzicami dzieci z diagnozą ASD i bez niej..	78
Rysunek 13. Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji pomiędzy rodzicami dzieci z ASD, których dzieci reagują i odpowiadają, a tymi, których dzieci nie reagują.	86
Rysunek 14. Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji pomiędzy badanymi będącymi w związkach i stanu wolnego.	89
Rysunek 15. Porównanie średnich dla stresu rodzicielskiego, nasilenia stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia koherencji między badanymi, którzy są aktywni i nieaktywni zawodowo.....	91
Rysunek 16. Porównanie średniego poziomu stresu rodzicielskiego rodziców dzieci z ASD i rodziców dzieci neurotypowych.	92
Rysunek 17. Porównanie średniego poziomu poczucia koherencji rodziców dzieci z ASD i rodziców dzieci neurotypowych.	93
Rysunek 18. Porównanie średniego poziomu stresu osobistego w grupie rodziców dzieci z ASD.	95
Rysunek 19. Porównanie średniego poziomu poczucia koherencji wśród rodziców dzieci z ASD.	95

Rysunek 20. Porównanie średniego poziomu stresu wśród rodziców aktywnych i nieaktywnych zawodowo. 96

Rysunek 21. Porównanie średniego poziomu poczucia koherencji wśród rodziców aktywnych i nieaktywnych zawodowo. 97

Załączniki

Kwestionariusz ankiety dla rodziców dzieci do lat 10.

Ankieta dotycząca stresu rodzicielskiego

Szanowni Państwo,
serdecznie zapraszam do udziału w ankiecie, która ma na celu zbadanie różnic w poziomie stresu rodzicielskiego u rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu w wieku do 10 lat. Udział w badaniu jest anonimowy, dobrowolny i mogą Państwo zrezygnować z niego na każdym etapie. Wyniki ankiety zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych (praca magisterska), a dane będą analizowane zbiorczo. Bardzo proszę podczas całego badania odnosić się cały czas do jednego wybranego dziecka (zarówno w metryczce jak i w pytaniach ankietowych). Wypełnienie ankiety oznacza zgodę na udział.

Uzupełnienie ankiety zajmie około 20-40 minut. Wszystkie odpowiedzi są cenne i pomogą nam lepiej zrozumieć badane zagadnienia. Uprzejmie proszę o szczerze odpowiedzi na wszystkie pytania.

Dziękuję za poświęcony czas i udział w badaniu!

1. Płeć (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- ☐ kobieta
- ☐ mężczyzna

2. Wiek (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- ☐ 16-24
- ☐ 25-33
- ☐ 34-43
- ☐ 44-54
- ☐ 55-65

3. Wykształcenie (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- ☐ podstawowe
- ☐ gimnazjalne
- ☐ średnie
- ☐ wyższe

4. Status zawodowy (można zaznaczyć kilka)

- ☐ student/studentka
- ☐ umowa o pracę
- ☐ własna działalność
- ☐ bezrobotny/bezrobotna
- ☐ opiekun/opiekunka OzN
- ☐ emeryt/emerytka
- ☐ rencista/rencistka

5. Stan cywilny (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- ☐ wolny/wolna
- ☐ żonaty/zamężna
- ☐ w związku partnerskim
- ☐ rozwiedziony/rozwiedziona
- ☐ wdowiec/wdowa

6. Miejsce zamieszkania (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- ☐ wieś
- ☐ miasto poniżej 200 tyś. mieszkańców
- ☐ miasto powyżej 200 tyś. mieszkańców
- ☐ wolę nie podawać

7. Jestem rodzicem dziecka z diagnozą spektrum autyzmu (w tym zespół Aspergera, zespół Retta, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne). (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- ☐ Tak
- ☐ Nie

8. Wiek dziecka (lata i miesiące) (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

- ☐ 0,0-0,11
- ☐ 1,0-1,11
- ☐ 2,0-2,11
- ☐ 3,0-3,11
- ☐ 4,0-4,11
- ☐ 5,0-5,11
- ☐ 6,0-6,11
- ☐ 7,0-7,11
- ☐ 8,0-8,11

☐ 9,0-10,0

9. Płeć dziecka (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

☐ dziewczynka

☐ chłopiec

10. Czy dziecko reaguje na mowę? (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

☐ Nie

☐ Tak na swoje imię

☐ Rozumie proste polecenia

☐ Reaguje i odpowiada

11. Czy w sytuacjach stresowych zdarza Ci się przeglądać Internet bez wyraźnego celu? (Zaznacz tylko jedną odpowiedź)

☐ Nigdy

☐ Bardzo rzadko

☐ Czasami

☐ Często

☐ Bardzo często