

Katarzyna Wałęcka-Matyja

Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk o Wychowaniu
Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Społecznej i Badań nad Rodziną
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

Dominika Kurpiel

Akademia Pomorska w Słupsku
Wydział Edukacyjno-Filozoficzny
Instytut Pedagogiki i Pracy Socjalnej
76-200 Słupsk, ul. Bohaterów Westerplatte 64

Psychologiczne profile radzenia sobie ze stresem przez matki młodzieży z niepełnosprawnością a poczucie własnej skuteczności

Streszczenie

Celem przedstawionych badań było określenie preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem, prezentowanego poziomu poczucia własnej skuteczności i możliwych związków między badanymi czynnikami psychologicznymi z perspektywy matek adolescentów z niepełnosprawnością motoryczną.

W badaniu wzięła udział grupa 103 matek, w której wyróżniono dwie grupy porównawcze. Matki wychowujące młodzież z niepełnosprawnością o podłożu neurologicznym stanowiły grupę kliniczną (N = 47), natomiast grupę porównawczą (N = 56) tworzyły matki wychowujące młodzież pełnosprawną (średnia wieku młodzieży z obu grup to odpowiednio 14 lat i 17 lat). Dokonując pomiaru badanych zmiennych, wykorzystano: kwestionariusz wywiadu, Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE) Ch. S. Carvera, M. F. Scheiera i J. K. Weintrauba w adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik oraz Skalę Uogólnioną Własnej Skuteczności (GSES) w adaptacji Z. Juczyńskiego.

Otrzymane wyniki okazały się kongruentne z dotychczasowymi rezultatami prezentowanymi w literaturze przedmiotu. Matki adolescentów z niepełnosprawnością przejawiały bardziej zróżnicowane strategie radzenia sobie ze stresem niż matki pełnosprawnej młodzieży. W kontekście prezentowanego poziomu poczucia własnej skuteczności badane grupy matek nie różniły się między sobą. Poszukiwanie współzależności między badanymi zmiennymi psychologicznymi pozwoliło wykazać większe zróżnicowanie w grupie matek młodzieży niepełnosprawnej.

Słowa kluczowe: radzenie sobie ze stresem, poczucie skuteczności, niepełnosprawność.

Wprowadzenie

Oczekiwanie na narodziny pierwszego dziecka stanowi tak ważne wydarzenie w życiu przyszłych rodziców oraz całej rodziny, że w psychologii jest często analizowane w kategorii kryzysu rozwojowego (Bielawska-Batorowicz, Kornas-Biela, 1992). Koncepcja kryzysu w powyższym rozumieniu traktuje stawanie się rodzicem jako proces wymagający radzenia sobie z wieloma obciążeniami, przy jednoczesnym wzbogacaniu osobowości obu małżonków, a nie tylko kobiety (Bartosz, 2002). W okresie ciąży rodzice często zadają sobie pytania, które pozwalają im określać się w nowej roli. Jaką będę matką lub ojcem? Czy poradzę sobie w nowej sytuacji? Często wracają wspomnieniami do własnego dzieciństwa. Dokonują porównań z modelami własnych rodziców jako wzorcami ról matki i ojca. Równolegle w umysłach przyszłych rodziców pojawiają się reprezentacje poznawcze ich nienarodzonego dziecka. Jest to czas wyobrażeń na temat tego, jakiej będzie ono płci, jak będzie wyglądało, jakie aktywności będą z nim podejmowali, a nawet kim będzie w przyszłości. Dla obu małżonków jest to okres związany z reorganizowaniem swojej przestrzeni życiowej, psychologicznego i nie tylko dopasowania się do nowej sytuacji oraz integracji ról wokół dziecka (Plopa, 2005).

Gdy na świat przychodzi zdrowe, radosne dziecko, zwykle spotyka się z miłością i życzliwością wszystkich członków rodziny, co przekłada się na wysoką jakość opieki oraz wszelkich innych starań. Staje się ono obiektem pozytywnego zainteresowania. W sytuacji gdy dziecko rodzi się z niepełnosprawnością¹, na radość płynącą z macierzyństwa i ojcostwa pada cień smutku, żalu, rozczarowania, a nierzadko złości i narzekań na zły los. Środowisko rodzinne wyjątkowo tylko jest przygotowane do radzenia sobie ze specyficznymi potrzebami rozwojowymi chorego przewlekle dziecka. Często nie ma zgody na diagnozę niepełnosprawności dziecka, która może być bolesnym i odbierającym nadzieję na choćby zwykłe życie doświadczeniem. Według B. Farbera (1960) narodziny chorego przewlekle dziecka stanowią przyczynę dwojakiego rodzaju kryzysów życiowych. Pierwszy z nich jest skutkiem *rozbieżności między wymarzonym a rzeczywistym obrazem dziecka*. Drugi kryzys określany jest *kryzysem organizacji roli*, którego rodzice doświadczają w późniejszym okresie (za: Kowalik, 1989). Niepełnosprawność dziecka jest bowiem istotnym czynnikiem wpływającym na reorganizację ról w rodzinie i wynikających z nich obowiązków. W literaturze przedmiotu panuje pogląd, że to matki są przeważnie zmuszone do rezygnacji lub ograniczenia pracy zawodowej na rzecz świadczenia opieki choremu dziecku. Ograniczenie funkcjonowania w sferze zawodowej nierzadko łączy się z minimalizacją osobistych aspiracji, a w szerszej perspektywie osobistego rozwoju, także w innych sferach,

¹ W niniejszej pracy pojęcie *niepełnosprawności* będzie rozpatrywane w ujęciu systemowym.

jak społecznej, kulturalnej, rekreacji. Matki, które redukują swoją aktywność do ról związanych z wychowaniem dziecka, odczuwają zwykle większe niż matki pracujące obciążenie obowiązkami domowymi. Wynika ono z nieposiadania płaszczyzny dystansu, która umożliwiłaby zyskanie wytchnienia od problemów będących skutkiem niepełnosprawności dziecka (Pisula, 2007). Uniemożliwienie realizacji planów zawodowych kobiety może stanowić przyczynę nieporozumień między małżonkami. Pojawia się również lęk przed posiadaniem następnych dzieci. Dotyczy to sytuacji, w której jedno z rodziców może odczuwać potrzebę posiadania kolejnego dziecka w przeciwieństwie do drugiego rodzica, którego zdanie jest wynikiem obawy przed ewentualną niepełnosprawnością potomstwa (Cunningham, 1994).

Dla ojców sytuacja rodzinna staje się trudna z co najmniej dwóch powodów. Z jednej strony znacznie obniża się poziom satysfakcji z intymnych relacji w małżeństwie. Zmniejsza się ilość czasu spędzanego wspólnie przez rodziców niepełnosprawnego dziecka, ograniczona zostaje aktywność towarzyska rodziny oraz uczestnictwo w imprezach kulturalnych. Dodatkowym czynnikiem stresogennym może być społeczny odbiór posiadania niepełnosprawnego dziecka. Z drugiej zaś strony ojciec zostaje jedyną osobą odpowiedzialną za często ponadstandardowe zabezpieczenie materialne rodziny. Długa nieobecność w domu, wynikająca z obowiązków zawodowych, a także nieumiejętność włączenia ojca do procesu opiekuńczo-wychowawczego przez matki może powodować zanik więzi emocjonalnej między członkami rodziny (Hassall, Rose, McDonald, 2005). Naukowcy podają, że wśród uczniów szkół życia i szkół specjalnych jest większy niż powszechnie odsetek rodzin monoparentalnych, w których wychowaniem dzieci zajmują się głównie kobiety (Kościelska, 1998). Niewiele osób ma świadomość, jak wygląda codzienność matki wychowującej swe niepełnosprawne dziecko. Wypełnia ją intensywna praca z dzieckiem, wizyty u specjalistów, czasochłonna rehabilitacja, a oprócz tego zwykle obowiązki, jak robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, czystej odzieży czy dbanie o porządek w mieszkaniu. Tylko niektóre, najbardziej aktywne matki znajdują czas na utrzymywanie kontaktów z innymi osobami będącymi w podobnej sytuacji, a tym bardziej na kulturę, rozrywkę czy samokształcenie.

By efekty prowadzonej terapii były jak najlepsze, matki powinny często się uśmiechać, być zadowolone, w dobrej kondycji psychofizycznej. Każdy sygnał zdenerwowania skutkuje bowiem wzrostem napięcia u dziecka. W obliczu stale narastających obowiązków trudno jednak zachować pogodę ducha, tym bardziej gdy matki samotnie zmagają się z wyzwaniem, które niesie z sobą niepełnosprawność dziecka. Warto w tym miejscu zacytować Wojciecha Brejnaka: „Dziecko to «najczulszy odbiornik» rodzicielskich emocji – szybko zauważa fałsz w zachowaniu i sposobie bycia” (Brejnak, 1999, s. 83). Jak wynika z badań, kobiety wychowujące niepełnosprawne dzieci określają siebie jako szczęśliwe, gdy uzyskują wsparcie od mężów i reszty otoczenia (Kościelska, 1998).

Pojęcie stresu psychologicznego i radzenia sobie z nim

Stres stanowi nieodłączny element ludzkiego życia. Początkowo kojarzony ze stanem nadmiernego napięcia, współcześnie najczęściej jest ujmowany jako interakcja zachodząca między osobą a jej otoczeniem, które jest spostrzegane przez osobę jako obciążające jej zasoby oraz zagrażające jej dobrostanowi (Lazarus, 1986). Źródłem obciążenia psychicznego matek dzieci z niepełnosprawnością jest ciągła troska. Pojawia się po urodzeniu dziecka i jest stale obecna przez cały okres życia. Przejawia się w różnych postaciach, jak: troska o zdrowie i bezpieczeństwo dziecka, o jego akceptację w grupach rówieśniczych oraz o jego przyszłość. Istotnym czynnikiem wywołującym wzrost napięcia emocjonalnego u matek niepełnosprawnych dzieci są także problemy egzystencjalne. Zatem codzienność dla matek przewlekle chorych dzieci to pasmo niustannych wyzwań, do których nie zawsze są przygotowane (Monsen, 2000).

Z badań przeprowadzonych w tym zakresie można obserwować, że radząc sobie ze stresem (*coping*) ludzie stosują zróżnicowane strategie rozwiązywania problemów. Niektórzy aktywnie działają, inni preferują zachowania ucieczkowe, a jeszcze inni koncentrują się na emocjach i ich wyładowywaniu. Powstaje zatem pytanie, od czego zależy zróżnicowanie reakcji pojawiającej się w odpowiedzi na stres? W literaturze przedmiotu wskazuje się na cztery grupy czynników mających wpływ na radzenie sobie ze stresem:

- stan psychofizyczny jednostki,
- płeć, wiek, poziom wykształcenia,
- uwarunkowania osobowościowe,
- cechy sytuacji stresowej (Wrześniewski, 1996).

W niniejszej pracy przyjęto podejście R. S. Lazarusa (1986), według którego różnice w radzeniu sobie ze stresem zależą od oceny poznawczej, dzięki której jednostka uświadamia i interpretuje dane wydarzenie. Autor koncepcji wyróżnia dwa typy tejże oceny, tj. pierwotną i wtórną. *Ocena pierwotna* decyduje o intensywności i rodzaju emocjonalnej reakcji na zdarzenie. Natomiast w przypadku *oceny wtórnej* wartościowaniu podlegają same możliwości i zasoby radzenia sobie ze stresem (Lazarus, 1986).

W literaturze przedmiotu pojęcie „radzenie sobie ze stresem” w podejściu transakcyjnym pojmuje się jako „poznawcze i behawioralne wysiłki podmiotu mające na celu sprostanie fizycznym wymaganiom zewnętrznym i/lub wewnętrznym, ocenianym jako wyczerpujące lub przekraczające zasoby jednostki (za: Hszen-Niejodek, 2000, s. 476). Badacze problematyki stresu i radzenia sobie z nim podają wiele klasyfikacji sposobów radzenia sobie ze stresem. W niniejszej pracy przyjęto ujęcie Ch. Carvera i współpracowników, którzy, odwołując się do teorii R. S. Lazarusa, zaproponowali kilkanaście strategii radzenia sobie ze stresem. Odzwierciedlają one zarówno dyspozycyjne, jak i sytuacyjne radzenie sobie. Należą do nich: Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie, Poszukiwanie Wsparcia

Instrumentalnego, Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego, Unikanie Konkurencyjnych Działań, Zwrot ku Religii, Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój, Powstrzymanie się Od Działania, Akceptacja, Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie, Zaprzeczanie, Odwracanie Uwagi, Zaprzestanie Działań, Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych, Poczucie Humoru (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

W literaturze przedmiotu można znaleźć doniesienia empiryczne wskazujące, że matki wychowujące niepełnosprawne potomstwo, niezależnie od rodzaju zaburzenia występującego u dziecka, stosują te same lub podobne strategie radzenia sobie ze stresem. W repertuarze ich reakcji na stres nie zauważono w istotnej skali ucieczki i unikania jako sposobu radzenia sobie, strategii opartej o odreagowywanie, polegającej na unikaniu kontaktów z innymi ludźmi, reagowaniu okresowym wzrostem napięcia emocjonalnego, nacechowanym depresją oraz strategii przypisywania sobie odpowiedzialności za chorobę dziecka (Sekułowicz, 2000).

Czynniki warunkujące doświadczanie stresu psychologicznego przez matki adolescentów z niepełnosprawnością

W świetle przedstawionego rysu sytuacji psychologiczno-społecznej rodziców, a w szczególności matek adolescentów z niepełnosprawnością, nie ulega wątpliwości, że funkcjonują one w stanie permanentnego stresu psychologicznego, obejmującego swym zasięgiem niemal wszystkie sfery ich aktywności. Naukowcy badający poruszaną w niniejszej pracy problematykę wymieniają szereg czynników warunkujących stany emocjonalne kobiet wychowujących niepełnosprawne dzieci. Należy zaznaczyć, że kwestie te są także udziałem ojców. Temat artykułu różnicuje i wyznacza przedmiot badań, pozostawiając pole do odrębnych opracowań.

Czynnikiem odgrywającym dużą rolę w regulacji stanów emocjonalnych matek dzieci z niepełnosprawnością przypisuje się *poziomowi konkretyzacji obrazu dziecka*, które ma się narodzić. Im bardziej są one przekonane, że dziecko będzie określonej płci i w pełni zdrowe, tym większe przeżywają rozczarowanie. Liczy się także *okres życia, w którym pojawiła się niepełnosprawność*. Niepełnosprawność dziecka nabyta w późniejszym wieku, np. będąca skutkiem wypadku czy choroby wychowanka, jest trudniejsza do zaakceptowania przez matki niż niepełnosprawność zdiagnozowana od najwcześniejszych dni życia dziecka. *Wiedza matek na temat rodzaju niepełnosprawności i jej przyczyn* także stanowi istotny czynnik warunkujący ich przeżycia emocjonalne. Kobiety cechujące się małą znajomością problematyki chorób przewlekłych częściej przeżywają przerażenie, lęk i obawy niż te, które mają szerokie horyzonty poznawcze. Nie bez znaczenia

jest też *sposób, w jaki matki dowiadują się o niepełnosprawności dziecka*. Nagła informacja powoduje silny szok, ale pozwala na stosunkowo szybkie przejście do racjonalnych działań. Powolny proces odkrywania bolesnej rzeczywistości, pełen niedowierzania i niepokoju często może prowadzić do stanów nerwicowych. Informowanie o niepełnosprawności dziecka powinno charakteryzować się obiektywnością, wysokim poziomem empatii, wsparcia emocjonalnego oraz zawierać perspektywę rozwoju dziecka. Wtedy może korzystnie modyfikować negatywne emocje pojawiające się w momencie diagnozy. Na dynamikę reakcji emocjonalnych matek wpływa również *rodzaj, stopień* oraz zewnętrzne objawy *niepełnosprawności dziecka*. Zwykle matki doświadczają silniejszych przeżyć, gdy z powodu choroby przewlekłej funkcjonowanie dziecka jest silnie zaburzone i ograniczony jest jego rozwój. Ponadto wygląd i zachowanie chorego potomstwa znacząco odbiegające od przyjętych norm zwykle prowadzą do odrzucenia go przez otoczenie społeczne, a w perspektywie do izolacji społecznej całej rodziny. Źródłem stresu dla matek dzieci z niepełnosprawnością jest *odniesienie niepełnosprawności dziecka do struktury „ja”*. Często sytuacją jest obwinianie siebie, partnera, innych członków rodziny lub służby zdrowia za niepełnosprawność dziecka. W konsekwencji powyższego relacje rodzinne ulegają zakłóceniu, a kontakty z przedstawicielami medycyny rzadkie. Poczucie osamotnienia dotyczące matki dzieci z niepełnosprawnością wpływa na ich poczucie niskiej wartości, doświadczanie lęku, a czasami na posługiwanie się agresją wobec dziecka, które w ich mniemaniu jest źródłem pasma porażek. Ostatnim wymienionym w niniejszej pracy czynnikiem warunkującym przeżycia emocjonalne matek dzieci z niepełnosprawnością jest *miejsce przypisane dziecku w całości kształcie planów rodziny*. W przypadku par funkcjonujących w myśl reguł małżeństwa dwóch karier (model rodziny, w którym obydwoje małżonkowie mają wysoką potrzebę osiągnięć, dominacji i rozwoju zawodowego) niepełnosprawność dziecka jest powodem narastającej frustracji, wzajemnych pretensji, a nawet rozstania. W innych typach rodzin miłość do dziecka z niepełnosprawnością może wyzwolić zupełnie odmienny rodzaj przeżyć. Zaangażowanie, dobra organizacja trudnej rzeczywistości, poparta wzajemnym zrozumieniem i miłością mogą sprawić, by wspólne życie stało się na swój sposób przyjemne (Smykowska, 2010).

Opisane w literaturze badania dotyczące problematyki stresu rodzicielskiego w aspekcie płci, wieku i rodzaju niepełnosprawności dziecka nie pozwalają jednoznacznie stwierdzić, czy zmienne te wpływają na poziom stresu matek i ojców (Beckman, 1991). Rozpatrując sprzeczne rezultaty badań, zakłada się, że każdy okres rozwoju dziecka może być źródłem dodatkowych trudności dla rodziców. Istotne jest jednak, jak odbierają oni napięcia i w jakim stopniu są w stanie sobie z nimi poradzić.

W niniejszej pracy przyjęto, że matki młodzieży niepełnosprawnej oprócz trudności wynikających z sytuacji choroby przewlekłej swego dziecka są dodatkowo zmuszone zmagać się z wyzwaniem stawianymi przez okres rozwojowy

swych dzieci. *Adolescencja*² pojmowana jako czas przemian w życiu człowieka, które prowadzą z dzieciństwa do dorosłości, jest naznaczona wieloma gwałtownymi zmianami funkcjonowania jednostki w następujących sferach: fizjologiczna, psychologiczna oraz socjologiczna. Wyzwania, które młody człowiek podejmuje, dotyczą przystosowania do zmian fizycznych i seksualnych, znalezienia własnej tożsamości oraz utworzenia nowych relacji interpersonalnych (Harwas-Napierała, Trempała, 2000). Wymienione wyżej okoliczności mogą powodować nasilenie stresu u matek adolescentów z niepełnosprawnością w związku z pojawiającymi się nowymi perspektywami. Rozwój samooceny, poczucia własnej wartości, ja seksualnego i związanych z tym potrzeb, kwestie udzielenia sobie odpowiedzi na pytanie o swą tożsamość i jej akceptacja, problem bliskich związków interpersonalnych, samotności czy coraz większy niepokój o przyszły los niepełnosprawnego dziecka stanowią znaczące czynniki stresogenne. Warto dodać, że wiele matek przechodzi w tym okresie „kryzys wieku średniego” przejawiający się problemami zdrowotnymi, a także psychicznymi. Jest to czas dokonywania bilansu między sukcesami a porażkami, czas głębokiej refleksji nad dotychczasowym życiem, jego blaskami i cieniami, a także czas weryfikacji młodzieńczych planów. Zmianom podlegają także relacje z rodzicami, którzy stają się coraz mniej samodzielni i wymagający pomocy. W dalszej perspektywie matki adolescentów z niepełnosprawnością pełnią funkcje opiekuńcze zarówno wobec swego potomstwa, jak i starzejących się rodziców. Osoby dorosłe znajdujące się w tego rodzaju sytuacji określa się mianem *generacji kanapkowej* (*sandwich generation*). Zjawisko to jest aktualnie obserwowane w pokoleniu obecnych czterdziestolatków Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych.

Problem i cele badawcze

Problematyka niniejszej pracy dotyczy psychologicznego funkcjonowania kobiet wychowujących adolescentów z niepełnosprawnością. Zakładając, że przez kilkanaście lat były one poddane działaniu wielu czynników stresogennych, wynikających z ich sytuacji życiowej (Harper, 1984; Beckman, 1991; Guralnick i in., 2006), przyjęto, że będą się one charakteryzowały odmiennym wzorcem reakcji na sytuacje trudne niż kobiety wychowujące pełnosprawne potomstwo. Ponadto założono, że opisane powyżej trudności w rozwoju dziecka prowadzą nie tylko

² Ze względu na fakt, że adolescencja obejmuje długi i mocno zróżnicowany okres czasu w życiu człowieka, można w niej wyróżnić trzy fazy. Pierwsza faza, określana *pubertalną* związana jest z wstępnym etapem dojrzewania biologicznego. Kolejna faza, określana mianem *wczesnej adolescencji*, trwająca od 10 do 15 roku życia, dotyczy nabywania przez jednostkę zdolności do dawania nowego życia. Ostatnia z wyróżnionych faz, tj. faza *późnej adolescencji*, obejmująca okres od 16 do 20–23 roku życia, związana jest z nabywaniem przez człowieka zdolności do kształtowania swego życia (Obuchowska, 2000).

do obniżenia poczucia kompetencji u matek, ale także mogą osłabiać poczucie sprawowania kontroli nad sytuacją, obniżać poziom ich zaangażowania w pokonywanie przeszkód życiowych, a nawet rodzić przekonanie o bezsensowności podejmowanych działań (Pisula, 1998). Zatem w niniejszej pracy za cel badań obrano skonstruowanie profilu radzenia sobie ze stresem matek wychowujących adolescentów z niepełnosprawnością o podłożu neurologicznym oraz określenie ich poziomu poczucia skuteczności.

Pytania i hipotezy badawcze

W kontekście poruszanej problematyki badawczej sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jakie style radzenia sobie w sytuacjach trudnych preferują matki młodzieży z niepełnosprawnością w porównaniu z matkami młodzieży pełnosprawnej?

2. Jaki poziom poczucia własnej skuteczności przejawiają matki młodzieży z niepełnosprawnością o podłożu neurologicznym, a jaki matki młodzieży pełnosprawnej?

3. Czy istnieje, a jeżeli tak, to o jakim charakterze związek między stylami radzenia sobie a poczuciem własnej skuteczności?

Na podstawie przeglądu literatury przyjęto następujące hipotezy badawcze.

H1: Matki młodzieży z niepełnosprawnością częściej preferują style radzenia sobie ze stresem cechujące się zadaniowością niż matki młodzieży pełnosprawnej.

H2: Matki młodzieży niepełnosprawnej wykorzystują bardziej zróżnicowane style radzenia sobie ze stresem w porównaniu z matkami pełnosprawnych adolescentów.

H3: Matki młodzieży niepełnosprawnej cechuje niższe poczucie własnej skuteczności niż matki młodzieży pełnosprawnej.

H4: Istnieją dodatnie współzależności między poczuciem własnej skuteczności a stylami radzenia sobie ze stresem o charakterze zadaniowym.

Metody badań

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze zastosowano następujące metody: kwestionariusz wywiadu własnego autorstwa oraz standaryzowane kwestionariusze psychologiczne – Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE) Ch. S. Carvera, M. F. Scheiera i J. K. Weintrauba w adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik (2009) oraz Skalę Uogólnioną Własnej Skuteczności (GSES) R. Schwarzera i M. Jersusalem w adaptacji Z. Juczyńskiego (2001).

Kwestionariusz wywiadu

W procesie gromadzenia materiału empirycznego zastosowano metodę kwestionariusza wywiadu, która pozwoliła na zebranie informacji dotyczących: danych demograficznych badanych kobiet (wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, liczba dzieci, poziom wykształcenia, aktywność zawodowa, sytuacja ekonomiczna, wsparcie w wychowaniu dziecka). Wersję kwestionariusza wywiadu przeznaczoną dla matek młodzieży niepełnosprawnej wzbogacono o zagadnienie związane z pochodzeniem i rodzajem niepełnosprawności ich dzieci.

Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – COPE

Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE) został opracowany przez Ch. S. Caevera, M. F. Scheiera i J. K. Weintrauba. Dla potrzeb niniejszego opracowania zastosowany w adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik. Narzędzie to oparte na samopisie, składa się z 60 stwierdzeń, na które odpowiada się na 4-stopniowej skali. Osoba badana w stosunku do każdego z tych stwierdzeń oznacza odpowiedź na 4-punktowej skali (1 – prawie nigdy tak nie postępuję; 2 – rzadko tak postępuję; 3 – często tak postępuję; 4 – prawie zawsze tak postępuję).

Kwestionariusz COPE pozwala na ocenę 15 strategii reagowania w sytuacjach stresowych. Strategie te to: Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie, Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego, Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego, Unikanie Konkurencyjnych Działań, Zwrot ku Religii, Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój, Powstrzymanie się Od Działania, Akceptacja, Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie, Zaprzeczanie, Odwracanie Uwagi, Zaprzestanie Działań, Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych, Poczucie Humoru. Wymienione powyżej strategie radzenia sobie ze stresem zostały zakwalifikowane w trzy główne skale. Pierwszą ze skal – *Aktywne radzenie sobie* tworzy pięć strategii: Planowanie, Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój, Aktywne Radzenie Sobie, Unikanie Konkurencyjnych Działań oraz Powstrzymanie się Od Działania. Drugą skalę określaną jako *Zachowania unikowe* tworzy sześć strategii: Zaprzeczanie, Zaprzestanie Działań, Poczucie Humoru, Odwracanie Uwagi, Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych oraz Akceptacja. Ostatnią ze skal nazwaną *Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach* tworzą cztery strategie: Poszukiwanie Emocjonalnego Wsparcia Społecznego, Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie, Poszukiwanie Instrumentalnego Wsparcia Społecznego oraz Zwrot ku Religii. Wymienione powyżej sposoby postępowania

w sytuacjach trudnych mogą odzwierciedlać zarówno dyspozycyjne radzenie sobie, jak i sytuacyjne. Funkcję norm dla osób dorosłych w wieku 20–65 lat pełnią średnie i odchylenia standardowe. Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem spełnia standardy narzędzia psychometrycznego. Współczynniki *alfa* Cronbacha dla poszczególnych skal wynoszą od 0,48 do 0,94 (tj. Aktywne Radzenie Sobie 0,49, Zwrot ku Religii 0,94, Zaprzeczanie 0,60, Planowanie 0,71, Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój 0,68, Odwracanie Uwagi 0,48, Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego 0,77, Powstrzymanie się od Działania 0,53, Zaprzestanie Działań 0,74, Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego 0,83, Akceptacja 0,79, Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych 0,91, Unikanie Konkurencyjnych Działań 0,54, Koncentracja na Emocjach, Wyładowanie 0,71, Poczucie Humoru 0,84). Wskaźniki stałości mierzone w odstępie 1,5 miesiąca wahały się w granicach od 0,46 do 0,86 (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) w adaptacji Z. Juczyńskiego nawiązuje do sformułowanej przez A. Bandurę (1977, 2004) koncepcji oczekiwań i pojęcia własnej skuteczności, wiążącej się z kontrolą własnych działań. Oczekiwana skuteczność może odnosić się do specyficznych obszarów aktywności człowieka, a także wyrażać jego ogólne przekonanie co do szczególnej roli w sytuacjach problemowych czy nowych. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności mierzy siłę ogólnego przekonania co do skuteczności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie ludzie i tym bardziej angażują się w zamierzone zachowanie. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności zawiera 10 stwierdzeń. Respondent ma możliwość ustosunkowania się do nich poprzez udzielenie następujących typów odpowiedzi: nie, raczej nie, raczej tak, tak. Suma wszystkich punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności mieszczący się w granicach od 10–40 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności. Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności cechuje dobry poziom rzetelności (współczynnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,85, zaś błąd standardowy pomiaru 0,24; rzetelność skali oceniana metodą test-retest wynosiła 0,78) (Juczyński, 2001).

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto grupę 103 matek z województwa łódzkiego i pomorskiego. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 42 lata ($\delta = 6,025$). Kryterium podziału na grupy porównawcze stanowił stan zdrowia dziecka badanych kobiet. Matki

wychowujące młodzież z niepełnosprawnością o podłożu neurologicznym stanowiły grupę kliniczną (N = 47), natomiast grupę porównawczą (N = 56) tworzyły matki wychowujące młodzież pełnosprawną (średnia wieku młodzieży z obu grup to odpowiednio 14 lat i 17 lat).

Analizując miejsce zamieszkania badanych kobiet, okazało się, że zdecydowana większość matek niepełnosprawnej młodzieży mieszka na terenach miejskich (78,7% badanych w dużym mieście, liczącym powyżej 100 000 mieszkańców, zaś 21,3% badanych pochodzi z miast liczących mniej niż 100 000 mieszkańców). Żadna z badanych matek młodzieży niepełnosprawnej nie mieszkała na wsi. Kobiety wychowujące młodzież pełnosprawną zamieszkiwały bardziej zróżnicowane tereny. Na obszarach miejskich żyło 60,7% badanych, zaś ze wsi pochodziło 39,3% badanych matek. Uzyskane rezultaty badawcze są znaczące w świetle testu Chi-kwadrat ($\chi^2 = 36,919$; $df = 2$; $p = ,000$).

Rozpatrując stan cywilny badanych matek, zauważono występowanie istotnych statystycznie różnic w tym zakresie ($\chi^2 = 19,353$; $df = 4$; $p = ,001$). Choć najczęściej kobiet z obu porównywanych grup deklarowało funkcjonowanie w związku małżeńskim, to częściej deklaracja ta dotyczyła matek młodzieży pełnosprawnej (78,6%) w porównaniu z matkami młodzieży niepełnosprawnej (61,7%). Matki dzieci z niepełnosprawnością o podłożu neurologicznym znacząco częściej wskazywały na fakt rozpadu rodziny w wyniku rozwodu (38,3%) w relacji do wskazań matek dzieci pełnosprawnych (7,1%). Kategorie stanu cywilnego określane jako: panieństwo (5,4%), życie w związku nieformalnym (3,6%) oraz wdowieństwo wystąpiły tylko w grupie matek młodzieży pełnosprawnej (5,4%).

Rozkład poziomu wykształcenia w badanych grupach matek był zróżnicowany. Uzyskane dane pozwoliły stwierdzić, że w grupie matek wychowujących dziecko z niepełnosprawnością większość badanych kobiet cechowała się wykształceniem na poziomie licencjatu (38,3%). Wykształcenie wyższe magisterskie cechowało 31,9% badanych kobiet, zaś średnie – 29,8%. Pozostałe kategorie poziomu wykształcenia, tj. podstawowe i zawodowe, nie wystąpiły w tej grupie. Analizując poziom wykształcenia matek wychowujących młodzież pełnosprawną, zaobserwowano, że najczęściej matki deklarowały średni poziom wykształcenia (32,1%). Taki sam procent matek charakteryzował się wykształceniem na poziomie wyższym (28,6%) i zawodowym (26,8%). Poziom licencjatu wskazało 12,5% badanych kobiet. Uzyskane wyniki są znaczące w świetle testu Chi-kwadrat ($\chi^2 = 24,279$; $df = 4$; $p = ,000$).

Aktywność zawodowa w badanych grupach matek była na podobnym poziomie. Okazało się, że taki sam procent matek posiadających zdrowe potomstwo jak i matek wychowujących niepełnosprawne dziecko (odpowiednio 78,6% i 76,6%) jest aktywnych zawodowo. Brak aktywności zawodowej deklarował taki sam procent matek dzieci pełnosprawnych (21,4%) jak i matek dzieci z niepełnosprawnością (24,4%). Uzyskane współzależności między zmiennymi nie są istotne statystycznie ($\chi^2 = ,058$; $df = 1$; $p = ,810$). Przedstawiona powyżej sytuacja zawodowa

przypuszczalnie miała wpływ na podobne postrzeganie swej sytuacji ekonomicznej przez badane matki ($\chi^2 = 1,747$; $df = 2$; $p = ,418$). Można stwierdzić, że zdecydowana większość matek z obu porównywanych grup oceniała swą sytuację ekonomiczną jako dobrą i przeciętną (92,9% matek dzieci pełnosprawnych i 97,1% matek dzieci z MPD typu hemiplegii dokonało takich wskazań). Niewielki procent badanych matek ocenił swe warunki finansowe jako złe (7,1% matek dzieci pełnosprawnych oraz 2,1% matek dzieci z niepełnosprawnością).

Rozpatrując wachlarz wykonywanych zawodów przez porównywane grupy badanych kobiet, zauważono występowanie w tym zakresie znaczące statystycznie współzależności ($\chi^2 = 46,362$; $df = 6$; $p = ,000$). Zdecydowana większość matek adolescentów z niepełnosprawnością to specjalistki do spraw nauczania i wychowania (nauczyciel w szkole, nauczyciel w przedszkolu). W grupie matek zdrowych adolescentów było to 19,6%. Duża grupa matek, nie będąc aktywnymi zawodowo, zajmowała się swoim dzieckiem w domu (34,0%). Niewielki procent matek dzieci z ograniczoną sprawnością (6,4%) pracował w służbach mundurowych. Analizując rozkład procentowy wykonywanych zawodów przez matki młodzieży pełnosprawnej, stwierdzono, że jest on bardziej zróżnicowany. Najczęściej matki zdrowych dzieci wykonywały zawód specjalistki do spraw ekonomicznych i zarządzania (25,0%). Stan bezrobocia deklarowało 19,6% badanych matek³. Pracownice usług i sprzedawczynie stanowiły 17,9% badanej grupy matek zdrowych adolescentów. W sektorze zajmującym się świadczeniem usług w zakresie zdrowia pracowało 12,5% badanych matek, a 5,4% kobiet to osoby związane z pracą w dziedzinach prawa i administracji.

Ostatnim analizowanym zagadnieniem opisującym badane grupy matek była kwestia uzyskiwania wsparcia wyrażającego się w pomocy innych osób w wychowaniu dziecka. Uzyskane w tym zakresie dane pozwoliły stwierdzić, że matkom z obu grup było świadczone wsparcie w tym zakresie, ale w różnych proporcjach przez inne osoby.

Z grupy matek młodzieży pełnosprawnej 70% badanych kobiet deklarowało, że mąż/partner pomaga im w wychowaniu dziecka. W grupie matek młodzieży z niepełnosprawnością wszystkie badane matki wskazały na męża, jako osobę pomagającą w wychowaniu (100%) oraz na osoby babć i dziadków (78,7%). Pomoc w wychowaniu młodzieży pełnosprawnej także świadczyła babcia i dziadek, ale rzadziej (55,1% wskazań). Niewielki procent badanych matek z grupy kontrolnej (8,9%) nie uzyskiwał pomocy w opiece nad dzieckiem. Uzyskane wyniki są istotne w świetle testu Chi-kwadrat ($\chi^2 = 17,088$; $df = 2$; $p = ,000$). Współcześnie akceptowany jest pogląd, że wewnętrzne i zewnętrzne więzi członków rodziny mają zasadniczy wpływ na ich zdrowie i szanse uzyskiwania wsparcia społecznego w trudnych sytuacjach (Maciarz, 2004). Zatem przedstawione wyniki dają

³ Udział procentowy typowy w skali ogólnopolskiej na badanym terenie przy uwzględnieniu czynnika płci.

podstawę do wnioskowania o tym, że badane matki niepełnosprawnych adolescentów funkcjonowały we wspierających środowiskach rodzinnych, zaangażowanych w pomoc w opiece nad niepełnosprawnym dzieckiem.

Procedura badawcza

W badaniach wzięła udział grupa 103 matek (średnia wieku wynosiła 42 lata, $\delta = 6,025$) z województwa łódzkiego i pomorskiego. Badania prowadzono w okresie od marca do czerwca 2012 r. Miały one charakter anonimowy i dobrowolny. Zastosowano metodę doboru celowego.

Zgromadzony materiał empiryczny poddano analizie statystycznej. W tym celu posłużono się programem komputerowym IBM SPSS Statistics 20. Analiza statystyczna wyników badań obejmowała zagadnienia korespondujące z poszczególnymi pytaniami badawczymi. Dokonując charakterystyki grupy badawczej, wykorzystano metodę zestawień procentowych oraz Test niezależności Chi-kwadrat (χ^2). Kolejny etap analiz statystycznych dotyczył porównania średnich wyników otrzymanych przez badane grupy matek młodzieży z niepełnosprawnością i matek młodzieży pełnosprawnej w zakresie określonych zmiennych psychologicznych (jakość życia, poczucie własnej skuteczności, styl radzenia sobie ze stresem). Charakter danych (tj. rozkład i równomierność wariancji) pozwolił na zastosowanie testów parametrycznych. Posłużono się testem t-Studenta. Do pomiaru ewentualnych współzależności między badanymi zmiennymi psychologicznymi wykorzystano współczynnik korelacji r-Pearsona.

Wyniki badań

Zróznicowanie w zakresie preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem w opinii matek młodzieży niepełnosprawnej oraz matek młodzieży pełnosprawnej

Rezultaty analizy statystycznej z zastosowaniem testu t-Studenta ujawniły występowanie wielu istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami matek młodzieży pełnosprawnej i niepełnosprawnej w zakresie stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych (tabela 1). Dotyczyły one: Planowania, Poszukiwania Instrumentalnego Wsparcia Społecznego, Poszukiwania Emocjonalnego Wsparcia Społecznego, Pozytywnego Przewartościowania i Rozwoju, Akceptacji,

Zażywania Alkoholu, Poczucia Humoru, Powstrzymywania się od Działania, Koncentracji na Emocjach i ich Wyładowaniu, Odwracania Uwagi oraz Zwrotu ku Religii. Pozostałe sposoby postępowania w sytuacji stresogennej tj. Aktywne Radzenie Sobie, Unikanie Konkurencyjnych Działań, Zaprzeczanie oraz Zaprzestanie Działań nie różnicowały porównywanych grup matek.

Tabela 1. Różnice w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem w grupach matek młodzieży z hemiplegią oraz matek młodzieży pełnosprawnej

Średnie wyniki w badanych grupach matek	Matki młodzieży z hemiplegią		Matki młodzieży pełnosprawnej		t	df	p
	N = 47		N = 56				
	\bar{x}	δ	\bar{x}	δ			
Styl radzenia sobie ze stresem							
Aktywne radzenie sobie	12,62	,768	12,66	1,180	,226	95,445	,822
Planowanie	12,51	,718	11,39	1,155	5,99	93,618	,000
Poszukiwanie Instrumentalnego Wsparcia Społecznego	7,70	,689	8,64	1,554	4,077	78,612	,000
Poszukiwanie Instrumentalnego Wsparcia Emocjonalnego	6,23	,476	10,32	2,167	13,277	61,267	,000
Unikanie Konkurencyjnych Działań	8,66	,984	8,34	1,505	1,251	101	,214
Zwrot ku Religii	6,00	,752	5,54	1,279	2,287	91,145	,025
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	12,26	,570	9,77	2,080	8,574	64,657	,000
Powstrzymywanie się od Działania	9,15	,625	8,43	1,412	3,239	101	,002
Akceptacja	12,47	,929	5,18	1,516	28,653	100	,000
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowywanie	6,26	,441	5,89	,762	2,890	100	,005
Zaprzeczanie	5,81	,537	5,60	,873	1,474	91,327	,144
Odwracanie Uwagi	8,53	,654	8,0	1,186	2,737	100	,007
Zaprzestanie Działań	5,00	,722	4,95	,891	-,341	99,747	,734
Zażywanie Alkoholu	5,00	,417	4,62	,490	4,250	99,999	,000
Poczucie Humoru	8,09	,905	5,15	1,061	14,911	100	,000

Źródło: opracowanie własne.

Rozpatrując odmienne wzorce radzenia sobie ze stresem charakteryzujące badane matki z obu porównywanych grup, stwierdzono, że matki młodzieży niepełnosprawnej częściej projektowały w umyśle sposoby radzenia sobie ze stresem niż matki młodzieży pełnosprawnej (Planowanie). Powyższa sytuacja może wynikać z doświadczenia życiowego i konieczności przewidywania wielu trudności wiążących się z obecnością niepełnosprawnego dziecka w rodzinie. Inne podejście narażało je na dalsze potęgowanie stresora. Kobiety wychowujące pełnosprawne potomstwo na bieżąco podejmowały wyzwania niesione przez stosunkowo krótkotrwałe sytuacje cechujące się występowaniem napięcia psychicznego.

Jak wynika z otrzymanych rezultatów badawczych kobiety posiadające zdrowe potomstwo znacznie częściej niż kobiety wychowujące dzieci z niepełnosprawnością poszukiwały wsparcia zarówno emocjonalnego, jak i instrumentalnego. Częściej oczekiwały rady, informacji, moralnego wsparcia oraz zrozumienia. Mając na uwadze wyniki wielu badań dotyczących funkcjonowania rodzin z osobami z niepełnosprawnością, sądzi się, że przyczynę powyższej sytuacji może stanowić zjawisko izolacji społecznej (*zewnątrznej*), które redukuje swobodne kontakty ze zdrowymi członkami społeczeństwa. Izolacja może mieć także charakter *wewnętrzny*, gdy z obawy przed nieżyczliwą reakcją, niechęcią, odmową pomocy rodzice dzieci z niepełnosprawnością nie uczestniczą w pełni w życiu społecznym, ograniczając kontakty do niezbędnego minimum (Borzyszkowska, 1997).

Matki młodzieży niepełnosprawnej osiągnęły wyższe wyniki średnie w zakresie dostrzegania w zdarzeniu stresującym pozytywów sprzyjających rozwojowi niż matki młodzieży pełnosprawnej. Można stwierdzić, że otrzymany wynik wskazuje na pozytywne zaadoptowanie się do specyficznej sytuacji życiowej, związanej ze stałym doświadczaniem stresu wynikającego z wychowywania niepełnosprawnego dziecka, które aktualnie jest w okresie dorastania. O powyższym przypuszczeniu może także świadczyć fakt uzyskania przez matki młodzieży niepełnosprawnej wyższych wyników średnich niż przez matki wychowujące zdrowe potomstwo w zakresie zaakceptowania sytuacji trudnej jako czegoś, z czym trzeba się pogodzić i nauczyć z tym żyć. Odnosząc się do cech badanej grupy matek adolescentów z MPD typu hemiplegii, warto zauważyć, że zdecydowana ich większość wykonywała zawody związane ze sferą nauczania i wychowania. Zdobyły więc ponadstandardową w skali ogólnospołecznej wiedzę psychologiczną i pedagogiczną oraz miały większą okazję do przyswojenia podstawowych choćby umiejętności w tym zakresie. Fakt ten mógł mieć znaczenie dla korzystnego przystosowania się do sytuacji choroby przewlekłej dziecka.

Jak wynika z przeprowadzonych badań porównywane grupy matek młodzieży różnicowało także posługiwanie się poczuciem humoru i zażywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych w obliczu sytuacji trudnej. Matki dzieci z niepełnosprawnością częściej traktowały humor i używki jako sposób łagodzenia przykrych emocji niż matki dzieci zdrowych. Zaznacza się jednak,

że omawiane wyniki średnie w grupie matek młodzieży niepełnosprawnej są zbliżone do wyników średnich uzyskanych na próbie 716 kobiet (Zażywanie Alkoholu = 5,11) oraz wyższe od średniej w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem opartej o Poczucie Humoru ($N = 716$; $M = 6,31$; $SD = 2,40$) (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

Kolejna różnica występująca między badanymi grupami matek młodzieży dotyczyła strategii radzenia sobie ze stresem zorientowanej na powstrzymanie się od przedwczesnego działania. Matki młodzieży niepełnosprawnej częściej wyczekiwały na właściwy moment, by podjąć działania zaradcze niż matki młodzieży pełnosprawnej. Niższy poziom impulsywności w reagowaniu na sytuację trudną być może jest wynikiem doświadczenia wynikającego z opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością, które uczy pokory i cierpliwości. Charakteryzując wzorzec radzenia sobie ze stresem przez matki młodzieży niepełnosprawnej, należy dodać, że częściej niż matki młodzieży zdrowej niepokoiły się swoimi emocjami i przejawiały tendencje do ich wyładowywania. Ponadto częściej unikały one myślenia o przykrych konsekwencjach zdarzenia przez zajmowanie się innymi czynnościami o charakterze zastępczym, jak np. oglądanie telewizji czy sen.

Ostatnia z zaobserwowanych różnic między porównywanymi grupami kobiet dotyczy pojmowania religii jako źródła wsparcia emocjonalnego. Kobiety sprawujące opiekę nad potomstwem z niepełnosprawnością o podłożu neurologicznym częściej zwracały się ku religii, poszukując drogowskazu do pozytywnego przewartościowania i rozwoju niż kobiety zdrowych dzieci. Podkreśla się, że uzyskane przez badane matki wyniki średnie mieszczą się poniżej średniej dla kobiet ($N = 716$; $M = 6,31$; $SD = 2,40$). W świetle uzyskanych wyników badań hipotezy pierwsza i druga zostały pozytywnie zweryfikowane. Matki młodzieży niepełnosprawnej wykorzystywały bardziej zróżnicowane style radzenia sobie ze stresem w porównaniu z matkami pełnosprawnych adolescentów, tj. style radzenia sobie ze stresem oparte na aktywności (Planowanie, Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój, Powstrzymanie się od Działania), strategiach unikowych (Akceptacja, Odwracanie Uwagi, Zażywanie Alkoholu i Poczucie Humoru) oraz na strategiach wiążących się z emocjami i wsparciem (Zwrot ku Religii, Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowywanie).

Zróżnicowanie w zakresie poczucia własnej skuteczności w ocenie matek młodzieży z niepełnosprawnością oraz matek młodzieży pełnosprawnej

Dokonując weryfikacji hipotezy trzeciej, mówiącej o występowaniu zróżnicowania w zakresie poczucia własnej skuteczności w grupach badanych matek, porównano uzyskane przez nie wyniki (tabela 2).

Tabela 2. Zróżnicowanie w zakresie poczucia własnej skuteczności w ocenie matek młodzieży z hemiplegią oraz matek młodzieży pełnosprawnej

Poczucie własnej skuteczności	Średnie wyniki w badanych grupach matek		Matki młodzieży z hemiplegią		Matki młodzieży pełnosprawnej		t	df	P
			N = 47		N = 56				
	\bar{x}	δ	\bar{x}	δ	\bar{x}	δ			
	30,23	,428	29,52	5,471	–,976	55,802			

Źródło: opracowanie własne.

Zawarte w tabeli 2 dane dotyczące porównania poczucia własnej skuteczności w badanych grupach matek młodzieży pełnosprawnej i niepełnosprawnej wskazują na brak różnic między nimi. Tym samym nie potwierdzono hipotezy numer 3. Okazuje się, że badane matki w podobnym stopniu (matki młodzieży niepełnosprawnej –7 sten, matki młodzieży pełnosprawnej –6 sten) były przekonane o swoich możliwościach działania i odnoszeniu sukcesów. Oznacza to, że matki z obu badanych grup cechowała świadomość zasobów, z których mogą korzystać w sytuacjach trudnych, tendencja do stawiania sobie ambitnych celów do realizacji oraz silne zaangażowanie w realizację podjętych zobowiązań. Podejmując się psychologicznej interpretacji uzyskanego wyniku w świetle danych empirycznych pochodzących z przeprowadzonej ankiety, można stwierdzić, że grupa badanych matek adolescentów z niepełnosprawnością posiadała rodzinne, ekonomiczne i indywidualne (wykształcenie) zasoby, które znacząco decydowały o możliwości odniesienia sukcesu w podejmowanych działaniach. Ten optymistyczny akcent można też wiązać z poziomem cywilizacyjnym epoki, kraju i społeczeństwa.

Współzależności między stylami radzenia sobie ze stresem a poczuciem skuteczności w badanych grupach matek

Analiza otrzymanych wyników badań w porównywanych grupach matek młodzieży o zróżnicowanym stanie zdrowia wskazała na występowanie wielu współzależności między stylami radzenia sobie ze stresem a poczuciem własnej skuteczności. Potwierdzona została hipoteza czwarta. Zaznacza się, że w grupie matek młodzieży niepełnosprawnej wystąpiło więcej współzależności między badanymi zmiennymi psychologicznymi niż w grupie matek zdrowych adolescentów. Może to oznaczać, że poczucie własnej skuteczności w większym stopniu odrywa znaczącą rolę w preferowaniu określonych stylów radzenia sobie

ze stresem. W celu graficznego przedstawienia otrzymanych rezultatów badawczych posłużono się zestawieniem tych zmiennych w tabeli 3.

Tabela 3. Współzależność między stylami radzenia sobie ze stresem a poczuciem skuteczności w badanych grupach matek młodzieży o zróżnicowanym stanie zdrowia

Style radzenia sobie ze stresem	Matki młodzieży z hemiplegią		Matki młodzieży pełnosprawnej	
	Poczucie własnej skuteczności			
Aktywne radzenie sobie	n.i.		n.i.	
Planowanie	r	,451**	n.i.	
	p	,001		
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	n.i.		n.i.	
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	n.i.		r	-,289*
			p	,031
Unikanie Konkurencyjnych Działań	r	,503**	n.i.	
	p	,000		
Zwrot ku Religii	r	,405**	n.i.	
	p	,005		
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	n.i.		n.i.	
Powstrzymywanie się od Działania	n.i.		r	,420**
			p	,001
Akceptacja	r	-,391**	r	-,278*
	p	,007	p	,040
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	n.i.		n.i.	
Zaprzeczanie	n.i.		n.i.	
Odwracanie Uwagi	r	,322*	n.i.	
	p	,027		
Zaprzestanie Działań	n.i.		n.i.	
Zażywanie Alkoholu	n.i.		n.i.	
Poczucie Humoru	r	,340*	n.i.	
	p	,019		

Oznaczenia do tabeli: * – Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie); ** – Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie); n.i. – współzależność nieistotna statystycznie; p – poziom istotności; r – wartość współczynnika korelacji r-Pearsona.

Źródło: opracowanie własne.

Rozpatrując dane zawarte w tabeli 3, odnoszące się do grupy matek młodzieży niepełnosprawnej, można stwierdzić, że wraz ze wzrostem poczucia własnej skuteczności częściej była stosowana strategia radzenia sobie ze stresem oparta na rozważaniach na temat poradzenia sobie ze stresem (planowanie). Subiektywna ocena skuteczności podejmowanych działań korelowała także pozytywnie z unikaniem konkurencyjnych w stosunku do zaradczych działań, podejmowanych w sytuacji stresu (unikanie konkurencyjnych działań). Stosowanie tegoż stylu miało na celu lepsze poradzenie sobie w sytuacji trudnej. W grupie matek adolescentów z hemiplegią poczucie własnej skuteczności wiązało się dodatnio z uznawaniem religii za źródło wsparcia emocjonalnego, wskazującej drogę do pozytywnego przewartościowania sytuacji trudnej i potraktowania jej jako czynnika rozwoju (zwrot ku religii). Ujemna korelacja dotyczyła relacji między poczuciem skuteczności a akceptacją sytuacji trudnej. Im wyższy poziom skuteczności własnych działań charakteryzował badane matki, tym rzadziej były one skłonne traktować sytuację stresogenną jako nieodwracalną, do której należy się przyzwyczaić. Dodatkowo, choć słabsze niż wyżej omówione współzależności (tabela 3) dotyczyły poczucia skuteczności i stylów radzenia sobie ze stresem opartych na mechanizmie odwracania uwagi i stosowania poczucia humoru.

W grupie matek pełnosprawnych adolescentów poczucie własnej skuteczności pozytywnie korelowało z radzeniem sobie ze stresem polegającym na powstrzymaniu się od przedwczesnego działania na rzecz podejmowania aktywności we właściwym, w subiektywnej ocenie, momencie. Zatem impulsywność działań nie sprzyjała poczuciu własnej skuteczności. Pozostałe zaobserwowane współzależności między badanymi zmiennymi miały charakter ujemny. Niższy poziom poczucia skuteczności był związany z rzadszym poszukiwaniem rady, pomocy czy informacji (wsparcie instrumentalne) oraz częstszym przyjęciem zaistniałej sytuacji jako nieodwracalnej (akceptacja).

Wnioski i dyskusja wyników

Niniejsza praca wpisuje się w nurt zainteresowań autorów, którzy choć ujmują rodzinę systemowo, to w badaniach uwzględniają jedynie grupę matek dzieci z niepełnosprawnością, pomijając rolę ojca w obliczu wychowania przewlekle chorego dziecka. Postępowanie tego rodzaju jest uzasadnione zjawiskiem *matrycentryczności* oraz społecznym przekonaniem, że prawdopodobnie opieka nad dzieckiem ma większe znaczenie dla poziomu dobrostanu matki niż ojca (Larson, 1998). Uważa się, że ojciec jako osoba mniej zaangażowana niż matka w opiekę nad dzieckiem nie podlega tak silnemu oddziaływaniu czynników związanych z funkcjonowaniem niepełnosprawnego dziecka. Istnieją jednak badania, które nie pozwalają w jednoznaczny sposób ocenić sytuacji ojców jako korzystniejszej dla ich kondycji psychicznej (Peer, Hilman, 2012).

Odnosząc się do uzyskanych wyników badań własnych w zakresie radzenia sobie ze stresem matek adolescentów z niepełnosprawnością w porównaniu z matkami wychowującymi pełnosprawną młodzież, stwierdzono odmienne wzorce radzenia sobie ze stresem w badanych grupach kobiet. Można uznać, że matki młodzieży niepełnosprawnej przejawiały bardziej zróżnicowane strategie radzenia sobie ze stresem niż matki pełnosprawnych adolescentów. Zauważono wykorzystywanie strategii opartych na aktywnym działaniu (Planowanie, Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój, Powstrzymywanie się od Działania), strategii unikowych (Akceptacja, Odwracanie Uwagi, Zażywanie Alkoholu i Poczucie Humoru) oraz strategii wiążących się z emocjami i wsparciem (Zwrot ku Religii, Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowywanie). Uważa się, że mimo upływu czasu matki adolescentów z niepełnosprawnością nadal doświadczają silnego emocjonalnego stresu, bowiem nie zauważono u nich widocznego ograniczania repertuaru stosowanych strategii, co mogłoby wskazywać na zyskanie psychicznej adaptacji do sytuacji stresogennej.

Matki zdrowego potomstwa najczęściej pokonywały stres, poszukując wsparcia zarówno instrumentalnego, jak i społecznego. Może to świadczyć o otwartości wobec otoczenia i chęci dzielenia się z nim swymi problemami. Źródło powyższej sytuacji niewątpliwie tkwi w pozytywnych doświadczeniach i braku tendencji do samoizolacji społecznej. Badacze wskazują, że w przypadku matek dzieci z niepełnosprawnością obserwuje się znaczące ograniczenie wykorzystywania strategii polegającej na korzystaniu z instytucjonalnej pomocy specjalistów, ze wsparcia rodziny. Można natomiast obserwować silniejsze zaangażowanie się w praktyki religijne, łączone z perspektywą filozoficznego poszukiwania wsparcia (Gray, 2006). Uzyskane wyniki badań własnych potwierdzają wcześniejsze doniesienia z tego obszaru zagadnień.

Wyniki prezentowanych w artykule badań przedstawiają obraz matek osób z niepełnosprawnością, które poza stylami o charakterze zadaniowym wykorzystują także emocjonalne sposoby pokonywania stresu oraz style oparte na unikaniu. Uzyskany rezultat badawczy można wyjaśniać upływem czasu. Prace I. Jelonkiewicz i K. Kosińskiej-Dec (1997) wskazują, że wraz z czasem sposoby radzenia ze stresem przez rodziców mogą się zmieniać, przy czym u matek występuje więcej zachowań dysfunkcyjnych (np. rozładowywanie własnych emocji, zachowania nadopiekuńcze wobec dziecka), natomiast u ojców zarówno funkcjonalnych, jak i dysfunkcyjnych.

Innym czynnikiem modyfikującym pokonywanie stresu przez matki jest wiek ich dzieci z niepełnosprawnością. Choć wyniki prowadzonych w tym zakresie badań są zróżnicowane, mogą rzucać światło na zaprezentowane w artykule rezultaty ustaleń własnych. M. Sekułowicz (2000) udowodniła, że matki dzieci starszych częściej stosowały strategię ucieczki i unikania niż matki dzieci młodszych, które poza dystansowaniem się od problemów poszukiwały również wsparcia. G. Grant, B. Whittell (2000) zauważyli, że dzieci rodziców osób z niepełnosprawnością w wieku szkolnym i młodzieńczym częściej ujawniają strategie

zadaniowe i antycypacyjne. W literaturze przedmiotu podkreśla się pozytywny związek emocjonalnego i unikowego radzenia sobie z psychologicznym stresem oraz jego skutkami w postaci gorszego funkcjonowania psychofizycznego matek dzieci niepełnosprawnych (Miller i in., 1992). Sądzić zatem można, że badane matki niepełnosprawnych adolescentów doświadczały tegoż dyskomfortu.

Charakteryzując psychologiczne cechy matek przewlekle chorych dzieci w kontekście radzenia sobie ze stresem, analizie poddano ich poczucie własnej skuteczności na tle matek posiadających zdrowe potomstwo. Z przedstawionych danych można wnioskować, że zmienna ta nie różnicowała porównywanych grup matek. Jak wcześniej wspomniano efektywność i skuteczność radzenia sobie stanowi bardzo złożony problem, co wynika z wielości determinantów i korelatów tego procesu. Na uwagę zasługuje tu pojęcie *zasobów*, bowiem pełnią one znaczącą rolę w procesie oceny sytuacji trudnej. Zasoby mogą być rozpatrywane zarówno na poziomie całej rodziny, jak i indywidualnych relacji z poszczególnymi jej członkami. Bierze się pod uwagę ich wymiar psychologiczny, społeczny i ekonomiczny (Parchomiuk, 2007). Badane matki adolescentów o zróżnicowanym stanie zdrowia w przeważającej liczbie deklarowały uzyskiwanie pomocy ze strony rodziny, co pozwala ocenić ich środowiska społeczne jako wspierające. Badania prowadzone w tym zakresie pozwalają stwierdzić, że matki dzieci z niepełnosprawnością, które doświadczają wsparcia, są lepiej przystosowane do faktu niepełnosprawności dziecka (Sekułowicz, 2000). Ponadto subiektywne doświadczenie wsparcia jest związane z innymi zasobami, do których niewątpliwie należy poczucie własnej skuteczności.

W ramach podsumowania warto zwrócić uwagę na fakt, że zdolności radzenia sobie matek adolescentów z niepełnosprawnością są nie tylko korelatami ich funkcjonowania w sferze psychospołecznej, ale także mają nieocenione znaczenie dla jakości życia i warunków, w których przebiega rozwój młodego, niepełnosprawnego człowieka. Środowisko rodzinne, które jest prymarnym przez cały okres życia przewlekle chorej jednostki, może bowiem stanowić źródło korzystnych bądź niekorzystnych, z punktu widzenia rozwoju, bodźców. Familiolodzy podkreślają, że w prawidłowo przebiegającym procesie rozwoju dziecka najcenniejszy jest udział obojga rodziców. Zaangażowanie matki i ojca w wychowanie oraz opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością stanowi predyktor jego zrównoważonego rozwoju. Badania nad matkami dzieci przewlekle chorych wskazują, że w istocie w nie mniejszym stopniu chodzi o dobrostan dotkniętych przez los adolescentów jak i ich matek.

W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie podejścia systemowego do niepełnosprawności dziecka (Pilecka, 2002; Bąbiak, 2007). Przy udzielaniu pomocy psychologicznej matkom adolescentów z niepełnosprawnością istotnym jest, aby skoncentrować się nad kształtowaniem u nich chęci i umiejętności korzystania z szeroko rozumianego wsparcia społecznego. Aktywne członkostwo w zróżnicowanych sieciach społecznych może zdecydowanie wpływać na obniżanie się poziomu stresu kobiet wychowujących nastolatki z niepełnosprawnością. Świadomość

różnorodności oraz skuteczności stosowanych stylów radzenia sobie ze stresem będzie stanowić kolejny krok do zapanowania nad sytuacjami wywołującymi nadmierne napięcie. Szkolenia w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem czy też treningi umiejętności behawioralnych, np. w zakresie organizacji oraz podziału obowiązków, mogą zwiększyć poziom adaptacyjności i funkcjonalności systemu rodzinnego, w którym funkcjonuje adolescent z niepełnosprawnością. Wskazanie, a także trening repertuaru prawidłowych wzorców zachowania w komunikacji interpersonalnej oraz w zakresie manifestowania emocji mogą wzmocnić zasoby psychospołeczne rodziny i ukierunkować sieć wsparcia społecznego, czyniąc granice rodzinne bardziej przepuszczalnymi, co przyczyniłoby się do zmniejszenia wpływów różnorodnych czynników obciążających (Pilecka, 2002). Matka pełni rolę bufora wspomagającego zmaganie się dziecka z niepełnosprawnością pod warunkiem, że prezentuje ona dużą pewność osobowościową, przejawiającą się w poczuciu przewidywalności środowiska zarówno domowego, jak i tego zewnętrznego oraz w dostarczaniu środków do pokonywania przeciwności dnia codziennego (Sęk, 2006).

Bibliografia

- Bąbiak I., *Postrzeganie przez bliskich problemów osób z ograniczoną sprawnością*, [w:] W. Łukowski (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy. Portret środowiska*, Wydawnictwo Academica SWPS, Warszawa 2007, s. 184–187.
- Bartosz B., *Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 54.
- Bielawska-Batorowicz E., Kornas-Biela D., *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, Wydawnictwo KUL, Lublin 1992, s. 23.
- Beckman P. J., *Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities*, „American Journal on Mental Retardation” 1991, no 95, s. 585–595.
- Borzyszkowska H., *Izolacja społeczna rodzin mających dziecko upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1997, s. 75.
- Brejnak W., *Dziecko i jego problemy przed sądem*, [w:] K. J. Zabłocki (red.), *Dziecko niepełnosprawne, jego rodzina i edukacja*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1999, s. 83.
- Cunningham C., *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1992, s. 45.
- Grant G., Whittell B., *Do Families and Care Managers Have a Similar View of Family Coping?*, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities” 2000, no 4, s. 256–275.
- Grey D.E., *Coping over time: the parents of children with autism*, „Journal of Intellectual Disability Research” 2006, no 50, s. 970–976.
- Guralnick M. J., Hammond M. A., Connor R. T., Neville B., *Stability, change, and correlates of the peer relationships of young children with mild developmental delays*, „Child Development” 2006, no 77, s. 312–324.
- Hassall R., Rose J., McDonald J., *Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support*, „Journal of Intellectual Disability Research” 2005, no 49, s. 405–418.

- Harper D. C., *Child Behavior Toward the Parent: A Factor Analysis of Mothers' Reports of Disabled Children*, „Journal of Autism Developmental Disorders” 1984, no 14, s. 165–182.
- Harwas-Napierała B., Trempała J., *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, *Charakterystyka okresów życia człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 159.
- Heszen-Niejodek I., *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, GWP, Gdańsk, s. 465–492.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N., *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*, Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009, s. 28, 39–41.
- Juczyński Z., *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*, Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001, 93–97.
- King G., King S., Rosenbaum P., *How mothers and fathers view professional care-giving for children with disabilities*, „Developmental Medicine and Child Neurology” 1996, no 38, s. 397–407.
- Kosińska K., Jelonkiewicz I., *Poczucie koherencji a style radzenia sobie – zmiany w czasie*, [w:] L. Szewczyk (red.), *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*, Wydawnictwo Neuro Centrum, Lublin 1997, s. 39–43.
- Kościelska M., *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa 1998, s. 69.
- Kowalik S., *Upośledzenie umysłowe, teoria i praktyka rehabilitacji*, PWN, Warszawa, 1989, s. 31.
- Larson E., *Reframing the meaning of disability to families: the embrace of paradox*, „Social Science & Medicine” 1998, no 47, s. 865–875.
- Lazarus R. S., *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, „Nowiny Psychologiczne” 1986, nr 3–4, s. 40–41.
- Maciarz A., *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2004, s. 42.
- Miller A., Gordon R., Daniele R., *Stress appraisal and coping in mothers of disabled and non-disabled children*, „Journal of Pediatric Psychology” 1992, no 17, s. 587–605.
- Monsen R. B., *Serving children*, „Journal of Pediatric Nursing” 2000, no 15 (3), s. 191–192.
- Obuchowska I., *Adolescencja*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 163–197.
- Parchomiuk M., *Rodzice dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wobec sytuacji trudnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007, s. 33.
- Peer J. W., Hilman S. B., *The mediating impact of coping style on stress perception for parents of individuals with intellectual disabilities*, „Journal of Intellectual Disabilities” 2012, no 16, s. 45–59.
- Pilecka W., *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 171.
- Pisula E., *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007, s. 50.
- Pisula E., *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1998, s. 54.
- Plopa M., *Psychologia rodziny: teoria i badania*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2005, s. 249.
- Sekułowicz M., *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000, s. 72.
- Sęk H., *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, [w:] H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 49–67.
- Smykowska D., *Rodzina wychowująca dziecko z niepełnosprawnością*, [w:] I. Janicka (red.), *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych*, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2010, s. 181–196.
- Wrześniewski K., *Style strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru*, [w:] I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu – problemy teoretyczne i metodologiczne*, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996, s. 47.