

WYBRANE ASPEKTY PSYCHOSPOŁECZNEO FUNKCJONOWANIA RODZICÓW W OBLICZU CHOROÓB ICH DZIECI



Pod redakcją
Dr hab. n. med. i n. o zdr. Agnieszka Kułak-Bejda
Dr n. o zdr. Grzegorz Bejda

**WYBRANE ASPEKTY
PSYCHOSPOŁECZNEGO
FUNKCJONOWANIA RODZICÓW
W OBLICZU CHOROÓB ICH DZIECI**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**WYBRANE ASPEKTY
PSYCHOSPOŁECZNEO
FUNKCJONOWANIA RODZICÓW
W OBLICZU CHORÓB ICH DZIECI**

Pod red.

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Agnieszka Kułak-Bejda

Dr n. o zdr. Grzegorz Bejda

Białystok 2026

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr n. med. Anna Ślifirczyk
Lubelska Akademia WSEI, filia w Warszawie

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
OsloMet – Metropolitan University; Department of Nursing and Health Promotion
Oslo, Norway

ISBN 978-83-68761-19-1
Wydanie I
Białystok 2026

Opracowanie graficzne: wykorzystano zdjęcie z <https://pl.freepik.com>

Monografia powstała na bazie wyników prac magisterskich pierwszych autorów rozdziałów

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Monografia wydana w formie pdf
Pełna wersja dostępna online na stronie www.KlinikiPsychiatriiUMB.pl

WPROWADZENIE

*Rodzice mogą tylko udzielić dobrych rad
lub skierować na właściwe ścieżki,
ale ostateczne ukształtowanie charakteru danej osoby
leży w jej własnych rękach
Anna Frank*

Rodzice chorych dzieci odgrywają znaczącą rolę na każdym etapie choroby. To oni jako pierwsi zauważają niepokojące objawy i zgłaszają się po pomoc do jednostek ochrony zdrowia.

Sprawowanie opieki nad osobą chorą somatycznie jest niezwykle obciążającym zadaniem, wiąże się bowiem z wieloma dodatkowymi obowiązkami. Konieczne są reorganizacja dotychczasowego życia, zmiana nawyków i ról rodzinnych. Nierzadko jedno z rodziców musi zrezygnować z pracy zawodowej, by podjąć się opieki nad chorym dzieckiem. Zwykle jest to matka, która by sprostać wymaganiom stawianym przez chorobę dziecka, odchodzi z pracy lub ogranicza liczbę przepracowywanych godzin, co przekłada się na spadek dochodów rodziny.

Rodzice chorych dzieci, podobnie jak sami pacjenci, przechodzą przez różne etapy adaptacji do choroby. Towarzyszą temu różne reakcje emocjonalne: żal, smutek, gniew, lęk.

Muszą funkcjonować niejako w dwóch różnych środowiskach (domowym oraz szpitalnym), a w każdym z nich mają określone zadania do wykonania, co może doprowadzić do przeciążenia i zmęczenia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego.

Rodzice chorych dzieci najczęściej nie otrzymują wystarczającej opieki psychologicznej, dlatego też ze swoimi odczuciami i wątpliwościami muszą radzić sobie sami. W literaturze przedmiotu określa się ich jako „ukrytych pacjentów” (*hidden patients*), ponieważ wielość zadań i obowiązków, którym muszą sprostać, może przyczyniać się do powstawania nieprawidłowości w funkcjonowaniu.

W pierwszym rozdziale monografii pt. „*Psychiczne konsekwencje choroby onkologicznej u dziecka: stres, lęk i depresja w świetle doświadczeń emocjonalnych rodziców*” ukazuje wpływ choroby onkologicznej dziecka na kondycję psychiczną jego rodziców. Szczególną uwagę poświęcono w nim trzem dominującym obszarom problemowym: stresowi, lękowi oraz objawom depresyjnym występującym u opiekunów dzieci z nowotworem. Analiza przeprowadzona została zarówno na gruncie literatury przedmiotu, jak i w oparciu o badania własne z użyciem standaryzowanych narzędzi

diagnostycznych: kwestionariusza PHQ-9 oraz PCL-5. Stanowi próbę ukazania złożoności problematyki choroby onkologicznej dziecka w kontekście całej rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb emocjonalnych rodziców oraz ich wpływu na proces leczenia i wsparcia dziecka.

Drugi rozdział pt. „*Występowanie objawów stresu pourazowego u rodziców dzieci z diagnozą Rdzeniowego Zaniku Mięśni (SMA)*” prezentuje efekty badań dotyczących zbadania, czy u rodziców dzieci z diagnozą SMA występują objawy stresu pourazowego oraz jak często się one pojawiają w porównaniu do rodziców dzieci zdrowych. Przedstawiono w nim charakterystykę PTSD oraz rdzeniowego zaniku mięśni SMA, omówiono mechanizmy psychofizjologiczne towarzyszące stresowi pourazowemu, a także przeprowadzono badania własne z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi psychometrycznych (PCL-C i IES-R). W oparciu o uzyskane wyniki dokonano analizy statystycznej oraz sformułowano wnioski, które mogą stanowić podstawę do dalszych badań i praktycznych działań wspierających rodziców dzieci z SMA. Wyniki badań mogą stanowić podstawę do dalszych analiz nad potrzebami psychologicznymi rodzin dotkniętych SMA oraz do projektowania skutecznych form wsparcia terapeutycznego.

Trzeci rozdział pt. „*Wpływ traumatycznych czynników rodzinnych na funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym na podstawie studium indywidualnego przypadku*” ukazuje wpływ traumatycznych doświadczeń rodzinnych na funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów emocjonalnych, społecznych oraz poznawczych. Przedmiotem analizy jest indywidualne studium przypadku pięcioletniej dziewczynki, która doświadcza traumatyzujących relacji rodzinnych: przemocy domowej, zaniedbania emocjonalnego oraz przewlekłego konfliktu rodziców z finalnym rozpadem małżeństwa. To próba ukazania, w jaki sposób te czynniki kształtują funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym, w tym jego relacje z rówieśnikami i nauczycielami, zdolność do nauki oraz emocjonalną stabilność. Rozdział ma charakter praktyczny i może posłużyć pedagogom, psychologom oraz rodzicom, jako podstawa do budowania adekwatnych form wsparcia dla dzieci z trudnych środowisk rodzinnych.

Redaktorzy

Agnieszka Kułak-Bejda, Grzegorz Bejda

REDAKTORZY

Agnieszka Kułak-Bejda

Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Grzegorz Bejda

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

AUTORZY

Agnieszka Kułak-Bejda

Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Grzegorz Bejda

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Robert Piotr Gawryś

Mgr psychologii, Specjalność: Psychologia kliniczna z psychoterapią
Absolwent Wyższej Szkoły Nauk Pedagogicznych w Warszawie

Justyna Kielczewska

Mgr psychologii, Specjalność: Psychologia kliniczna z psychoterapią
Absolwentka Wyższej Szkoły Nauk Pedagogicznych w Warszawie

Agnieszka Kubalica-Pawlus

Mgr psychologii, Specjalność: Psychologia kliniczna z psychoterapią
Absolwentka Wyższej Szkoły Nauk Pedagogicznych w Warszawie

SPIS TREŚCI

Agnieszka Kubalica-Pawlus, Agnieszka-Kulak-Bejda, Grzegorz Bejda - Psychiczne konsekwencje choroby onkologicznej u dziecka: stres, lęk i depresja w świetle doświadczeń emocjonalnych rodziców	13
Anna Łukaszewicz, Agnieszka-Kulak-Bejda, Grzegorz Bejda - Występowanie objawów stresu pourazowego u rodziców dzieci z diagnozą Rdzeniowego Zaniku Mięśni (SMA)	109
Robert Piotr Gawryś, Agnieszka-Kulak-Bejda, Grzegorz Bejda - Wpływ traumatycznych czynników rodzinnych na funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym na podstawie studium indywidualnego przypadku	171

Psychiczne konsekwencje choroby onkologicznej u dziecka: stres, lęk i depresja w świetle doświadczeń emocjonalnych rodziców

**Agnieszka Kubalica-Pawlus,
Agnieszka Kułak-Bejda, Grzegorz Bejda**

Wstęp

Choroba nowotworowa dziecka stanowi jedno z najbardziej traumatycznych i destabilizujących wydarzeń, z jakimi może zmierzyć się rodzina.

Diagnoza onkologiczna u małego pacjenta niesie za sobą nie tylko poważne konsekwencje zdrowotne, ale również głębokie skutki emocjonalne, psychiczne i społeczne.

Z perspektywy dziecka jest to doświadczenie intensywnego stresu, wyzwań adaptacyjnych i ograniczenia dotychczasowego stylu życia.

W przypadku rodziców oznacza to z kolei konieczność funkcjonowania w stanie ciągłej niepewności, lęku i bezradności – przy jednoczesnej potrzebie organizowania opieki, podejmowania decyzji medycznych i zapewnienia wsparcia emocjonalnego zarówno choremu dziecku, jak i pozostałym członkom rodziny.

W obliczu tak silnego kryzysu, cała struktura rodziny ulega znaczącym zmianom. Tradycyjne role rodzinne często zostają zburzone, a codzienne obowiązki podporządkowane są rytmowi leczenia.

Wiele rodzin mobilizuje się, wzmacniając swoją wewnętrzną spójność i prężność, inne zaś doświadczają napięć, konfliktów i kryzysów relacyjnych.

Choroba dziecka wpływa zatem nie tylko na jego rozwój i dobrostan, ale również na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, szczególnie w obszarze emocji, komunikacji i adaptacji do nowej rzeczywistości.

W pracy szczególną uwagę poświęcono trzem dominującym obszarom problemowym: stresowi, lękowi oraz objawom depresyjnym występującym u opiekunów dzieci z nowotworem. Analiza przeprowadzona została zarówno na gruncie literatury przedmiotu, jak

i w oparciu o badania własne z użyciem standaryzowanych narzędzi diagnostycznych: kwestionariusza PHQ-9 oraz PCL-5. Praca składa się z czterech rozdziałów

Choroba onkologiczna u dziecka – istota i charakterystyka

Definicja i klasyfikacja chorób onkologicznych u dzieci

Nowotwory złośliwe są rosnącym i poważnym wyzwaniem zdrowotnym dla polskiego społeczeństwa. Jak podaje Główny Urząd Statystyczny w 2022 roku w Polsce rozpoznano 181,3 tysiąca przypadków chorób nowotworowych o charakterze złośliwym, z czego 96 tysięcy osób zmarło z ich powodu. Schorzenia te odpowiadały za 23% wszystkich zgonów wśród mężczyzn i 20% wśród kobiet. Szczególnie niepokojący obraz wyłania się w przypadku kobiet poniżej 65. roku życia, dla których nowotwory stanowiły najczęstszą przyczynę śmierci (GUS, 2022).

Nowotwór to nieprawidłowy, nadmierny wzrost komórek w organizmie, który spowodowany jest kumulacją mutacji genów co sprawia, że komórki zaczynają się dzielić i rosnać w sposób niekontrolowany, a to z kolei prowadzi do powstania guza lub zmiany w tkankach. Nowotwory mogą występować w prawie każdej części ciała i mogą być zarówno łagodne, jak i złośliwe (Portal Medycyna praktyczna).

Nowotwory wieku dziecięcego różnią się od nowotworów u dorosłych zarówno pod względem rodzaju komórek, w których powstają, jak i sposobu ich rozwoju. Występują rzadziej w porównaniu do nowotworów u dorosłych. Nowotwory typowe dla dorosłych, takie jak rak płuca, jelita grubego czy sutka, bardzo rzadko występują u dzieci lub nie pojawiają się u nich wcale. Natomiast nowotwory częściej diagnozowane u dzieci, jak np. białaczki, są stosunkowo rzadkie wśród dorosłych. Co więcej, inne typy nowotworów są charakterystyczne dla wieku dziecięcego, a inne dla dorosłości. W przypadku dzieci klasyfikacja nowotworów opiera się głównie na rodzaju tkanki, z której się wywodzą, natomiast u dorosłych decydujące jest położenie narządowe. U najmłodszych najczęściej rozpoznaje się nowotwory układu krwiotwórczego oraz guzy mózgu, podczas gdy u dorosłych dominują guzy lite (Socha i Janicka 2024). Do najczęstszych nowotworów występujących u dzieci należą nowotwory krwi i układu chłonnego czyli białaczki i chłoniaki. Wśród białaczek dzieci najczęściej chorują na białaczkę limfoblastyczną (ALL - *acute lymphoblastic leukemia*) i białaczkę szpikową (AML- *acute myeloid leukemia*), jeśli chodzi o chłoniaki to najczęściej spotykanym jest chłoniak Hodgkina,

chłoniak Burkitta i chłoniaki nieziarnicze. Następne pod względem częstości występowania są nowotwory układu nerwowego, stanowią one 20% wszystkich nowotworów u dzieci są to glejaki i medulloblastomy. Jako kolejne można wymienić nerwiaki zarodkowe współczulne czyli neuroblastoma (Rogiewicz, 2015). Siatkówczaaki stanowią 2,5-3% wszystkich nowotworów złośliwych wieku rozwojowego (Dembowska-Bagińska i in., 2019) natomiast nowotwory nerek i wątroby stanowią około 11% nowotworów wieku dziecięcego. U dzieci występują także nowotwory kości takie jak mięsak kościopochodny, chrząstniak mięsakowy, mięsak Ewinga, mięsak prążkowanokomórkowy. A także nowotwory tkanek miękkich - mięsak prążkowanokomórkowy, włókniakomięsak i mięsak Kaposiego. Rzadziej u dzieci diagnozuje się nowotwory z pierwotnych komórek rozrodczych, guzy trofoblastu czy nowotwory gonad a także nowotwory złośliwe pochodzenia nabłonkowego oraz czerniaki złośliwe skóry (Rogiewicz, 2015).

Tabela 1. Międzynarodowa Klasyfikacja Nowotworów Dziecięcych.

1. Białaczki, nowotwory mieloproliferacyjne i zespoły mielodysplastyczne
2. Chłoniaki i nowotwory układu siateczkowo-śródbłonkowego
3. Nowotwory OUN i inne nowotwory wewnątrzczaszkowe i wewnątrzrdzeniowe
4. Nerwiak zarodkowy współczulny (neuroblastoma) i inne nowotwory układu współczulnego
5. Siatkówczaak
6. Nowotwory nerek
7. Nowotwory wątroby
8. Nowotwory złośliwe kości
9. Mięsaki tkanek miękkich i inne mięsaki pozakostne
10. Nowotwory z pierwotnych komórek rozrodczych, guzy trofoblastu i nowotwory gonad
11. Inne nowotwory złośliwe pochodzenia nabłonkowego i czerniak złośliwy
12. Inne i nieokreślone nowotwory złośliwe

Na podstawie (Socha i Janicka, 2024)

Przebieg leczenia onkologicznego – etapy, metody i trudności

Leczenie onkologiczne u dzieci jest procesem wieloetapowym, który wymaga interdyscyplinarnego podejścia (Pichler i Richter, 1995).

Pierwszym celem terapii jest doprowadzenie dziecka do stanu remisji, co oznacza całkowite lub częściowe zniknięcie objawów choroby, które stanowią zagrożenie życia (Pichler i Richter, 1995).

Kolejnym etapem jest konsolidacja uzyskanej remisji, czyli utrwalenie osiągniętego efektu terapeutycznego, aby zapobiec nawrotowi choroby (Pichler i Richter, 1995).

Trzecim celem terapii jest podtrzymanie remisji, co oznacza dążenie do trwałego wyeliminowania objawów oraz zapewnienia dziecku długotrwałego okresu zdrowia i dobrostanu. To kluczowy etap, który ma na celu zmniejszenie ryzyka nawrotów choroby w przyszłości (Pichler i Richter, 1995).

Dzieci, które zachorowały na nowotwór, są szczególnie wrażliwe na skutki uboczne terapii, dlatego proces leczenia musi być dostosowany do ich wieku, rozwoju psychicznego i fizycznego. Nowotwory u dzieci wymagają kompleksowego podejścia terapeutycznego, które może obejmować chemioterapię, radioterapię, zabiegi operacyjne oraz przeszczepienie szpiku (Socha i Janicka, 2024).

Pierwszym etapem leczenia onkologicznego jest dokładna diagnostyka, która obejmuje szereg badań obrazowych (takich jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia) oraz laboratoryjnych (badania krwi, biopsje). Celem tych badań jest precyzyjne określenie rodzaju nowotworu, jego lokalizacji, stopnia zaawansowania oraz ewentualnych przerzutów (Walden-Gałaszko, 2014).

W przypadku dzieci szczególną rolę odgrywa także ocena ich ogólnego stanu zdrowia i kondycji fizycznej, ponieważ leczenie onkologiczne wymaga stosowania agresywnych terapii, które obciążają organizm (Walden-Gałaszko, 2014).

Metody leczenia onkologicznego

- **Leczenie chirurgiczne**

Wiele nowotworów u dzieci można usunąć chirurgicznie, zwłaszcza jeśli wykryto je we wczesnym stadium rozwoju. Operacja polega na usunięciu nowotworu lub zmniejszeniu jego objętości. W niektórych przypadkach może być konieczne usunięcie także pobliskich tkanek lub węzłów chłonnych, które mogą być zaatakowane przez chorobę. Chirurgia jest często pierwszym etapem leczenia, ale w zależności od rodzaju nowotworu może być stosowana w połączeniu z innymi metodami terapeutycznymi, takimi jak chemioterapia czy radioterapia (Pichler i Richter, 1995).

- Radioterapia

Radioterapia polega na zastosowaniu promieniowania jonizującego do niszczenia komórek rakowych. Jest stosowana w przypadkach, gdy nowotwór nie może być usunięty chirurgicznie lub po operacji w celu zniszczenia pozostałych komórek nowotworowych. Radioterapia w leczeniu onkologicznym ma na celu zahamowanie zdolności komórek nowotworowych do dalszego dzielenia się. Podczas tego procesu, promieniowanie skierowane na komórkę może powodować uszkodzenia jej struktur, przy czym najbardziej wrażliwym elementem na działanie promieniowania jest jądro komórkowe, a w szczególności zawarte w nim DNA. Zniszczenie tych struktur uniemożliwia komórkom nowotworowym dalszy rozwój i proliferację. Współcześnie radioterapia, ze względu na swoje potencjalne szkodliwości, negatywny wpływ na zdrowie oraz liczne działania niepożądane, jest stosowana głównie jako terapia wspomagająca. Dzieci poddawane radioterapii są narażone na ryzyko długoterminowych skutków ubocznych, takich jak zaburzenia wzrostu, problemy z układem sercowo-naczyniowym, uszkodzenie tkanek i narządów, a także ryzyko wystąpienia wtórnych nowotworów (Pichler i Richter, 1995).

- Chemioterapia

Najczęściej stosowaną metodą leczenia nowotworów u dzieci jest chemioterapia. Chemioterapia u dzieci dzieli się na dwie fazy: wstępną, zwaną indukcyjną, która stosowana jest przed zabiegiem chirurgicznym lub radioterapią, albo w celu osiągnięcia remisji w przypadku chorób onkohematologicznych, oraz konsolidacyjną, stosowaną po zakończeniu leczenia głównego. W fazie konsolidacyjnej dobór leków zależy od reakcji na dotychczasową chemioterapię oraz ewentualnego występowania innych ognisk chorobowych. W chemioterapii stosowane są cytostatyki, czyli leki, które ingerują w procesy metaboliczne komórek. Utrudniają one podział komórek lub ich przygotowanie do podziału (Portal Zwrotnik Raka). Podobnie jak radioterapia cytostatyki wpływają na jądro komórkowe oraz zawarte w nim DNA, blokując procesy niezbędne do prawidłowego podziału komórki. Działają one na kilka różnych sposobów:

1. Zakłócają syntezę DNA poprzez swoiste oszustwo, ponieważ są strukturalnie podobne do puryn i pirymidyn, które są podstawowymi składnikami DNA. Przykładami takich leków są Purinethol (6-merkaptopuryna), Metotreksat i Cytozar. Te leki, znane jako antymetabolity, działają poprzez wprowadzenie fałszywych jednostek do procesu biosyntezy DNA, co prowadzi do zaburzenia rzeczywistej przemiany materii w komórce. Leki te uniemożliwiają komórkom nowotworowym kontynuowanie

podziału prowadząc do śmierci komórek nowotworowych.

2. Zakłócenie struktury już zbudowanego DNA – Inne cytostatyki oddziałują na wrzeciono podziałowe, które jest odpowiedzialne za rozdzielanie chromosomów podczas mitozy. Zaburzenie tej funkcji uniemożliwia prawidłowy podział komórki, co prowadzi do jej śmierci. Do grupy takich cytostatyków należą cyklofosfamid, daunorubicyna, adriamycyna oraz aktinomycyna D.
3. Kolejnym z mechanizmów jest tzw. "zagłodzenie" komórek nowotworowych, poprzez ingerencję w ich metabolizm. Na przykład, komórki białaczkowe do swojej budowy potrzebują asparaginy, a lek Asparaginaza, będący enzymem rozkładającym asparaginę, uniemożliwia jej wykorzystanie przez te komórki. W wyniku tego procesu asparagina staje się niedostępna, co hamuje wzrost i podział komórek nowotworowych.
4. Zaburzenie mitozy. Cytostatyki takie jak winkrystyna i winblastyna, zaliczane do grupy antymitotyków, zakłócają prawidłowy podział komórek, szczególnie proces mitozy, uniemożliwia to prawidłowy podział komórek i w konsekwencji prowadzi do ich śmierci (Pichler i Richter, 1995).

Podczas chemioterapii stosuje się jednocześnie podawanie cytostatyków o różnych miejscach działania, aby zakłócić podział komórek w wielu punktach jednocześnie. Dodatkowo, w terapii wykorzystywany jest Encorton, lek steroidowy, który wspomaga proces leczenia, umożliwiając osiągnięcie trwałej remisji (Pichler i Richter, 1995).

Wielką zaletą chemioterapii jest możliwość podania w każdym momencie choroby, „a im wcześniej i w im większej dawce (maksymalnie tolerowanej), tym większy odsetek nowotworu zginie gwałtownie. Stąd paradoks onkologii dziecięcej- największy odsetek wyleczeń uzyskuje się najczęściej w najbardziej złośliwych nowotworach okresu rozwojowego” (Rogiewicz, 2015) np. w białaczce limfoblastycznej 95% dzieci wyleczonych w grupie średniego ryzyka. Od momentu wprowadzenia pierwszych cytostatyków do leczenia nowotworów dziecięcych w latach 60. XX wieku nastąpił znaczący postęp w terapii. Największe osiągnięcie dotyczy leczenia dzieci z białaczką limfoblastyczną, gdzie w ciągu 40 lat wskaźnik 5-letnich przeżyć wzrósł z 4% w 1962 roku do 94% w 2007 roku. Przedstawione dane pochodzą z USA, jednak w Polsce orientacyjne wyniki leczenia są podobne (Rogiewicz, 2015).

- Terapie celowane i immunoterapia

W ostatnich latach w leczeniu nowotworów u dzieci coraz większą rolę odgrywają terapie celowane i immunoterapia. Terapie celowane polegają na stosowaniu leków, które

działają na specyficzne białka lub procesy molekularne odpowiedzialne za rozwój nowotworu. Z kolei immunoterapia polega na wspomaganiu układu odpornościowego w walce z nowotworem, stymulując go do bardziej efektywnej odpowiedzi immunologicznej. Obie te metody, choć stosunkowo nowe, stanowią obiecującą alternatywę lub uzupełnienie tradycyjnych metod leczenia, szczególnie w przypadkach trudnych do leczenia nowotworów (Portal Zwrotnik Raka).

- Przeszczepianie szpiku kostnego

W przypadkach najbardziej złośliwych nowotworów układu krwiotwórczego i odpornościowego, szczególnie w grupach o wysokim ryzyku nawrotu lub po niepowodzeniu terapii indukującej remisję, stosuje się tzw. megachemioterapię. Jej celem jest całkowite zniszczenie komórek nowotworowych w organizmie, jednak proces ten prowadzi również do trwałego usunięcia komórek macierzystych szpiku kostnego, co nazywane jest mieloablacją. Przeszczepy szpiku kostnego mogą być allogeniczne, czyli pobierane od zewnętrznego dawcy, lub autologiczne, w których przeszczepia się własny wcześniej pobrany szpik lub komórki macierzyste z krwi obwodowej pacjenta. Przeszczepy allogeniczne stosuje się głównie w leczeniu białaczek, zwłaszcza ostrej białaczki szpikowej (AML) oraz przewlekłej białaczki szpikowej (CML - *chronic myeloid leukemia*), a także w terapii chorób mielodysplastycznych. W tego typu przeszczepach szpik może pochodzić od rodzeństwa pacjenta lub od niespokrewnionego dawcy. Kluczowym kryterium przy wyborze dawcy jest pełna zgodność antygenów HLA. Przeszczepy autologiczne stosowane są w leczeniu szczególnie guzów nowotworowych (chłoniaki, szpiczaki) opornych na standardową chemioterapię. W ramach tych terapii aplikuje się megachemioterapię, której celem jest eliminacja wszystkich komórek nowotworowych. Po zakończeniu intensywnego leczenia pacjentowi przeszczepia się jego własny szpik kostny lub komórki macierzyste (Rogiewicz, 2015).

Trudności leczenia onkologicznego- działania niepożądane.

Jednym z głównych wyzwań w terapii onkologicznej są działania niepożądane, które mogą wystąpić w wyniku stosowania różnych metod leczenia, takich jak chemioterapia, radioterapia, immunoterapia, terapia celowana czy przeszczepienie szpiku kostnego (Socha i Janicka, 2024).

Efekty uboczne tych terapii mogą znacząco wpłynąć na jakość życia pacjenta, a ich intensywność często zależy od rodzaju leczenia, stanu zdrowia pacjenta oraz specyfiki choroby (Socha i Janicka, 2024).

1. Chemioterapia- najczęstsze działania niepożądane chemioterapii to:

- Mielosupresja (zmniejszenie liczby komórek krwi): Chemioterapia hamuje produkcję komórek krwi w szpiku kostnym, co prowadzi do anemii, obniżenia liczby białych krwinek (zwiększając ryzyko infekcji) oraz zmniejszenia liczby płytek krwi (zwiększając ryzyko krwawień).
- Nudności i wymioty: Leki chemioterapeutyczne mogą wywoływać silne nudności i wymioty, które są jednymi z najczęstszych i najbardziej uciążliwych objawów ubocznych tej terapii.
- Alopecja (wypadanie włosów): Uszkodzenie komórek włosów przez chemioterapię prowadzi do ich utraty, co może mieć istotny wpływ na samopoczucie pacjenta i jego postrzeganie siebie.
- Zaburzenia żołądkowo-jelitowe: Pacjenci często skarżą się na bóle brzucha, biegunki, zaparcia, a także zmiany smaku, co może prowadzić do utraty apetytu i niedożywienia.
- Neuropatia obwodowa: Chemioterapia może uszkadzać nerwy obwodowe, prowadząc do drętwienia, bólu, osłabienia mięśni czy problemów z koordynacją ruchową.
- Uszkodzenie narządów: Niektóre leki chemioterapeutyczne mogą powodować uszkodzenie ważnych narządów, takich jak serce, wątroba, nerki czy płuca, co może prowadzić do przewlekłych problemów zdrowotnych (Pichler i Richter, 1995).

2. Radioterapia może prowadzić do szeregu działań niepożądanych, w tym:

- Zaburzenia funkcji narządów: W zależności od lokalizacji naświetlania, radioterapia może prowadzić do problemów z układem pokarmowym (np. biegunki, bóle brzucha) lub uszkodzenia tkanek w obrębie głowy i szyi, powodując trudności w przełykaniu, zapalenie jamy ustnej, a także ból gardła.
- Zmniejszenie liczby komórek krwi: Podobnie jak w chemioterapii, radioterapia może prowadzić do obniżenia liczby komórek krwi, co zwiększa ryzyko infekcji, anemii oraz krwawień. (Pichler i Richter, 1995)

3. Immunoterapia i terapia celowana - choć te terapie dają obiecujące rezultaty, mogą również powodować działania niepożądane, takie jak:

- Reakcje skórne: Pacjenci mogą doświadczać wysypek, swędzenia, suchości skóry oraz innych zmian skórnych.

- Zaburzenia funkcji narządów: Immunoterapia i terapia celowana mogą prowadzić do uszkodzenia narządów wewnętrznych, takich jak wątroba, nerki czy tarczyca, co wymaga szczególnej uwagi i monitorowania stanu zdrowia pacjenta.
 - Zaburzenia autoimmunologiczne: W niektórych przypadkach immunoterapia może prowadzić do reakcji autoimmunologicznych, w których układ odpornościowy atakuje zdrowe komórki organizmu, powodując stany zapalne i uszkodzenie tkanek.
 - Zwiększone ryzyko infekcji: Z uwagi na specyficzny mechanizm działania immunoterapii, może dojść do osłabienia odporności organizmu, co sprawia, że pacjenci są bardziej podatni na infekcje (Portal Imunno-onkologia.pl).
4. Przeszczepienie szpiku kostnego wiąże się z ryzykiem poważnych działań niepożądanych:
- Odrzuty przeszczepu: W przypadku przeszczepienia allogenicznego, układ odpornościowy biorcy może odrzucić przeszczepione komórki, co prowadzi do stanu zapalnego i uszkodzenia tkanek, zwłaszcza skóry, wątroby i przewodu pokarmowego.
 - Zakażenia: Po przeszczepieniu szpiku pacjent jest szczególnie podatny na infekcje z powodu osłabionego układu odpornościowego. Zakażenia mogą być poważnym zagrożeniem zdrowia i życia pacjenta.
 - Choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GVHD): Jest to poważne powikłanie przeszczepienia allogenicznego, w którym przeszczepione komórki atakują organizm biorcy, prowadząc do uszkodzenia skóry, wątroby i innych narządów. (Pichler i Richter, 1995)
5. Zaburzenia psychiczne i emocjonalne- leczenie onkologiczne, zwłaszcza długotrwałe i intensywne, może wywołać również poważne zaburzenia psychiczne i emocjonalne. Pacjenci często borykają się z:
- Depresją i lękami, które mogą być wynikiem zarówno samej diagnozy, jak i działań niepożądanych terapii.
 - Zaburzeniami snu i trudnościami w radzeniu sobie ze stresem, które są częstym efektem ubocznym leczenia nowotworów.

- Zmniejszeniem jakości życia związanym z fizycznymi skutkami terapii (np. utrata włosów, zmiany w wyglądzie ciała), co wpływa na poczucie własnej wartości pacjenta (Kuty-Pachecka, Stefańska, 2014).

Psychospołeczne konsekwencje choroby dla dziecka

Oprócz fizycznych trudności związanych z leczeniem, takich jak ból, zmęczenie czy skutki uboczne terapii, dzieci często borykają się także z poważnymi problemami psychologicznymi i społecznymi. Choroba onkologiczna u dziecka stanowi poważne zagrożenie dla jego rozwoju społecznego (Rogiewicz, 2015).

Długotrwała hospitalizacja podczas intensywnego leczenia, a następnie izolacja w domu w trakcie leczenia podtrzymującego remisję, prowadzą do wyłączenia dziecka z codziennego życia społecznego i utrudniają nawiązywanie oraz utrzymywanie relacji z rówieśnikami. W tej sytuacji dziecko przyjmuje nową rolę społeczną – rolę osoby chorej, która jest znacząco różna od ról, które pełniło wcześniej, i nie jest związana z jego naturalnym procesem rozwoju. Ta zmiana może wpłynąć na jego postrzeganie siebie oraz relacje z otoczeniem (Rogiewicz, 2015).

Społeczne implikacje czynników związanych z chorobą onkologiczną dzieci

Jak wskazuje Maria Rogiewicz w „Praktycznym podręczniku psychoonkologii dzieci i nastolatków” (Rogiewicz, 2015) istnieje kilka aspektów związanych z chorobą nowotworową, które mają swoje społeczne implikacje i należą do nich:

- Wielomiesięczna hospitalizacja

Po postawieniu diagnozy choroby nowotworowej, dzieci trafiają do środowiska szpitalnego, w którym w początkowej fazie mogą doświadczyć utraty poczucia bezpieczeństwa. Są zmuszone do adaptacji do nowych, obcych warunków, zmiany dotychczasowego rytmu dnia oraz kontaktu z nieznanymi osobami. Hospitalizacja wiąże się z koniecznością przejścia przez nieprzyjemne zabiegi medyczne, a także z samym procesem leczenia onkologicznego, który może wiązać się z wystąpieniem niepożądanych skutków ubocznych. „Warunki szpitalne nawet jeśli są dobre i przyjazne, zawsze wiążą się z pewną formą izolacji społecznej” (Rogiewicz, 2015). Kontakty z innymi dziećmi przebywającymi w tym samym czasie na oddziale są kształtowane przez szereg czynników- od aktualnego stanu zdrowia dziecka- dzieci, które źle się czują nie są dobrym partnerem do zabawy, po różnorodność wiekową dzieci poddawanych leczeniu w tym samym okresie. Podobnie sytuacja

dotyczy personelu medycznego – w polskich szpitalach często występuje niedobór pracowników, co prowadzi do sytuacji, w której zabiegom medycznym towarzyszy pośpiech, wynikający z ograniczonych zasobów kadrowych - „przedmiotowe traktowanie dziecka, koncentracja jedynie na chorym organizmie” (Rogiewicz, 2015) nie wpływa pozytywnie ani na leczenie a tym bardziej na stan psychiczny dziecka.

- Fizyczne zmiany w wyglądzie

Leczenie onkologiczne wiąże się z szeregiem zmian w wyglądzie pacjenta, z których najbardziej charakterystyczną jest utrata włosów. Ponadto, proces leczenia przeciwnowotworowego często powoduje pojawianie się różnych rodzajów wysypek skórnych lub zmian trądzikowych, a także obejmuje stosowanie sterydów, które mogą prowadzić do zwiększenia masy ciała. „Młodsze dzieci znacznie łatwiej adaptują się do pojawiających się trudności i towarzyszy im mniejsze skrepowanie. Metamorfozy te są zdecydowanie dotkliwsze dla nastolatków i młodzieży w okresie dojrzewania. W tym czasie młodzi ludzie zwracają uwagę na swoją atrakcyjność fizyczną(...). Z tego powodu pacjenci często izolują się, ukrywają swoje ciało i bez nakrycia głowy nie chcą spotykać się nawet z osobami bliskimi. Nieustający lęk przed odrzuceniem i poczucie wstydu powodują, że aż 60% pacjentów cierpi z powodu utraconych relacji rówieśniczych” (Socha, Janicka, 2024)

- Ograniczenia ruchowe

Ruch jest niezwykle istotnym elementem rozwoju każdego dziecka, ponieważ umożliwia mu wyrażanie siebie, pomaga w rozładowaniu nadmiaru energii oraz wspiera proces kształtowania samodzielności. Dzięki aktywności fizycznej dziecko ma okazję poznawać otaczający je świat, zdobywać doświadczenia, a także rozwijać pamięć i uwagę. Niestety, choroba nowotworowa może utrudnić lub opóźnić nabycie określonych sprawności ruchowych. W trakcie leczenia dzieci mogą być okresowo unieruchomione, na przykład po operacji, lub w wyniku leczenia onkologicznego mogą stać się unieruchomione na stałe. Także wiek dziecka ma kluczowe znaczenie w przypadku ograniczeń ruchowych – u młodszych dzieci są one zazwyczaj bardziej dotkliwe niż u starszych. Znaczenie ma także płeć- zazwyczaj chłopcy gorzej znoszą utrudnienia w aktywności fizycznej. Dzieci, które doświadczają ograniczonej aktywności fizycznej, mają zmniejszoną lub wręcz uniemożliwioną możliwość obserwowania i przeżywania własnych doświadczeń. Skutkuje to ubóstwem wrażeń, spostrzeżeń, wyobrażeń oraz ograniczeniem rozwoju językowego. Dzieci z ograniczoną sprawnością ruchową często przejawiają skłonność do izolacji oraz wykazują brak zainteresowania zarówno otoczeniem społecznym, jak i światem zewnętrznym (Rogiewicz, 2015).

- Edukacja

Jak podaje Maria Rogiewicz w „Praktycznym podręczniku psychoonkologii dzieci i nastolatków” (Rogiewicz, 2015) zwraca uwagę na zjawisko lęku szkolnego, które często dotyczy dzieci chorych onkologicznie. Lęk szkolny u dzieci poddawanych leczeniu onkologicznemu często wiąże się z obawami przed niepowodzeniem oraz lękiem przed ośmieszeniem się w oczach rówieśników. Brak sukcesów edukacyjnych może prowadzić do wykluczenia społecznego, a dziecko zostaje marginalizowane w ramach społeczności klasowej. Szkoła spełnia nie tylko potrzeby intelektualne, ale także społeczne dziecka, umożliwiając mu naukę współpracy w grupie, rozwijanie umiejętności samokontroli oraz szacunku wobec autorytetów i tych ważnych czynników dzieci chorujące onkologicznie bywają pozbawione. Warto zaznaczyć w tym miejscu, że dzieci w trakcie leczenia szpitalnego w Polsce mogą realizować obowiązek szkolny w szkole przyszpitalnej, ale także w ramach nauczania indywidualnego. Nauczanie indywidualne może w dzisiejszych czasach mieć różne formy- nauczania online, nauczyciele mogą przychodzić do dziecka, do domu, lub dziecko może przychodzić do szkoły i tam w osobnym miejscu realizować program nauczania (Winnicka 2023).

Wiek dziecka a jego adaptacja do choroby nowotworowej

Dzieciństwo to szczególny okres w życiu człowieka, charakteryzujący się intensywnym rozwojem emocjonalnym, poznawczym i społecznym, a także naturalną potrzebą poczucia bezpieczeństwa i bez troski. Diagnoza choroby nowotworowej w tym właśnie czasie stanowi poważne zakłócenie naturalnego rytmu rozwoju i konfrontuje dziecko z trudnymi, często niezrozumiałymi doświadczeniami. Wiek dziecka odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu jego sposobów adaptacji do choroby. W zależności od wieku i etapu rozwoju psychofizycznego dzieci różnią się sposobami reagowania na diagnozę, leczenie oraz zmieniają się towarzyszące temu emocje i ograniczenia. Inaczej z chorobą radzi sobie kilkulatek, a inaczej nastolatek, który lepiej rozumie konsekwencje diagnozy, ale może też silniej odczuwać lęk, bunt czy izolację. Zrozumienie wpływu wieku na mechanizmy adaptacyjne dzieci jest kluczowe dla skutecznego wsparcia psychologicznego, dostosowanego do ich indywidualnych potrzeb oraz możliwości radzenia sobie z chorobą (Rogiewicz, 2015, Dorfmueller i Deitzfelbinger 2011).

Do ukończenia drugiego roku życia głównymi celami rozwoju dziecka są budowanie więzi emocjonalnej oraz zaufania do podstawowych opiekunów oraz rozwój zdolności sensomotorycznych. W tym okresie wzrasta także zainteresowanie przedmiotami i czynnoś-

ciami związanymi z opieką zdrowotną. U niemowląt każde zaburzenie ustalonej rutyny może prowadzić do rozdrażnienia. Reakcje na ból są zazwyczaj natychmiastowe, choć zdarzają się przypadki, w których reakcja emocjonalna może wystąpić z opóźnieniem lub być niewłaściwa, przejawiająca się np. bezruchem lub brakiem płaczu. Ważnym czynnikiem w łagodzeniu napięć emocjonalnych jest obecność stałego opiekuna, zwłaszcza matki. Utrzymanie stałego porządku dnia, rytuałów oraz obecność znanych, ukochanych przedmiotów, takich jak kocyk czy maskotka, pomaga w redukcji lęku. Ponadto, kluczowe jest zapewnienie dziecku natychmiastowego pocieszenia po bolesnych procedurach medycznych przez jednego z rodziców (Rogiewicz, 2015).

Między 2. a 6. rokiem życia u dzieci wyraźnie wzrasta potrzeba niezależności i samodzielności, szczególnie w obszarze mowy i czynności samoobsługowych. Mowa pozwala dziecku wyrażać potrzeby, emocje oraz bunt. W tym wieku reakcje emocjonalne bywają skrajne – od złości i płaczu po apatię i wycofanie. Długotrwały stres może prowadzić do regresji lub spadku aktywności. Ocena adaptacji dziecka do choroby onkologicznej wymaga obserwacji, czy potrafi ono okazywać radość, nawiązywać kontakty oraz wyrażać zróżnicowane emocje. Dzieci w wieku przedszkolnym lepiej rozumieją chorobę, gdy widzą zmiany fizyczne, dlatego należy im przekazywać informacje prosto i konkretnie. Kluczową potrzebą emocjonalną pozostaje bliskość rodziców, zwłaszcza z powodu lęku separacyjnego i obawy przed bólem. Ból jest przez dziecko odbierany dosłownie i negatywnie, a brak zrozumienia jego sensu prowadzi do bierności. Pomocne są środki wspierające poczucie kontroli – np. maści, okłady, bajki terapeutyczne czy relaksacja – które jednocześnie odwracają uwagę od dolegliwości (Rogiewicz, 2015).

W okresie od 6 do 12 roku życia dziecko rozwija kluczowe umiejętności społeczne, zdobywa coraz większą samodzielność i niezależność. Na tym etapie kształtuje się również myślenie konkretno-logiczne (stadium operacji konkretnych), co wpływa na sposób rozumienia choroby. Dzieci zaczynają postrzegać dolegliwości jako wynik własnych działań lub myśli – np. choroba jako kara za złe zachowanie – a z czasem wiążą ją również z przyczynami psychofizycznymi, takimi jak stres czy ból. W tym wieku dzieci potrzebują jasnych, dostosowanych do ich poziomu rozwoju wyjaśnień dotyczących procedur medycznych. Brak informacji często wypełniają własną, nierzadko przerażającą wyobraźnią, której źródłem jest nadal obecny egocentryzm i magiczne myślenie. To z jednej strony zwiększa ryzyko lęków i błędnych przekonań, ale z drugiej stwarza pole do skutecznych oddziaływań terapeutycznych, takich jak bajkoterapia, rysunek czy symboliczne działania. Dzieci w tym wieku wykazują

rosnącą zdolność do radzenia sobie z trudnymi emocjami i sytuacjami, dlatego warto je angażować w proces leczenia, np. poprzez dawanie im wyboru w codziennych decyzjach. Ważnym aspektem jest również utrzymanie kontaktu z rówieśnikami, którzy pełnią istotną rolę w ich rozwoju społecznym. Izolacja może pogłębiać lęki i poczucie odrzucenia, zwłaszcza w przypadku zmian w wyglądzie lub ograniczeń fizycznych. Dzieci w tym wieku coraz lepiej rozumieją, że ból ma nie tylko wymiar fizyczny, ale także emocjonalny. Coraz częściej też aktywnie uczestniczą w jego łagodzeniu – szukają wsparcia u innych oraz podejmują działania fizyczne, które poprawiają ich samopoczucie (Rogiewicz, 2015).

Okres dojrzewania od 12 do 15 roku życia to czas intensywnych zmian fizycznych, psychicznych i emocjonalnych. Diagnoza choroby w tym czasie poważnie zakłóca realizację ważnych potrzeb i celów rozwojowych – szczególnie niezależności, przynależności do grupy rówieśniczej oraz budowania tożsamości. Leczenie może być odbierane jako porażka i przyczyna wykluczenia z życia społecznego. Charakterystyczna dla nastolatków ambiwalencja sprawia, że z jednej strony domagają się traktowania na równi z dorosłymi i chcą znać prawdę o swoim stanie, z drugiej – nadal potrzebują emocjonalnego wsparcia, choć często tego nie okazują lub wręcz temu zaprzeczają. Reakcje emocjonalne mogą być skrajne – od buntu i agresji po apatię i objawy depresyjne. Nierzadko frustracja skierowana jest ku rodzicom, którzy stają się celem złości i prób testowania relacji. Takie zachowania mogą być wyrazem głębokiej potrzeby potwierdzenia, że mimo choroby nastolatek nie zostanie porzucony. Ważnym aspektem adaptacji do choroby są relacje z rodzicami. Nadopiekuńczość może być odbierana jako ograniczenie świeżo zdobytej autonomii, co pogłębia napięcia. Kluczowe jest wspieranie otwartego dialogu – zarówno dziecko, jak i rodzic powinni mieć przestrzeń do wyrażania swoich emocji. Rodzic, mimo trudnych zachowań dziecka, powinien okazywać miłość i gotowość do bycia blisko, bez odwetu. Taka postawa wzmacnia więź, buduje zaufanie i wspiera proces zdrowienia (Rogiewicz, 2015).

W wieku 15–18 lat młodzież zyskuje zdolność do pełniejszego zrozumienia skutków choroby nowotworowej, w tym także jej potencjalnej śmiertelności. Diagnoza wpływa na wszystkie obszary życia – od planów edukacyjnych i zawodowych po relacje społeczne. Młodzi pacjenci oczekują szczerzej komunikacji, dostępu do rzetelnych informacji oraz partnerskiego traktowania, co wzmacnia ich poczucie sprawczości i umożliwia lepsze przygotowanie do nowych wyzwań. W relacjach z rodzicami nastolatki poszukują wsparcia emocjonalnego, a nie nadmiernej opieki. Często sami decydują się na wycofanie z życia społecznego, aby uniknąć odrzucenia. Rozwój myślenia abstrakcyjnego sprawia, że cierpienie staje się dla nich nie tylko

doznaniem fizycznym, ale też sygnałem utraty kontroli i zagrożenia dla przyszłości. W radzeniu sobie z trudnościami skuteczne okazują się techniki poznawczo-behawioralne, takie jak identyfikowanie i zmiana negatywnych myśli, planowanie codziennych aktywności, dbanie o higienę snu, techniki relaksacyjne oraz poszerzanie perspektywy poznawczej (Rogiewicz, 2015).

Czynniki wspierające adaptację dziecka do choroby i sprzyjające jego powrotowi do zdrowia to m.in. dostosowanie działań do jego możliwości, przekazywanie informacji o chorobie i związanych z nią zmianach oraz zaspokajanie jego potrzeb. Ważne jest także poszukiwanie odpowiednich sposobów radzenia sobie z trudnościami pojawiającymi się w trakcie leczenia. W tym miejscu należy zaznaczyć także, że w procesie przystosowywania się dziecka do sytuacji choroby onkologicznej istotną rolę odgrywają także niektóre z mechanizmów obronnych. Należą do nich: racjonalizacja- usprawiedliwianie własnych działań, kompensacja (sublimacja)- nadrabianie braków w jednej sferze sukcesami w innej, zaprzeczenie- nieprzyjmowanie do wiadomości nieprzyjemnych faktów (Strelau, 2004) oraz transformacja- przekształcanie trudnych emocji w bardziej akceptowalne formy.

Literatura przedmiotu (Pichler, Richter, 1995, Chybicka, Brzozowska, 2020), zwłaszcza ta opisująca lub powstała w latach 80. i 90. XX wieku, często podejmuje temat sytuacji dziecka hospitalizowanego bez stałej obecności rodzica. W analizowanych opracowaniach opisywana jest rzeczywistość, w której niezależnie od wieku dziecka, rodzic funkcjonował jedynie jako osoba odwiedzająca, a nie towarzysząca dziecku na oddziale przez całą dobę. Z perspektywy współczesnej taki model opieki odszedł już do przeszłości. Trudno sobie wyobrazić, jak silny lęk, a nierzadko nawet trauma, mogły towarzyszyć dzieciom — zwłaszcza tym najmłodszym — pozbawionym wsparcia najbliższych w tak trudnym momencie, jakim jest pobyt w szpitalu. Dzisiejsze standardy pozwalają rodzicom na stałą obecność przy chorym dziecku, co ma nieocenione znaczenie dla jego poczucia bezpieczeństwa i procesu adaptacji do choroby (Chybicka, Brzozowska 2020).

Podsumowując wiek i etap rozwoju psychofizycznego dziecka ma znaczenie dla sposobu, w jaki przeżywa ono chorobę nowotworową i adaptuje się do związanych z nią trudności. Rodzice i opiekunowie odgrywają istotną rolę w procesie adaptacji dziecka do choroby nowotworowej – ich obecność, wsparcie emocjonalne, umiejętność oraz utrzymywanie poczucia bezpieczeństwa wpływają na samopoczucie dziecka i jego zdolność radzenia sobie z trudną sytuacją. Opiekunowie mogą pomóc dziecku zrozumieć chorobę, łagodzić lęki, wspierać w codziennych wyzwaniach i mogą być pośrednikami między światem

medycznym a emocjonalnym światem dziecka, o ile tylko sami posiadają odpowiednie zasoby psychiczne i emocjonalne (Pichler, Richter, 1995, Chybicka, Brzozowska, 2020).

Doświadczenia emocjonalne rodziców dziecka chorego onkologicznie

Diagnozie choroby nowotworowej dziecka zawsze towarzyszą trudne emocje, które stanowią wyzwanie dla większości rodziców i opiekunów. W obliczu tak dramatycznych wiadomości, pierwsze reakcje są często pełne szoku i niedowierzania. Wiele osób, usłyszawszy o onkologicznej diagnozie swojego dziecka, nie potrafi początkowo zaakceptować tej rzeczywistości. Emocje te mogą przybrać formę zaprzeczenia, gdzie rodzice mogą wierzyć, że otrzymane informacje są wynikiem pomyłki lub błędu diagnostycznego. To poczucie nierealności i nieprzyjęcia do wiadomości tej dramatycznej zmiany w życiu rodziny jest naturalnym etapem w procesie przetwarzania tak trudnej sytuacji. Kolejnym etapem, który często przeżywają rodzice, jest ogarniający ich lęk o przyszłość. Obawy dotyczące życia dziecka, skuteczności leczenia oraz przebiegu terapii są całkowicie naturalnymi reakcjami w obliczu tak dramatycznej sytuacji. Ta niepewność co do dalszego rozwoju wydarzeń staje się jednym z najbardziej przytłaczających aspektów tego doświadczenia, ponieważ przyszłość wydaje się być nieznana, a każde następne dni pełne wątpliwości (Socha, Janicka, 2024).

Smutek i bezradność to kolejne uczucia, które silnie oddziałują na rodziców w trakcie choroby dziecka. Często czują się przytłoczeni, nie wiedząc, jak pomóc swojemu dziecku ani jak odnaleźć się w zupełnie nowej, nieznanej rzeczywistości. Wobec narastających trudności, poczucie braku wpływu na sytuację potęguje te emocje, co prowadzi do poczucia wewnętrznej pustki i bezradności (Rogiewicz, 2015).

Poczucie winy jest również powszechnym doświadczeniem wśród opiekunów. Wiele osób zadaje sobie pytanie, czy mogły zapobiec chorobie, czy podjęły odpowiednie kroki, które mogłyby ją wykryć wcześniej. Często obwiniają się za wcześniejsze decyzje dotyczące diety, stylu życia czy ewentualnych zaniedbań w kwestii profilaktyki zdrowotnej, co prowadzi do głębokiego poczucia odpowiedzialności za sytuację, nad którą nie mają żadnej kontroli (Rogiewicz, 2015).

Gniew i frustracja to kolejne emocje, które mogą się pojawić w obliczu bezsilności wobec choroby. Złość na los, na system opieki zdrowotnej, a czasem nawet na bliskich, którzy nie zawsze potrafią odpowiednio wspierać, to naturalne reakcje na sytuację, w której rodzice czują się bezradni i pozbawieni możliwości wpływu na bieg wydarzeń (Rogiewicz, 2015).

Stres rodziców związany z chorobą nowotworową dziecka

Stres według definicji Słownika Wyrazów Obcych to stan wzmożonego napięcia nerwowego, będący reakcją na działanie negatywnych bodźców fizycznych lub psychicznych. W przypadku rodziców dzieci z diagnozą onkologiczną, stres jest jedną z pierwszych i najbardziej intensywnych reakcji emocjonalnych, pojawiających się już na wczesnym etapie niepokojących objawów występujących u dziecka. Trudno wyobrazić sobie rodzica, który – nawet w obliczu pozornie błażej dolegliwości dziecka – nie odczuwałby choćby subtelного niepokoju. To naturalna, instynktowna reakcja, wynikająca z głębokiej troski o zdrowie i bezpieczeństwo potomstwa. Początkowy stres, często jeszcze umiarkowany, stopniowo narasta w miarę kierowania dziecka na kolejne badania diagnostyczne, których niejasność oraz przedłużające się oczekiwanie na wyniki mogą dodatkowo potęgować napięcie. Z każdym kolejnym etapem niepewności emocjonalne obciążenie rośnie, aż osiąga punkt kulminacyjny w momencie otrzymania diagnozy nowotworowej. To właśnie wtedy stres przybiera na sile, stając się niemal paraliżującym – pojawia się poczucie zagrożenia, chaosu i utraty kontroli nad sytuacją. Ten intensywny stan psychiczny nie jest jedynie chwilową reakcją – często towarzyszy rodzicom przez cały proces leczenia, stając się tłem dla wielu innych trudnych emocji, takich jak lęk, żal czy bezradność (Socha, Janicka, 2024).

Jednym z przejawów stresu może być narastający gniew – często skierowany wobec personelu medycznego- „Gniew na doręczyciela nieszczęśliwych wieści (...) „Jeżeli mojemu dziecku coś się stanie, zastrzelę pana”- wykrzyczał jeden z ojców osłupiałemu lekarzowi” (Pichler, Richter, 1995). Rodzice, próbując poradzić sobie z przytłaczającym napięciem i bezsilnością, mogą odczuwać złość na lekarzy, szczególnie w momentach przedłużającej się diagnostyki, niejasnych komunikatów czy braku jednoznacznych odpowiedzi. Emocja ta bywa formą obrony psychicznej – próbą odnalezienia „winnego” w sytuacji, która wydaje się nie do zaakceptowania (Pichler, Richter, 1995).

Kolejnym przejawem stresu u rodziców w momencie choroby onkologicznej dziecka jest wyparcie. Jest to mechanizm obronny, który pozwala im na chwilowe „odcięcie się” od przytłaczającej rzeczywistości i bólu związanego z diagnozą- „Słowo guz nie dotarło do jej świadomości. Myślała cały czas o gruźlicy. Chciała jechać z nim w góry. To była jej ucieczka, tego się uchwyciła” (Pichler, Richter, 1995). Rodzic może wówczas nie dopuszczać do siebie informacji o powadze sytuacji, minimalizować objawy czy wyniki badań, a nawet zaprzeczać diagnozie postawionej przez lekarzy. Choć może to być z zewnątrz postrzegane jako brak zaangażowania lub lekceważenie choroby, w rzeczywistości jest to sposób psychiki na

poradzenie sobie z ogromnym stresem (Rogiewicz, 2015).

Reakcją na stres związany z diagnozą onkologiczną u dziecka jest również poszukiwanie przyczyn powstania choroby oraz pojawiające się poczucie winy- „Dlaczego, czemu, skąd to się wzięło? Skąd jest? Bez przerwy pytałam samą siebie, czy czegoś nie przeoczyłam. Jedna z matek sądziła, że niedopałek papierosa, który dziadkowi spadł przypadkiem na nogi jej małego synka, wywołał u niego białaczkę”(Pichler, Richter, 1995).

Rodzice, próbując zrozumieć, dlaczego ich dziecko zachorowało, często analizują przeszłość — zarówno dziecka, jak i własne działania — doszukując się błędów wychowawczych, decyzji zdrowotnych czy wpływów środowiskowych. To poszukiwanie przyczyn jest próbą odzyskania kontroli nad sytuacją, która w rzeczywistości jest całkowicie nieprzewidywalna i niezależna od nich. Niestety, bardzo często prowadzi to do silnego poczucia winy- „matka zadreślała się myślami, że być może cieplejszy płaszcz uchroniłby dziecko przed chorobą. Jeszcze inna zapytała(...) dwa lat po usłyszeniu diagnozy (...): czy jest taka możliwość, że zachorował ponieważ karmiłam go piersią krócej aniżeli jego starszego brata?” (Pichler, Richter, 1995).

Choć tego rodzaju reakcje są psychologicznie zrozumiałe, mogą pogłębiać cierpienie emocjonalne rodziców i wpływać na ich zdolność do funkcjonowania w codziennym życiu oraz wspierania dziecka w procesie leczenia. W tym miejscu należy zaznaczyć także, że diagnoza choroby nowotworowej u dziecka może prowadzić także do wystąpienia ostrej reakcji na stres ASD – *Acute Stress Disorder*. ASD to przejściowe zaburzenie adaptacyjne, rozwijające się na skutek silnego przeżycia o charakterze traumatycznym – zarówno psychicznym, jak i fizycznym. W przypadku rodziców dzieci onkologicznie chorych, źródłem traumy może być nie tylko sama diagnoza, ale również nagła konfrontacja z niepewnością co do przyszłości, lęk o życie dziecka, a także konieczność funkcjonowania w warunkach przewlekłego stresu i obciążających decyzji medycznych (Stenka 2018).

ASD charakteryzuje się m.in. objawami dysocjacyjnymi, intruzywnymi myślami związanymi z traumatycznym wydarzeniem, unikaniem bodźców przypominających o sytuacji stresowej, jak również nasilonym pobudzeniem psychoruchowym. U rodziców może się to przejawiać trudnościami ze snem, drażliwością, uczuciem odrętwienia emocjonalnego, a także problemami z koncentracją. Choć zaburzenie to ma charakter tymczasowy, w niektórych przypadkach – szczególnie przy braku odpowiedniego wsparcia psychologicznego – może rozwinąć się w Zespół Stresu Pourazowego - PTSD - *post-traumatic stress disorder* (Carson, 2003).

Lęk i obawy o przyszłość

Lęk według Martina Seligmana (Seligman i in., 2024) to „strach charakteryzujący się oczekiwaniem nieokreślonego zagrożenia, przerażeniem, grozą lub obawą”. Często prowadzi do reakcji gotowości lub reakcji walki/ucieczki. W teorii psychoanalitycznej jest to ból psychiczny wskutek konfliktów między różnymi procesami osobowości (Seligman i in., 2024).

Martin Seligman rozróżnia także strach od lęku: Strach wiąże się z przekonaniem o konkretnym, jasno określonym zagrożeniu, natomiast lęk opiera się na przeczuciu nieokreślonego, rozproszonego niebezpieczeństwa. Choć reakcje fizjologiczne w obu przypadkach są podobne – należą do mechanizmów przygotowujących organizm do działania – to różnią się one w zakresie działania. W sytuacji wywołującej strach mamy poczucie konieczności podjęcia natychmiastowych działań, natomiast lęk charakteryzuje się niepewnością co do właściwej reakcji. Źródłem strachu jest zazwyczaj realne lub wyolbrzymione zagrożenie, podczas gdy lęk częściej wynika z niejasnych, często irracjonalnych obaw (Seligman i in., 2024).

Rodziny dzieci zmagających się z chorobą nowotworową często doświadczają silnego lęku. Towarzyszy im on ze względu na specyfikę choroby: jej potencjalnie śmiertelny charakter, konieczność długotrwałego leczenia szpitalnego, obecność bólu oraz innych obciążających objawów związanych zarówno z przebiegiem nowotworu, jak i stosowanymi terapiami. Choroba stanowi znaczne obciążenie psychiczne zarówno dla pacjenta, jak i jego najbliższych, generuje także wysoki poziom zmęczenia fizycznego wśród członków rodziny i wymaga gruntownego przeorganizowania codziennego życia domowego (Pawełczak-Szastok, 2012). Sytuacja przewlekłej niepewności, w jakiej znajdują się rodziny dzieci chorych na nowotwór, może prowadzić do trwałego obniżenia poczucia bezpieczeństwa oraz braku kontroli nad biegiem wydarzeń. Rodzice często zmagają się z poczuciem bezradności wobec cierpienia dziecka i niepewnością co do skuteczności leczenia. Doświadczają długofalowych skutków natury psychospołecznej, przejawiających się m.in. w lęku przed wznową choroby, niepewnością dotyczącą przyszłości oraz uporczywymi, nawracającymi myślami o charakterze intruzyjnym (Dorfmueller i Deitzfelbinger, 2011).

Lęk, jako emocja wszechobecna w codziennym funkcjonowaniu rodzin dzieci onkologicznych, wpływa nie tylko na kondycję psychiczną opiekunów, lecz także na jakość ich relacji interpersonalnych, zdolność do podejmowania decyzji oraz umiejętność wspierania chorego dziecka. Także obciążenia natury ekonomicznej stanowią istotny czynnik wpływający

na pogorszenie stanu psychicznego opiekunów, zwłaszcza matek (Pawełczak-Szastok i in., 2012).

U kobiet pełniących rolę głównego opiekuna obserwuje się wyraźnie wyższy poziom lęku oraz objawów depresyjnych w sytuacji, gdy towarzyszy im poczucie braku stabilności finansowej. Trudności ekonomiczne są nie tylko źródłem dodatkowego stresu, ale również pogłębiają poczucie bezradności i braku kontroli nad sytuacją życiową. Koszty leczenia, konieczność częstych wyjazdów do placówek medycznych, a także ograniczone możliwości zarobkowania (spowodowane np. rezygnacją z pracy zawodowej na rzecz opieki nad chorym dzieckiem), mogą prowadzić do znacznego pogorszenia sytuacji materialnej rodziny. W takich warunkach lęk matek nie ogranicza się wyłącznie do obaw o zdrowie i życie dziecka, ale rozszerza się także na kwestie egzystencjalne – takie jak utrzymanie rodziny, zapewnienie odpowiednich warunków życia czy możliwość kontynuacji terapii. Poczucie zagrożenia finansowego nierzadko współlistnieje z doświadczaniem wykluczenia społecznego oraz ograniczonym dostępem do odpowiedniego wsparcia – zarówno emocjonalnego, jak i instytucjonalnego. To wszystko potęguje psychiczne obciążenie, zwiększając ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych (Socha, Janicka, 2024, Rogiewicz, 2015).

U rodziców wzmożony niepokój wywołuje także zakończenie leczenia onkologicznego dziecka. Opiekunowie doświadczają utraty poczucia bezpieczeństwa, jakie dawały im rutynowe procedury leczenia, a jednocześnie narasta w nich obawa przed ewentualnym nawrotem choroby. Utrzymujący się lęk oraz problemy natury psychicznej mogą towarzyszyć im nawet przez pięć lat po zakończeniu terapii (Baruch, 2013).

Z badań przeprowadzonych pod przewodnictwem Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Pawełczak-Szastok., 2012) wynika, że istnieją istotne statystycznie różnice w odczuwaniu natężenia lęku między poszczególnymi członkami rodziny dzieci chorych na nowotwór. Najwyższe wyniki w zakresie lęku jako stanu odnotowano wśród matek – średnia wartość wyniosła 50,3 punktu, co plasuje je na 79,81 centylu. Oznacza to, że aktualnie doświadczany przez nie lęk znacznie przekracza wartości typowe dla ich grupy wiekowej, wskazując na bardzo wysoki poziom napięcia emocjonalnego. W przypadku ojców również zaobserwowano podwyższony poziom lęku jako stanu (średnia: 45,57 punktu; 68,21 centyl), jednak mieścił się on jeszcze w granicach normy wiekowej. Natomiast wyniki dotyczące lęku jako cechy – czyli trwałej skłonności do przeżywania lęku – mieściły się na umiarkowanym poziomie u obojga rodziców (Pawełczak-Szastok, 2012).

Kolejnym ciekawym badaniem jest przeprowadzona przez Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie ocena poziomu kontroli negatywnych emocji, czyli lęku, depresji i agresji, u rodziców dzieci chorych onkologicznie. „Zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy występowaniem lęku (skala CECS - *Courtauld Emotional Control Scale*) a wiekiem badanych. Im starsi byli respondenci, tym większa była kontrola lęku. Stwierdzono także związek pomiędzy występowaniem lęku a płcią. W badanej grupie mężczyźni mocniej niż kobiety kontrolowali lęk. Wynika z tego, że matki dzieci chorych onkologicznie odczuwają znacznie wyższy poziom lęku jako stanu w porównaniu do ojców, co może świadczyć o silniejszym napięciu emocjonalnym w tej grupie. Jednocześnie wykazano, że starsi respondenci oraz mężczyźni lepiej kontrolują negatywne emocje, takie jak lęk, co sugeruje wpływ wieku i płci na mechanizmy radzenia sobie z lękiem (Cepuch, 2014).

Obciążenie depresyjne u rodziców dzieci z chorobą nowotworową

Rodzice dzieci chorych onkologicznie znajdują się w grupie wysokiego ryzyka rozwoju zaburzeń nastroju, w tym przede wszystkim depresji. Sytuacja życiowa w jakiej się znaleźli, przewlekły stres, lęk i niepewność sprzyja występowaniu objawów depresyjnych, które mogą utrzymywać się długo po zakończeniu leczenia onkologicznego ich dziecka.

Depresja zaliczana jest do grupy chorób cywilizacyjnych, a Światowa Organizacja Zdrowia (www.who.int) podaje, że na całym świecie jest około 280 milionów osób cierpiących na depresję. Depresja staje się coraz poważniejszym problemem zarówno zdrowotnym, jak i społecznym. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez NFZ, szacuje się, że w Polsce na depresję choruje około 1,2 miliona osób (ezdrowie.gov.pl). Od kilkunastu lat w krajach europejskich obserwuje się wyraźny i systematyczny wzrost liczby hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych (Kuzel., 2015).

Autorzy „Psychopatologii” (Seligman, 2024) zwracają uwagę, że w ciągu ostatnich dwóch pokoleń depresja stała się najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym. „Mamy w zasadzie do czynienia z czterema grupami objawów depresji. Oprócz zaburzeń nastroju, są jeszcze zaburzenia myślenia i poznawcze, motywacyjne i fizyczne. Nie wszystkie muszą być błędnie diagnozowane jako „depresyjne”, lecz im ich więcej i im bardziej dynamiczna któraś z tych grup, tym większa pewność, że jednostka cierpi na depresję” (Seligman, 2024).

W świetle tych definicji i danych można wyciągnąć wnioski, iż poziom obciążenia depresyjnego w grupie rodziców dzieci onkologicznych jest bardzo wysoki. U rodziców tych często występują objawy takie jak smutek, bezsenność, poczucie winy, spadek energii oraz

trudności w koncentracji.

Kolejnym z ważnych aspektów wpływających na rozwój depresji wśród onkorodziców jest również brak odpowiedniego wsparcia psychologicznego. Rodzice często koncentrują całą swoją uwagę na dziecku, ignorując własne potrzeby emocjonalne, co może prowadzić do kumulowania napięć i rozwoju zaburzeń psychicznych. Co więcej, obciążenie depresyjne nie kończy się wraz z zakończeniem leczenia, objawy depresyjne mogą utrzymywać się nawet kilka lat po powrocie dziecka do zdrowia. „W populacji rodziców dzieci chorych onkologicznie problem ten może dotyczyć około 69% osób (Cepuch., 2014). Należy podkreślić, że u 40% badanych objawy depresji miały wyraźny charakter, 27% matek i 17% ojców dzieci chorych znajduje się w grupie ryzyka rozwoju depresji, szczególnie jeśli pozostaje ryzyko nawrotu choroby lub trwałych powikłań po leczeniu” (Seneka i Izdebski, 2018).

Matki dzieci chorych onkologicznie częściej wykazują wyższy poziom objawów depresyjnych niż ojcowie, co znajduje potwierdzenie także w wcześniejszych analizach. Nasilenie tych objawów zależy również od rodzaju nowotworu – najwyższe wartości notuje się u matek dzieci z guzami mózgu ($M = 20,06$), niższe natomiast u matek dzieci z białaczką ($M = 12,82$) oraz chłoniakiem ($M = 12,31$). Warto jednak podkreślić, że w analizach obejmujących oboje rodziców nie odnotowano istotnych różnic w nasileniu objawów depresyjnych pomiędzy matkami a ojcami. Podobnie jak w przypadku innych zmiennych – takich jak lęk czy objawy PTSD – rodzice dzieci chorych onkologicznie wykazują wyższy poziom objawów depresyjnych niż rodzice dzieci zdrowych (Seneka, Izdebski, 2018).

Obciążenie depresyjne u rodziców dzieci z chorobą nowotworową stanowi poważne wyzwanie zarówno w wymiarze psychologicznym, jak i zdrowotnym. Jak już wcześniej wspomniano, systemowe wsparcie psychologiczne dla rodzin dzieci onkologicznie chorych w Polsce jest w dużej mierze niewystarczające lub całkowicie nieobecne. Dodatkowo funkcjonują silne stereotypy i błędne przekonania dotyczące korzystania z pomocy psychologicznej i psychiatrycznej – wielu rodziców utożsamia taką pomoc z „nienormalnością” lub słabością, co zniechęca ich do szukania wsparcia. Zdarza się również, że brak wiedzy na temat roli psychologa klinicznego w szpitalu powoduje niezrozumienie jego kompetencji, skutkujące negatywną oceną pracy specjalisty, mimo braku jasnych oczekiwań co do form i efektów pomocy (Chybicka, Brzozowska, 2020).

Co więcej, brak odpowiednich rozwiązań systemowych w zakresie zasiłków opiekuńczych powoduje dodatkowe obciążenie – rodzicom dzieci chorych onkologicznie przysługuje taka sama liczba dni opieki (60 dni rocznie na dziecko do 14. roku życia, 14 dni

powyżej 14. roku życia) jak w przypadku rodziców dzieci zdrowych. W efekcie wielu z nich, nie mogąc pozwolić sobie na rezygnację z pracy, decyduje się na korzystanie ze zwolnień lekarskich od psychiatry, co staje się jedną z najczęstszych przyczyn ich kontaktu z opieką zdrowia psychicznego (infor.pl).

Występowanie objawów Ostrego Stresu (ASD) oraz Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD) u rodziców dzieci z chorobą nowotworową

W najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11), zarówno zespół stresu pourazowego (PTSD), jak i ostra reakcja na stres zostały zaliczone do grupy zaburzeń specyficznie związanych ze stresem. Ostra reakcja na stres jest przemijającym zaburzeniem, które pojawia się bezpośrednio po doświadczeniu wyjątkowo silnego stresu o charakterze fizycznym lub psychicznym, natomiast PTSD to przewlekła forma zaburzenia, która może rozwijać się w dłuższej perspektywie po przeżyciu traumy (rsk3.ezdrowie.gov.pl).

Ostra reakcja na stres może wystąpić u osoby wcześniej nie wykazującej żadnych objawów psychopatologicznych, w odpowiedzi na wyjątkowo intensywne zdarzenie, takie jak zagrożenie życia własnego lub bliskich, a także utrata pozycji społecznej lub bezpieczeństwa egzystencjalnego. Objawy tej reakcji są bardzo zróżnicowane pod względem formy, intensywności i czasu trwania, co zależy zarówno od charakteru przeżytego stresu, jak i od indywidualnych predyspozycji osoby do radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. W przebiegu ostrej reakcji na stres typowe są objawy takie jak zawężenie świadomości i uwagi, stan oszołomienia, dezorientacja oraz trudności w zrozumieniu i ocenie sytuacji. Może dojść do czasowego odcięcia od rzeczywistości lub przeciwnie – nadmiernego pobudzenia psychoruchowego. Objawy te często współwystępują z silnym lękiem i reakcjami ze strony układu autonomicznego, takimi jak przyspieszone bicie serca, drżenie ciała czy wzmożona potliwość. Zamiast lęku mogą pojawić się również reakcje emocjonalne takie jak złość, rozpacz czy stany depresyjne. Kluczowym kryterium diagnostycznym ostrej reakcji na stres jest wyraźny i bezpośredni związek czasowy pomiędzy zdarzeniem traumatycznym a wystąpieniem objawów. Kliniczny obraz tego zaburzenia bywa niejednorodny i silnie zróżnicowany; objawy zwykle ustępują w ciągu kilku godzin lub dni, po czym może pojawić się częściowy bądź całkowity brak pamięci dotyczący przeżytego epizodu (Cierpiąłkowska, 2007).

Według definicji przedstawionej przez Andrzeja Augustynka (Augustynek, 2015) w „Psychopatologii człowieka dorosłego” Zespół Stresu Pourazowego (PTSD) jest skutkiem traumatycznego przeżycia, podczas którego osoba bezpośrednio doświadczyła, była świadkiem

lub w inny sposób zetknęła się z sytuacją stanowiącą zagrożenie życia lub poważnych obrażeń, wywołującą silne uczucie lęku, bezradności czy przerażenia (Augustynek, 2015). Zespół Stresu Pourazowego (PTSD) objawia się m.in. powracającym przeżywaniem traumatycznego zdarzenia — osoby zmagające się z tym zaburzeniem nękają natrętne wspomnienia lub koszmary senne nawiązujące do doznanej traumy. Często celowo unikają wszystkiego, co przypomina im o urazowym doświadczeniu, a kontakt z takimi bodźcami wywołuje silny lęk. PTSD wiąże się również z trwałym stanem pobudzenia, który objawia się przewlekłym napięciem, rozdrażnieniem i trudnościami ze snem. Osoby cierpiące na to zaburzenie mogą doświadczać problemów z koncentracją i pamięcią, a także przejawiać objawy depresyjne. Często izolują się społecznie, unikając relacji i kontaktów z innymi. PTSD obejmuje także uporczywe uczucie strachu, niepokoju i ogólnej niepewności (Carson i in., 2003).

Główna różnica między ostrym zaburzeniem stresowym (ASD) a zespołem stresu pourazowego (PTSD) dotyczy momentu pojawienia się objawów po doświadczeniu traumy oraz czasu ich trwania.

- Ostre zaburzenie stresowe(ASD):
 - rozwija się w ciągu 4 tygodni od zdarzenia traumatycznego,
 - trwa minimum 2 dni, maksymalnie 4 tygodnie,
 - jeśli objawy utrzymują się dłużej niż miesiąc, rozpoznaje się PTSD.
- Zespół stresu pourazowego (PTSD):
 - diagnozowany, gdy objawy utrzymują się powyżej 4 tygodni,
 - formalna diagnoza możliwa jest najwcześniej po upływie miesiąca od zdarzenia.
- Warianty PTSD w zależności od czasu pojawienia się objawów:
 - ostra postać PTSD: objawy występują w ciągu 6 miesięcy od urazu,
 - opóźniona postać PTSD: objawy pojawiają się po ponad 6 miesiącach od wydarzenia. Warto zaznaczyć, że opóźniona forma PTSD jest słabiej opisana w literaturze i trudniejsza do jednoznacznej diagnozy niż postać o wczesnym początku (Carson i in., 2003).

Nowotwór to poważna choroba zagrażająca życiu, dlatego często postrzegana jest jako bardzo trudne, traumatyczne doświadczenie. Gdy nowotwór dotyka dziecka, jest to szczególnie bolesne i stresujące doświadczenie dla rodziców. Proces leczenia stanowi ogromne obciążenie emocjonalne nie tylko dla małego pacjenta, lecz także dla całej rodziny. Wielu rodziców w takiej sytuacji doświadcza objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD), takich jak:

- natrętne wspomnienia, sny czy myśli o trudnych przeżyciach,
- nadmierna czujność i ciągle poczucie zagrożenia,
- unikanie sytuacji, myśli lub emocji przypominających o traumie (Cierpiąłkowska, 2007).

Traumatyczne wydarzenie, jakim jest choroba dziecka, może podważyć wcześniejsze przekonania o świecie i o sobie. To, jak człowiek radzi sobie psychicznie w obliczu takiej sytuacji, ma ogromny wpływ na to, czy rozwiną się u niego objawy PTSD i jak długo będą się utrzymywać. Jeśli ktoś nie potrafi skutecznie poradzić sobie z traumą, jego objawy mogą się nasilać i utrzymywać przez długi czas. Natomiast powrót do zdrowia psychicznego jest możliwy wtedy, gdy człowiek potrafi zrozumieć i "przepracować" swoje doświadczenie, czyli połączyć je z wcześniejszymi przekonaniami i obrazem rzeczywistości. PTSD może być też skutkiem wcześniejszych błędnych przekonań, które pod wpływem traumy nie zostają zmienione, ale wręcz się utrwalają. Sztywne i negatywne przekonania, które utrzymują się po trudnych wydarzeniach, (np. "świat jest niebezpieczny" lub "nie dam sobie rady") często skutkują później depresją, lękiem, poczuciem winy czy smutkiem (Ogińska-Bulik, Socha, 2017).

Objawy PTSD mogą występować u od 6% do 25% rodziców dzieci z chorobą nowotworową, a ryzyko rozwoju tego zaburzenia w ciągu całego życia szacuje się nawet na 54%. Szczególnie narażone na wystąpienie objawów stresu pourazowego są kobiety. Wyniki badań pokazują, że od 11% do 25% matek dzieci, które przeszły leczenie onkologiczne, spełnia kryteria rozpoznania PTSD. W przypadku ojców odsetek ten wynosi około 10%. Jednym z istotnych czynników ochronnych przed rozwojem PTSD okazały się osobiste zasoby psychiczne, a w szczególności zdolność radzenia sobie z trudnymi emocjami. Im wyższy poziom tych kompetencji, tym niższe było ryzyko wystąpienia objawów stresu pourazowego. Równie ważnym czynnikiem okazała się subiektywna ocena jakości opieki medycznej, zwłaszcza lekarskiej – im lepiej rodzice oceniali tę opiekę, tym rzadziej występowały u nich objawy PTSD. Ocena ta może być traktowana jako jedna z form wsparcia społecznego, które odgrywa kluczową rolę w procesie radzenia sobie z traumą (Kędzierska, Rol, Wiktorowicz, 2016).

W artykule opublikowanym na łamach *Psychoonkologii* (Kędzierska, Rol, Wiktorowicz, 2016) pt. „Wskaźniki stresu potraumatycznego u rodziców dzieci kończących leczenie onkologiczne – rola oceny opieki medycznej, wsparcia społecznego oraz prężności osobowe” z przeprowadzonych przez autorki badań wynika, że zakończenie leczenia

zasadniczego dziecka niejednokrotnie nie oznacza automatycznej poprawy stanu emocjonalnego jego rodziców — szczególnie matek, które często najbardziej przeżywają trudności związane z chorobą. Sposób, w jaki rodzice radzą sobie z emocjami i adaptacją po leczeniu, ma istotny wpływ na tempo i jakość powrotu całej rodziny do normalnego funkcjonowania psychospołecznego. Z tego względu kluczowe jest dalsze monitorowanie stanu psychicznego opiekunów, ze szczególnym uwzględnieniem matek, dla których proces przystosowania się do choroby dziecka był wyjątkowo obciążający (Kędzierska, Rol, Wiktorowicz, 2016).

Wskazane jest również wdrażanie działań interwencyjnych, które wspierają przetwarzanie emocji oraz pomagają w realistycznej i konstruktywnej ocenie sytuacji. Wyniki badań pośrednio podkreślają również, jak duże znaczenie dla emocjonalnego funkcjonowania rodziców ma jakość kontaktów z personelem medycznym. Ocena dostępności lekarzy, charakter relacji z nimi i poczucie bycia zrozumianym okazały się istotnymi czynnikami chroniącymi przed rozwojem objawów PTSD. Szczególnie ważne okazuje się to w przypadku rodziców z niższym wykształceniem, którzy mogą mieć większe trudności w zrozumieniu specjalistycznego języka medycznego i w dotarciu do wiarygodnych, a jednocześnie przystępnych informacji. Dlatego rola lekarzy — ich empatii, zdolności komunikacyjnych i umiejętności wspierania — nabiera szczególnej wagi (Kędzierska, Rol, Wiktorowicz, 2016).

Podsumowując - nowotwór dziecka to silnie traumatyczne doświadczenie, które może prowadzić do PTSD u rodziców, szczególnie matek. Ryzyko wystąpienia objawów zależy m.in. od zdolności radzenia sobie z emocjami i jakości kontaktu z personelem medycznym. Dlatego tak ważne jest wsparcie psychologiczne i monitorowanie stanu psychicznego opiekunów także po zakończeniu leczenia.

Funkcjonowanie systemu rodzinnego w obliczu choroby nowotworowej dziecka

Zamiana ról rodzinnych i adaptacja do nowej rzeczywistości

W obliczu poważnej choroby somatycznej dziecka, w szczególności choroby nowotworowej, system rodzinny zostaje wystawiony na próbę, której charakter i intensywność przekraczają codzienne trudności życia rodzinnego. Diagnoza onkologiczna dziecka wprowadza nagłą i nieprzewidywalną zmianę w życiu całej rodziny, wpływając na funkcjonowanie jej członków na poziomie emocjonalnym, społecznym i organizacyjnym. Od

chwili postawienia diagnozy rodzina zostaje skonfrontowana z szeregiem trudnych doświadczeń wynikających z procesu leczenia dziecka, którym towarzyszy nieustanny lęk o jego życie. Nagle zostaje włączona w system opieki medycznej, przyjmując funkcje, do których nie była wcześniej przygotowana – zarówno emocjonalnie, jak i organizacyjnie (Socha, Janicka 2024).

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabierają procesy zamiany ról rodzinnych oraz adaptacji do nowej sytuacji życiowej. System rodzinny opiera się na względnie trwałym układzie ról i obowiązków, który zapewnia jego równowagę i funkcjonalność. W sytuacji kryzysowej, jaką niewątpliwie jest choroba nowotworowa dziecka, dotychczasowy porządek ulega jednak istotnym przekształceniom. Role członków rodziny mogą zostać przeorganizowane, a niektóre z nich znacząco rozbudowane lub przemodelowane. Najczęściej obserwowaną zmianą jest przekształcenie ról rodzicielskich. Jeden z rodziców – najczęściej jest to matka – rezygnuje z pracy zawodowej bądź znacząco ją ogranicza, by móc sprawować całodobową opiekę nad chorym dzieckiem. Rola matki lub ojca zyskuje wówczas wymiar intensywnego wsparcia emocjonalnego oraz fizycznego, obejmując jednocześnie zadania związane z medyczną i administracyjną stroną leczenia (Rogiewicz, 2015).

Zazwyczaj także to jeden z opiekunów ponosi odpowiedzialność za poinformowanie dziecka o chorobie, co jest zadaniem niezwykle trudnym. Rodzice często stają przed dylematem, czy w ogóle mówić dziecku o chorobie, a jeśli tak, to w jaki sposób. Mają trudności z przedstawieniem konieczności przeprowadzania bolesnych lub nieprzyjemnych zabiegów. W niektórych przypadkach decydują się na milczenie, błędnie przekonani, że chronią dziecko przed niepokojącymi informacjami. Jednak to rodzice są jedynym źródłem rzetelnych informacji, a kłamstwo lub niepełne mówienie prawdy może prowadzić do utraty zaufania dziecka, które w takiej sytuacji czuje się osamotnione i zagubione (Rogiewicz, 2015; Baruch, 2013).

Po postawieniu diagnozy, życie rodziny ulega zakłóceniu, a zmiany te dotyczą nie tylko rodziców, ale również rodzeństwa dziecka. Zdrowe rodzeństwo dziecka chorego często doświadcza tzw. wtórnej marginalizacji w rodzinie. Uwagę i zasoby emocjonalne rodziców pochłania dziecko chore, przez co potrzeby pozostałych dzieci mogą zostać zaniedbane. Część z nich internalizuje sytuację i przyjmuje postawę „grzecznego dziecka”, które nie sprawia dodatkowych problemów, inne natomiast mogą reagować buntowniczo, manifestując emocjonalne napięcia w zachowaniach destrukcyjnych lub wycofaniu społecznym. Rodzeństwo może również – w miarę możliwości – przejmować część obowiązków domowych, co prowadzi do wcześniejszego dojrzewania emocjonalnego. U rodziców,

zwłaszcza u matek, często pojawia się tzw. konflikt ról. Z jednej strony czują obowiązek bycia przy chorym dziecku w szpitalu, a z drugiej – obawiają się, że zaniedbują opiekę nad zdrowym rodzeństwem (Baruch, 2013).

Relacja między rodzicami również ulega istotnym zmianom. Choroba dziecka może działać jako czynnik spajający – wzmacniając więź i współpracę małżonków – bądź jako czynnik destabilizujący, prowadzący do konfliktów i wzajemnych pretensji. Często obserwuje się, że jeden z rodziców koncentruje się na sprawach praktycznych i finansowych, podczas gdy drugi poświęca się emocjonalnie i fizycznie opiece nad dzieckiem. Taki podział obowiązków może generować napięcia, poczucie osamotnienia i przeciążenia. Często zdarza się, że jeden z opiekunów bierze na siebie pełną odpowiedzialność za obowiązki domowe oraz opiekę nad zdrowym rodzeństwem, jednocześnie łącząc te zadania z pracą zawodową, aby utrzymać stabilność finansową rodziny. W takiej sytuacji zwiększa się rola dalszej rodziny – dziadków, ciotek, wujków – którzy nierzadko przejmują zadania opiekuńcze nad rodzeństwem lub wspierają rodzinę chorego dziecka materialnie. Ich obecność może stanowić istotny czynnik ochronny, ale również prowadzić do konfliktów, zwłaszcza jeśli różne osoby przejmują sprzeczne strategie działania lub wartości (Socha, Janicka, 2024).

Kolejnym wyzwaniem dla rodziców jest znalezienie odpowiedniej równowagi między nadmierną opieką a rozpieszczaniem chorego dziecka, a jednocześnie utrzymaniem dyscypliny i stawianiem mu realistycznych oczekiwań. W takiej sytuacji łatwo o przechylenie się w stronę jednej skrajności, co może mieć negatywne konsekwencje zarówno dla dziecka, jak i dla samej rodziny. Z jednej strony, zbyt duża troska może prowadzić do uzależnienia dziecka od pomocy i osłabienia jego poczucia samodzielności, z drugiej zaś – brak wyrozumiałości i nadmierne wymagania mogą pogłębiać poczucie stresu i osamotnienia dziecka w trudnej sytuacji (de Walden-Gałuszko 2014)

Adaptacja systemu rodzinnego do sytuacji przewlekłej choroby dziecka to proces dynamiczny, przebiegający etapowo. Każdy z etapów niesie ze sobą określone reakcje emocjonalne, zadania adaptacyjne oraz ryzyka kryzysowe. Bezpośrednio po usłyszeniu diagnozy rodzina przeżywa fazę szoku. Pojawiają się emocje takie jak niedowierzanie, lęk, gniew, a także mechanizmy obronne, w tym zaprzeczenie powadze sytuacji. W tym okresie rodzice najczęściej funkcjonują „na autopilocie”, skupiając się na przetrwaniu i uzyskaniu podstawowych informacji o chorobie. Po wstępnym etapie dezorganizacji następuje mobilizacja sił. Rodzina zaczyna aktywnie działać, szukać informacji, kontaktować się z lekarzami, planować leczenie i logistykę życia codziennego. To moment, w którym często

wyłaniają się nowe wzorce działania i role wewnątrzrodzinne. W miarę trwania leczenia sytuacja stabilizuje się, rodzina przystosowuje się do nowego rytmu – wizyt lekarskich, hospitalizacji, zmian nastrojów i potrzeb dziecka. Ustalają się nowe codzienne rytuały, często w warunkach znacznego ograniczenia życia towarzyskiego i zawodowego. Jednak każde pogorszenie stanu zdrowia dziecka, komplikacje w leczeniu lub nieprzewidziane sytuacje stanowią źródło stresu i prowadzą do kryzysu. Mogą zdarzyć się poważne kryzysy emocjonalnych, depresja, wypalenie opiekunów czy rozpad relacji rodzinnych. o zakończeniu leczenia – niezależnie od jego efektu – rodzina podejmuje próbę powrotu do „normalności”. Nie zawsze jednak jest to powrót do poprzedniego stanu – częściej mamy do czynienia z trwałą reorganizacją życia rodzinnego (Socha, Janicka, 2024).

W wielu przypadkach konieczne jest wsparcie psychologiczne, pomoc terapeutyczna lub długofalowa rekonfiguracja ról i relacji. Choroba nowotworowa dziecka wymusza reorganizację ról, redefinicję relacji oraz długotrwały proces adaptacji do nowych warunków. Wysoki poziom elastyczności systemu rodzinnego, dostęp do wsparcia społecznego oraz odpowiednia pomoc psychologiczna mogą znacząco wpływać na skuteczność przystosowania i zachowanie dobrostanu członków rodziny (Socha, Janicka, 2024).

Prężność rodziny jako mechanizm adaptacyjny w sytuacji choroby nowotworowej dziecka

Autorzy "Praktycznego poradnika psychoonkologii dzieci i młodzieży" (Rogiewicz, 2015) zwracają uwagę na to, że sposób, w jaki rodzice postrzegają chorobę dziecka, może mieć wpływ na ich zachowanie podczas leczenia. Często bywa, że każdy z rodziców ma inne podejście do sytuacji, co może prowadzić do konfliktów.

Rodzice mogą traktować chorobę dziecka jako krzywdę i niesprawiedliwość, szukać winnych, obwiniać siebie, los, świat, a nawet lekarzy. Ich światopogląd i wizja rodziny mogą się załamać, co wywołuje poczucie krzywdy i niesprawiedliwości. Takie nastawienie może skutkować roszczeniową postawą wobec personelu medycznego, nadmiernymi żądaniami, a także drażliwością. Tego rodzaju postawy często prowadzą do napięć w relacjach z pracownikami służby zdrowia, wrogości i dystansu. W rzeczywistości jest to często wołanie o pomoc, próba zwrócenia na siebie uwagi. Czasami rodzice ci obarczają dziecko winą za zaistniałą sytuację, traktując je jako ciężar (Rogiewicz, 2015).

Rodzice, którzy postrzegają chorobę dziecka jako karę, często obwiniają się i odczuwają głębokie poczucie winy. Ich zachowanie może wynikać z potrzeby odkupienia win. Tacy

rodzice często bywają nadmiernie ulegli, szczególnie w kontaktach z personelem medycznym, oraz nadopiekuńczy wobec dziecka (Rogiewicz, 2015).

Rodzice, którzy traktują chorobę onkologiczną dziecka jako zagrożenie, żyją w ciągłej gotowości do obrony i ochrony swojego dziecka, nieustannie martwiąc się o przyszłość. Każdą informację od lekarza interpretują przez pryzmat najgorszego możliwego scenariusza. Często stają się nadmiernie opiekuńczy, spełniając każde życzenie dziecka, aby zrekompensować mu jego cierpienie (Rogiewicz, 2015).

Innym typem rodziców, w zależności od sposobu postrzegania choroby dziecka, są ci, którzy traktują nowotworową chorobę dziecka jako wyzwanie. Skupiają się na poszukiwaniach odpowiedzi na pytanie, co mogą zrobić, aby pomóc swojemu dziecku. Zwykle prowadzi to do podjęcia konstruktywnych i konkretnych działań. Tego rodzaju postawa skutkuje dużą aktywnością i zaangażowaniem w proces leczenia. Takie podejście do choroby dziecka jest szczególnie pożądane z perspektywy psychoonkologii (Rogiewicz, 2015).

Rodzice, którzy postrzegają chorobę nowotworową dziecka jako wyzwanie, wykazują się zwiększoną mobilizacją oraz zdolnością do wewnętrznej reorganizacji funkcjonowania rodziny co świadczy o obecności cech prężności psychicznej. Taka postawa sprzyja szybszemu przystosowaniu się do nowej, trudnej sytuacji i może wspierać proces leczenia dziecka oraz jakość relacji w systemie rodzinnym (Rogiewicz, 2015).

Prężność psychiczna pozostaje w bliskim związku z określonymi cechami osobowości, takimi jak: emocjonalna stabilność, otwartość na nowe doświadczenia, optymistyczne nastawienie, poczucie sensowności życia (koherencji), a także przekonanie o posiadaniu kontroli nad sytuacją i skuteczności własnych działań. Integralną częścią prężności jest doświadczanie emocji pozytywnych, które odgrywają istotną rolę w procesie adaptacji. Silna korelacja pomiędzy prężnością a tendencją do skutecznego radzenia sobie z trudnościami, jak również częstym przeżywaniem pozytywnych emocji, wskazuje na jej podobieństwo do konstruktu inteligencji emocjonalnej. W ujęciu samoregulacyjnym prężność obejmuje komponenty poznawcze – takie jak sposób interpretacji sytuacji jako wyzwania czy przekonania o własnych możliwościach – oraz komponenty emocjonalne, związane z pozytywnym afektem i emocjonalną równowagą. Wymiar behawioralny prężności wyraża się natomiast w poszukiwaniu nowych doświadczeń i elastycznym stosowaniu efektywnych strategii radzenia sobie. Osoby cechujące się wysokim poziomem prężności lepiej adaptują się do stresu dzięki zdolności pozytywnego wartościowania trudnych doświadczeń i skuteczniejszego doboru strategii zaradczych. Prężność odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu

zdrowia psychicznego, może działać ochronnie przed pojawieniem się objawów dezadaptacyjnych, w tym zespołu stresu pourazowego, lub ograniczać ich nasilenie. Szczególnie istotna jest jej relacja z emocjami pozytywnymi, które wspierają proces wychodzenia z negatywnych stanów emocjonalnych. W efekcie osoby doświadczające trudnych wydarzeń życiowych – takich jak ciężka choroba – mogą zmieniać perspektywę, odzyskiwać nadzieję i znajdować nowe, konstruktywne sposoby rozwiązywania problemów, co sprzyja wzmocnieniu procesów korzystnych dla zdrowia psychicznego (Ogińska-Bulik N. 2008).

Choroba dziecka jest wydarzeniem o silnym ładunku stresowym, które może zakłócić dotychczasowe funkcjonowanie całej rodziny. Prężność, definiowana jako zdolność do adaptacji oraz podejmowania skutecznych działań w obliczu trudności, pełni w tym kontekście funkcję ochronną. Rodzina cechująca się wysokim poziomem prężności potrafi zachować względną równowagę emocjonalną, wspierać się wzajemnie i dostosowywać do zmieniających się okoliczności. Rodzice, którzy mogą liczyć na wsparcie od bliskich, mają czas na odpoczynek oraz są na bieżąco informowani o stanie zdrowia swojego dziecka, wykazują wyższy poziom prężności. Skuteczne radzenie sobie z wyzwaniami związanymi z chorobą nowotworową dziecka wymaga od opiekunów znacznych zdolności przystosowawczych i silnie rozwiniętej prężności. Cecha ta, traktowana jako cenny zasób psychiczny, przyczynia się do poprawy jakości życia oraz łagodzi negatywne skutki stresu. Badania opublikowane przez Izabelę Sochę i Iwonę Janicką (Socha, Janicka, 2024) pokazują, że ojcowie dzieci chorujących na nowotwory wykazują wyższy poziom prężności, szczególnie w zakresie kompetencji osobistych. Umiejętności te okazują się kluczowe w kolejnych etapach leczenia dziecka. W ciągu roku od postawienia diagnozy kompetencje te u ojców wyraźnie się zwiększają, co wiąże się z lepszym stanem zdrowia psychicznego, otrzymywanym wsparciem oraz doświadczeniem stresu związanego z chorobą dziecka. Wiek rodziców również wpływa na poziom prężności – wraz z jego wzrostem rozwijają się ich kompetencje osobiste i społeczne. Zależność ta uwidacznia się szczególnie na początku leczenia, co sugeruje, że starsi rodzice lepiej radzą sobie z diagnozą i są bardziej przygotowani do podejmowania obowiązków związanych z opieką, leczeniem i współpracą z personelem medycznym (Socha i Janicka 2024)

Prężność psychiczna stanowi zatem istotny zasób, który nie tylko ułatwia przezwyciężenie kryzysu, ale również wpływa na lepsze przystosowanie do sytuacji choroby dziecka, poprawę samopoczucia opiekunów oraz ich zdrowie psychiczne. Jej obecność może znacząco zmniejszać ryzyko rozwoju negatywnych konsekwencji psychologicznych, takich jak

zespół stresu pourazowego (PTSD), depresja czy lęk (Socha, Janicka, 2024).

Relacje małżeńskie lub partnerskie w sytuacji choroby onkologicznej dziecka

Rodzina to złożona grupa osób powiązanych ze sobą, które wzajemnie na siebie wpływają, mają wspólną przeszłość, łączy je więź emocjonalna i tworzą określony sposób komunikacji oraz współdziałania, dostosowany do potrzeb jej członków (Plopa, 2011).

Rodzina, jako system wzajemnie powiązanych ze sobą osób, opiera się na relacjach, w których kluczową rolę odgrywa związek małżeński lub partnerski. Jakość relacji między małżonkami/partnerami oddziałuje na kondycję całego systemu rodzinnego, zwłaszcza w momentach trudnych, jak diagnoza nowotworu u dziecka. Doświadczenie choroby nowotworowej dziecka może znacząco wpłynąć na relacje między rodzicami. Jakość tych relacji w dużej mierze zależy od stopnia wzajemnej bliskości i wsparcia. Współczesne związki partnerskie cechują się dużą różnorodnością i zmiennością, co wpływa na ich stabilność oraz zdolność do radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych (Socha i Janicka, 2024).

Diagnoza choroby onkologicznej u dziecka uruchamia szereg konsekwencji, które silnie oddziałują na jego rodziców – wywołują strach, poczucie niepewności co do przyszłości, burzą dotychczasowe plany i wpływają na sposób komunikacji między małżonkami. Sytuacja ta wprowadza istotne zmiany zarówno w życiu codziennym, jak i zawodowym, zaburzając wcześniej ustalone role w małżeństwie, rodzinie oraz relacjach społecznych (Pietrzyk A., 2018). Reakcje rodzin na traumatyczne wydarzenia są zróżnicowane — niektóre związki ulegają wzmocnieniu, inne zaś doświadczają pogorszenia relacji, problemów emocjonalnych, społecznych czy ekonomicznych, a czasem rozpadu. Każde trudne doświadczenie niesie ze sobą zarówno potencjalne zagrożenia, jak i możliwość rozwoju, a kluczową rolę w tym procesie odgrywa jakość więzi partnerskich. Przewaga negatywnych emocji może obniżać dobrostan dziecka, natomiast wzajemne wsparcie i pozytywna komunikacja sprzyjają lepszemu funkcjonowaniu całej rodziny (Socha I., Janicka I. 2024).

Choroba nowotworowa dziecka silnie wpływa na funkcjonowanie całej rodziny, zakłócając jej dotychczasową równowagę. Diagnoza, proces leczenia, nawroty choroby czy regularne hospitalizacje stają się źródłem poważnych zmian w codziennym życiu, zaburzając rutynę i stabilność. Badania pokazują, że część rodziców podejmuje aktywne działania, by sprostać nowej sytuacji – choroba staje się bodźcem do mobilizacji sił i wzajemnego wsparcia, mimo pojawiającego się lęku, poczucia bezsilności czy napięcia emocjonalnego (Antoszevska B., 2006). Analizy naukowe przynoszą jednak niejednoznaczne wnioski – obok dowodów na

pogłębienie więzi małżeńskich i wzmocnienie relacji, pojawiają się także dane wskazujące na ich osłabienie, a nawet rozpad związku. Tę rozbieżność można tłumaczyć różnicami w kompetencjach interpersonalnych partnerów, ich indywidualną odpornością psychiczną oraz specyfiką przebiegu choroby dziecka (Antoszevska B., 2006).

Czynniki wzmacniające relacje między rodzicami w obliczu choroby nowotworowej dziecka obejmują przede wszystkim wzajemne wsparcie, zaangażowanie i reorganizację priorytetów życiowych. Wiele rodzin, mimo trudności, doświadcza pogłębienia więzi – rodzice skupiają się na bliskości, wspólnym czasie i wzajemnym zrozumieniu, rezygnując z dążenia do sukcesów zawodowych na rzecz jakości relacji. Choć przystosowanie się do nowych obowiązków bywa trudne, partnerzy wspierający siebie nawzajem, zwłaszcza w codziennych zadaniach i opiece nad dzieckiem, są postrzegani jako źródło siły (Socha I., Janicka I. 2024). Świadomość wpływu choroby na związek oraz jakość relacji przed diagnozą odgrywają kluczową rolę – pary o silnej więzi częściej doświadczają pozytywnych zmian w relacji. Wzrost poczucia bliskości, zaufania, lepsza komunikacja i wspólne przeżywanie codziennych chwil sprzyjają utrzymaniu dobrego samopoczucia psychicznego i mniejszej liczbie konfliktów. Szczególne znaczenie mają też rytuały rodzinne, wspólne aktywności oraz wsparcie społeczne. Bliskość emocjonalna partnerów przed diagnozą oraz charakter choroby i jej przebieg mogą znacząco wpływać na jakość relacji w trakcie leczenia (Socha I., Janicka I. 2024).

Autorzy artykułu *Prężność i radzenie sobie a więzi małżeńskie rodziców dzieci chorujących na białaczkę* (Pietrzyk i in. 2018) zwracają uwagę, że istotnym źródłem siły w obliczu stresu związanego z chorobą nowotworową dziecka może być więź małżeńska. Psychologia i socjologia uznają ją za jedną z kluczowych relacji w życiu dorosłych osób w związkach formalnych – szczególnie cenną w momentach kryzysowych. Mimo powszechnego użycia, pojęcie więzi małżeńskiej pozostaje trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Niektórzy badacze wskazują, że kluczowe dla jej jakości są wspólne wartości, wzajemna odpowiedzialność oraz zdolność do wspierania się w trudnych chwilach. Inni zwracają uwagę na znaczenie spójności w różnych wymiarach relacji: emocjonalnym, seksualnym, ekonomicznym, intelektualnym czy religijnym. Można ją także ujmować jako dynamiczną interakcję w sferze emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej, wzajemnie na siebie oddziałującą, prowadząc do pogłębiania współodczuwania, współrozumienia i współdziałania. Tego rodzaju relacja wzmacnia psychiczne zdrowie małżonków i wpływa na trwałość związku (Pietrzyk, 2018).

Czynniki osłabiające relacje między rodzicami - walka z chorobą dziecka często

proceeds to unfavorable changes in marital relationships. Parents try to balance intensive care for the sick child with obligations towards the healthy family, work and daily household tasks. An overload of roles and tasks causes that there is no time for rest, maintaining the relationship and caring for one's own needs. In such difficult emotional conditions, the relationship between partners can be weakened. Long-term stress, lack of space for closeness and intimacy and increasing fatigue negatively affect the quality of the relationship. Mothers often feel overburdened due to staying with the child in the hospital and simultaneously fulfilling the roles of a partner and a caregiver for other children. Fathers, in turn, struggle with combining work and family obligations, and their tendency to hide emotions is often interpreted as a lack of involvement. Differences in experiencing the child's illness can lead to misunderstandings and feelings of emotional distance. Long-term illness of the child has a negative impact on intimacy between partners. Lack of physical closeness often results from limited privacy and lack of time, which they could spend together. The burden of caring for the child limits the space for building closeness and freely expressing feelings, which contributes to the deterioration of sexual relationships. Simultaneously, the overall level of satisfaction with the relationship – a decrease in marital satisfaction is observed both in women and men, especially in the first year after diagnosis. Problems related to intimacy and sexuality may, however, occur at every stage of the child's treatment, intensifying especially during hospitalization and relapses of the disease (Socha, Janicka 2024).

Chronic stress significantly affects the quality of relationships and communication between parents. Physical distance, resulting from the necessity of sharing responsibilities – one parent stays with the child in the hospital, the other manages the home and work – complicates the exchange of information regarding care, daily matters and medical decisions. This leads to tension and increased anxiety. Lack of shared time, reduced emotional involvement and difficulties in communication can result in feelings of misunderstanding and frequent conflicts. Misunderstandings often arise from differences in the approach to caring for the child and appear at various stages of the disease – both during treatment and after its completion. Parents devote most of their energy and attention to the sick child, which leaves them little patience and strength for a deeper conversation, exchange of thoughts, emotions and experiences. In particular, mothers, who usually stay with the child in the hospital, place his needs above the needs of other family members. Such a situation can pose a threat to the stability of family relationships, especially

partnerskich (Socha, Janicka 2024, Antoszevska 2006).

Maria Rogiewicz, autorka *Praktycznego poradnika psychologii dzieci i nastolatków* (Rogiewicz, 2015), zwraca uwagę, że w sytuacji choroby nowotworowej dziecka ogromne znaczenie dla jakości relacji partnerskich i rodzinnych mają przyjęte przez rodzinę style funkcjonowania. Wyróżnia trzy podstawowe podejścia.

Pierwszy styl charakteryzuje się partnerską współpracą rodziców i traktowaniem choroby jako wspólnego wyzwania, które wymaga efektywnych strategii działania. W tym modelu podstawą radzenia sobie jest zarówno mobilizowanie wewnętrznych zasobów rodziny, jak i aktywne poszukiwanie pomocy zewnętrznej – w kręgu dalszej rodziny, sąsiadów, środowiska pracy czy przyjaciół. Rodzice dbają też o utrzymanie zdrowych relacji między rodzeństwem, aby uniknąć konfliktów wynikających z poczucia niesprawiedliwości czy zaniedbania, jakie może odczuwać zdrowe dziecko (Rogiewicz, 2015).

Drugi styl to tzw. emocjonalna koncentracja na negatywach. Rodzina skupia się nie tyle na praktycznym radzeniu sobie z sytuacją, ile na próbach znalezienia winnych i odpowiedzi na pytanie, dlaczego choroba w ogóle się pojawiła. Dominują w nim silne emocje – poczucie winy, lęk przed śmiercią, kryzys duchowy, bezradność. Rodzice często rezygnują ze stawiania granic choremu dziecku, kierując się przekonaniem, że muszą wynagrodzić mu cierpienie. W tym stylu pojawia się również tzw. myślenie magiczne, które prowadzi do zniekształcenia rzeczywistości i utrudnia korzystanie ze wsparcia oraz własnych zasobów (Rogiewicz, 2015).

Trzeci styl opiera się na próbach dopasowania nowej, trudnej sytuacji do tradycyjnych, często stereotypowych ról rodzinnych. Gdy jedno z rodziców diametralnie reorganizuje swoje życie w związku z chorobą dziecka, a drugie utrzymuje dotychczasowy rytm dnia, pojawia się rosnące napięcie i problemy w komunikacji. Brakuje wzajemnego zrozumienia i empatii, a każdy z partnerów koncentruje się głównie na własnym cierpieniu. Z czasem w relacji może dojść do wzajemnych pretensji, poczucia osamotnienia, a także poszukiwania ukojenia w używkach lub poza związkiem. W skrajnych przypadkach taki kryzys prowadzi do rozpadu relacji (Rogiewicz, 2015).

Choroba nowotworowa dziecka stanowi poważne wyzwanie dla relacji małżeńskich i partnerskich, nierzadko prowadząc do osłabienia bliskości fizycznej i emocjonalnej między rodzicami. Jednocześnie może jednak pełnić funkcję czynnika integrującego – wspólne stawianie czoła trudnościom, podział obowiązków oraz wzajemne wsparcie w sytuacjach granicznych często sprzyjają pogłębieniu więzi i lepszemu zrozumieniu partnera.

Choroba onkologiczna dziecka, podobnie jak inne sytuacje kryzysowe, działa niczym

papierek lakmusowy relacji – stanowi swoisty sprawdzian trwałości związku oraz ujawnia fundamenty, na których został on zbudowany. Kluczowe znaczenie mają w tym kontekście postawy przyjmowane przez rodziców w obliczu stresu, ich odporność psychiczna, a także gotowość do korzystania z dostępnych form wsparcia, w tym pomocy psychologicznej. Funkcjonowanie rodziny w sytuacji przewlekłej choroby zależy od wielu czynników. Do najistotniejszych należą: dostępność sieci wsparcia społecznego, stabilność ekonomiczna, sposób postrzegania i interpretowania choroby, jakość współpracy rodziców w zakresie opieki nad dzieckiem, a także możliwość dzielenia się doświadczeniami związanymi zarówno z pobytem w szpitalu, jak i codziennym życiem domowym. Wszystkie te elementy mogą sprzyjać lepszemu rozumieniu własnych i cudzych emocji, co jest istotnym zasobem w procesie adaptacji do kryzysu (Rogiewicz, 2015; Pietrzyk, 2018; Socha, Janicka, 2024).

Metodologia badań własnych

Cel, problem badań i hipotezy

Badania empiryczne prowadzone w ramach niniejszej pracy rozpocząć należy od określenia przedmiotu badań. Jak podaje Pilch przedmiotem badań można określić jako zadanie stojące przed badaczem w momencie podejmowania badań empirycznych (Pilch, 2001).

W przypadku niniejszej pracy przedmiotem badań jest funkcjonowanie psychiczne rodziców posiadających doświadczenie choroby onkologicznej dziecka.

Kolejnym etapem pracy było określenie celów badawczych. W swoim opracowaniu Gnitecki (2006) wyróżnił następujące kategorie celów badawczych:

1. Cel poznawczy rozumiany jako charakterystyka zjawisk, które mogą być opisywane w zakresie:
 - a) rekonstrukcji czynników wpływających na nie,
 - b) porządkowanie czynników mających na nie wpływ,
 - c) charakterystyka zależności,
 - d) opracowywanie teorii,
 - e) wyjaśnianie zjawisk,
 - f) ujmowanie prawidłowości. (Gnitecki, 2006)
2. Cel teoretyczny związany jest z zadaniami teoretycznymi na opisywanie modeli czy założeń teoretycznych (Gnitecki, 2006)
3. Cel praktyczny odnosi się do realizowania działań praktycznych. (Gnitecki, 2006)

Cele niniejszej pracy podzielić można na poznawcze, teoretyczne i praktyczne.

Cele poznawcze

1. Zbadanie zależności między chorobą onkologiczną dziecka a jakością funkcjonowania psychicznego rodziców
2. Ustalenie zależności między wybranymi czynnikami a jakością funkcjonowania psychicznego rodziców
3. Scharakteryzowanie funkcjonowania psychospołecznego rodziców

Cele teoretyczne

1. Opracowanie teoretycznego modelu psychospołecznego funkcjonowania rodziców
2. III Cele praktyczne
3. Przedstawienie rozwiązań pomocnych w podnoszeniu jakości psychospołecznego funkcjonowania rodziców dzieci z chorobą onkologiczną.

Kolejnym etapem rozważań metodologicznych było sformułowanie problemów badawczych.

Zdaniem Pilcha, problem badawczy jest pytaniem o naturę opisywanego zjawiska, związku pomiędzy zdarzeniami lub istotami oraz cechami procesów czy zjawisk (Pilch, 2001).

Problemy główne niniejszej pracy to:

1. W jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie lęku u rodziców?
2. W jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie depresji u rodziców?
3. W jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie zespołu stresu pourazowego u rodziców?

Problemy szczegółowe 1:

- 1.1 Czy i w jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na trudności w relacjach społecznych?
- 1.2 Czy i w jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie zaburzeń snu u rodziców?
- 1.3 Czy i w jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie trudności w koncentracji uwagi u rodziców?
- 1.4. Czy i w jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie dolegliwości fizycznych u rodziców?

Problemy szczegółowe 2:

- 2.1 Czy występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje występowanie depresji u rodziców?
- 2.2. Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka wpływa na możliwość odczuwania przyjemności u rodzica?
- 2.3 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców poczucie smutku i beznadziejności?
- 2.4 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje u rodziców zmęczenie i brak energii?
- 2.5 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie brak apetytu lub przejadanie się?
- 2.6. Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców uczucie niezadowolenia z siebie?
- 2.7 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje zaburzenia napędu psychoruchowego u rodziców?
- 2.8 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców chęć zrobienia sobie krzywdy?

Problemy szczegółowe 3:

- 3.1. Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców przykrych niechcianych wspomnień i odczuć tak jakby wydarzenia traumatyczne występowały tu i teraz?
- 3.2. Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie koszmarów sennych związanych z wydarzeniami traumatycznymi?
- 3.3 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców powoduje unikania wspomnień i zewnętrznych okoliczności przypominających o wydarzeniach traumatycznych?
- 3.4 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców powoduje obwinianie siebie za jej wystąpienie oraz wpływa na negatywny obraz siebie u rodziców?
- 3.5 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców powoduje występowanie silnych negatywnych emocji?
- 3.6 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie zachowań agresywnych?

3.7 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców podejmowanie zachowań ryzykownych?

3.8 Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie nadmiernej czujności?

Kolejnym krokiem podczas projektowania badań empirycznych jest wyznaczenie układu zależności pomiędzy zmiennymi.

Jak podaje Pilch, zmienne można rozumieć jako cechy badanych zjawisk (Pilch, 2001). Można je podzielić na zmienne: zależne, niezależne, pośredniczące

Zmienne zależne uwarunkowane są przez niezależne, a zmienne pośredniczące z kolei wpływają na prostą zależność (Pilch, 2001)

Tabela 2. Układ zależności między zmiennymi dla problemu pierwszego

Zmienna	Wskaźnik
Zmienna niezależna: Choroba nowotworowa dziecka	Kwestionariusz ankiety w opracowaniu własnym
Zmienne zależne	
relacje społeczne	Pytanie 1, 2, 3 4
jakość snu	Pytanie 1, 5, 6, 7
koncentracja uwagi	Pytanie 1, 8, 9, 10
dolegliwości fizyczne	Pytanie 1, 11, 12
napięcie emocjonalne i lęk o zdrowie dziecka	Pytanie 1,13
Zmienna pośrednicząca	
Wsparcie społeczne	Pytanie 4,5

Źródło: opracowanie własne

Tabela nr 3 Układ zależności między zmiennymi dla problemu drugiego

Zmienna	Wskaźnik
Zmienna niezależna: Choroba nowotworowa dziecka	Kwestionariusz ankiety w opracowaniu własnym, Kwestionariusz PHQ-9

Zmienne zależne	
Występowanie depresji	progi kliniczne kwestionariusza PHQ-9
Anhedonia	Pytanie 1 kwestionariusza PHQ-9
Smutek i beznadziejność	Pytanie 2 kwestionariusza PHQ-9
Zmęczenie i brak energii	Pytanie 4 kwestionariusza PHQ-9
Zaburzenia apetytu	Pytanie 5 kwestionariusza PHQ-9
Poziom zadowolenia z siebie	Pytanie 6 kwestionariusza PHQ-9
Zaburzenie napędu psychoruchowego	Pytanie 8 kwestionariusza PHQ-9
Myśli samobójcze	Pytanie 8 kwestionariusza PHQ-9
Zmienna pośrednicząca	
Wsparcie społeczne	Pytanie 4,5 ankiety

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4. Układ zależności między zmiennymi dla problemu trzeciego

Zmienna	Wskaźnik
Zmienna niezależna: Choroba nowotworowa dziecka	Kwestionariusz ankiety w opracowaniu własnym, Kwestionariusz PCL-5
Zmienne zależne	
Występowanie PTSD	progi kliniczne kwestionariusza PHQ-9
Objawy intruzywne	Pytanie 1,3 kwestionariusza PCL-5
Zaburzenia snu	Pytanie 2 kwestionariusza PCL-5
Objawy unikania	Pytanie 6,7 kwestionariusza PCL-5
Negatywny obraz siebie	Pytanie 9,10 kwestionariusza PCL-5
Negatywne zmiany emocjonalne	Pytanie 4,11 kwestionariusza PCL-5
Zachowania agresywne	Pytanie 15,18 kwestionariusza PCL-5
Zachowania ryzykowne	Pytanie 16 kwestionariusza PCL-5
Nadmierna czujność	Pytanie 17 kwestionariusza PCL-5

Zmienna pośrednicząca	
Wsparcie społeczne	Pytanie 4,5 ankiety

Źródło: opracowanie własne

Przedstawione problemy stanowią punkt wyjścia do opracowania hipotez badawczych. Zdaniem Pilcha są one „częściowo uzasadnionymi twierdzeniami, osiągniętymi za pomocą danych wyjściowych, dzięki którym wyjaśnić można dane faktyczne.” (Pilch, 2001). W niniejszej pracy magisterskiej zawarto następujące hipotezy:

Hipotezy główne:

1. Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie lęku u rodziców.
2. Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie depresji u rodziców.
3. Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie zespołu stresu pourazowego u rodziców.

Hipotezy szczegółowe 1:

- 1.1 Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na trudności w relacjach społecznych.
- 1.2 Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie zaburzeń snu u rodziców.
- 1.3 Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie trudności w koncentracji uwagi u rodziców.
- 1.4. Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie dolegliwości fizycznych u rodziców.

Hipotezy szczegółowe 2:

- 2.1 Można założyć, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje występowanie depresji u rodziców.
- 2.2 Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka wpływa na możliwość odczuwania przyjemności u rodzica.
- 2.3 Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców poczucie smutku i beznadziei.
- 2.4 Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje u rodziców zmęczenie i brak energii.

2.5 Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców występowanie brak apetytu lub przejadanie się.

2.6. Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców uczucie niezadowolenia z siebie.

2.7 Można założyć, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie determinuje zaburzenia napędu psychoruchowego u rodziców.

2.8 Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców chęć zrobienia sobie krzywdy.

Hipotezy szczegółowe 3:

3.1. Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców przykrych niechcianych wspomnień i odczuć tak jakby wydarzenia traumatyczne występowały tu i teraz.

3.2. Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie koszmarów sennych związanych z wydarzeniami traumatycznymi.

3.3 Można zakładać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców unikanie wspomnień i zewnętrznych okoliczności przypominających o wydarzeniach traumatycznych.

3.4 Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców obwinianie siebie za jej wystąpienie oraz wpływa na negatywny obraz siebie u rodziców.

3.5 Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie silnych negatywnych emocji.

3.6 Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców występowania zachowań agresywnych.

3.7 Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców podejmowania zachowań ryzykownych.

3.8 Można zakładać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie nadmiernej czujności.

Metoda i narzędzia badawcze

Mówiąc o metodach technikach i narzędziach należy rozpocząć od wyjaśnienia wskazanych pojęć. Zdaniem Pilcha metoda to teoretycznie uzasadniony zbiór zabiegów

instrumentalnych i koncepcyjnych, które obejmują czynności badacza prowadzące do rozwiązania problemów badawczych w najbardziej ogólny sposób (Pilch, 2001). Technika z kolei nazywa się praktyczne czynności, które mają za zadanie pozyskanie faktów czy opinii. Dzieje się to przy użyciu narzędzi badawczych (Pilch, 2001).

Przeprowadzone w ramach niniejszej pracy badania miały charakter ilościowy i zostały zrealizowane przy użyciu metody indywidualnych przypadków. Służyły one zebraniu informacji na temat psychospołecznego funkcjonowania rodziców dzieci z chorobą nowotworową.

Podczas realizacji badań zastosowano dwie techniki: ankietę jak również test psychologiczny. Przeprowadzona ankieta służyła zebraniu informacji na temat danych demograficznych oraz zbadaniu subiektywnych opinii rodziców na temat ich funkcjonowania psychospołecznego. Zastosowane testy psychologiczne z kolei miały na celu zebranie danych na temat funkcjonowania rodziców w kontekście konkretnych zaburzeń psychicznych.

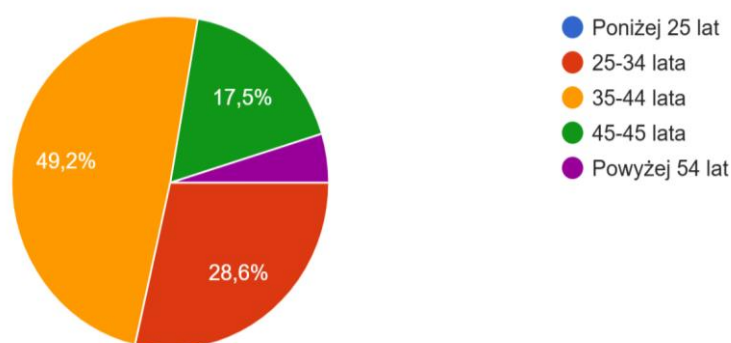
Narzędziami służącymi zbieraniu danych były: Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 PHQ-9, służący diagnozowaniu depresji, jej objawów oraz intensywności gdzie zadaniem badanych było odniesienie się do opisywanego objawu w czterostopniowej skali, gdzie 0 oznaczało całkowity brak zgodności a 3 wysoką zgodność z prezentowanym stwierdzeniem oraz Kwestionariusz PCL-5 służący diagnozie objawów oraz występowania zespołu stresu pourazowego. Podobnie jak kwestionariusz PHQ-9 narzędzie to opierało się na pięciostopniowej skali gdzie 0 było stopniem najniższy i oznaczał brak objawu, a 4 to zdecydowane występowanie wskazanego objawu. Trzecim narzędziem wykorzystanym w pracy był kwestionariusz ankiety w opracowaniu własnym, który służył zebraniu danych demograficznych oraz uzyskania opinii badanych na temat własnego funkcjonowania psychospołecznego. Kwestionariusz ankiety podzielony był na cztery części i zbierał informacje na temat: danych demograficznych, występowania objawów lęku, depresji, zespołu stresu pourazowego u rodziców.

Charakterystyka osób badanych i przebieg badań

Opisywana grupa badana składała się z 65 osób: kobiet i mężczyzn będących rodzicami dzieci z diagnozą onkologiczną.

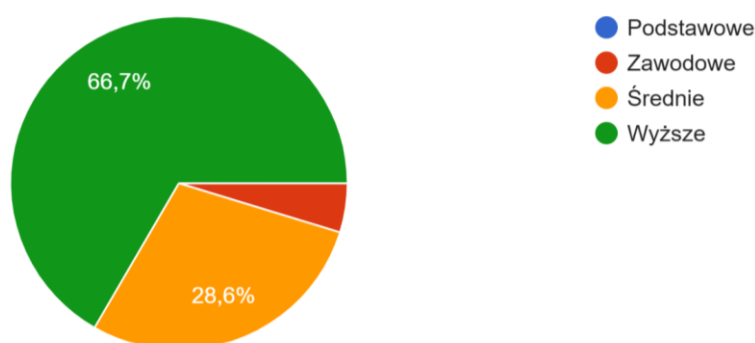
W skład grupy wchodziło 59 kobiet (93,7%) oraz 4 mężczyzn (6,3%) 2 badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Badani byli zróżnicowani pod względem wieku. W badaniu wzięło udział 18 osób w wieku 25-34 lata (28,6%) 31 osób w wieku 35-44 lata (49,2%), 11 osób w wieku 45-54 lata (17,5%) oraz 3 osoby powyżej 54 lat (4,8%), w badaniu nie wzięła udziału żadna osoba poniżej 25 roku życia, 2 badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 1).



Rycina 1. Wiek badanych, Źródło: opracowanie własne

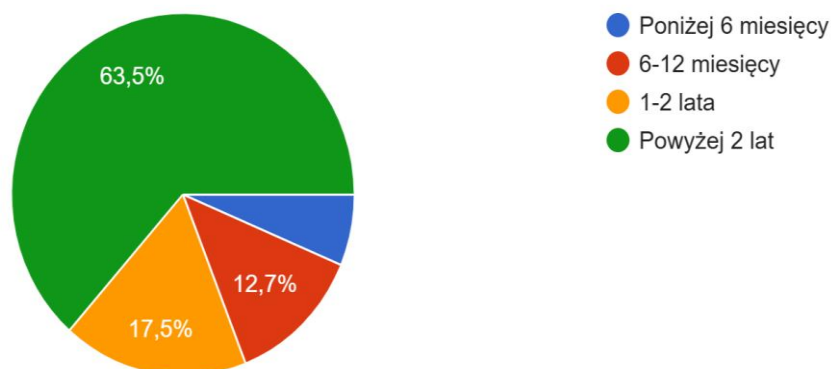
Jeśli chodzi o wykształcenie, w grupie badanych nie ma osób z wykształceniem podstawowym, 3 osoby (4,8%) posiadają wykształcenie zawodowe, 18 wykształcenie średnie (28,6%) i 42 wyższe (66,7%) 2 badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 2).



Rycina 2. Wykształcenie badanych, Źródło: opracowanie własne

Grupa jest zróżnicowana również pod względem czasu jaki upłynął od diagnozy. Najliczniejszą grupę stanowili rodzice, których dziecko otrzymało diagnozę onkologiczną ponad 2 lata temu, było to 40 osób (63,5%). Diagnozę w okresie 1-2 lat temu otrzymało

11 rodziców (17,5%), diagnozę w okresie 6-12 miesięcy otrzymało 8 rodziców (12,7%), diagnozę w okresie krótszym niż 6 miesięcy otrzymało 4 rodziców (6,3%), 2 badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 3).



Rycina 3. Czas jaki upłynął od diagnozy, *Źródło: opracowanie własne*

Badania prowadzone były w maju 2025 i polegały na wypełnieniu narzędzi badawczych w formie zdalnej. Badani zostali zaproszeni do udziału w badaniach osobiście, za pośrednictwem komunikacji na odległość (telefon, komunikatory) jak również za pośrednictwem grup zrzeszających rodziców dzieci z diagnozą onkologiczną na jednym z portali społecznościowych.

Grupa badana obejmowała rodziców dzieci z rozpoznaniem onkologicznym, co stanowiło istotny kontekst badawczy.

Znaczna część badanych była aktywna w internetowych społecznościach zrzeszających rodziców dzieci onkologicznych, wykazując wysoką motywację do udziału w badaniu – chętnie wypełniali kwestionariusze, a niektórzy inicjowali kontakt z badaczem, poszukując wsparcia emocjonalnego. Najczęściej byli to rodzice dzieci z dobrymi rokowaniami lub osoby, których dzieci znajdowały się kilka lat po diagnozie. Natomiast rodzice dzieci w najintensywniejszej fazie leczenia oraz ci, u których rokowania były niepewne, wykazywali mniejszą gotowość do uczestnictwa, co skutkowało ograniczonym zaangażowaniem tej grupy w badanie.

Wśród badanych obecne były różnorodne narracje – od opisów silnego stresu i niepokoju, przez strategie radzenia sobie, aż po momenty nadziei i pozytywnych zmian w funkcjonowaniu. Uczestnicy badania wyrażali głębokie zaangażowanie emocjonalne, a ich relacje z chorobą dziecka stanowiły punkt odniesienia dla odpowiedzi w narzędziach badawczych. W kontekście jakościowym ważne było uwzględnienie indywidualnych historii, które

ukazywały wielowymiarowość doświadczenia – od poczucia zagrożenia i niepewności, przez codzienne zmagania z organizacją opieki, aż po aspekty wsparcia społecznego i osobistego rozwoju.

Wyniki badań własnych

Analiza materiału zebranego z użyciem Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 (PHQ-9)

Uzupełnienie Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta PHQ-9 stanowiło jedną z części badań prowadzonych w ramach niniejszej pracy magisterskiej. Arkusz został uzupełniony przez 65 badanych i miał na celu zobrazowanie występowania u nich depresji bądź jej objawów.

Zaproponowany kwestionariusz składał się z 9 pytań, które były oceniane przez badanych w czterostopniowej skali w kontekście ostatnich dwóch tygodni. Wartości w skali oznaczały kolejno: 0 wcale, 1 objaw występował kilka dni, 2 objaw występował więcej niż połowę dni, 3 objaw występował niemal codziennie. Zebrane w czasie badania dane pozwalają uzyskać odpowiedź na pytanie z jaką częstotliwością w badanej grupie wystąpiła depresja, jaki był stopień jej nasilenia jak również przeanalizować prawidłowości występujące w ramach konkretnych objawów. Zestawienie wyników uzyskanych podczas wypełniania kwestionariusza prezentuje tabela 5.

Tabela nr 5 Zestawienie wyników badania uzyskanych z użyciem Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta -9 (PHQ-9)

Badany	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Suma	Wynik
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	umiarkowanie ciężka depresja
2	1	3	3	3	1	2	3	2	0	18	umiarkowanie ciężka depresja
3	1	3	3	3	3	3	3	2	0	21	ciężka depresja
4	1	1	1	2	1	0	1	0	0	7	łagodna depresja
5	2	2	3	3	2	1	3	3	0	19	umiarkowanie ciężka depresja
6	2	1	0	1	2	1	1	0	0	8	łagodna depresja
7	1	3	3	3	3	1	3	3	0	20	ciężka depresja
8	1	2	3	3	1	2	1	0	0	13	umiarkowanie ciężka depresja
9	2	2	2	2	2	2	2	1	0	17	umiarkowanie ciężka depresja

Psychiczne konsekwencje choroby onkologicznej u dziecka: stres, lęk i depresja w świetle doświadczeń emocjonalnych rodziców

10	2	0	0	1	0	0	0	0	0	3	brak depresji
11	1	1	1	2	1	2	1	2	0	11	umiarkowanie ciężka depresja
12	2	3	3	3	2	2	2	1	2	20	ciężka depresja
13	1	3	3	3	3	3	3	2	1	22	ciężka depresja
14	0	1	1	3	0	1	0	0	0	6	łagodna depresja
15	3	3	3	3	3	2	3	3	1	24	ciężka depresja
16	1	3	3	3	3	3	3	3	0	22	ciężka depresja
17	1	1	3	1	2	1	1	1	0	11	umiarkowana depresja
18	1	2	0	1	2	3	0	0	0	9	łagodna depresja
19	1	1	0	2	1	0	1	0	0	6	łagodna depresja
20	1	1	1	1	0	0	1	1	0	6	łagodna depresja
21	3	3	3	3	3	2	3	1	0	21	ciężka depresja
22	1	1	2	2	1	1	1	0	0	9	łagodna depresja
23	1	3	1	3	3	3	3	3	0	20	ciężka depresja
24	0	1	1	1	1	1	1	1	0	7	łagodna depresja
25	1	3	2	3	1	1	2	2	1	16	umiarkowanie ciężka depresja
26	2	1	2	2	2	1	1	1	1	13	umiarkowana depresja
27	1	1	1	3	1	1	0	0	0	8	łagodna depresja
28	0	1	0	1	2	0	1	0	0	5	łagodna depresja
29	0	1	1	2	0	0	1	0	0	5	łagodna depresja
30	0	1	1	2	0	1	2	0	0	7	łagodna depresja
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	brak depresji
32	2	2	3	2	3	1	3	2	0	18	umiarkowanie ciężka depresja
33	3	3	3	3	2	3	2	0	0	19	umiarkowanie ciężka depresja
34	1	0	0	1	2	0	0	1	0	5	łagodna depresja
35	1	2	1	1	2	1	0	0	0	8	łagodna depresja

Psychiczne konsekwencje choroby onkologicznej u dziecka: stres, lęk i depresja w świetle doświadczeń emocjonalnych rodziców

36	1	3	3	3	3	1	0	1	0	15	umiarkowanie ciężka depresja
37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	brak depresji
38	1	3	3	3	0	3	0	0	2	15	umiarkowanie ciężka depresja
39	1	1	0	1	0	1	1	0	0	5	łagodna depresja
40	3	3	3	3	3	3	3	1	0	22	ciężka depresja
41	1	1	1	3	3	1	1	1	0	12	umiarkowana depresja
42	1	3	2	3	2	3	3	3	3	23	ciężka depresja
43	1	2	1	2	1	1	1	1	0	10	umiarkowana depresja
44	2	2	2	2	2	2	2	2	1	17	umiarkowanie ciężka depresja
45	2	1	3	2	2	2	2	1	1	16	umiarkowanie ciężka depresja
46	3	3	3	3	3	2	3	3	1	24	ciężka depresja
47	3	2	2	3	3	1	2	2	0	18	umiarkowanie ciężka depresja
48	1	1	2	2	1	1	2	1	0	11	umiarkowana depresja
49	1	1	3	2	2	2	1	1	1	14	umiarkowana depresja
50	1	2	2	2	1	1	2	1	0	12	umiarkowana depresja
51	0	0	3	1	1	0	0	0	0	5	łagodna depresja
52	2	3	3	3	2	3	1	3	3	23	ciężka depresja
53	1	1	2	2	3	2	2	2	0	15	umiarkowanie ciężka depresja
54	2	2	1	2	1	1	2	1	1	13	umiarkowana depresja
55	2	1	1	2	1	0	1	1	0	9	łagodna depresja
56	0	3	3	3	3	3	3	3	0	21	ciężka depresja
57	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	brak depresji
58	0	1	2	2	1	0	2	2	0	10	umiarkowana depresja
59	1	1	2	2	2	1	1	0	0	10	umiarkowana depresja
60	2	3	3	3	2	2	2	2	2	21	ciężka depresja
61	1	1	2	3	1	1	2	1	0	12	umiarkowana depresja

62	1	2	2	2	3	1	2	0	3	16	umiarkowanie ciężka depresja
63	0	1	0	1	1	1	2	0	0	6	łagodna depresja
64	1	3	3	3	2	2	2	1	2	19	umiarkowanie ciężka depresja
65	1	1	2	2	1	0	2	2	0	11	umiarkowana depresja

Źródło: opracowanie własne

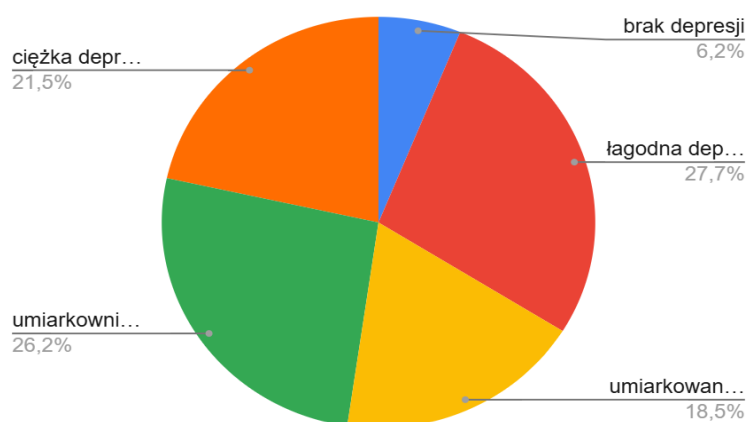
Czy występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje występowanie depresji u rodziców?

Analizując wyniki zebrane za pomocą kwestionariusza PHQ-9 można zauważyć, że zdecydowana większość badanych to osoby, u których możliwa byłaby diagnoza depresji. Badani niespełniający kryterium depresji to 4 osoby (6,2%). Pozostała część czyli 61 osób czyli 93,8% prezentuje objawy depresji o różnicowanym stopniu nasilenia.

Kwestionariusz PHQ-9 kategoryzuje zebrane wyniki zgodnie z punktem odniesienia:

- Wynik poniżej 5: brak depresji
- Wynik między 5 a 9: depresja łagodna
- Wynik między 10 a 14: depresja umiarkowana
- Wynik między 15 a 19: depresja umiarkowanie ciężka
- Wynik powyżej 20 depresja ciężka. (www.centrum.psychoterapii.pl)

W badanej grupie 18 osób to osoby, u których możliwa byłaby diagnoza depresji łagodnej (27,7%), u 12 możliwa byłaby diagnoza depresji umiarkowanej (18,5%), u 17 diagnoza depresji umiarkowanie ciężkiej (26,2%) a u 4 depresję ciężką (21,5%).

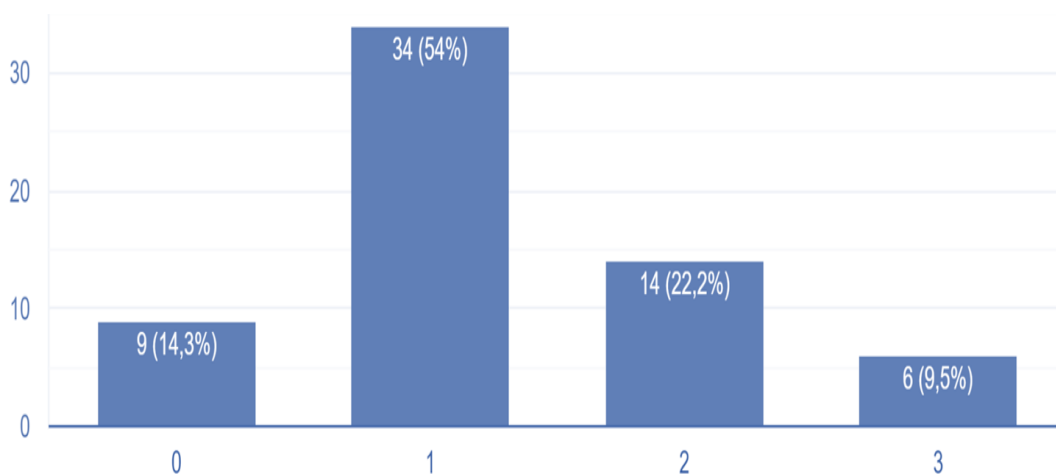


Rycina 4. Nasilenie depresji w grupie badanej, Źródło: opracowanie własne

Jak łatwo zauważyć, depresja jest zaburzeniem, które pojawia się u większości rodziców dzieci z diagnozą onkologiczną. Objawy choroby są u badanych zróżnicowane pod względem intensywności.

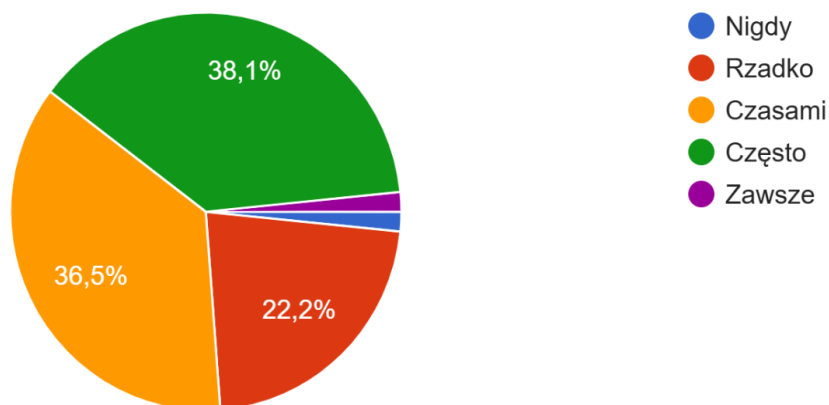
Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka wpływa na możliwość odczuwania przyjemności u rodzica?

Jednym z aspektów badanych a zarazem jednym z istotnych kryteriów diagnostycznych depresji jest zdolność do odczuwania przyjemności. W badanej grupie 9 (14,3%) respondentów stwierdziło, że niewielkie zainteresowanie oraz zdolność odczuwania przyjemności nie występuje u nich wcale, 34 (54%) badanych uznało, iż trudności w odczuwaniu przyjemności oraz brak zainteresowania nią występowała kilkakrotnie w okresie dwóch ostatnich tygodni. Objaw ten przez więcej niż połowę dni występował u 14 (22,2%) badanych podczas gdy 6 badanych (9,5%) doświadczyło wskazanego stanu niemal codziennie. Dwóch badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 5).



Rycina 5. Zdolność do odczuwania przyjemności, Źródło: opracowanie własne

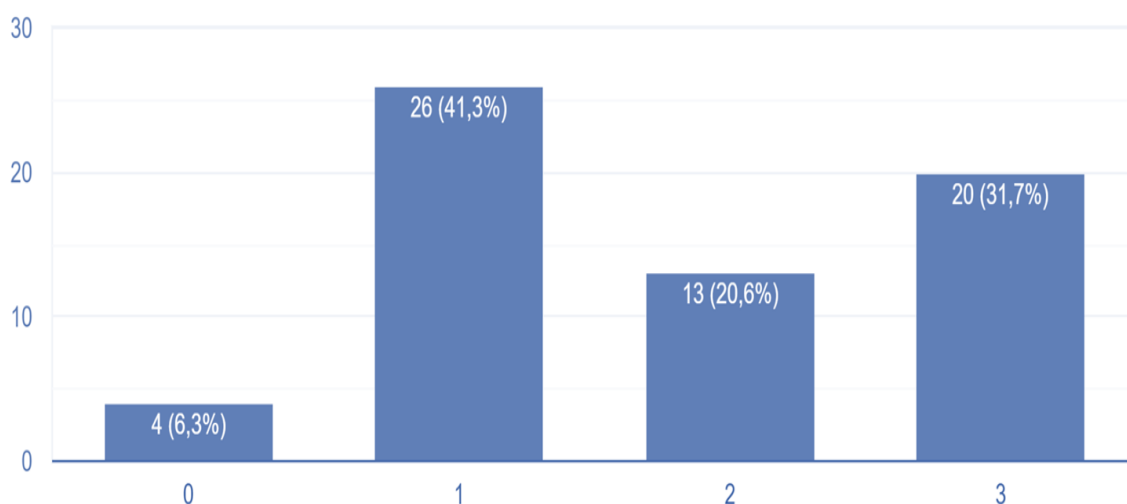
Pytanie związane ze zdolnością do odczuwania przyjemności zadano respondentom również w kwestionariuszu ankiety w opracowaniu własnym. Jak wynika z zebranych odpowiedzi 1 (1,6%) badany nigdy nie doświadcza trudności w tym zakresie a 1 (1,6%) odczuwa je zawsze, 14 (22,2%) badanych rzadko odczuwa trudności w tym zakresie, 23 (36,5%) badanych odczuwa je czasami a 24 (38,1%) badanych odczuwa je często. Dwóch respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.



Rycina 6. Trudność w zakresie odczuwania przyjemności (pytanie z ankiety własnej),
Źródło: opracowanie własne

Analiza danych wykazała, iż wśród badanych nie występują postawy skrajne w zakresie zdolności do odczuwania przyjemności. Choć uzyskane za pomocą osobnych narzędzi różnicują nieco liczebności odpowiedzi w wyznaczonych kryteriach można powiedzieć, że większość badanych odczuwa okresowe trudności w odczuwaniu przyjemności a objaw ten występuje u nich w różnym natężeniu.

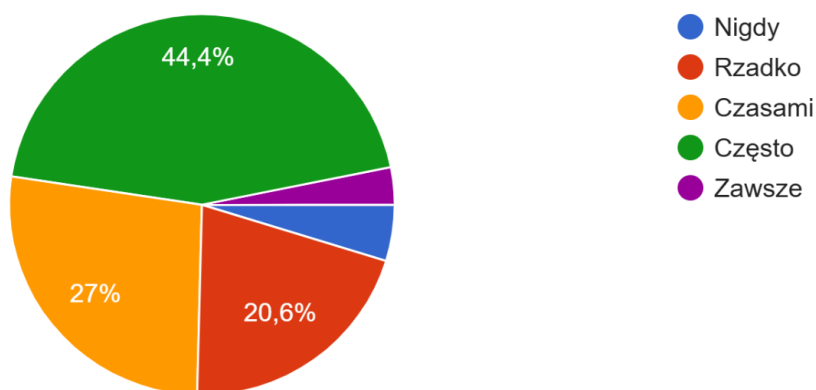
Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców poczucie smutku i beznadziejności?



Rycina 7. Uczucie smutku i przygnębienia, Źródło: opracowanie własne

Na podstawie danych uzyskanych za pomocą kwestionariusza PHQ-9 można powiedzieć, że wskazanych objawów nie doświadcza jedynie 4 badanych (6,3%), 26 (41,3%) badanych doświadczyło ich przez kilka dni, 13 (20,6%) badanych odczuwało wskazane dolegliwości przez więcej niż połowę dni a 20 (31,7%) badanych niemal codziennie (Rycina 7).

Na podobne pytanie w ankiecie w opracowaniu własnym badani wskazali, że 3 (4,8%) badanych nigdy nie odczuwa tego rodzaju objawów a 2 (2,4%) doświadcza ich zawsze natomiast podobnie jak w przypadku poprzedniego pytania wyniki skrajne stanowią zdecydowaną mniejszość. Wśród badanych 13 (20,6%) badanych rzadko doświadcza wskazanych objawów, 17 (27%) badanych odczuwa je czasami, a 28 (44,4%) badanych odczuwa je często (Rycina 8).



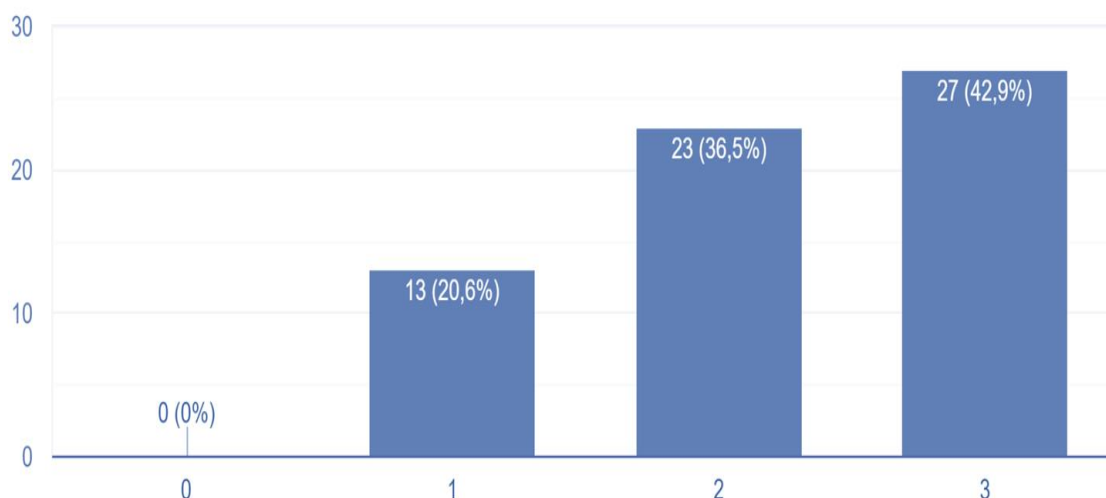
Rycina 8. Uczucie smutku i przygnębienia na podstawie ankiety, Źródło: opracowanie własne

Na podstawie zebranych danych można powiedzieć, że uczucie smutku, beznadziejności i pustki to objawy, które towarzyszą rodzicom dzieci z chorobami nowotworowymi w codziennym funkcjonowaniu z zmienną intensywnością, jednak zdarzają się one częściej niż brak możliwości odczuwania przyjemności. Podobnie jak w przypadku wcześniej omawianego objawu udział opinii skrajnych (zawsze/nigdy) jest w zdecydowanej mniejszości.

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje u rodziców zmęczenie i brak energii?

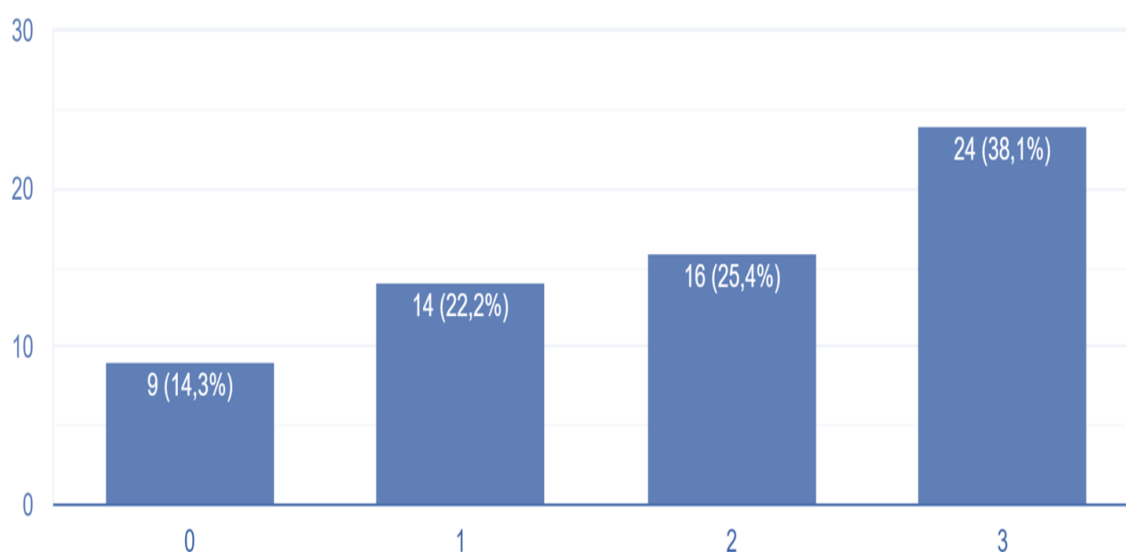
Podczas analizy wskazanego zagadnienia zwrócono uwagę na zagadnienie braku energii i zmęczenia oraz związanych z nim zaburzeń snu. Wśród badanych 13 (20,6%) osób

przez kilka dni doświadczało braku energii, 23 (36,5%) doświadczało go przez więcej niż połowę czasu a 27 (42,9%) badanych doświadczało go przez niemal cały czas (Rycina 9).



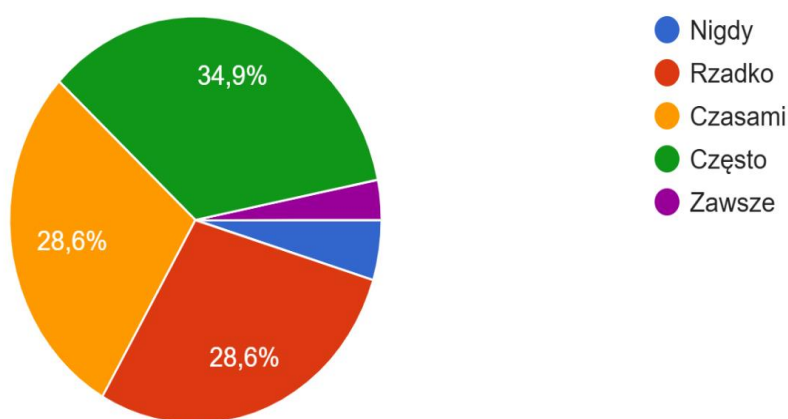
Rycina 9. Uczucie zmęczenia lub brak energii, Źródło: opracowanie własne

Zaburzenia snu są objawem, który towarzyszył badanym osobom ze zróżnicowaną intensywnością. W opisywanej grupie 9 (14,3%) badanych nie doświadczało kłopotów ze snem, 14 (22,2%) doświadczało ich przez kilka dni, 16 (25,4%) doświadczało ich przez więcej niż połowę badanego okresu a 24 (38,1%) doświadczało ich niemal codziennie. Warto dodać, iż trudności te w rozumieniu narzędzia PHQ-9 oznaczają kłopoty z zaśnięciem, przerywany sen i/lub zbyt długi sen (Rycina 10).



Rycina 10. Zaburzenia snu, Źródło: opracowanie własne

Pytanie jakie zadano respondentom w ankiecie w opracowaniu własnym była wzmożona senność, która podobnie jak w przypadku wcześniejszych pytań nigdy nie występowała u 3 (4,8%) badanych a zawsze u 2 (3,2%) badanych. Reszta wyników niebędąca całkowicie skrajną kształtuje się na poziomie: 18 (28,6%) badanych rzadko doświadcza nadmiernej senności, tyle samo badanych doświadcza jej czasami a 22 (34,9%) nadanych doświadcza jej często (Rycina 11).



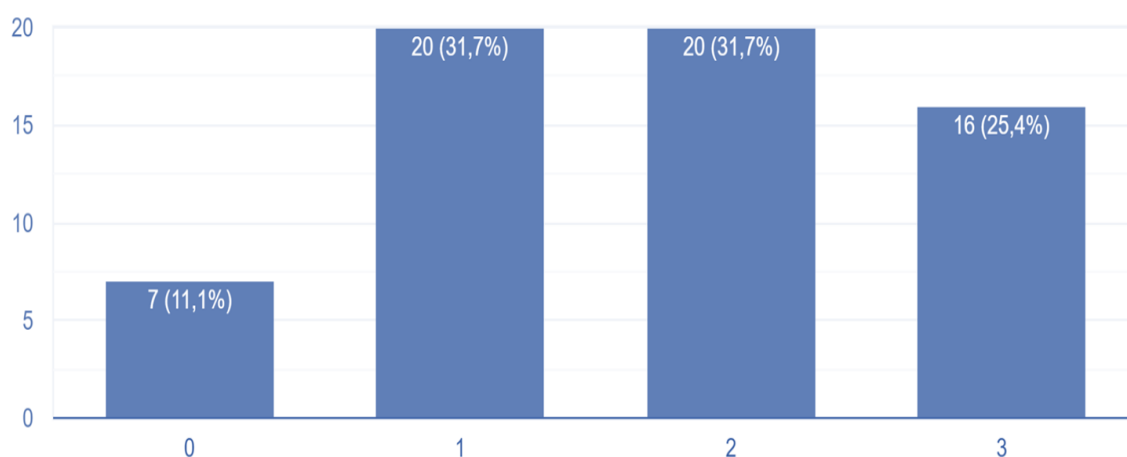
Rycina 11. Wzmożona senność, Źródło: opracowanie własne

Wyniki zawarte w powyższych zestawieniach wskazują, iż trudności ze snem różnego typu często towarzyszyły rodzicom dzieci z chorobami onkologicznymi. Choć żadna z wartości nie jest w tym przypadku wiodąca można zauważyć, że trudności w tym zakresie jak również w kontekście braku energii i poczucia zmęczenia pojawiają się u rodziców raczej często i stanowią istotny element ich funkcjonowania.

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie brak apetytu lub przejadanie się?

Zaprezentowane wyniki odnoszą się do występujących u rodziców zaburzeń odżywiania w kontekście braku apetytu lub przejadania się. Zaburzenia te nie występowały u 7 (11,1%) badanych, u 20 (31,7%) występowały przez kilka dni oraz przez więcej niż połowę czasu a przez niemal cały czas utrzymywały się u 16 (25,4%) badanych (Rycina 12).

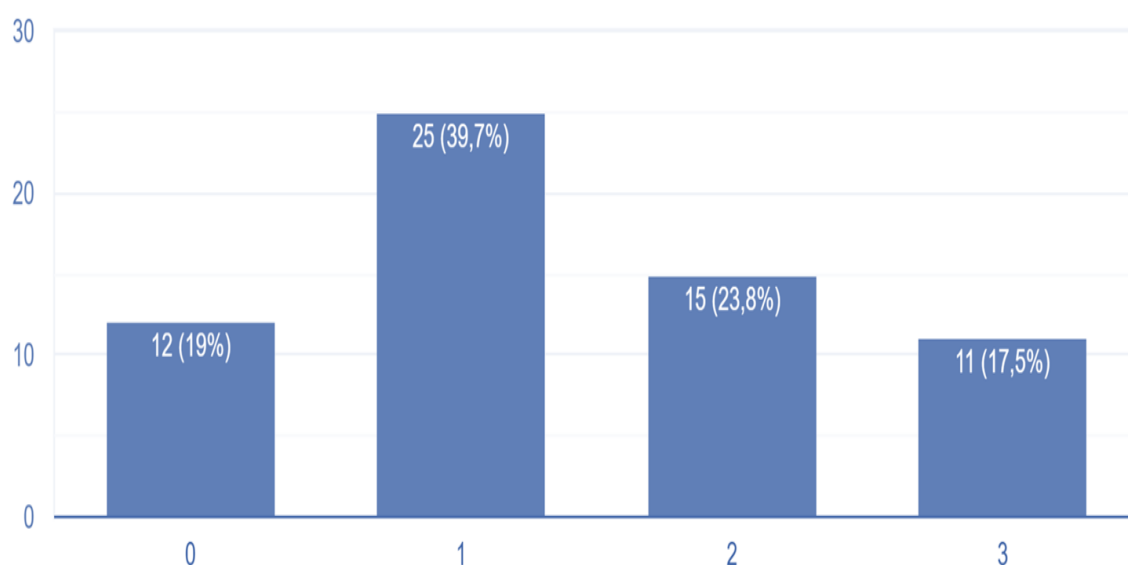
Pojawiające się u rodziców zaburzenia odżywiania nie są najczęściej pojawiający się objawem depresyjnym. Występują one rzadziej niż zaburzenia snu czy nadmierny smutek, jednak nie można całkowicie wykluczyć ich u osób badanych.



Rycina 12. Zaburzenia związane z odżywianiem się, Źródło: opracowanie własne

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców uczucie niezadowolenia z siebie?

Wśród przedstawicieli badanej grupy 12 (19%) osób nie odczuwało niezadowolenia z siebie w związku z chorobą onkologiczną dziecka, 25 (39,7%) odczuwało je przez kilka dni w kontekście badanego okresu czasu, 15 (23,8%) odczuwało je przez więcej niż połowę dni a 11 (17,5%) odczuwało je niemal codziennie (Rycina 13).

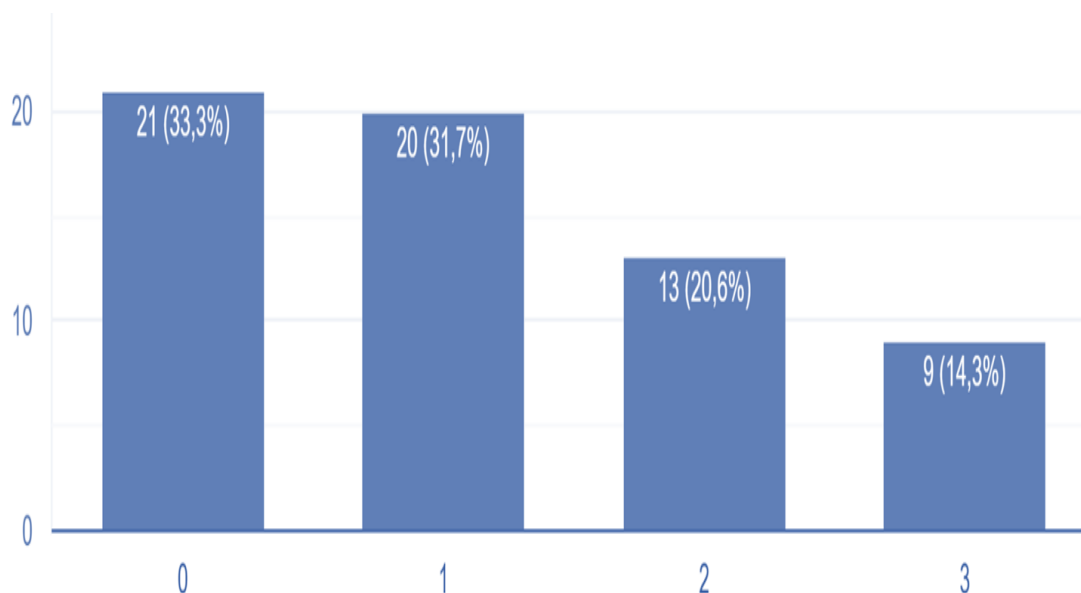


Rycina 13. Poczucie niezadowolenia z siebie, Źródło: opracowanie własne

Poczucie niezadowolenia z siebie nie stanowi zatem objawu często pojawiającego się u rodziców dzieci z chorobami nowotworowymi.

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje zaburzenia napędu psychoruchowego u rodziców?

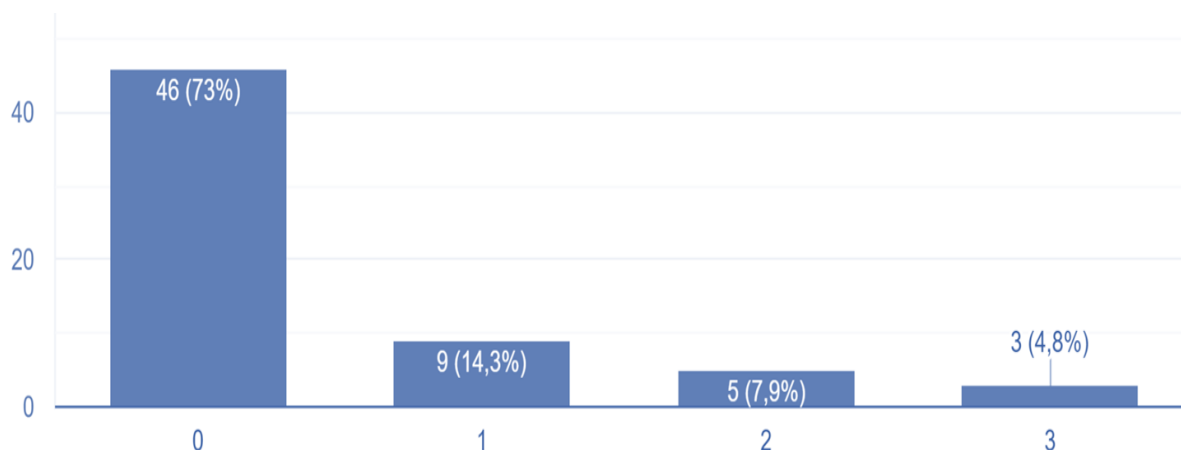
W kontekście zaburzeń napędu psychoruchowego rozumieć należy wzmożoną ruchliwość oraz nadmierne spowolnienie. Objawy te nie występowały w badanym okresie czasu u 21 (33,3%) osób, u 20 (31,7%) występowały przez kilka dni, u 13 (20,6%) badanych pojawiały się przez więcej niż połowę czasu a u 9 (14,3%) badanych pojawiały się niemal codziennie. Jak można zauważyć na poniższym wykresie podobnie jak zaburzenia napędu psychoruchowego objawy te nie występują często u badanych rodziców i są zdecydowanie rzadsze niż zaburzenia snu, brak możliwości odczuwania przyjemności czy smutek (Rycina 14).



Rycina 14. Zaburzenia napędu psychoruchowego, Źródło: opracowanie własne

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców chęć zrobienia sobie krzywdy?

Ostatnim wskaźnikiem sprawdzanym w ramach narzędzia PHQ-9 była chęć samouszkodzeń, które w domyśle wiązać się mogą z zamiarami samobójczymi. Satysfakcjonujący jest fakt, że wśród badanych osób zdecydowana większość 46 (73%) nie deklaruje takich zamiarów. 9 (14,3%) przejawiała takie myśli kilka razy w badanym okresie, 5 (7,9%) doświadczała ich więcej niż połowę czasu a 3 osoby (4,8%) przez niemal cały czas.



Rycina 15. Chęć skrzywdzenia samego siebie, Źródło: opracowanie własne

Testowanie hipotez

Można założyć, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje występowanie depresji u rodziców.

Jak wykazano powyżej, depresja w różnym stopniu nasilenia jest zaburzeniem, jakie towarzyszy funkcjonowaniu zdecydowanej większości respondentów. Choć intensywność i rodzaj objawów są u nich zróżnicowane, zaburzenie samo w sobie pojawia się bardzo często. Hipoteza ta zatem została potwierdzona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka wpływa na możliwość odczuwania przyjemności u rodzica.

Zebrany w czasie badań materiał wskazuje, iż istnieje grupa rodziców, u której pojawiają się trudności w odczuwaniu przyjemności. Choć należy mieć na uwadze, że nie jest to objaw wiodący, nie należy wykluczać jego udziału. Można uznać, iż hipoteza ta została potwierdzona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców poczucie smutku i beznadziejności.

Wśród wszystkich analizowanych objawów poczucie smutku i beznadziejności pojawiały się najczęściej wśród respondentów. Ich wysoki udział w funkcjonowaniu rodziców potwierdzony został za pomocą ankiety oraz kwestionariusza PHQ-9. W związku z tym należy uznać, iż hipoteza ta jest potwierdzona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka determinuje u rodziców zmęczenie i brak energii.

Na podstawie analizy zebranego materiału można powiedzieć, że zmęczenie brak energii oraz związane z nimi zaburzenia snu stanowią kolejny zaraz po odczuwaniu smutku objaw depresji, który często pojawiał się w wypowiedziach badanych. Należy zatem uznać, że hipoteza ta jest potwierdzona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców występowanie brak apetytu lub przejadanie się.

Wśród badanych objawów zaburzenia odżywiania stanowiły sympto, w którym nie widać jednoznacznej tendencji do dominacji którejś z odpowiedzi, choć odpowiedzi badanych kształtowały się raczej w kierunku wartości wyższych co oznacza, iż u rodziców występowały okresy objadania się lub braku apetytu. Należy więc uznać, że hipoteza ta jest odrzucona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców uczucie niezadowolenia z siebie.

Na podstawie zebranego materiału można uznać, że poczucie niezadowolenia z siebie pojawia się u rodziców choć stanowi raczej rzadziej występujący objaw. Można zatem uznać, że hipoteza ta jest potwierdzona.

Można założyć, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie determinuje zaburzenia napędu psychoruchowego u rodziców.

Podobnie jak w przypadku poczucia niezadowolenia z siebie zaburzenia napędu psychoruchowego nie stanowią istotnego objawu depresji wśród rodziców dzieci z chorobami nowotworowymi. Można zatem uznać, że hipoteza ta została potwierdzona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców chęć zrobienia sobie krzywdy.

Satysfakcjonującym trendem wśród rodziców jest wysoki poziom odpowiedzi, w których badani wskazywali na brak chęci zrobienia sobie krzywdy. Osoby przejawiające tego rodzaju tendencje stanowiły mniejszość. Można zatem uznać, że hipoteza ta została odrzucona.

Analiza materiału zebranego z użyciem Kwestionariusza PCL-5

Wstępna analiza zebranego materiału

Tabela 6. Zestawienie wyników badania uzyskanych z użyciem Kwestionariusza PCL-5

Badany	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	B	C	D	E	PTSD
	Kryterium B według DSM-5					Kryterium C według DSM-5		Kryterium D według DSM-5							Kryterium E według DSM-5										
1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	+	+	+	+	+
2	4	4	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	4	2	3	2	4	2	+	-	-	+	-
3	0	0	1	1	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	+	-	-	-	-
4	2	2	0	0	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	2	2	1	+	+	-	+	-
5	1	1	0	0	2	2	0	1	2	0	3	4	2	2	1	0	3	3	4	4	+	+	+	+	+

6	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	1	1	0	-	-	-	-	-
7	4	4	4	3	3	4	4	0	0	0	4	3	3	1	3	2	4	3	4	4	+	+	+	+	+
8	4	3	3	2	4	3	3	0	2	1	2	2	1	3	2	2	4	4	0	1	+	+	+	+	+
9	3	3	3	2	3	3	4	2	1	2	2	3	3	2	2	0	2	3	2	3	+	+	+	+	+
10	0	3	2	2	1	1	3	0	1	0	1	0	2	4	1	1	4	2	1	1	+	+	+	+	+
11	2	2	0	2	2	2	2	1	2	3	4	3	3	3	4	1	3	4	3	1	+	+	+	+	+
12	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	+	+	+	+	+
13	2	2	0	2	3	1	2	0	4	3	3	4	4	4	4	0	4	2	4	4	+	+	+	+	+
14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	-	-	-	-	-
15	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	3	4	4	2	4	3	4	4	+	+	+	+	+
16	4	4	4	2	4	2	2	1	0	0	0	4	1	1	4	1	4	4	4	4	+	+	-	+	-
17	3	3	3	1	2	3	3	2	3	1	2	3	3	3	0	0	3	2	2	3	+	+	+	+	+
18	3	3	0	2	2	1	0	0	2	2	3	2	4	2	2	0	2	2	0	1	+	-	+	+	-

19	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	-	-	-	-	-
20	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	0	-	-	-	-	-
21	4	3	4	3	3	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	1	3	3	3	4	+	+	+	+	+
22	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	3	2	0	4	1	1	1	+	-	-	+	-
23	4	4	4	2	3	3	2	3	0	0	1	3	4	3	4	2	4	4	4	1	+	+	+	+	+
24	1	1	2	1	1	0	1	1	0	0	1	1	2	0	1	0	2	1	1	2	+	-	-	+	-
25	2	2	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	3	2	4	3	4	3	4	3	+	+	+	+	+
26	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	+	+	+	+	+
27	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	0	0	-	+	-	-	-
28	1	0	1	1	1	2	4	1	0	0	1	1	2	2	1	0	3	1	2	0	-	+	+	+	-
29	1	1	0	2	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	+	-	-	-	-
30	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	3	2	3	1	2	1	3	3	3	1	+	+	+	+	+
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-

32	2	2	2	4	4	2	2	1	1	1	3	4	3	3	3	1	4	3	2	0	+	+	+	+	+
33	3	0	0	0	0	4	4	1	3	3	3	2	4	3	1	0	4	2	2	3	+	+	+	+	+
34	2	2	3	3	3	3	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	+	+	-	-	-
35	0	0	0	4	1	3	0	1	1	0	4	1	2	0	2	1	0	2	1	0	+	+	+	+	+
36	2	1	0	0	2	1	1	1	0	0	3	3	1	2	2	1	3	2	3	1	+	+	+	+	+
37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
38	4	2	2	4	3	4	2	0	0	4	3	2	0	2	3	0	2	2	2	4	+	+	+	+	+
39	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	2	1	2	2	0	-	-	-	+	-
40	4	4	4	3	2	4	2	4	4	0	4	4	2	3	4	0	4	4	4	4	+	+	+	+	+
41	2	0	3	2	2	0	0	0	0	1	2	2	3	0	4	0	3	3	3	0	+	-	+	+	-
42	3	0	1	4	3	4	3	4	2	0	3	3	3	3	4	0	4	4	4	3	+	+	+	+	+
43	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	0	2	3	2	2	3	2	1	+	-	+	+	-
44	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	2	1	4	3	4	4	+	+	+	+	+

45	2	2	2	4	4	4	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	3	+	+	+	+	+
46	3	3	3	4	4	1	1	1	3	2	2	4	3	3	1	0	4	2	4	4	+	-	+	+	-
47	4	3	3	4	4	3	4	0	2	1	4	3	3	3	3	0	4	2	2	3	+	+	+	+	+
48	2	1	2	3	2	2	3	1	2	0	1	2	3	0	1	0	3	1	3	3	+	+	+	+	+
49	3	3	1	3	3	2	3	0	1	2	3	1	1	2	2	0	3	3	2	3	+	+	+	+	+
50	3	2	1	3	3	2	2	3	4	1	2	1	1	1	0	2	4	2	2	2	+	+	+	+	+
51	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	3	-	-	-	-	-
52	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	1	3	4	4	4	2	1	4	+	+	+	+	+
53	2	3	2	4	2	2	2	2	3	1	2	4	4	2	0	1	3	0	3	4	+	+	+	+	+
54	3	2	2	3	1	2	4	1	1	2	3	1	1	2	3	0	2	1	2	2	+	+	+	+	+
55	1	1	1	1	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	-	-	-	-	-
56	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	+	+	+	+	+
57	2	1	0	1	1	1	1	2	1	0	2	0	1	0	1	0	3	1	1	1	+	-	+	-	-

58	2	2	2	1	3	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	2	3	2	2	2	+	+	-	+	-
59	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	0	0	3	0	0	2	+	-	+	+	-
60	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	4	3	3	3	+	+	+	+	+
61	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	+	+	+	+	+
62	4	3	0	3	1	4	4	0	0	2	2	2	2	2	3	0	4	0	3	3	+	+	+	+	+
63	3	0	2	2	2	2	2	0	1	0	1	0	1	1	1	0	2	2	2	0	+	+	-	+	-
64	4	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	1	2	1	0	3	4	4	+	+	+	+	+
65	3	2	1	3	2	1	1	1	0	1	2	4	3	3	1	1	3	3	3	3	+	-	+	+	+

Źródło: opracowanie własne

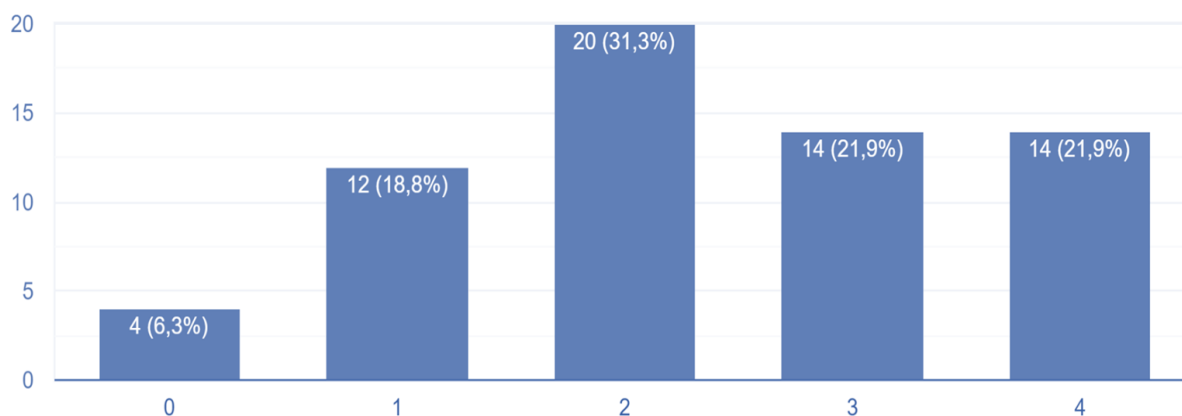
Rozwinięcie problemów badawczych

W jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie zespołu stresu pourazowego u rodziców?

W przeprowadzonym badaniu, którego celem było określenie częstości występowania PTSD lub jego objawów wśród rodziców dzieci leczonych onkologicznie, wykorzystano Kwestionariusz PCL-5 (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*). Spośród 65 przebadanych rodziców aż 38 osób (58,5%), uzyskało wynik wskazujący na spełnienie kryteriów diagnostycznych zespołu stresu pourazowego. Jest to wynik wysoce niepokojący, zwłaszcza w zestawieniu z populacyjną częstością występowania PTSD, która wśród dorosłych wynosi zwykle od 3% do 4%. Tak wysoki odsetek osób z objawami PTSD stwierdza, że choroba onkologiczna dziecka może być źródłem silnego urazu psychicznego dla rodziców.

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców przykrych niechcianych wspomnień i odczuć tak jakby wydarzenia traumatyczne występowały tu i teraz?

Jak wynika z analizy zebranego materiału choroba onkologiczna dziecka powoduje u rodziców przykre i niechciane wspomnienia w związku z chorobą dziecka. Choć większość rodziców ocenia ich intensywność jako średnią 20 (31,3%), zauważalna jest tendencja do wybierania w tym przypadku wyższych ocen. Jako znaczne i wysokie swoje odczucia w tym zakresie oceniło po 14 (21,9%) osób. 4 (6,3%) badanych nie doświadczało tego rodzaju objawów a 12 (18,8%) doświadczało ich czasami.

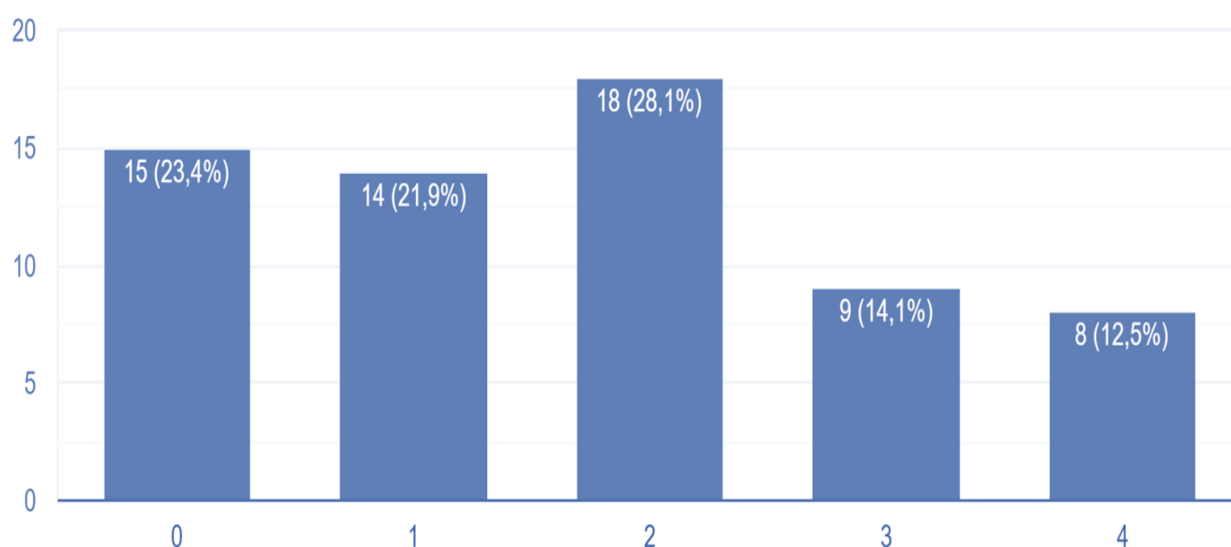


Rycina 16. Powtarzające się, przykre, niechciane, wspomnienia stresującego wydarzenia, Źródło: opracowanie własne

Taki wynik oznaczać może, iż rodzice często doświadczają negatywnych wspomnień trudnych wydarzeń.

Odwrotnie kształtują się wyniki w kontekście wspomnień intruzywnych, sprawiających poczucie odbywania się tu i teraz. Jak wynika z zebranego materiału 15 (23,4%) badanych nie doświadczała tego rodzaju wspomnień, 14 (21,9%) osób doświadczało ich w niewielkim stopniu, 18 (28,1%) doświadczało ich umiarkowanie często 9 (14,1%) osób dostarczało ich często a 8 (12,5%) ze znacznym nasileniem.

Na podstawie przedstawionych danych można powiedzieć, że objawy z tej grupy pojawiają się u rodziców dzieci z diagnozą onkologiczną raczej pod postacią trudnych wspomnień niż intruzji.

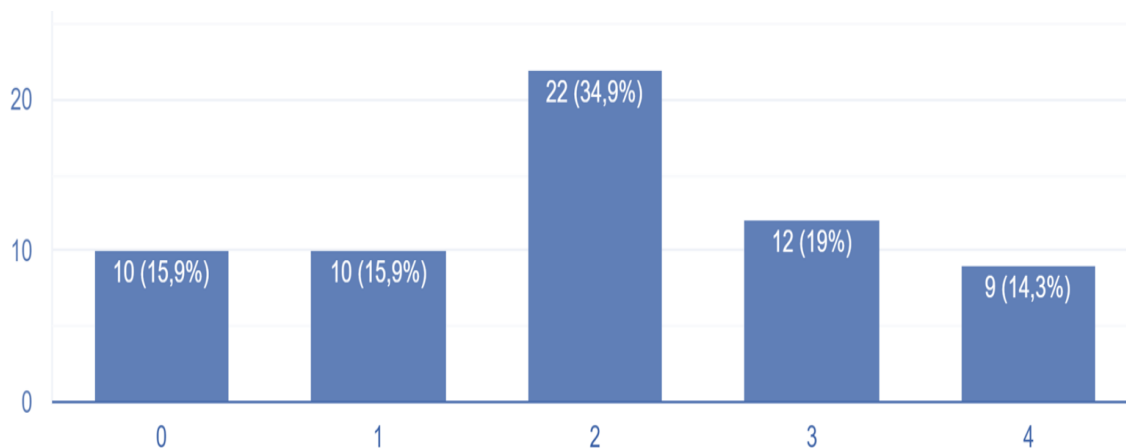


Rycina 17. Doświadczenie trudnych wydarzeń jakby miały miejsce tu i teraz,
Źródło: opracowanie własne

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie koszmarów sennych związanych z wydarzeniami traumatycznymi?

Jak wynika z analizy zebranego materiału, rodzice doświadczają koszmarów sennych związanych z chorobą dziecka. 10 (15,9%) z nich nie doświadcza ich lub doświadcza w niewielkim stopniu.

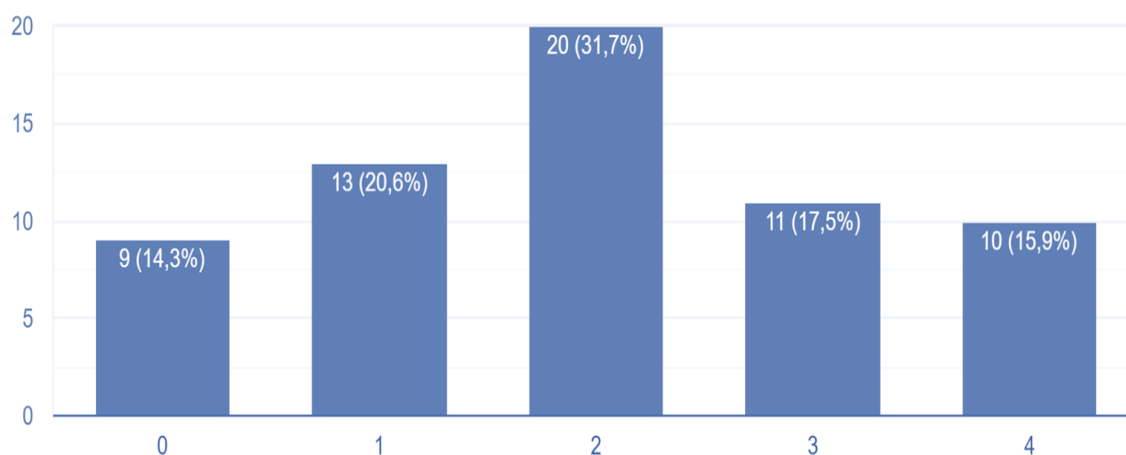
Większość badanych 22 (34,9%) doświadcza koszmarów w stopniu średnim, 12 (19%) w stopniu znacznym a 9 (14,3%) w wysokim.



Rycina 18. Występowanie koszmarów sennych, Źródło: opracowanie własne

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców unikanie wspomnień i zewnętrznych okoliczności przypominających o wydarzeniach traumatycznych?

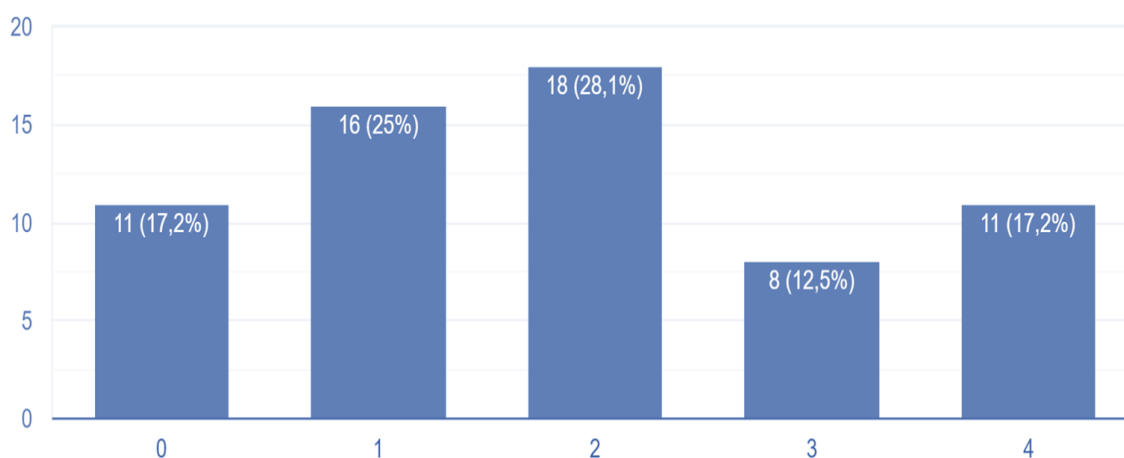
Unikanie stanowi jeden z osiowych objawów zespołu stresu pourazowego. W niniejszym badaniu odnosi się ono do unikania wspomnień, myśli, uczuć związanych z wydarzeniem, jak również zewnętrznych sytuacji związanych z nim. Unikanie wspomnień pojawia się u większości rodziców 20 (31,7%) w stopniu średnim. U 9 (14,3%) badanych nie pojawia się wcale, u 13 (20,6%) badanych w stopniu nieznacznym, u 11 (17,5%) w stopniu znacznym a u 10 (15,9) w stopniu wysokim.



Rycina 19. Unikanie myśli, wspomnień, uczuć związanych z wydarzeniem, Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z przedstawionych danych natężenie objawów jest zmienne w badanej grupie. Dominującą intensywnością był stopień średni, jednak pozostałe wartości są do siebie zbliżone co pozwala uważać, że badana grupa zróżnicowana jest w badanym aspekcie a objaw pojawia się indywidualnie ze zmienną intensywnością.

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku unikania sytuacji przypominających o wydarzeniu. W badanej grupie 11 (17,2%) nie odczuwała omawianego objawu, 16 (25%) odczuwało go w nieznacznym stopniu, 18 (28,1%) w stopniu średnim, 8 (12,5%) w stopniu znacznym a 11 (17,2%) w stopniu wysokim.

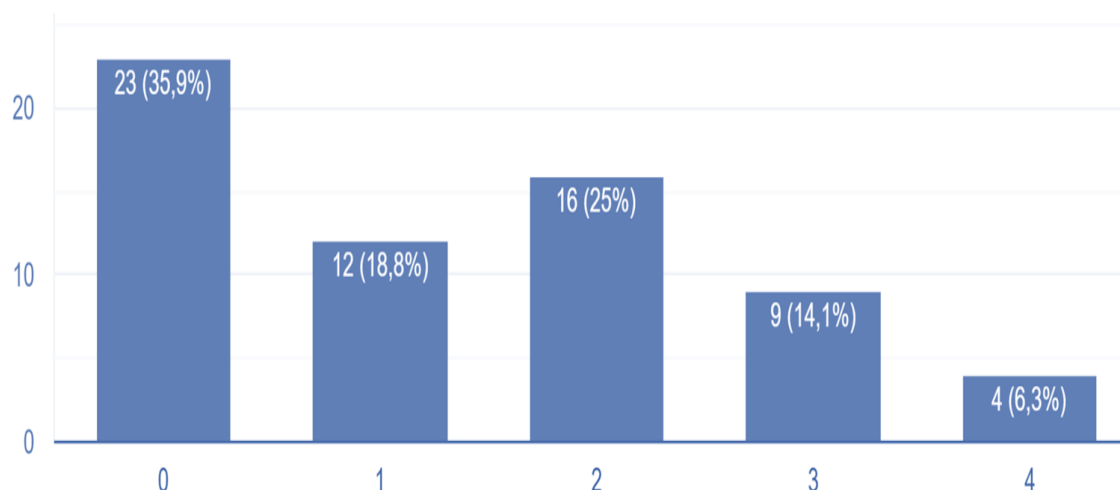


Rycina 20. Unikanie zewnętrznych okoliczności przypominających o wydarzeniu
Źródło: opracowanie własne

Można zauważyć, że wyniki w kontekście unikania są zróżnicowane w kontekście badanej grupy. Ze względu na równomierny rozkład wyników można przypuszczać, że objaw ten występuje indywidualnie, choć istotne w kontekście funkcjonowania badanych.

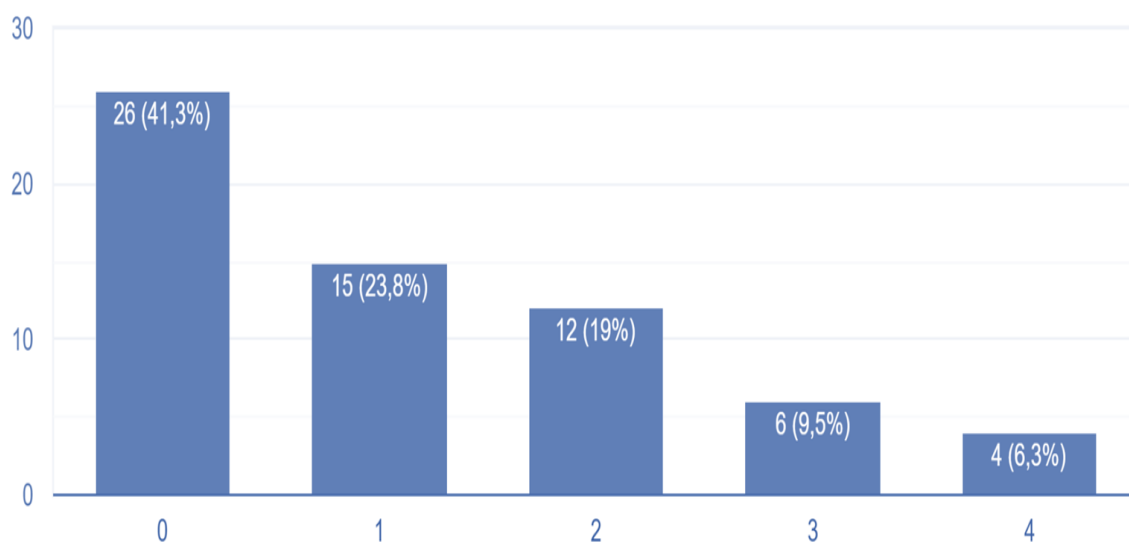
Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców obwinianie siebie za jej wystąpienie oraz wpływa na negatywny obraz siebie u rodziców?

Jak wynika z analizy zebranego materiału największa wśród badanych rodziców grupa, składająca się z 23 (35,9%) osób nie postrzega siebie w sposób negatywny, w stopniu nieznacznym postrzega siebie 12 (18,8%) badanych, 16 (25%) w stopniu średnim, 9 (14,1%) w stopniu znacznym a 4 (6,3%) w wysokim. Jak łatwo zauważyć, tendencja ta jest spadkowa wraz ze wzrostem intensywności objawu, co może świadczyć o niewielkiej skali negatywnych przekonań o sobie wśród badanych.



Rycina 21. Negatywny obraz siebie, Źródło: opracowanie własne

Podobnie sytuacja wygląda w przypadku obwiniania się za chorobę dziecka. Zdecydowanie najwięcej badanych bo aż 26 (41,3%) nie obwinia się o wystąpienie choroby u dziecka, 15 (23,8%) obwinia się w niewielkim stopniu, 12 (19%) w stopniu umiarkowanym, 6 (9,5%) w stopniu znacznym i 4 (6,3%) w wysokim stopniu.

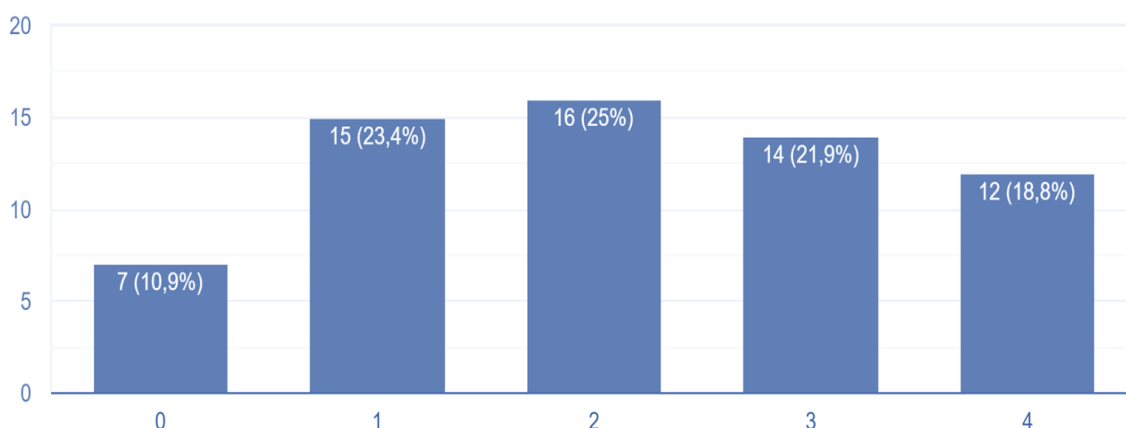


Rycina 22. Poczucie winy w związku z chorobą, Źródło: opracowanie własne

Jak łatwo zauważyć, większość rodziców nie odczuwa poczucia winy w związku z chorobą dziecka ani nie doświadczają negatywnego obrazu siebie w związku z diagnozą onkologiczną.

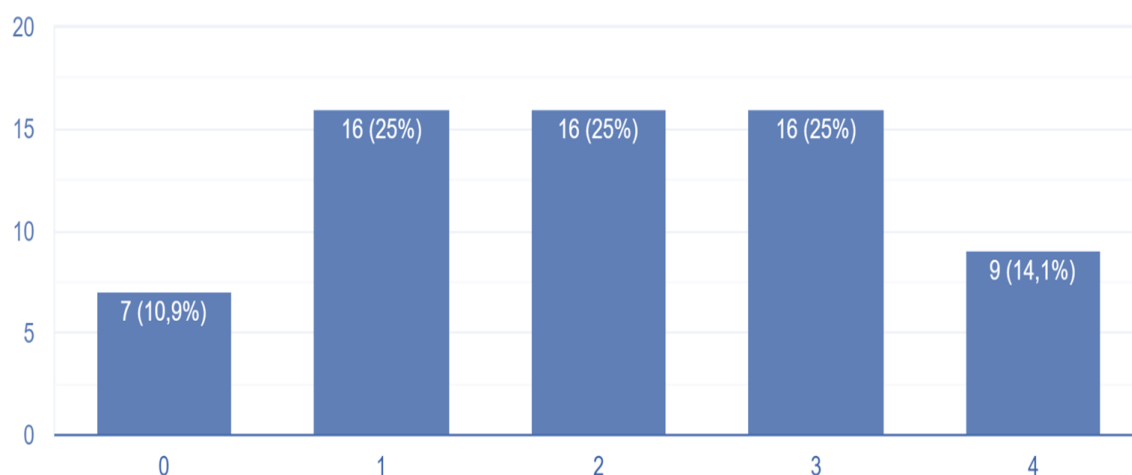
Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców powstanie silnych negatywnych emocji?

Zamieszczone poniżej wykresy obrazują występowanie u badanych silnych negatywnych emocji. Pod pojęciem tym rozumieć można zdenerwowanie w związku ze wspomnieniami trudnych wydarzeń. W badanej grupie 7 (10,9%) osób nie doświadcza takiego stanu, 15 (23,4%) doświadcza go w niskim stopniu, 16 (25%) doświadcza go w stopniu umiarkowanym, 14 (21,9%) w znacznym a 12 (18,8%) w stopniu wysokim. Wynik ten może wskazywać, iż większość rodziców doświadcza trudnych emocji pod postacią zdenerwowania w obliczu wspomnień choroby swojego dziecka, jednak nie można wyznaczyć jednego trendu dotyczącego intensywności odczuć. Można założyć, że zbliżone wyniki świadczą o indywidualnym charakterze odczuć badanych.



Rycina 23. Negatywne emocje w związku z pojawiającymi się wspomnieniami choroby dziecka, Źródło: opracowanie własne

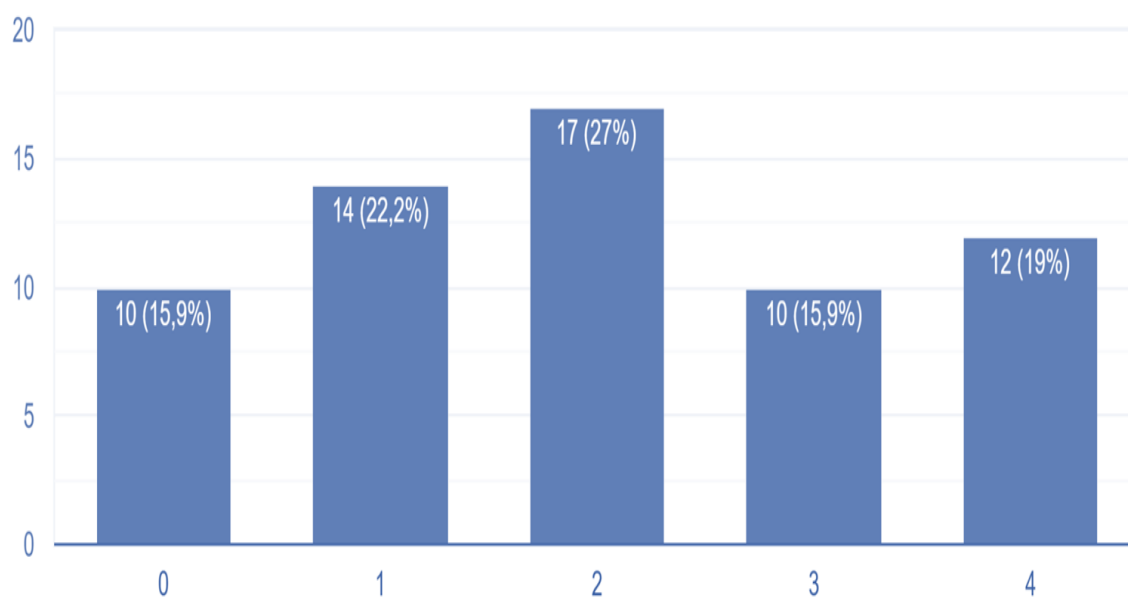
Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku innych trudnych emocji takich jak poczucie winy, gniew, wstyd, przerażenie. W tym przypadku 7 (10,9%) badanych nie odczuwało tego rodzaju emocji, 16 (25%) odczuwało je w niewielkim stopniu oraz umiarkowanym i znacznym stopniu a 9 (14,1%) odczuwało je w wysokim stopniu. Wynik ten podobnie jak w przypadku zdenerwowania jest wyrównany i świadczyć może o indywidualnym charakterze odczuć. Warto jednak zauważyć, że w kontekście zawartych w narzędziu kryteriów diagnostycznych wyniki równe 2 lub więcej wskazują na spełnienie kryterium PTSD, zatem można stwierdzić, iż trudne emocje związane z występowaniem diagnozy onkologicznej dziecka stanowią istotny element funkcjonowania rodziców.



Rycina 24. Odczuwanie negatywnych emocji, Źródło: opracowanie własne

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie zachowań agresywnych?

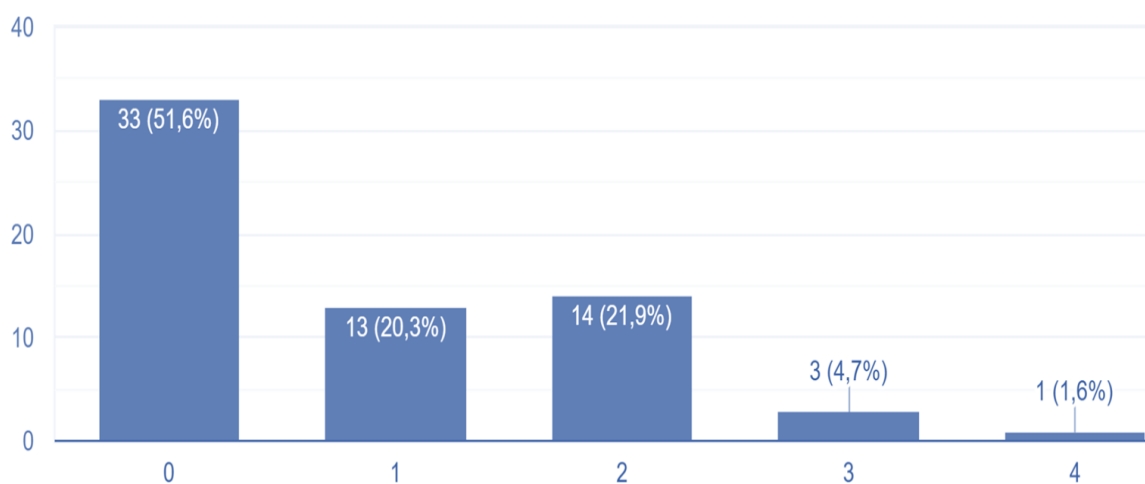
Zachowania agresywne, będące kolejnym kryterium podczas diagnozy zespołu stresu pourazowego u badanych pojawiają się u większości rodziców. U 10 (15,9%) respondentów zachowania te nie występują, u 14 (22,2%) pojawiają się w niewielkim stopniu u 17 (27%) w stopniu umiarkowanym, u 10 (15,9%) w stopniu znacznym oraz z wysoką częstotliwością u 12 (19%) badanych.



Rycina 25. Zachowania agresywne badanych, Źródło: opracowanie własne

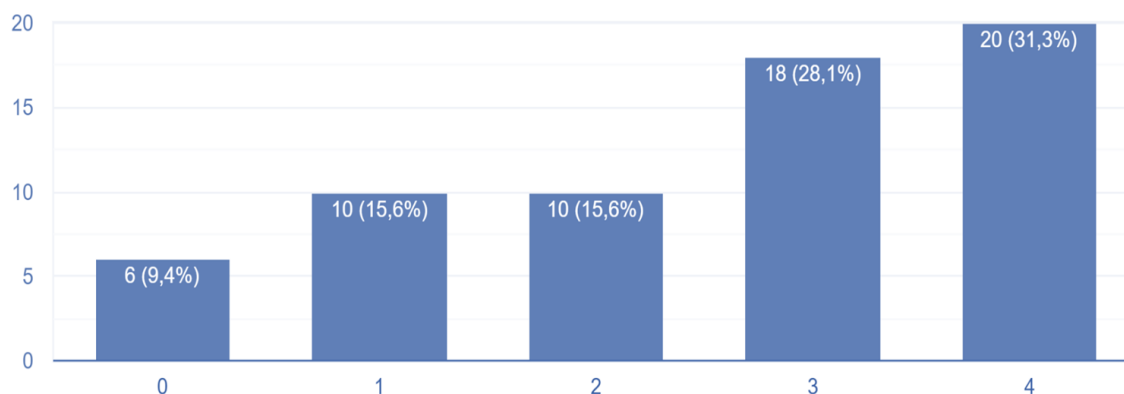
Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców podejmowanie zachowań ryzykownych?

Jak wynika z analizy zebranego materiału badawczego u rodziców dzieci z chorobą nowotworową raczej nie występuje tendencja do podejmowania zachowań ryzykownych. 33 (51,6%) badanych wskazało, że nie pojawiają się one wcale, 13 (20,3%) deklaruje, iż pojawiają się one w niewielkim stopniu, 14 (21,9%) przejawia je w stopniu umiarkowanym. 3 (4,7%) rodziców zadeklarowało, że pojawiają się one w znacznym stopniu a 1 (1,6%) osoba zadeklarowała ich występowanie bardzo często. Jak zatem widać, badani rodzice prezentują raczej zachowawczą postawę i nie podejmują zachowań ryzykownych.



Rycina 26. Zachowania ryzykowne rodziców, Źródło: opracowanie własne

Jak często występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie nadmiernej czujności?



Rycina 27. Nadmierna czujność, Źródło: opracowanie własne

Kolejnym badanym aspektem był nadmierna czujność. Jak wynika z analizy zebranego 6 (9,4%) badanych nie odczuwa nadmiernej czujności, 10 (15,6%) badanych odczuwa nadmierną czujność w niewielkim lub umiarkowanym stopniu, 18 (28,1%) odczuwa nadmierną czujność w stopniu znacznym a 20 (31,3%) w wysokim stopniu.

Należy zatem stwierdzić, iż nadmierna czujność stanowi istotny element funkcjonowania badanych rodziców.

Testowanie hipotez

Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie zespołu stresu pourazowego u rodziców

Jak wynika z analizy zebranego materiału wśród badanych kryteria pozwalające na diagnozę zespołu stresu pourazowego spełniło 38 (58,5%) grupy.

Wynik ten wskazuje na istotny udział PTSD wśród rodziców dzieci z diagnozą onkologiczną, można zatem uważać, że hipoteza ta została potwierdzona w związku z czym można powiedzieć, że istnieje korelacja między chorobą nowotworową dziecka a występowaniem zespołu stresu pourazowego.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców przykrych niechcianych wspomnień i odczuć tak jakby wydarzenia traumatyczne występowały tu i teraz

Jak wynika z analizy zebranego materiału wśród rodziców pojawiają się negatywne wspomnienia związane z doświadczeniem choroby dziecka. W mniejszym stopniu, jednak obecne są również intruzje polegające na ponownym przeżywaniu negatywnych emocji tu i teraz. Choć objawy te pojawiają się w różnym stopniu, nie można stwierdzić, że nie występują wcale. Hipoteza ta została zatem odrzucona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie koszmarów sennych związanych z wydarzeniami traumatycznymi

Jak wykazano powyżej częstotliwość występowania koszmarów sennych jest raczej cechą indywidualną, jednak z uwagi na odniesienie do kryteriów diagnostycznych zawartych

w kluczu na podstawie zebranych statystyk koszmary stanowią jeden z elementów funkcjonowania rodziców co oznacza, iż hipoteza ta została potwierdzona.

Można zakładać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców unikanie wspomnień i zewnętrznych okoliczności przypominających o wydarzeniach traumatycznych.

Jak wskazano wyżej dominującą odpowiedzią dotyczącą występowania objawów związanych z unikaniem myśli, wspomnień miejsc itp. w kontekście choroby dziecka było ich umiarkowane pojawianie się. Występowały także odpowiedzi potwierdzające istnienie objawu w różnym stopniu. Można zatem powiedzieć, iż hipoteza ta została potwierdzona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców obwinianie siebie za jej wystąpienie oraz wpływa na negatywny obraz siebie u rodziców

Na podstawie analizy powyższych danych można zauważyć, że występowanie choroby nowotworowej u dziecka w niewielkim stopniu wpływa na występowanie negatywnego obrazu siebie i unikania u rodziców. Należy zatem powiedzieć, że hipoteza ta nie jest potwierdzona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie silnych negatywnych emocji.

Analiza powyższego materiału wskazuje, że pojawianie się negatywnych emocji jest indywidualne jeśli chodzi o ich intensywność, jednak występowały one u większości badanych. Należy zatem uznać, że kryterium to zostało spełnione.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców występowania zachowań agresywnych

Wśród badanych rodziców pojawiają się zachowania agresywne o różnym stopniu nasilenia, należy zatem powiedzieć, że hipoteza ta jest odrzucona.

Można przypuszczać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka nie powoduje u rodziców podejmowania zachowań ryzykownych

Ze względu na zauważalną w badaniu niską częstotliwość występowania zachowań ryzykownych należy powiedzieć, że raczej nie występują one wśród rodziców a zatem hipoteza

ta jest potwierdzona.

Można zakładać, że występowanie choroby onkologicznej u dziecka powoduje u rodziców występowanie nadmiernej czujności.

Jak wynika z przedstawionej powyżej analizy danych zebranych za pomocą kwestionariusza, wśród rodziców obserwuje się nadmierną czujność. Należy zatem powiedzieć, że hipoteza ta jest potwierdzona.

Analiza materiału zebranego z użyciem ankiety w opracowaniu własnym

Techniką służącą uzupełnieniu zbieranych w czasie badań był kwestionariusz w opracowaniu własnym. Zebrane w nim dane dopełniały informacje na temat funkcjonowania psychospołecznego rodziców dzieci z diagnozą onkologiczną.

Arkusz wywiadu podzielony został na części: pierwsza z nich zbierała dane demograficzne respondentów, druga służyła pozyskaniu informacji na temat występowania objawów lęku, trzecia dotyczyła występowania objawów depresji, czwarta zespołów stresu pourazowego a piąta diagnozowała uciążliwość objawów oraz wsparcie społeczne na jakie mogą liczyć rodzice.

Rozwinięcie problemów badawczych

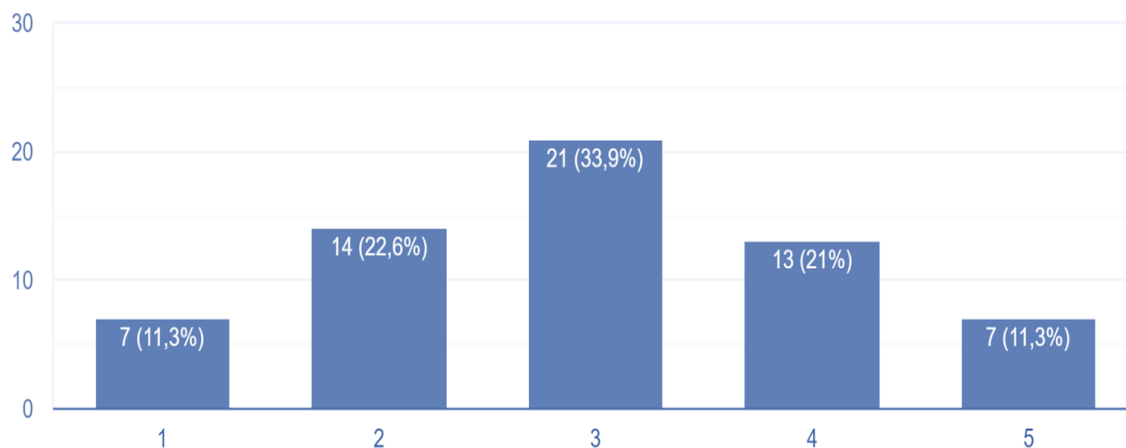
Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie lęku u rodziców

Analizując materiał zebrany z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety w opracowaniu własnym można zauważyć, iż badani odczuwają z różnym nasileniem objawy lęku. Można zatem powiedzieć, że zaburzenia lękowe i ich objawy towarzyszą rodzicom dzieci z diagnozą choroby nowotworowej.

Podczas oceny nasilenia objawów zaburzeń lękowych zadaniem badanych było odniesienie się do stwierdzeń w ramach pięciostopniowej skali gdzie 1 oznaczał brak objawu, 2 niski stopień nasilenia objawu, 3 umiarkowany stopień nasilenia objawu, 4 wysoki stopień nasilenia objawu, 5 bardzo wysoki stopień nasilenia.

Pierwszym z diagnozowanych objawów były trudności w relacjach społecznych. Jak wynika z analizy zebranego materiału 7 (11,3%) rodziców nie odczuwa trudności w relacjach

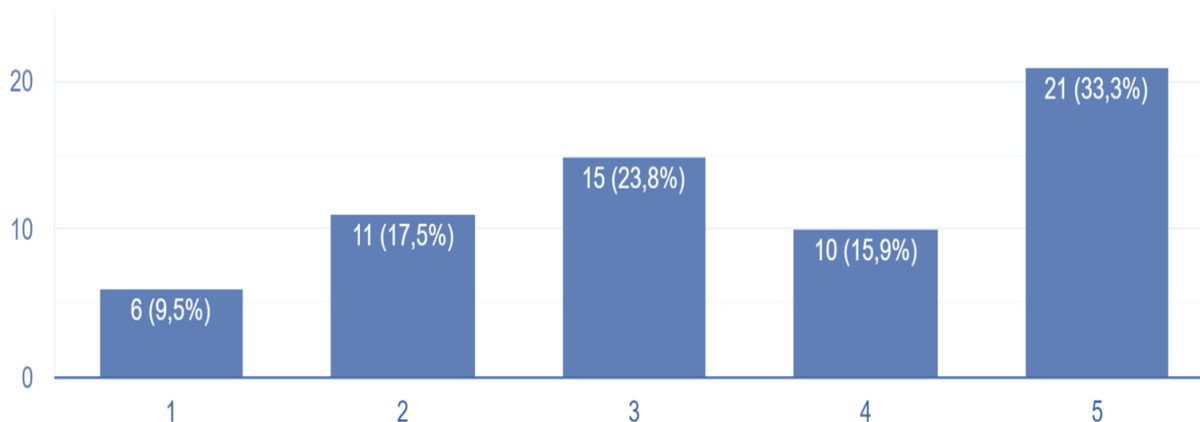
społecznych, 14 (22,6%) badanych doświadcza ich w niewielkim stopniu, 21 (33,9%) doświadcza ich w stopniu umiarkowanym, 13 (21%) doświadcza ich w stopniu wysokim a 7 (11,3%) w bardzo wysokim.



Rycina 28. Trudności w relacjach społecznych, Źródło: opracowanie własne

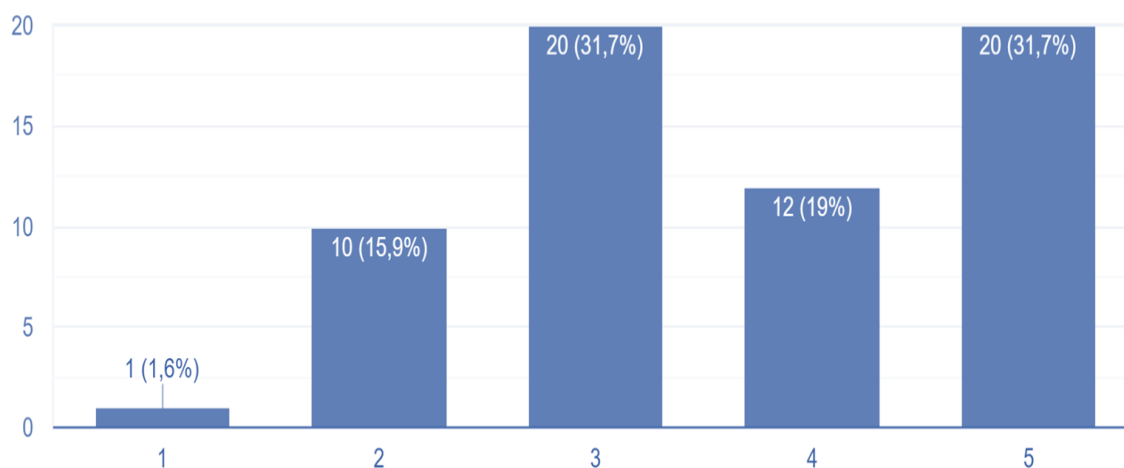
Badani rodzice w większości doświadczały umiarkowanych trudności w zakresie relacji społecznych. Wyniki skrajne: całkowity brak objawów lub ich stały charakter występują u znacznie mniejszej liczby badanych.

Kolejnym brany pod uwagę w diagnozie objawem były zaburzenia snu, które w ogóle nie pojawiały się u 6 (9,5%), w niewielkim stopniu pojawiały się u 11 (17,5%) badanych, często pojawiały się u 10 (15,9%) badanych natomiast wysoką intensywność objawu zadeklarowało 21 badanych (33,3%). Warto zauważyć, że wysoka intensywność objawów pojawiała się w odpowiedziach większości rodziców co może oznaczać, że zaburzenia snu towarzyszą rodzicom dzieci z diagnozą onkologiczną.



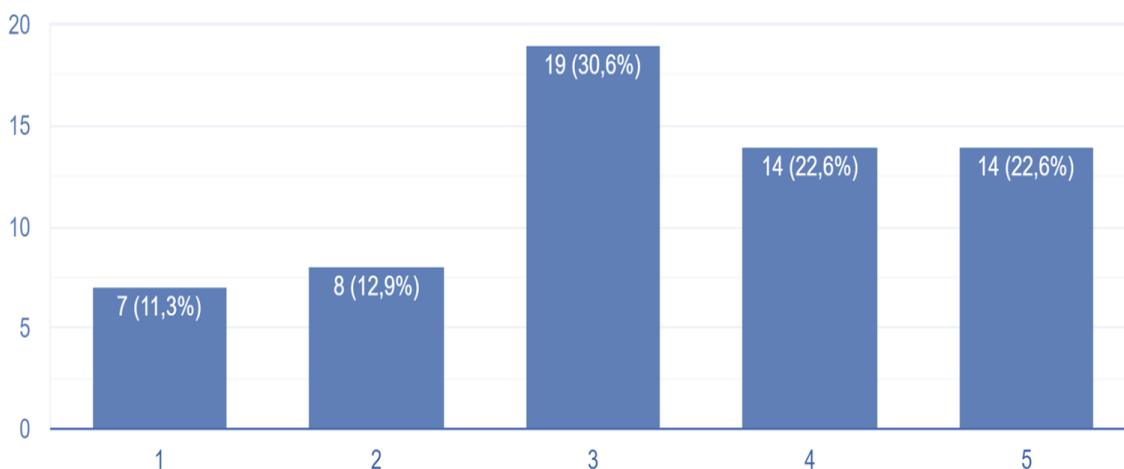
Rycina 29. Zaburzenia snu, Źródło: opracowanie własne

Kolejnym objawem, którego intensywność oceniali badani były trudności w zakresie koncentracji uwagi. Jak wynika z zebranych danych, trudności w tym zakresie nie doświadcza 1 badany



Rycina 30. Trudności w koncentracji uwagi, Źródło: opracowanie własne

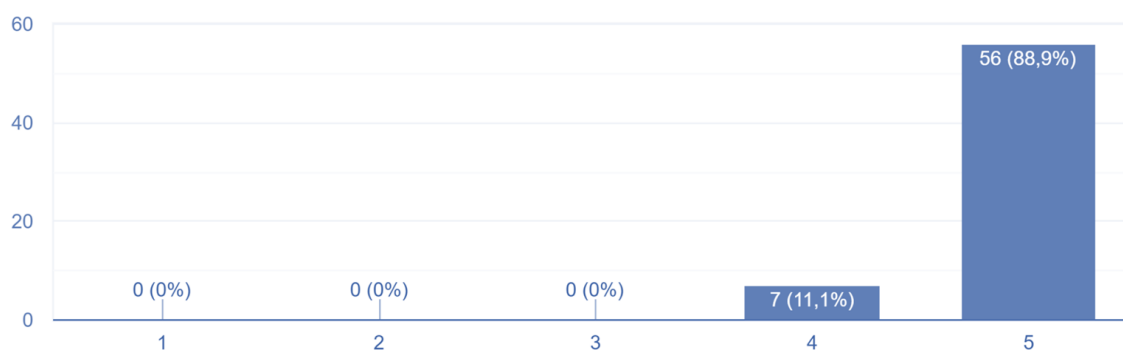
Dolegliwości fizyczne, które stanowiły kolejne zagadnienie w procedurze diagnostycznej. Jak wynika z analizy zebranego materiału badawczego dolegliwości nie występowały u 7 (11,3%) osób, jako mało intensywne uważało je 8 (12,9%) osób, największą grupę stanowiły osoby, które oceniły występujące u siebie dolegliwości fizyczne jako umiarkowane 19 (30,6%), po 14 (22,6%) osób oceniło występujące u nich dolegliwości fizyczne jako intensywne lub bardzo intensywne.



Rycina 31. Występowanie dolegliwości fizycznych, Źródło: opracowanie własne

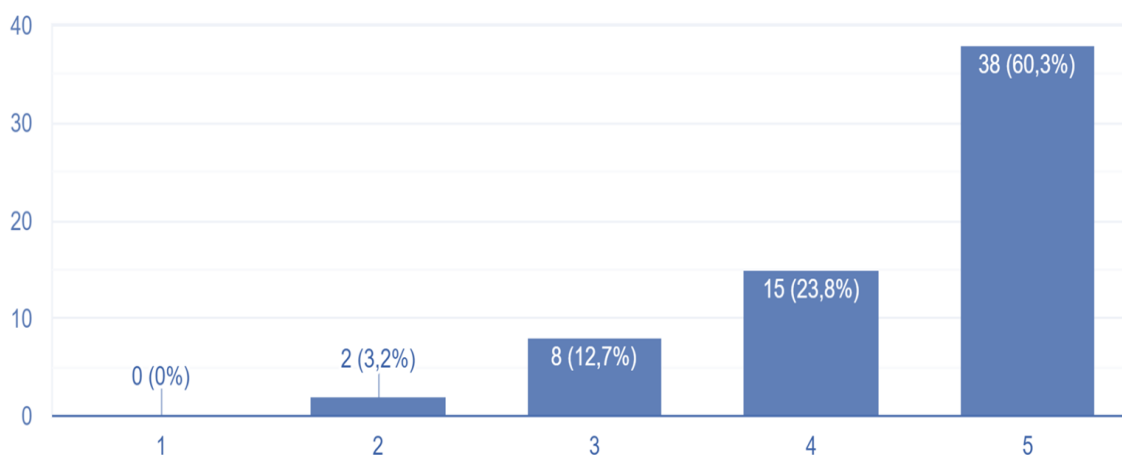
Choć najwięcej respondentów uznało, iż występujące u nich dolegliwości postrzegają jako umiarkowane zauważalne jest przesunięcie ocen badanych w kierunku dolegliwości intensywnych, co rozumieć można jako ich dominację nad brakiem dolegliwości oraz ich niską intensywnością.

Następnym wskaźnikiem istotnym z perspektywy zaburzeń lękowych u rodziców była obawa o stan zdrowia dziecka. Parametr ten wyraźnie wskazuje, iż obawa o zdrowie dziecka stanowi bardzo intensywny czynnik lękowy dla niemal wszystkich badanych 56 (88,9%). W prowadzonym badaniu mniejszość stanowiły odpowiedzi oceniające natężenie objawu jako intensywny 7 (11,1%). Żaden z badanych nie ocenił intensywności objawu poniżej wskazanych wartości.



Rycina 32. Obawa o zdrowie dziecka, Źródło: opracowanie własne

Ostatnim objawem, który brano pod uwagę podczas prowadzenia badań było poczucie emocjonalnego napięcia.



Rycina 33. Poczucie napięcia emocjonalnego, Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z analizy zebranego materiału objaw ten podobnie jak obawa o zdrowie dziecka oceniany jest wysoko, lecz można zauważyć, że nie jest on tak jednoznaczny jak we wcześniejszym przypadku. Jak wynika z analizy materiału badawczego żaden z badanych nie zadeklarował braku napięcia emocjonalnego. Niską intensywność objawu wskazało 2 (3,2%) badanych, 8 (12,7%) uznaje intensywność objawów jako umiarkowane, 15 (23,8%) jako intensywny a 38 (60,3%) jako bardzo intensywny

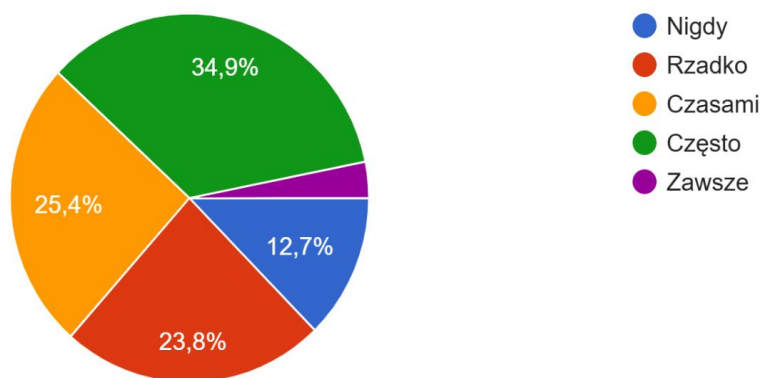
Omówione objawy typowe dla zaburzeń lękowych opisane zostały szczegółowo w ramach problemów szczegółowych, których rozwinięcie znajduje się poniżej.

Czy i w jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na trudności w relacjach społecznych?

Trudności w zakresie relacji społecznych pojawiające się u rodziców dzieci z diagnozą choroby nowotworowej oceniane było przez badanych w trzech aspektach:

- unikania udziału w sytuacjach społecznych na przykład spotkaniach towarzyskich,
- analiza własnego zachowania po spotkaniu towarzyskim lub innej sytuacji społecznej,
- wpływu lęku na ważne aspekty funkcjonowania społecznego.

W zakresie unikania sytuacji społecznych takich jak spotkania towarzyskie, wystąpienia publiczne czy rozmowa z nieznanymi badani oceniali jak często odczuwają potrzebę unikania.

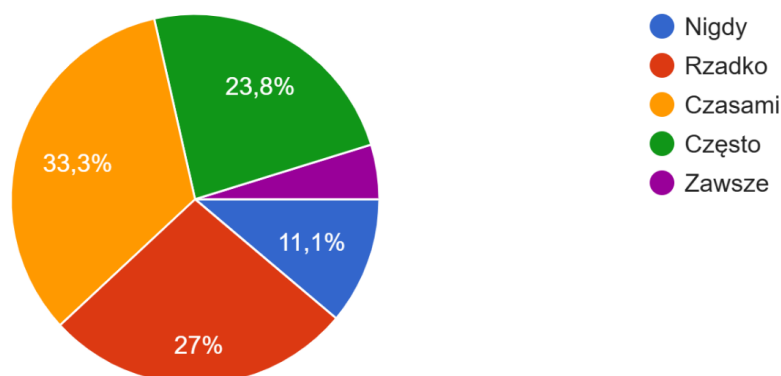


Rycina 34. Unikanie sytuacji społecznych, Źródło: opracowanie własne

W odpowiedziach badanych w tym zakresie widać zróżnicowanie pod względem częstotliwości występowania objawu. 8 (12,7%) badanych nigdy nie doświadcza wskazanych trudności, 15 (23,8%) doświadcza ich rzadko, 16 (25,4%) czasami, 22 (34,9%) często

a 2 (3,2%) zawsze. Dominującą wśród respondentów odpowiedzią było stwierdzenie iż często doświadczają trudności związanych z unikaniem sytuacji społecznych. Drugą co do częstotliwości występowania odpowiedzią było występowanie ich czasami. Wskazania te świadczą mogą, iż choroba dziecka miała wpływ na pojawienie się unikania sytuacji społecznych u znacznej części badanych rodziców.

Inaczej przedstawiała się sytuacja w przypadku ekspozycji na społeczną ocenę wśród badanych. We wskazanym aspekcie 7 (11,1%) badanych nigdy nie odczuwa obaw przed oceną społeczną, 17 (27%) rzadko odczuwało objawy w tym zakresie, 21 (33,3%) czasami odczuwało objawy we wskazanym zakresie, 15 (23,8%) doświadczyło ich często a 3 (4,8%) zawsze. Jak można zauważyć, większość respondentów doświadczała lęku przed oceną społeczną rzadko lub czasami, co może świadczyć o tym, iż dla rodziców trudniejszy jest sam udział w życiu społecznym niż ekspozycja na społeczną ocenę.

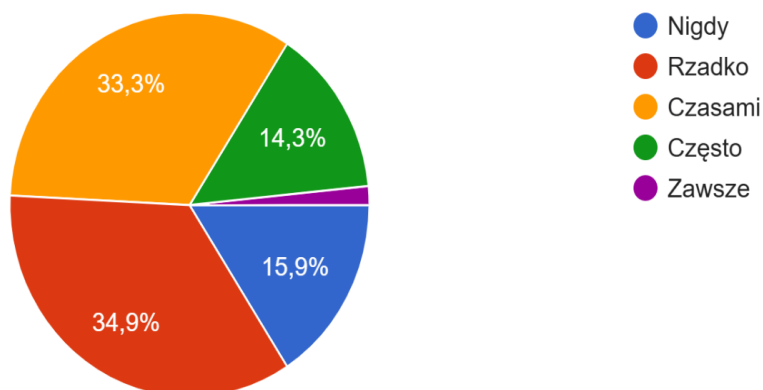


Rycina 35. Ekspozycja na ocenę społeczną, Źródło: opracowanie własne

Ostatnim w zakresie relacji społecznych aspektem był wpływ lęku na codzienne funkcjonowanie badanych w kontekście relacji z innymi osobami. Jak wykazała analiza zebranego materiału 10 (15,9%) badanych nie odczuwa negatywnego wpływu lęku na udział w życiu społecznym i pełnienie ról, 22 (34,9%) rzadko doświadczało tego rodzaju trudności, 21 (33,3%) badanych czasami doświadcza trudności w tym zakresie, 9 (14,3%) dostrzega je często a 1 (1,6%) zawsze. Jak można zauważyć w zaprezentowanej analizie również w tym przypadku respondenci wskazali, iż doświadczane emocje rzadko lub tylko czasami mają wpływ na ich funkcjonowanie.

Istotnym zatem wydaje się być fakt, że na podstawie zebranego materiału można powiedzieć, że najistotniejszą w aspekcie relacji społecznych problem związany z relacjami

społecznymi stanowi podejmowanie relacji z otoczeniem.



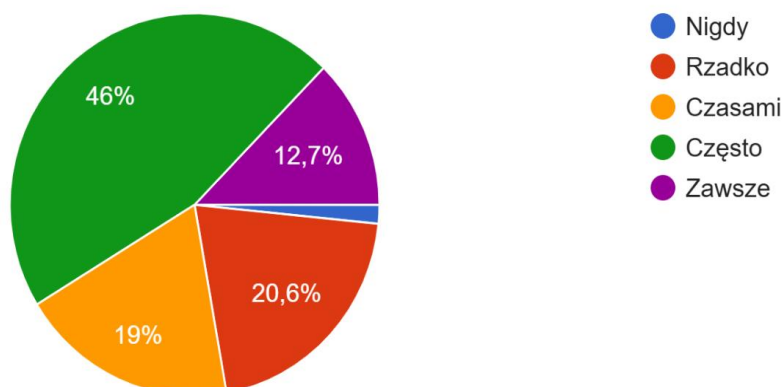
Rycina 36. Spadek jakości funkcjonowania społecznego, Źródło: opracowanie własne

Czy i w jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie zaburzeń snu u rodziców?

Podczas analizowania wskazanego zagadnienia wzięto pod uwagę:

- trudności z zasypianiem spowodowane natłokiem myśli i zamartwianiem się,
- wybudzanie się z poczuciem niepokoju, który utrudniał ponowne zaśnięcie,
- wpływ zaburzeń snu na codzienne funkcjonowanie.

W zakresie trudności z zasypianiem zauważono, że zdecydowana większość rodziców ze zmienną częstotliwością doświadcza problemów z zasypianiem.



Rycina 37. Trudności z zasypianiem, Źródło: opracowanie własne

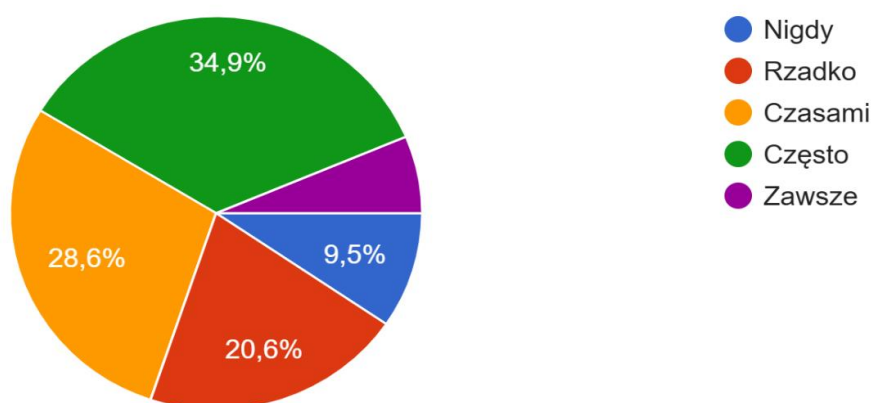
Wynik ten jest spójny z uzyskanym z analizowanym wcześniej podczas analizy materiału

dostarczonego za pomocą Kwestionariusza PHQ-9. Znaczna część badanych 29 (46%) doświadcza często problemów z zasypianiem. Czasami 12 (19%) doświadcza trudności z zasypianiem, u 13 (20,6%) badanych objaw ten pojawia się rzadko a 8 (12,7%) badanych doświadcza ich zawsze.

Zestawienie to pokazuje, iż trudności z zasypianiem związane z natłokiem myśli i poczuciem niepokoju stanowią istotny element funkcjonowania rodziców dzieci z diagnozą choroby onkologicznej.

Kolejnym, często pojawiającym się u respondentów problemem było wybudzanie się w nocy oraz trudności w ponownym zasypianiu. Jak wykazało badanie 22 (34,9) badanych często doświadcza tego rodzaju dolegliwości, 18 (28,6%) badanych doświadcza ich czasami, 13 (20,6%) rzadko. Mniej istotne w przypadku tego wyniku są wartości skrajne: nigdy 6 (9,5%) i zawsze 4 (6,3%).

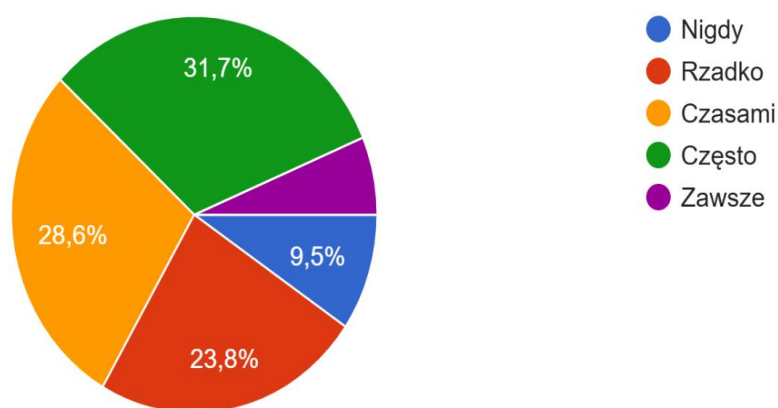
Jak łatwo zauważyć, wybudzanie się stanowi również powszechny problem wśród badanych.



Rycina 38. Wybudzanie się w nocy. Źródło: opracowanie własne

Ostatnim aspektem analizowanym w kontekście jakości snu był wpływ zaburzeń na ogólną jakość funkcjonowania.

Podobnie jak w poprzednich przypadkach można zauważyć, iż aspekt ten istotnie wpływa na jakość ogólnego funkcjonowania rodziców. Zaburzenia snu często wpływały na jakość funkcjonowania rodziców u 20 (31,7%), czasami u 18 (28,6%), rzadko u 15 (23,8%). Podobnie jak w przypadku poprzedniego wskaźnika wartości skrajne nie były aż tak znaczące i osiągnęły następujące wyniki: nigdy 6 (9,5%) i zawsze 4 (6,3%).



Rycina 39. Wpływ zaburzeń snu na jakość funkcjonowania, Źródło: opracowanie własne

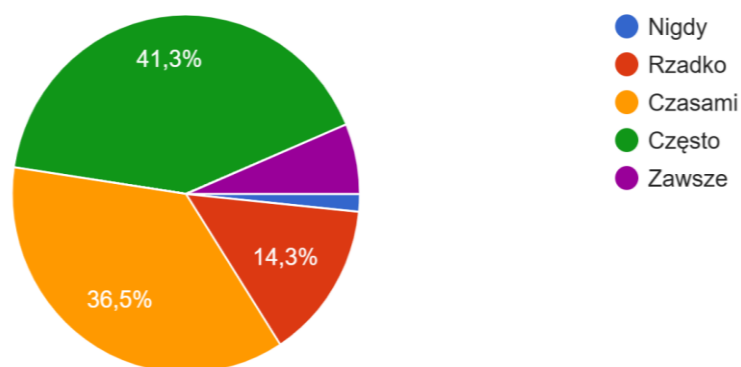
Czy i w jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie trudności w koncentracji uwagi u rodziców?

Analizując wskaźniki związane z funkcjonowaniem rodziców w zakresie koncentracji uwagi łatwo zauważyć, iż we wskazanym zakresie doświadczają oni licznych trudności, które dotyczą trudności w zakresie koncentracji ze względu na zamartwianie się, trudności w powrocie do przerwanej czynności, pojawiające się napięcie, które wpływa na jakość koncentracji.

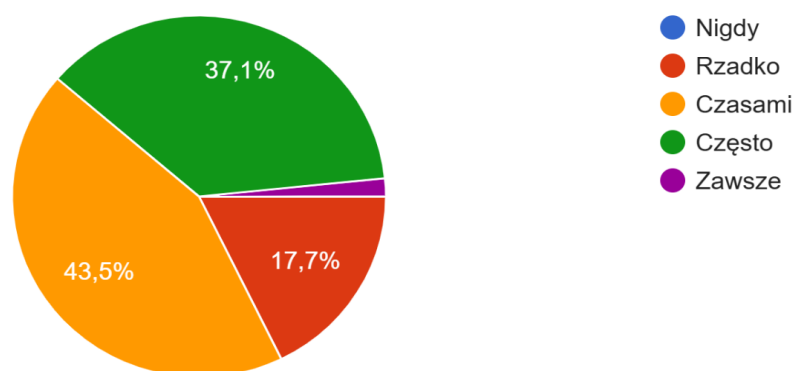
W zakresie samych trudności w skupieniu uwagi przez natłok myśli trudności pojawiały się ze zmienną częstotliwością. U większości badanych występują one często 26 (41,3%) lub czasami 23 (36,5%) , w mniejszym stopniu pojawiają się rzadko 9 (14,3%). Podobnie jak w przypadku innych wskaźników udział parametrów skrajnych zawsze 4 (6,3%) i nigdy 1 (1,6%) ma niewielki udział.

Utrudniony powrót do przerwanej czynności deklarują wszystkie badane osoby co oznacza, że nikt nie zaznaczył opcji nigdy, podczas gdy czasami trudności w powrocie do przerwanej czynności doświadczało 27 (43,5%), często 24 (37,1%), rzadko 11 (17,7%). Zawsze doświadczała ich 1 (1,6%) osoba.

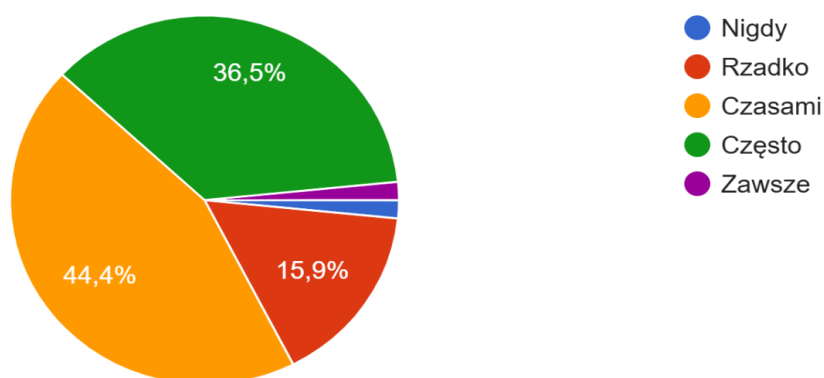
Podobnie jak w przypadku wcześniejszych parametrów również napięcie emocjonalne przekładające się na jakość koncentracji uwagi u badanych stanowi ważny aspekt funkcjonowania rodziców. Podobnie jak w przypadku poprzednich wskaźników wartości skrajne mają małą wartość diagnostyczną. Dominującą odpowiedzią wśród badanych w tym zakresie jest czasami, które wskazało 28 (44,4%) osób, następnie często 23 (36,5%) osób i rzadko 10 (15,9%) osób.



Rycina 40. Trudności w koncentracji uwagi, Źródło: opracowanie własne



Rycina 41. Trudność z powrotem do przerwanej czynności, Źródło: opracowanie własne

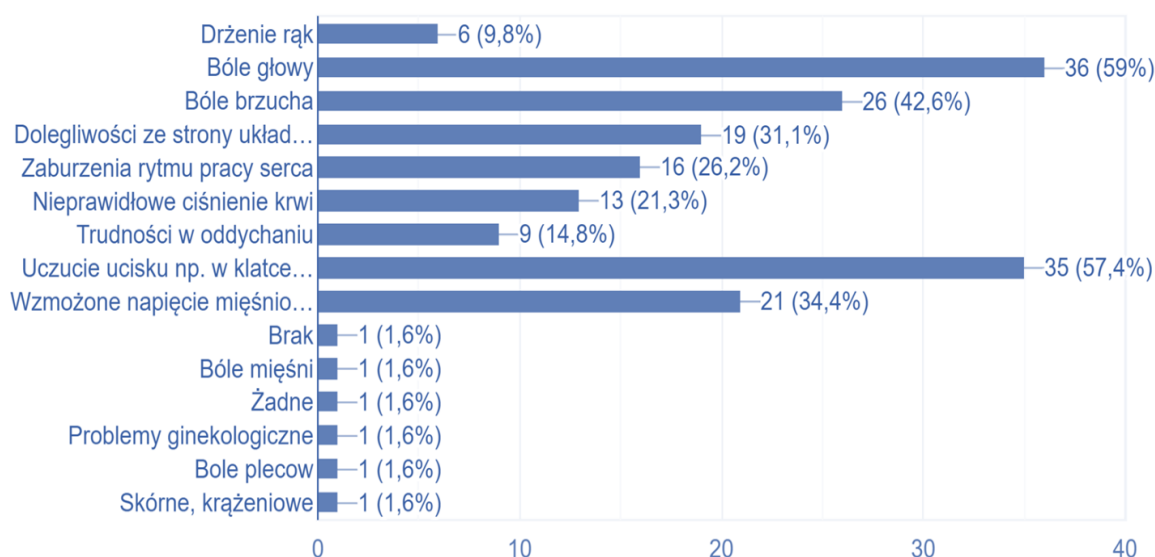


Rycina 42. Napięcie emocjonalne a jakość koncentracji uwagi, Źródło: opracowanie własne

Czy i w jaki sposób choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie dolegliwości fizycznych u rodziców?

Jak można zauważyć podczas analizy zebranego materiału, istotny jest udział dolegliwości fizycznych wśród rodziców posiadających doświadczenie diagnozy

onkologicznej dziecka. Dolegliwości te są różnorodne i dotyczą funkcjonowania wszystkich układów ciała.



Rycina 43. Dolegliwości fizyczne. Źródło: opracowanie własne

Testowanie hipotez

Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie lęku u rodziców.

Jak wykazała powyższa analiza wyników uzyskanych za pomocą ankiety w opracowaniu własnym, charakterystycznym dla funkcjonowania rodziców dzieci z diagnozą onkologiczną zjawiskiem jest występowanie zaburzeń lękowych i ich objawów. Ich częstotliwość i różnorodność jest zmienna, jednak obecna u zdecydowanej większości badanych. Można zatem uznać, iż hipoteza ta została potwierdzona.

Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na trudności w relacjach społecznych.

Jak wykazała analiza zebranego materiału badawczego, choroba onkologiczna dziecka powoduje występowanie trudności w zakresie funkcjonowania w relacjach społecznych. Dominującym problemem w tym zakresie wydaje się być uczestnictwo w życiu społecznym, podczas gdy mniej istotne wydają się ekspozycje na ocenę oraz wpływ na pełnienie ról społecznych. Hipoteza ta została zatem potwierdzona.

Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie zaburzeń snu u rodziców

Cechą funkcjonowania większości badanych rodziców jest występowanie zaburzeń snu różnego typu. Często towarzyszą im trudności w zasypianiu oraz wybudzanie się, którym towarzyszy natłok myśli i niepokój. Należy uznać, że hipoteza ta została potwierdzona.

Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie trudności w koncentracji uwagi u rodziców

Jak wykazała analiza zebranego materiału, choroba onkologiczna dziecka determinuje powstawanie zaburzeń koncentracji uwagi u rodziców w różnych aspektach. Należy zatem uznać, iż hipoteza ta została potwierdzona.

Można przypuszczać, że choroba onkologiczna dziecka wpływa na występowanie dolegliwości fizycznych u rodziców.

Informacje zebrane za pomocą kwestionariusza ankiety zobrazowały występowanie zróżnicowanych dolegliwości fizycznych związanych ze stanem emocjonalnym rodziców. Należy zatem powiedzieć, iż hipoteza ta została potwierdzona.

Dyskusja wyników

Na podstawie obserwacji funkcjonowania psychicznego i społecznego rodzin dotkniętych diagnozą onkologiczną jej członków można zauważyć, że choroba stanowi czynnik istotnie wpływającym na jakość życia wszystkich elementów systemu. Trzeba mieć świadomość, iż nie jest to jedynie zjawisko medyczne, lecz mające wpływ na wszystkie sfery aspekty życia. Pojawienie się diagnozy onkologicznej w rodzinie wymaga wielu zmian organizacyjnych zarówno w kontekście możliwości socjalno- bytowych, wychowawczych i opiekuńczych towarzyszących każdej rodzinie w codzienności (Socha, Janicka 2024).

Pomysł przeprowadzenia badań w kierunku opisu funkcjonowania psychospołecznego rodziców dzieci z diagnozą choroby nowotworowej wynikał z doświadczeń własnych autora i jego obserwacji dotyczących codzienności szpitalnej jak również w czasie pobytu chorego w domu.

Niniejsza praca miała na celu uchwycenie zależności między chorobą nowotworową dziecka a skutkami w zakresie emocjonalnego i społecznego funkcjonowania rodziców oraz

uchwycenie ich specyfiki. Ważnym celem pracy było również wypracowanie wniosków mających na celu podnoszenie efektywności wspierania rodziców jak również poprawę w zakresie ich specyfiki funkcjonalnej. Cele te zostały w całości zrealizowane.

Podczas planowania badań związanych z psychicznym i społecznym funkcjonowaniem rodziców dzieci z chorobą onkologiczną, ważnym elementem przygotowań – również na gruncie teoretycznym – było przeanalizowanie dotychczasowego dorobku badaczy w tym zakresie. Bazą do opracowania badań prowadzonych w ramach pracy były dokonania naukowców zajmujących się psychologicznymi skutkami choroby nowotworowej u dzieci dla ich rodzin.

Z badań przeprowadzonych pod przewodnictwem Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Pawelczak-Szastok, 2012) wynika, że istnieją istotne statystycznie różnice w odczuwaniu natężenia lęku między poszczególnymi członkami rodziny dzieci chorych na nowotwór. Najwyższe wyniki w zakresie lęku jako stanu odnotowano wśród matek – średnia wartość wyniosła 50,3 punktu, co plasuje je na 79,81 centylu. W przypadku ojców również zaobserwowano podwyższony poziom lęku (średnia: 45,57 punktu; 68,21 centyl).

Z badań własnych wynika, że badani rodzice odczuwają z różnym nasileniem objawy lęku – od umiarkowanego po bardzo wysoki. W szczególności, silne nasilenie objawów takich jak zaburzenia snu (aż 33,3% badanych deklarowało ich wysoką intensywność), trudności w koncentracji oraz dolegliwości somatyczne, potwierdza wysoki poziom napięcia emocjonalnego i psychicznego przeciążenia.

Wyniki te są spójne również z ustaleniami Grażyny Cepuch, Katarzyny Wojnar-Gruszki i Katarzyny Gdańskiej (Cepuch, 2014), które wskazują na częste występowanie objawów depresyjnych i lękowych (m.in. bezsenności, niechęci do kontaktów, problemów z apetytem) wśród rodziców dzieci chorych onkologicznie. Podobne wnioski płyną z badań Ogińskiej-Bulik i Sochy, w których aż 58,5% rodziców spełniało kryteria diagnostyczne dla PTSD, a 80,7% badanych prezentowało przynajmniej umiarkowany poziom objawów stresu pourazowego (Ogińska-Bulik, 2017).

Według badań opublikowanych na łamach *Psychoonkologii* w artykule pt. *Wskaźniki stresu potraumatycznego u rodziców dzieci kończących leczenie onkologiczne – rola oceny opieki medycznej, wsparcia społecznego oraz prężności osobowej* (Kędzierska, 2016), rodzice dzieci chorych onkologicznie doświadczają objawów stresu pourazowego na poziomie od umiarkowanego do wysokiego, przy czym nasilenie tych objawów jest wyraźnie wyższe

u matek niż u ojców. Płeć rodzica okazała się jednym z istotnych predyktorów intensywności reakcji stresowych – matki znacznie częściej zgłaszały silniejsze objawy, takie jak intruzje, pobudzenie czy unikanie (Kędzierska, 2016).

Na podstawie analizy wyników badania własnego przeprowadzonego z wykorzystaniem kwestionariusza PCL-5, stwierdzono, że 38 spośród 65 rodziców dzieci leczonych onkologicznie (58,5%) spełniało kryteria zespołu stresu pourazowego (PTSD). Wynik ten potwierdza istnienie wyraźnego związku między chorobą nowotworową dziecka a objawami PTSD u rodziców.

W przeprowadzonych badaniach własnych zaobserwowano, że u wielu rodziców dzieci leczonych onkologicznie występowały objawy unikania – o umiarkowanym lub nasilonym charakterze – odnoszące się do myśli, wspomnień i skojarzeń związanych z chorobą dziecka. Stwierdzono również obecność negatywnych wspomnień oraz w mniejszym stopniu, intruzji – czyli powracających emocji i przeżyć. Ponieważ jednak objawy te nie występowały u wszystkich badanych, hipoteza dotycząca intruzji została odrzucona. Dodatkowo potwierdzono częste występowanie nadmiernej czujności, co wskazuje na utrzymujący się stan napięcia u rodziców związany z chorobą dziecka.

Badania przeprowadzone w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. Władysława Buszkowskiego w Kielcach na Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej (Grochowska i in. 2018) wykazały, że zachorowanie dziecka na nowotwór wywołuje u rodziców silne reakcje emocjonalne, głównie lęk i poczucie zagrożenia. Najczęściej zgłaszanym odczuciem był lęk przed nieznaną chorobą (29%), a także strach o życie dziecka, lęk przed śmiercią czy poczucie winy (21%). Bunt i gniew odczuwało 10% badanych, a rezygnację i wycofanie – 6%. Kobiety częściej reagowały szokiem i zaskoczeniem, natomiast mężczyźni – rezygnacją. Młodszy rodzice wykazywali silniejszy poziom lęku, który malał wraz z wiekiem. W radzeniu sobie ze stresem kobiety częściej sięgały po wsparcie duchowe, odpoczynek i pozytywne nastawienie, podczas gdy mężczyźni wybierali inne formy radzenia sobie (Grochowska i in. 2018).

Na podstawie analizy wyników badań własnych można przypuszczać, że choroba nowotworowa dziecka istotnie wpływa na poziom lęku u rodziców. Uzyskane dane wskazują, że zaburzenia lękowe oraz ich objawy są powszechne w tej grupie – występują u zdecydowanej większości respondentów, choć z różnym nasileniem i częstotliwością. W badaniach własnych jednym z analizowanych obszarów były trudności w relacjach społecznych wśród rodziców dzieci chorych onkologicznie. Wyniki wskazują, że tylko 11,3% badanych nie doświadczało

takich trudności, a kolejne 22,6% odczuwało je w niewielkim stopniu. Umiarkowany poziom trudności zadeklarowało 33,9% rodziców, 21% wskazało na ich wysokie nasilenie, a 11,3% na bardzo wysokie.

W kontekście wycofania i unikania sytuacji społecznych – takich jak spotkania towarzyskie, rozmowy z nieznanymi czy wystąpienia publiczne – odpowiedzi były zróżnicowane. 12,7% badanych nigdy nie doświadczało potrzeby unikania, 23,8% – rzadko, 25,4% – czasami, 34,9% – często, a 3,2% – zawsze.

W badaniu własnym odnotowano również występowanie trudnych emocji, takich jak poczucie winy, gniew, wstyd czy przerażenie. Tego rodzaju przeżyć nie doświadczało 7 osób (10,9%), natomiast 16 badanych (25%) zgłaszało ich obecność w różnym nasileniu – od niewielkiego po znaczny poziom. U 9 respondentów (14,1%) emocje te występowały w stopniu wysokim.

Zestawienie własnych wyników z rezultatami badań innych autorów wskazuje na powtarzający się, silny związek między doświadczeniem choroby nowotworowej dziecka a występowaniem intensywnych objawów lękowych, depresyjnych i pourazowych u rodziców. Podkreśla to konieczność oferowania kompleksowego wsparcia psychologicznego rodzinom dzieci onkologicznych na wszystkich etapach leczenia.

Przeprowadzone badania własne potwierdzają, że choroba nowotworowa dziecka wywiera silny wpływ na stan psychiczny rodziców. Wysoki odsetek badanych prezentujących objawy depresji, trudności w relacjach społecznych, zaburzenia snu czy objawy lękowe świadczy o znaczącym obciążeniu emocjonalnym, jakie towarzyszy opiece nad dzieckiem chorym onkologicznie.

Wyniki uzyskane w badaniach własnych są spójne z doniesieniami innych autorów, m.in. Cepuch, Wojnar-Gruszki, Gdańskiej (Cepuch, 2014) oraz Ogińskiej-Bulik i Sochy (Ogińska-Bulik, Socha, 2017), a także Kędzierska i wsp. (Kędzierska, 2016) oraz Grochowska i wsp. (Grochowska, 2018), którzy również wskazują na wysoką częstość występowania zaburzeń lękowych, depresyjnych i pourazowych w tej grupie. Wyniki te jednoznacznie podkreślają konieczność kompleksowego podejścia do rodziny pacjenta, uwzględniającego nie tylko leczenie dziecka, ale także psychiczne wsparcie jego najbliższych.

Podczas projektowania badań własnych we wskazanym zakresie określone zostały problemy i hipotezy badawcze, które stały się bazą do przeprowadzenia analizy ilościowej i jakościowej zebranych danych.

Wnioski

Opracowanie to pozwoliło dokonać refleksji zakończonej sformułowaniem następujących wniosków:

1. Występowanie choroby nowotworowej dziecka wpływa znacząco na funkcjonowanie psychospołeczne rodziców, co potwierdzają analizy dokonane na podstawie danych uzyskanych w ankiecie w opracowaniu własnym, Kwestionariusza PHQ-9 oraz PCL-5.
2. Choć nie wszyscy rodzice spełnili kryteria diagnostyczne lęku, depresji oraz zespołu stresu pourazowego obserwuje się u nich liczne trudności właściwe dla każdego z nich. Charakterystyczne dla funkcjonowania rodziców z doświadczeniem diagnozy onkologicznej dziecka są zaburzenia snu różnego typu, obniżony nastrój, dolegliwości psychosomatyczne takie jak bóle głowy, trudności w oddychaniu spowodowane uczuciem ucisku w klatce piersiowej czy dolegliwości żołądkowo-jelitowe, trudności w zakresie relacji społecznych. Czynniki te znacząco wpływają na ogólną jakość funkcjonowania rodziców powodując długotrwały dyskomfort i obniżając ogólną jakość życia.
3. Część badanych spełniła kryteria diagnostyczne dla depresji i zespołu stresu pourazowego. Ze względu na fakt, iż zaburzenia te dotyczyły znacznego odsetka respondentów kolejnym krokiem w pracach badawczych z zakresu psychoonkologii, psychologii i psychiatrii powinno być pogłębianie diagnozy zaburzeń oraz obserwacja ich w kontekście przyczyn, skutków oraz wsparcia udzielanego rodzicom.
4. Pozytywnym aspektem dotyczącym funkcjonowania psychospołecznego rodziców były dane świadczące o niskim stopniu myśli i tendencji związanych z samouszkodzeniem oraz podejmowaniem zachowań ryzykownych. Nie należy jednak zakładać, iż w obliczu uogólnień problemy te nie istnieją w przestrzeni funkcjonalnej rodziców. Zasadnym wydaje się prowadzenie psychoedukacji mającej na celu przeciwdziałanie tego rodzaju objawom.
5. Ze względu na liczne objawy świadczące o trudnościach psychospołecznych rodziców standardem opieki medycznej powinno być bieżące monitorowanie kondycji psychicznej rodziców.
6. Ze względu na zaobserwowane trudności ważnym elementem wspierania rodziców jest rozwijanie systemu wsparcia psychologicznego i psychoonkologicznego jak również prowadzenie adekwatnej interwencji kryzysowej. Polski system opieki zdrowotnej

wymaga podnoszenia jakości standardów opieki psychologicznej dla rodziców jak również wypracowanie algorytmów postępowania służących rozwijaniu nowoczesnych, efektywnych procedur pomocowych.

7. Poza wypracowaniem standardów w zakresie wsparcia psychologicznego rodziców istotne wydaje się rozszerzenie badań ukierunkowanych na rozpoznawanie czynników wspierających funkcjonowanie emocjonalne i społeczne rodziców oraz wykorzystywanie ich w procesie budowania systemu wsparcia.
8. Z uwagi na występowanie trudności psychicznych i społecznych rodziców należy mieć na uwadze jakość ogólnego funkcjonowania systemów rodzinnych a co za tym idzie otaczanie opieką rodzin jako całości.

Pomimo istotnych wyników uzyskanych w ramach przeprowadzonych badań, należy uwzględnić pewne ograniczenia, które mogą wpływać na ich interpretację i ogólną wartość poznawczą.

- Pierwszym z nich jest ograniczona liczba uczestników. Badanie zostało przeprowadzone w stosunkowo niewielkiej grupie respondentów, co może wpływać na możliwość uogólnienia wyników na całą populację rodziców dzieci chorych onkologicznie.
- Kolejnym istotnym ograniczeniem jest nielosowy dobór próby – uczestnicy zostali wybrani na podstawie dostępności i chęci udziału, co może prowadzić do błędu selekcji.
- Osoby otwarte na udział w badaniach mogą różnić się pod względem cech psychologicznych od tych, które takiej zgody nie wyrażają.
- Dodatkowo, moment przeprowadzenia badania – często zależny od etapu leczenia dziecka – mógł mieć wpływ na nasilenie doświadczanych objawów.
- Inne rezultaty mogłyby zostać uzyskane w czasie zaostrzenia choroby, remisji lub bezpośrednio po diagnozie.

Z powyższych względów wyniki badania należy traktować jako punkt wyjścia do dalszych, pogłębionych analiz, najlepiej z wykorzystaniem większych i bardziej zróżnicowanych prób oraz uzupełnionych o metody jakościowe lub obserwacyjne.

BIBLIOGRAFIA

1. Antoszevska B. „Dziecko z chorobą nowotworową”, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006, 171-180, ISBN 83-7308-752-4

2. Augustynek A. „Psychopatologia człowieka dorosłego”, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2015, ISBN 978-83-7930-588-9, str.
3. Balwierz W., Moryl-Bujakowska A., Garus A. (red.), „Wczesna diagnostyka chorób nowotworowych u dzieci. Materiały edukacyjne i rekomendacje dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej” Termedia sp. z o.o. Poznań 2015 Wydanie I ISBN: 978-83-7988-008-9
4. Baruch A. „Choroba nowotworowa dziecka jako czynnik powodujący zmiany w funkcjonowaniu rodziny – wybrane aspekty”, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy ; Instytut Pedagogiki, Przegląd Pedagogiczny 2013, nr 2, str. 133-148, DOI: 10.34767/PP.2013.02.12 <http://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/949>
5. Carson R. C., Butcher J.N., Mineka S. „Psychologia Zaburzeń”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk 2003, , str. 221, ISBN 8389120178
6. Cepuch G., Domańska D., „Współcierpienie rodziców w cierpieniu ich dzieci – nieprofesjonalne krótkie rozważania”, Psychoonkologia 2014, 4, str. 160–163 ISSN: 1429-8538
7. Cepuch G., Wojnar-Gruszka K., Gdańska K. „Kontrola emocji a lęk, agresja i zaburzenia o charakterze depresyjnym u rodziców dzieci chorych onkologicznie”, Psychoonkologia 2014, 1: 35–41, str. 38
8. Chrapek E. „Psychologiczne trudności, wsparcie społeczne oraz radzenie sobie ze stresem u rodziców dzieci z chorobą nowotworową”, Psychiatr Psychol Klin 2016, 16 (1), str. 27-32, DOI: 10.15557/PiPK.2016.0005,
9. Chybicka A., Brzozowska E., „Jak wygrać życie”, Wydawnictwo Pascal, Bielsko-Biała 2020, str. 235-237, ISBN 978-83-8103-631-3
10. Cierpiałkowska L. „Psychopatologia”, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007, str. 378, ISBN 978-83-7383-284-8
11. Cierpiałkowska L., Sęk H. „Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia”, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, ISBN 83-7112-146-6.
12. De Walden-Gałuszko K. „Psychoonkologia w praktyce klinicznej”, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, ISBN 978-83-200-4565-9.
13. Dembowska-Bagińska B., Rutynowska-Pronicka O., Hautz W., Kołodziejczyk A., Cieślík K., Olechowski A., Jurkiewicz E., Grajkowska W., Stepaniuk M., Trubicka J., Styczyński J. “ Standardy postępowania diagnostycznego w siatkówczaku”, Przegląd Pediatryczny 2019/Vol. 48/No. 3/129-132, str. 129

14. Dickerman J.D. „Odległe skutki leczenia nowotworu złośliwego w dzieciństwie” |Pediatria po Dyplomie Vol.13 Nr 1, Luty 2009 www.podyplomie.pl/pediatricpodyplomie data pobrania 09.02.2026.
15. Dorfmueller M., Deitzfelbinger H. redakcja wydania I polskiego: Helena Sęk. „Psychoonkologia. Diagnostyka – Metody Terapeutyczne”, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2011, str.12, 20-23, 269-279,
16. Dymecka J. „Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci z chorobą nowotworową”, Psychoonkologia 2018, 22 (2), str. 41–49
17. [file:///C:/Users/akuba/Downloads/0000067190-wcag%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/akuba/Downloads/0000067190-wcag%20(3).pdf) data pobrania 05.03.2025
18. Franczok-Kuczmowska A. „Znaczenie odporności psychicznej w okresie dorosłości”, Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio Numer 3(51) 2022,
19. Gnitecki J. Wprowadzenie do metod badań w naukach pedagogicznych, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji, Poznań 2006, s.55-64,
20. Grochowska A., Bodys-Cupak I., Kubik B., Starzec P. „Ocena poziomu stresu i lęku rodziców dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną”, Pielęgniarstwo Polskie 2018, Nr 2 (68).
21. https://dSPACE.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/40775/41-59_Ogi%C5%84ska-Bulik.pdf?sequence=1&isAllowed=y data pobrania: 20.04.2025.
22. <https://immuno-onkologia.pl/> data pobrania 22.04.2025.
23. <https://onkologia-dziecieca.pl/upload/standardy/STANDARDY%20PRZEGL%C4%84D%20PEDIATRYCZNY%202019/STANDARDY%20POST%20C4%98POWANIENIA%20DIAGNOSTYCZNEGO%20W%20SIATK%C3%93WCZAKU.pdf>, data pobrania 15.04.2024.
24. <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/element/505909942> data pobrania 29.04.2025.
25. <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/element/2070699808/code/6B40>, data pobrania: 29.04.2025,
26. <https://www.google.com/url?q=https://nio.gov.pl/raport-nowotwory-zlosliwe-w-polsce-w-2022-roku/&sa=D&source=docs&ust=1748778076924716&usg=AOvVaw2o0ZICLUF3RkG9U-kb2AbS>, data pobrania 31.05.2025.
27. <https://www.infor.pl/prawo/dziecko-i-prawo/dla-dzieci/6407885%2Czasilek-opiekunczy-20232024-limity-dni-opieka-nad-chorym-dzieckiem-lub-innym-czlonkiem-rodzi>

- iny.html?utm_source=chatgpt.com, data pobrania 22.04.2025.
28. <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/informacje/61208>, nowotwor-co-to-rozwoj-po-dzial data pobrania 28.04.2025.
29. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression?utm_source=chatgpt.com, data pobrania 04.05.2025.
30. <https://www.zwrotnikraka.pl/chemioterapia-u-dzieci/> data pobrania 15.03.2025.
31. Kędzierska B.M., Rol P. Wiktorowicz J. „Wskaźniki stresu potraumatycznego u rodziców dzieci kończących leczenie onkologiczne – rola oceny opieki medycznej, wsparcia społecznego oraz prężności osobowej”, *Psychoonkologia* 2016, 20 (1), str. 9–16
32. Klimasiński K. „Współczesna Psychopatologia”, Księgarnia Akademicka, Kraków 2002,
33. Kowalczyk J.R. (red.) „Balwierz W., Brodzisz A., Dembowska-Bagińska B., Kowalczyk J.R., Krawczuk-Rybak M., Małydyk D., Matysiak M., Paprota K., Perek D., Samardakiewicz M., Szczepański T., Wachowiak J., Woźniak W., „Wprowadzenie do onkologii i hematologii dziecięcej. Skrypt dla lekarzy specjalizujących się w onkologii i hematologii dziecięcej”, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011,
34. Kowalczyk J.R., Samardekiewicz M. „Dziecko z chorobą nowotworową”, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998,
35. Kowalczyk J.R., Samardekiewicz M. „Opieka psychoonkologiczna nad pacjentem leczonym hematologicznie w okresie nastoletnim i wczesnej dorosłości”, *Hematologia* 2011, tom 2, nr 1, Via Medica, str. 51-56,
36. Kutty-Pachecka M., Stefańska K. „Zaburzenia psychiczne u dzieci z rozpoznaną chorobą nowotworową”, *Psychiatria i psychologia kliniczna PPK* 2014, 14 (2), str. 156–163,
37. Kuźel A., Krajewska-Kułak E., Śmigielska-Kuzia J. „Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych”, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015, Tom 21, Nr 3, s. 295–302. DOI: 10.5604/20834543.1165356.
38. Międzynarodowa Unia Przeciwrakowa „Onkologia Kliniczna – Podręcznik dla studentów i lekarzy”, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992,
39. Młynarski W. „Dziecko wyleczone z choroby nowotworowej – odległe skutki somatyczne i psychiczne”, *Psychoonkologia, Portal Po Dyplomie*. <https://podyplomie.pl/onkologia/15955,dziecko-wyleczone-z-choroby-nowotworowej-odlegle-skutki>

-somatyczne-i-psychiczne data pobrania 09.02.2026.

40. National Cancer Institute of United States, Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Poradnia Psychoonkologii, Fundacja Tam i z Powrotem, „Gdy bliski choruje. Poradnik dla Rodzin i Opiekunów Osób z Chorobą Nowotworową”, Wydawnictwo Primopro, Warszawa 2018,
41. Ogińska-Bulik N. Socha I. „Objawy Stresu Pourazowego u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka- rola negatywnych treści poznawczych i zakłóceń w kluczowych przekonaniach”, Adv Psychiatri Neurol 2017; 26 (4): 206-220
42. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. „Skala pomiaru prężności— SPP-25”, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 2008, str. 42-43,
43. Ogińska-Bulik N., Miniszewska J., „Zdrowie w cyklu życia człowieka”, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012,
44. Ogińska-Bulik N., Socha I. „Przetwarzanie emocjonalne a negatywne i pozytywne skutki traumy u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka” Psychoonkologia 2017, 21 (1): 1–8.
45. Pakosz B. (red.) Słownik Wyrazów Obcych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, str 349,
46. Pawełczak-Szastok M., Pilarczyk J., Pobudejska-Pieniążek A., Wojtasik N., Szczepański T., Sońta-Jakimczyk D. „Lęk w rodzinach dzieci chorujących na nowotwory”, Psychoonkologia 2012, 2: 29–33.
47. Pichler E., Richter R. „Nasze dziecko ma nowotwór: pokonać chorobę. Poradnik dla rodziców dzieci chorych na białaczkę i inne choroby nowotworowe”, str. 34, 46, 77, 125-156, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1995, str. 30-34, 41-45, 46,
48. Pietrzyk A., Pilarz M., Lizińczyk S. „Prężność i radzenie sobie a więzi małżeńskie rodziców dzieci chorujących na białaczkę”, Psychoonkologia 2018, str. 80, 22(3): 7789,
49. Pilch T., Bauman T., Zasady badań pedagogicznych Strategie ilościowe i jakościowe, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 32-92,
50. Pilecka W. „Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002,
51. Płopa M. „Psychologia rodziny: teoria i badania”, Oficyna wydawnicza Impuls, Kraków 2011, str. 15, 32,
52. Rogiewicz M. (red.) „Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych”, Medycyna Praktyczna, Kraków 2015.

53. Rogiewicz M. (red.) „Praktyczny podręcznik psychoonkologii dzieci i nastolatków”, Medycyna Praktyczna, Kraków 2015, str. 19-25, 28-30, 33, 69-74, 292-293, 312, 364,
54. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L. „Psychopatologia”, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2024, str. 184, 271-272, 754.
55. Socha I., Janicka I. „Rodzice w obliczu choroby nowotworowej dziecka”, str. 5, 24, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2024, str.4-12, 29, 54-60,
56. Socha I., Janicka I. „Skala Sytuacji Życiowej Rodziców Dzieci Chorych Onkologicznie – polska adaptacja”, Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio 1(53)2023, ISSN 2082-7067
57. Stenka K.E., Izdebski P. „Rodzice w obliczu choroby nowotworowej dziecka”, Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2018, 18(3), str. 306–314.
58. Strelau J. „Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna”, Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2004, str. 615-617.
59. Strelau J. „Psychologia. Podręcznik akademicki”, Podstawy psychologii Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2003.
60. Taranowicz I., Grotowska S. „Rodzina wobec wyzwań współczesności” Oficyna Wydawnicza ARBORETUM, Wrocław 2015.
61. Uchast Z. „Prężność osobowa i empiryczna typologia i metoda pomiaru”, Roczniki Filozoficzne, Tom XLV, zeszyt 4 – 1997, Towarzystwo Naukowe KUL , Lublin 1997. str.27-28.
62. Winnicka D. „Znaczenie edukacji w procesie zdrowienia dziecka z chorobą nowotworową”, Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej Nr 50/2023, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, str. 42-47.
63. Wrona-Polańska H. (red.) „Zdrowie, stres, choroba w wymiarze psychologicznym”, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
64. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Urząd Statystyczny w Krakowie , Kraków 2020

Występowanie objawów stresu pourazowego u rodziców dzieci z diagnozą Rdzeniowego Zaniku Mięśni (SMA)

Anna Łukaszewicz

Agnieszka Kułak-Bejda, Grzegorz Bejda

Wstęp

Współczesna medycyna i psychologia coraz częściej zwracają uwagę nie tylko na jednostkę chorującą, ale również na jej najbliższe otoczenie, które często doświadcza poważnych konsekwencji emocjonalnych i psychicznych. Rodzice dzieci cierpiących na ciężkie, przewlekłe choroby, takie jak Rdzeniowy Zanik Mięśni (SMA - *spinal muscular atrophy*), zmagają się nie tylko z codziennymi wyzwaniami opiekuńczymi, lecz również z ogromnym stresem psychicznym, który może prowadzić do rozwoju zaburzeń takich jak Zespół Stresu Pourazowego (PTSD - *post-traumatic stress disorder*).

Rdzeniowy Zanik Mięśni (SMA) to ciężka, postępująca choroba neurodegeneracyjna, która znacząco wpływa nie tylko na życie chorego dziecka, ale również na funkcjonowanie całej rodziny, zwłaszcza rodziców będących głównymi opiekunami. Diagnoza tej choroby u dziecka wiąże się z ogromnym stresem emocjonalnym, lękiem o życie dziecka, przewlekłym obciążeniem psychicznym oraz koniecznością reorganizacji życia codziennego. Przewlekły stres może prowadzić do występowania objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD), który do niedawna był kojarzony głównie z doświadczeniami wojennymi czy ofiarami przemocy. Wyniki badań mogą stanowić podstawę do dalszych analiz nad potrzebami psychologicznymi rodzin dotkniętych SMA oraz do projektowania skutecznych form wsparcia terapeutycznego.

STRES POURAZOWY (PTSD)

Definicja i kryteria klasyfikacyjne

Pierwsze wzmianki (Gruszczyński 2017) o istnieniu silnego związku między traumatycznymi wydarzeniami a ich wpływem na zdrowie psychiczne, pochodzą już

z okresu przed naszą erą. Opisy traumy związanej z działaniami wojennymi, można już odnaleźć w wielu dziełach opisujących dzieje cywilizacji starożytnych.

W latach 70-tych XX wieku naukowcy zajęli się badaniem wpływu stresu pourazowego na zdrowie psychiczne. Oceniano wówczas przeżycia wojenne zarówno u osób uczestniczących w wojnie w Wietnamie, jak i u ofiar holocaustu. Następnie badania rozszerzono o wpływ stresu wywołanego np. uczestnictwem w wypadku drogowym, napadu czy gwałtu na zdrowie psychiczne (Gulecz i Polak, 2002).

Pojęcie Zaburzenia Stresowe Pourazowe (*post-traumatic stress disorder*) – (PTSD) wg Klasyfikacji DSM-III, DSM-III-R oraz DSM-IV zostało w 2013 r. zmodyfikowane w nowej, obecnie obowiązującej Klasyfikacji DSM-5 (Gruszczyński, 2017). W 2015r. ukazało się tłumaczenie DSM-5 w języku polskim. W klasyfikacji APA do 2013r. obowiązywała klasyfikacja DSM-IV, w której zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym były określane terminem Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder). Terminologia PTSD związana jest ściśle z psychiatrią wojskową sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych (USA). W Polsce po raz pierwszy diagnoza PTSD stała się powszechnie rozpoznawalna w czasie trwania operacji militarnych polskich kontyngentów w Iraku. W Polsce po 1989 r. na skutek kryzysu ustrojowo-społeczno-ekonomicznego obserwowany jest gwałtowny wzrost zachorowalności na zaburzenia psychiczne związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F.40-F.48 wg ICD-10) (Gruszczyński, 2017).

Kluczowym momentem w definicji PTSD był rok 1980, kiedy do Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) w Stanach Zjednoczonych wprowadzono klasyfikację zaburzeń traumatycznych (Gruszczyński, 2012). Od tego momentu PTSD istniał jako odrębna jednostka chorobowa, a stresor definiowano jako zdarzenie, które może wywołać silną reakcję stresową u każdej jednostki. W czasie prac nad nową klasyfikacją PTSD, która znalazła swoje odzwierciedlenie w DSM-IV, zmieniła się definicja stresora (Gruszczyński, 2016). Od tego czasu przyjęto, że jest to traumatyczne doświadczenie związane z możliwością zagrożenia życia, poważnym uszkodzeniem ciała lub fizycznej integralności powodujące u ofiary lęk i bezradność. Jedną z najpopularniejszych definicji PTSD podał Horowitz, który określił, że jest to powszechnie występująca, ogólna, niespecyficzna odpowiedź organizmu na bodziec stresogenny o różnym rodzaju i sile, po kontakcie z którym człowiek odczuwa przerażenie, szok, mogące doprowadzić do wystąpienia objawów charakterystycznych dla PTSD (Rozpędek, 2012).

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych– ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) opartej w dużym stopniu na amerykańskim DSM-IV, PTSD znajduje się pod numerem F43 w rozdziale „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne”, gdzie zostały określone kryteria pozwalające na stwierdzenie tego zaburzenia u pacjentów doświadczonych traumą (Gruszczyński, 2016).

W maju 2013 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) wprowadziło zmiany w kryteriach diagnostycznych PTSD, które zostały zawarte w piątej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-5) (Zyss, 2009).

Zespół stresu pourazowego został przeniesiony z grupy zaburzeń lękowych, do nowej grupy zaburzeń związanych ze stresem i traumą. Zostały wyodrębnione 4 grupy objawów PTSD, do których należą: nawracające wspomnienia doświadczonej uprzednio traumy pozostające poza kontrolą pacjenta, unikanie bodźców związaną przeżyta traumą, nadmierne pobudzenie organizmu, a także negatywne zmiany poznawcze oraz nastroju. Dodatkowo w DSM-5 oprócz klasyfikacji poświęconej dorosłym, młodzieży oraz dzieciom powyżej 6. roku życia zostały wyodrębnione osobne kryteria diagnostyczne PTSD dla dzieci w wieku przedszkolnym (Gruszczyński, 2016).

Autorzy DSM-5 definiują zaburzenie psychiczne jako zespół objawów, charakteryzujący się znaczącym klinicznie zniekształceniem w obrębie postrzegania, regulacji emocji lub obecnością zachowań i postaw, które odzwierciedlają psychologiczną, biologiczną albo rozwojową dysfunkcję. Są one zwykle związane ze znacznym cierpieniem lub niepełnosprawnością w sferach społecznych i zdrowotnych. Zaburzenie psychiczne bardzo często nie jest oczekiwaną lub akceptowaną kulturowo odpowiedzią na czynnik stresowy czy stratę. (Gruszczyński i in., 2017).

Fizjologiczna reakcja na stres

W przebiegu fizjologicznie przebiegającej reakcji stresowej wyróżnia się trzy fazy: alarmową, przystosowania i wyczerpania.

1. Faza alarmowa – składa się z:
 - a. fazy szoku – w momencie kontaktu ze stresorem i reakcji na działanie tego czynnika,
 - b. fazy przeciwdziałania – następuje tu produkcja hormonów.

2. Faza przystosowania – to etap odporności, podczas którego organizm przeciwdziała stresorowi. Jeśli nie uda mu się przywrócić homeostazy, następuje przejście w trzecią fazę.
3. Faza wyczerpania – prowadzi do zmniejszenia odporności, rozregulowania funkcji fizjologicznych oraz wycieńczenia organizmu

Stresory są rozpoznawane przez ciało migdałowe, w którym bodźcom zostaje nadane emocjonalne znaczenie. Nadmierna aktywność ciała migdałowego powoduje zahamowanie działania hipokampu, odpowiedzialnego za pamięć. Hipokamp bierze udział w wyborze odpowiedniej strategii podczas stresu i wpływa na oś podwzgórze--przysadka- nadnercza, co prowadzi do pobudzenia nerwowego i mięśniowego oraz przemian metabolicznych. Przewlekły stres uszkadza hipokamp, a nawet powoduje jego zanik. Ciało migdałowe i hipokamp są częścią układu limbicznego (Rozpędek, 2015).

Rola hormonów w przebiegu reakcji stresowej

Pobudzenie neuronów adrenergicznych przez stresory (w podwzgórz) odbierane ze środowiska zewnętrznego prowadzi do wydzielania neuroprzekaźnika kortykoliberyny (CRH – ang. *corticotropin-releasing hormone*). Kortykoliberyna wydzielana jest również w innych obszarach mózgu, takich jak jądro centralne ciała migdałowego, kora czołowa czy jądra szwu. Hormon ten jest odpowiedzialny za powstawanie zachowań lękowych i hamowanie apetytu. Kortykoliberyna pobudza przedni płat przysadki mózgowej do uwalniania hormonu adrenokortykotropowego (ACTH - ang. *adrenocorticotropic hormone*). Wtedy właśnie zostaje aktywowana oś podwzgórze--przysadka--nadnercza. Działanie pobudzające przysadkę przez Kortykoliberynę (CRH) jest dodatkowo wzmacniane przez hormon wazopresynę argininową (AVP - ang. *arginine vasopressin*). Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) jest hormonem tropowym stymulującym nadnercza do produkcji i wydzielania hormonów steroidowych, tzw. kortykosteroidów. Wśród nich są glikokortykoidy uczestniczące w metabolizmie glukozy oraz mineralokortykoidy biorące udział w metabolizmie składników mineralnych. Aldosteron jest głównym mineralokortykoidem. Zwiększa on wchłanianie soli sodowych (stężenie Na wzrasta, natomiast K maleje), powodując wzrost ciśnienia krwi (Rozpędek, 2015). W sytuacji stresowej nadnercza zostają pobudzone do produkcji glikokortykoidów. Hormony te działają na zasadzie ujemnego sprzężenia zwrotnego, a ich aktywność polega na hamowaniu wydzielania kortykoliberyny

(CRH) i hormonu adrenokortykotropowego (ACTH). Kora nadnerczy wydziela kortyzol - hormon stresu, natomiast rdzeń nadnerczy – adrenalinę i noradrenalinę. Zadaniem powyższych hormonów jest przywrócenie homeostazy. Przedłużający się stres powoduje zahamowanie działania neuroprzekaźników oraz skutkuje wyczerpaniem zapasów witamin i minerałów, czego skutkiem jest wycieńczenie organizmu. Dodatkowo pobudzeniu osi podwzgórze-przysadka-nadnercza towarzyszy aktywacja jądra sinawego. Jest to struktura położona w pniu mózgu. Skupione w niej komórki odpowiadają za wydzielanie noradrenaliny. Jądro sinawe jest również miejscem wydzielania kortykoliberyny (CRH). Długotrwałe podwyższenie poziomu kortyzolu i adrenaliny wywołuje skurcz naczyń krwionośnych, uczucie kłucia w klatce piersiowej lub powstawanie zespołu jelita drażliwego. Zaburzenia te określa się mianem nerwicy wegetatywnej (Rozpędek, 2015).

Tabela 1. Kortykosteroidy - Hormon - Funkcja

Kortykosteroidy	Hormon	Funkcja
Glikokortykoidy	Adrenalina	Przyspieszenie oddechu i pracy serca, wzrost ciśnienia krwi i poziomu cukru we krwi, dotlenianie komórek, mobilizacja organizmu do walki lub ucieczki
Noradrenalina	kortyzol tzw. hormon stresu	Uwalnianie glukozy i tłuszczów z wątroby, odżywianie komórek
Mineralokortykoidy	Aldosteron	Regulacja gospodarki wodno-elektrolitowej (obniżenie stężenia potasu i wzrost stężenia sodu we krwi)

Źródło: Opracowanie własne.

Reakcja na stres w PTSD

Fizjologiczna reakcja stresowa - reakcja walki lub ucieczki na postrzegane zagrożenie jest odruchowym zjawiskiem nerwowym. Jednak fizjologiczne reakcje, które organizują odruchowe zachowania przetrwania po narażeniu na postrzegane zagrożenie,

mogą w pewnych okolicznościach ulec zaburzeniu w trakcie tego procesu. Długotrwała dysregulacja u niektórych osób może prowadzić do zaburzenia czynnościowego. Osoby te określa się mianem „psychologicznie ztraumatyzowanych” i cierpiących na zespół stresu pourazowego (PTSD). U pacjentów z PTSD wykazano neurobiologiczne nieprawidłowości. Niektóre z patologicznych cech występujących u pacjentów z PTSD pokrywają się z cechami występującymi u pacjentów z urazowym uszkodzeniem mózgu (Rozpędek, 2015).

PTSD może być diagnozowane w przypadku, gdy objawy utrzymują się powyżej 1-go miesiąca. Co więcej, objawy mogą występować długo po pierwotnym traumatycznym zdarzeniu. Objawy PTSD odzwierciedlają zatem nieprawidłową adaptację układów neurobiologicznych do stresu związanego z traumą. Układy neurobiologiczne regulujące reakcje na stres obejmują pewne szlaki endokrynologiczne i neuroprzekaźnikowe, a także sieć obszarów mózgu, o które regulują zachowania związane ze strachem zarówno na poziomie świadomym, jak i nieświadomym. Badania mające na celu identyfikację neurobiologicznych markerów PTSD pierwotnie zakładały, że nieprawidłowości zostały nabyte jako konsekwencja traumatycznego doświadczenia. Jednak możliwe, że pewne nieprawidłowości u pacjenta z PTSD po prostu stanowią istniejącą wcześniej patologię, która jest uśpiona funkcjonalnie do momentu uwolnienia przez narażenie na traumę i wykryta później podczas badania. Ostatnie zainteresowanie naukowców skupiło się na czynnikach, które mogą modulować zmienność wyników w układach neurobiologicznych po narażeniu na traumę, w tym na czynnikach podatności genetycznej, płci żeńskiej, wcześniejszej traumie, wczesnym etapie rozwoju w momencie narażenia na traumę oraz urazie fizycznym (w tym urazowym uszkodzeniu mózgu – TBI - *traumatic brain injury*) w momencie traumy psychologicznej. Powyższe parametry prawdopodobnie przyczyniają się do podatności na rozwój PTSD w przeciwieństwie do odporności na niego (Sherin i Nemeroff, 2011).

Doświadczenia życiowe, którym często towarzyszy intensywny strach, przerażenie i bezradność, mogą prowadzić do rozwoju zespołu stresu pourazowego (PTSD) i są wymagane do jego diagnozy. Reakcja jednostki na traumę zależy nie tylko od cech stresora, ale także od czynników specyficznych dla danej jednostki. Dla większości populacji uraz psychologiczny wywołany doświadczeniem głębokiego zagrożenia ogranicza się do ostrego, przemijającego zaburzenia. Chociaż przemijające, takie reakcje mogą być dość nieprzyjemne i zazwyczaj charakteryzują się zjawiskami, które można podzielić w większości na trzy główne domeny:

- przypomnienia o narażeniu- w tym retrospekcje, natrętne myśli, koszmary;

- aktywacja - w tym nadmierne pobudzenie, bezsenność, pobudzenie, drażliwość, impulsywność i gniew;
- Dezaktywacja - w tym odrętwienie, unikanie, wycofanie, dezorientacja, derealizacja, dysocjacja i depresja (Sherin i Nemeroff, 2011).

Reakcje te są z definicji samoograniczające się, generalnie powodują minimalne upośledzenie czynnościowe w czasie. Jednak dla znacznej mniejszości populacji, trauma psychologiczna spowodowana doświadczeniem głębokiego zagrożenia prowadzi do długoterminowego zespołu, który został zdefiniowany, potwierdzony i nazwany PTSD w literaturze klinicznej (Rozpędek, 2015).

Biologia PTSD

Oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA)

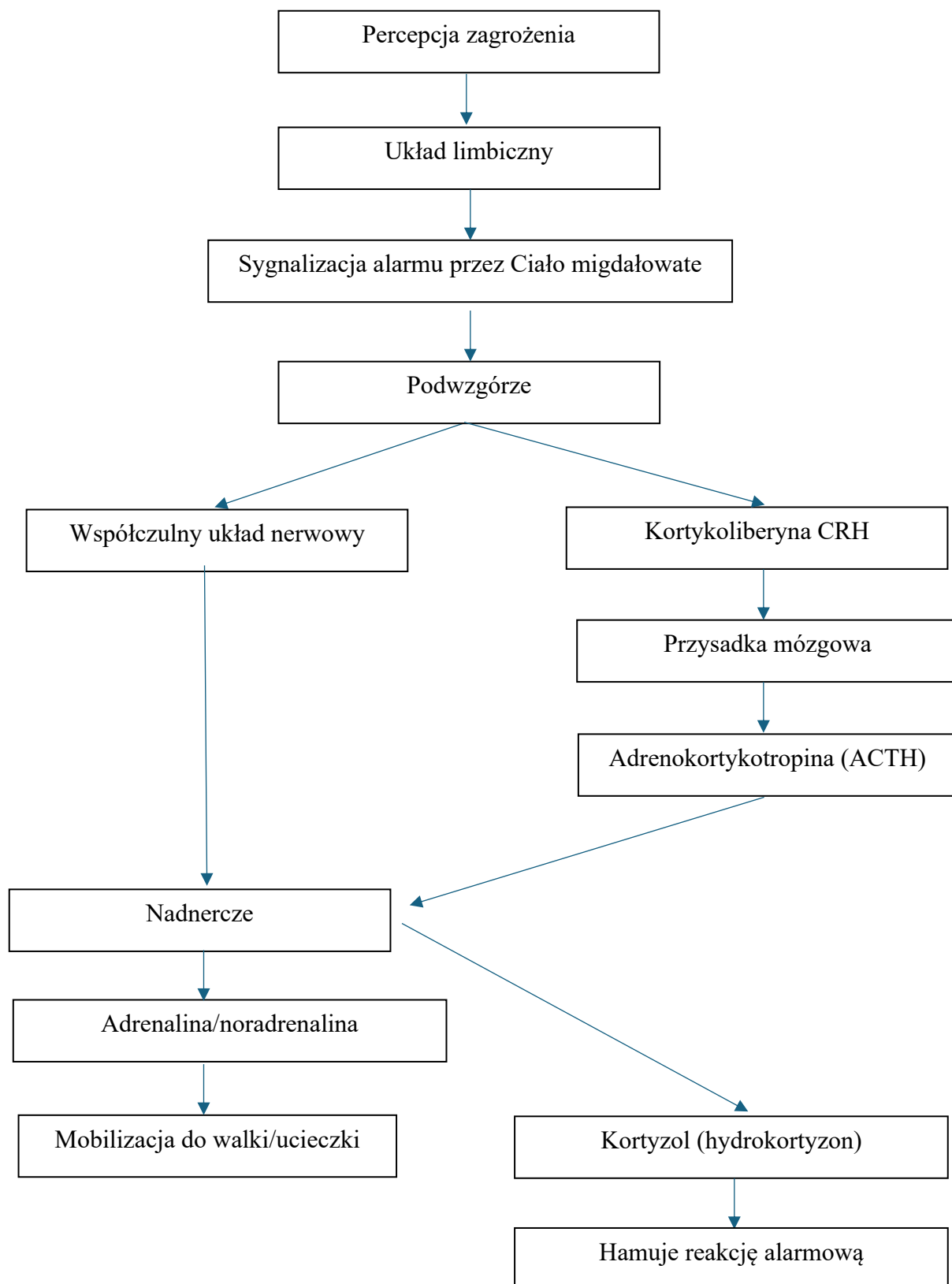
Oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA - *hypothalamus - pituitary - testis - axis*) jest centralnym koordynatorem układu odpowiedzi na stres neuroendokrynną i stanowi główny przedmiot badań u pacjentów z PTSD (Rozpędek, 2015).

Chociaż stresory z reguły aktywują oś HPA, badania przeprowadzone na weteranach wojennych z PTSD wykazują zmniejszenie stężenia kortyzolu, wykrywanego w moczu lub krwi, w porównaniu ze zdrowymi osobami kontrolnymi i innymi grupami porównawczymi. Badania wskazują, że hipokortyzolizm w PTSD występuje z powodu zwiększonej wrażliwości ujemnego sprzężenia zwrotnego osi HPA. Hamowanie ujemnego sprzężenia zwrotnego jest poparte wynikami zwiększonego wiązania receptora glikokortykoidowego i jego funkcji u pacjentów z PTSD. Ponadto, u pacjentów z PTSD mierzono utrzymujące się wzrosty stężeń kortykoliberyny (CRH) w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF). Cechą charakterystyczną PTSD jest zmniejszona objętość hipokampa, głównego obszaru mózgu hamującego oś HPA. Tak więc, w odpowiedzi na czynniki stresogenne, wyniki neuroendokrynną w PTSD odzwierciedlają dysregulację osi HPA. Niski poziom kortyzolu w momencie narażenia na traumę psychologiczną może przewidywać rozwój PTSD. Dlatego hipokortyzolizm może być czynnikiem ryzyka dla nieprzystosowawczych reakcji na stres i predysponować do przyszłego PTSD (Rozpędek, 2015).

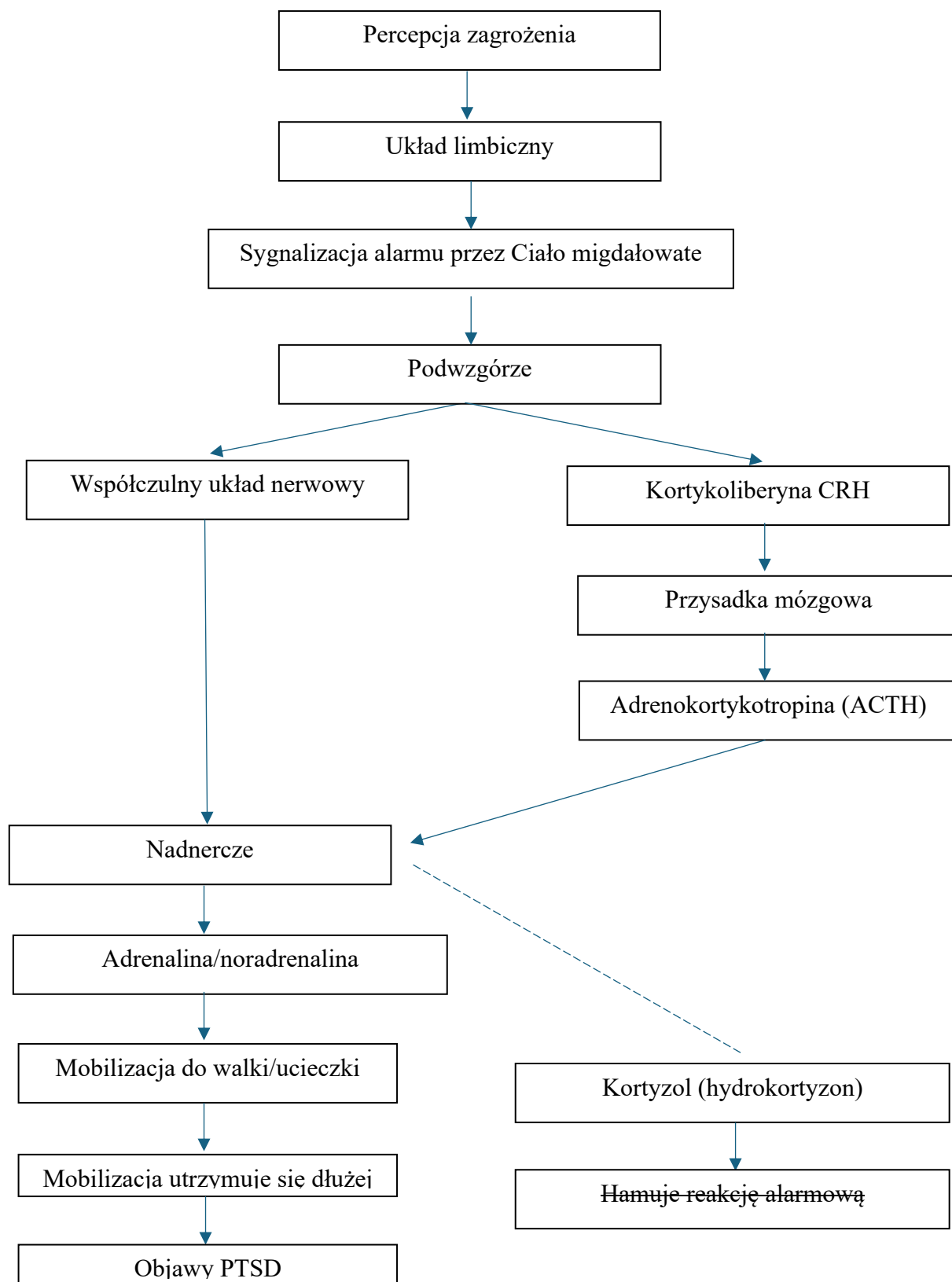
Hipotezę tę wspiera odkrycie, że egzogennie podany hydrokortyzon wkrótce po narażeniu na traumę psychologiczną może zapobiec PTSD. Zmniejszona dostępność kortyzolu,

w wyniku lub w połączeniu z nieprawidłową regulacją osi HPA, może powodować nieprawidłową reaktywność na stres (Rozpędek, 2015).

Należy też zauważyć, że glikokortykoidy zakłócają odzyskiwanie wspomnień traumatycznych, co może niezależnie zapobiegać lub zmniejszać objawy PTSD (Rozpędek, 2015).



Rycina 1. Fizjologiczna reakcja na stres, Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 2. Reakcja na stres w PTSD, Źródło: Opracowanie własne.

Oś podwzgórze-przysadka-tarczycza

Oś podwzgórze-przysadka-tarczycza (HPT - *hypothalamus – pituitary -thyroid*) bierze udział w regulacji stanów metabolicznych i anabolicznych oraz innych funkcji homeostatycznych, co robi poprzez kontrolowanie poziomu hormonów tarczycy we krwi. Rola osi HPT w zespołach związanych ze stresem jest podejrzewana od pewnego czasu, ponieważ wiadomo, że uraz może wywołać nieprawidłowości tarczycy. Przeprowadzono badania na weteranach wojny w Wietnamie z PTSD, u których stwierdzono podwyższone poziomy wyjściowe zarówno trójjodotyroniny (Ft3), jak i tyroksyny (Ft4). Wyniki te zostały powtórzone w większości w badaniu weteranów II wojny światowej z diagnozami PTSD. U tych osób izolowane poziomy Ft3 były podwyższone, podczas gdy poziomy Ft4 były normalne. Sugeruje się, że podwyższone Ft3 może być związane z subiektywnym lękiem u tych osób z PTSD (Landowski, 2007).

Czynniki neurochemiczne i struktury mózgu w PTSD

Główne cechy neurochemiczne PTSD obejmują nieprawidłową regulację katecholamin, serotoniny, aminokwasów, peptydów i neuroprzekaźników opioidowych, z których każdy znajduje się w obwodach mózgowych regulujących/integrujących reakcje na stres i strach. Dysregulacja katecholamin i serotoniny, a także acetylocholino występuje również u pacjentów ze zdiagnozowanym TBI – uszkodzeniem mózgu, prawdopodobnie w wyniku rozlanego uszkodzenia aksonów (Rozpędek, 2015).

Główną cechą pacjentów z PTSD jest utrzymująca się nadaktywność współczulnej gałęzi autonomicznego układu nerwowego, o czym świadczy wzrost częstości akcji serca, ciśnienia krwi, przewodnictwa skórno i innych parametrów psychofizjologicznych. W związku z tym zwiększone wydalenie katecholamin z moczem i ich metabolitów zostało udokumentowane u weteranów wojennych, kobiet będących ofiarami przemocy i dzieci z PTSD. Ponadto pacjenci z PTSD wykazują zwiększoną częstość akcji serca, ciśnienie krwi i reakcje na traumatyczne przypomnienia. Badania wykazały, że zwiększone tętno i obwodowe wydzielanie epinefryny w momencie narażenia na uraz przewidują późniejszy rozwój PTSD. Badania wykorzystujące funkcjonalne neuroobrazowanie wykazały ponadto, że pacjenci z PTSD mają deficyty w aktywacji hipokampa podczas zadania pamięci deklaratywnej werbalnej (Rozpędek, 2015). Ciało migdałowe jest strukturą limbiczną zaangażowaną w przetwarzanie emocjonalne i ma kluczowe znaczenie dla nabywania reakcji strachu. Funkcjonalna rola ciała migdałowego w pośredniczeniu zarówno w reakcjach na stres, jak

i w uczeniu się emocjonalnym implikuje jego rolę w patofizjologii PTSD (Rozpędek, 2015).

Pacjenci z PTSD wykazują ponadto zwiększone reakcje ciała migdałowatego na ogólne bodźce emocjonalne, które nie są związane z traumą, takie jak twarze pełne emocji. Ciało migdałowe wydaje się być również uwrażliwione na prezentację podprogowo groźnych wskazówek u pacjentów z PTSD. Wzmocniona reaktywność ciała migdałowatego może stanowić biologiczny czynnik ryzyka rozwoju PTSD. Kora przedczołowa środkowa (PFC) obejmuje przednią korę zakrętu obręczy (ACC), korę podspoidłową i przyśrodkowy zakręt czołowy. Przyśrodkowa kora przedczołowa wywiera hamującą kontrolę nad reakcjami na stres i reaktywnością emocjonalną częściowo poprzez swoje połączenia z ciałem migdałowatym. Ponadto pośredniczy w wygaszaniu warunkowego strachu poprzez aktywne hamowanie nabytych reakcji strachu. Pacjenci z PTSD wykazują zmniejszoną objętość kory czołowej (Rozpędek, 2015).

Zaburzenia biologiczne obserwowane u pacjentów cierpiących na PTSD są liczne i prawdopodobnie odzwierciedlają trwałą dysregulację wielu układów pośredniczących w stresie. Zaburzenia patofizjologiczne występują u pacjentów z predyspozycjami genetycznymi, epigenetycznymi i doświadczalnymi, gdy są narażeni na pewne ekstremalne warunki. Zmiany te oznaczają nieusuwalny ślad sensoryczny przetworzonego doświadczenia, który przejmuje niezrównoważony stopień znaczenia emocjonalnego, a następnie uwalnia lub powstrzymuje reakcje behawioralne, które koncentrują się na obronie przed przyszłym urazem poprzez aktywację lub dezaktywację w przegrywającym wysiłku na rzecz zabezpieczenia homeostazy (Sherin i Nemeroff, 2011).

Nieprawidłowo funkcjonujący hipokamp może odpowiadać za niektóre objawy poznawcze PTSD, takie jak deficyty pamięci deklaratywnej. Ponieważ hipokamp jest decydujący dla warunkowania kontekstowego, upośledzony hipokamp może ułatwiać generalizację wyuczonego strachu w kontekstach niezwiązanych z wcześniejszym narażeniem na traumatyczne przeżycia i upośledzać zdolność rozróżniania bodźców bezpiecznych i niebezpiecznych. W połączeniu z przesadnymi reakcjami ciała migdałowatego u pacjentów z PTSD, ograniczona zdolność rozróżniania zagrożenia z powodu dysfunkcji hipokampa i ciała migdałowatego może sprzyjać paranoi, nadmiernej czujności, aktywacji behawioralnej, przesadnym reakcjom na stres i dalszemu nabywaniu skojarzeń ze strachem. Zaburzona funkcja kory przedczołowej może następnie służyć do dalszego ułatwiania patologii PTSD w wyniku niedostatecznego tłumienia reakcji na stres, skojarzeń ze strachem i wygaszania (Sherin i Nemeroff, 2011).

Objawy i czynniki ryzyka PTSD

Zespół stresu pourazowego może rozwinąć się w odpowiedzi na wyjątkowo groźne wydarzenie, jak również w wyniku długofalowej ekspozycji na obciążające psychikę sytuacje.

Osoby z PTSD należy leczyć tak jak w przypadku innych, powszechnie występujących zaburzeń psychicznych (Gruszczyński., 1997). Zauważa się zwiększone prawdopodobieństwo ryzyka wystąpienia PTSD u osób:

1. u których w przeszłości wystąpiło inne zaburzenie natury psychicznej, w tym: zaburzenia lękowe; lęk paniczny; choroba afektywna (np. nawracające stany depresyjne); depresja; dystymia;
2. określonych cechach osobowości (np. introwersja), temperamentu (u których uraz może przyczynić się do rozwoju zaburzenia), o niskim poczuciu własnej wartości;
3. obecność wcześniejszej traumatyzacji (np. w przypadku żołnierzy): zetknięcie się z osobami rannymi; bycie świadkiem czyjejś śmierci, śmiertelnego wypadku komunikacyjnego; doświadczenie silnego uczucia bezradności, strachu;
4. nasilenie intensywności traumy: im wyższe ryzyko narażenia się na traumatyczne przeżycia, tym wyższe ryzyko pojawienia się PTSD;
5. predyspozycje środowiskowe: dysfunkcja w systemie rodzinnym, doświadczenie, przemocy domowej, traumy z dzieciństwa, brak odpowiedniego systemu wsparcia;
6. brak odpowiedniego wsparcia społecznego po wydarzeniu lub niewielkie wsparcie ze strony otoczenia (Gałęcki i Świącicki, 2015)

Syndrom PTSD może powodować wiele objawów psychicznych i fizycznych. Osoby doświadczające stresu pourazowego doświadczają m.in.:

1. natrętnych, przerażających myśli;
2. retrospekcji:
 - ciągle przeżywanie traumy;
 - ponowne (wielokrotne) przeżywanie nadmiernie obciążającego psychicznie (traumatycznego) wydarzenia z przeszłości;
 - towarzyszące im objawy somatyczne tj. nadmierne pocenie, przyspieszony oddech, szybsze bicie serca (kołatanie);
 - koszmarów sennych;
 - emocjonalnego odrętwienia;
 - silnego poczucia winy;
 - depresji;

- ciągłego zamartwiania się;
- utraty zainteresowań.
- opóźniona lub przedłużona reakcja na wydarzenie traumatyczne (krótko lub długotrwałe) o charakterze zagrażającym, wywołującym ciężkie przeżycia (nie tylko u osób z PTSD);
- zmysłowe, emocjonalne i fizyczne doznania związane z traumą;
- unikanie myśli i wspomnień o wydarzeniu,
- unikanie działań, sytuacji, przedmiotów lub osób przypominających zdarzenie;
- nadmierna czujność;
- wzmożona reakcja zaskoczenia na bodźce (osoby z PTSD łatwo wystraszyć);
- doświadczanie odczucia odrętwienia, emocjonalnego przytępienia, odizolowania od innych
- nadmierne pobudzenie wegetatywne z nadmierną czujnością i wzmożoną reaktywnością na bodźce;
- lęk;
- wyobcowanie;
- anhedonia;
- myśli samobójcze (Gałęcki i Świącicki, 2015).

Trudne emocje towarzyszące zespołowi stresu pourazowego (PTSD) sprawiają, że codzienne funkcjonowanie staje się trudne.

Pacjenci zmagający się z PTSD unikają miejsc, wydarzeń, a nawet przedmiotów przypominających im o cierpieniu. Zetknięcie z unikaną sytuacją sprawia, że wywołana zostaje reakcja na przeszłe doświadczenia związane z traumą. Do symptomów PTSD zalicza się ciągłe odczuwanie napięcia i podenerwowania. Tym, co wyróżnia ASD (ciężką reakcję na stres) od zespołu stresu pourazowego, jest fakt, że w przypadku tego drugiego objawy utrzymują się dłużej niż kilka tygodni. PTSD wywołuje u chorych trudności z koncentracją, zaburzenia w sposobie odżywiania i snu. Niektóre osoby z PTSD nie wykazują żadnych objawów przez długi czas od traumatycznego wydarzenia, zatem choroba może pojawić się z oddaleniem czasowym - znacznie później niż czynnik stresogenny (Luxemburg, 2011).

Diagnoza PTSD

W diagnozowaniu PTSD specjaliści posługują się opisem klinicznym i wskazówkami

diagnostycznymi zaburzenia, a także badawczymi kryteriami diagnostycznymi, które są niezbędnymi warunkami rozpoznania zespołu stresu pourazowego.

Diagnoza zespołu stresu pourazowego polega na weryfikacji kryteriów objawowych, w tym:

- kryterium podstawowego dotyczącego stresora i skali jego nasilenia;
- określenia czy diagnozowana osoba doświadczyła, była świadkiem lub została skonfrontowana ze zdarzeniem niosącym śmierć, zagrożenie życia, względnie poważne zranienie fizyczne, lub naruszenie fizycznej integralności siebie lub innych;
- określenia czy reakcja osoby doświadczającej silnych emocji, obejmowała intensywny strach, bezsilność lub przerażenie;
- zweryfikowania czy pacjenci z PTSD doświadczają innych, kategoryzowanych w skali rozpoznawczej stresu pourazowego objawów uporczywego przypominania stresora - przeżywanie natrętnych reminiscencji (przebłysków), żywych wspomnień, nawracających snów, unikania okoliczności przypominających lub powiązanych ze stresorem (jednocześnie związane z brakiem takiego zachowania przed jego działaniem) (Luxemburg, 2011) (Gałęcki i Świącicki, 2015).

Diagnoza PTSD obejmuje wystąpienie jednego z wymienionych poniżej kryteriów:

- niemożność przypomnienia sobie, częściowo lub całkowicie, okresu ekspozycji na stresor;
- epizody podwyższonej wrażliwości psychologicznej i pobudzenia niewystępujące przed urazem, m.in. trudności w zasypianiu, przedwczesne budzenie się, drażliwość, wybuchy agresji i gniewu, trudności w koncentracji, nadmierna czujność, wyolbrzymiona reakcja na niespodziewany bodziec (Gruszczyński i in., 1997).

Trudno jednoznacznie określić, co jest traumą, a co nią nie jest. W psychiatrii zawężono pojęcie 'traumy' do sytuacji związanej z zagrożeniem życia, poważnym urazem lub przemocą seksualną w stosunku do danej osoby albo do bycia świadkiem tego typu wydarzeń u innych. Nietrudno wyobrazić sobie jednak sytuacje, które wykraczają poza tę definicję, a w powszechnym odczuciu mogą stać się traumatyzujące (Gałęcki i Świącicki, 2015).

Badacze zajmujący się tymi zjawiskami opisują: traumę typu I – pojedyncze, ekstremalne wydarzenie, które wystąpiło w życiu dorosłym lub dzieciństwie (np. wypadek samochodowy, pobicie lub gwałt) oraz traumę typu II, określaną czasem traumą relacyjną – powtarzających się wydarzeń, występujących zwykle w kontekście bliskiej relacji (Gulcz i Polak, 2002). W związku z tym, do doświadczeń traumatycznych zaczęto też zaliczać też: nadużycie

emocjonalne (np. umniejszanie, dokuczanie, wyzwiska, groźby słowne, niesprawiedliwe karanie), nadużycie fizyczne (np. bycie uderzanym, dręczonym lub ranionym fizycznie), molestowanie lub nadużycie seksualne, a także emocjonalne zaniedbanie (Cichocki i Wieczorek, 2018; Strelau, 2020).

Skutkiem traumy typu I może być ostra reakcja stresowa lub zaburzenie stresowe pourazowe (w klasyfikacji DSM 5 nazywane odpowiednio ostrym zaburzeniem stresowymi zespołem stresu pourazowego – PTSD). W przypadku szybkiego rozpoznania tych zaburzeń i zastosowania odpowiedniego leczenia, skuteczność terapii jest dość wysoka.

Nieco inaczej prezentuje się kwestia skutków traumy typu II. Uważa się, że może ona powodować zaburzenia osobowości i zaburzenia dysocjacyjne. Wiedza kliniczna na temat skutków przewlekłej traumatyzacji (typ II) dopiero się rozwija i nie znalazła do tej pory pełnego odzwierciedlenia w oficjalnej klasyfikacji psychiatrycznej. Wiele badań klinicznych potwierdza jednak istnienie złożonego zespołu stresu pourazowego (complex PTSD), nazywanego w literaturze terminem DESNOS (*disorders of extreme stress not otherwise specified*). Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń związanych z traumą typu II jest dużo bardziej złożonym i długotrwałym procesem, niż leczenie „prostego” PTSD (Gulcz i Polak, 2002).

Trauma przybiera wiele kształtów i form, ale istnieją typowe wydarzenia mogące skutkować powstawaniem traumy: bycie ofiarą przemocy (każdego rodzaju -psychicznej, fizycznej, seksualnej), wypadek samochodowy, śmierć bliskiej osoby (szczególnie tragiczna i niespodziewana), rozwód (własny lub bliskich osób, na przykład rodziców), porzucenie (np. przez partnera lub rodziców), uwięzienie, utrata pracy, doświadczenie ubóstwa, czy kryzysu bezdomności, klęski żywiołowe, uraz fizyczny, poważna choroba, wojna, terroryzm, bycie świadkiem przestępstwa, wypadku lub śmierci (Steuden i Janowski, 2016).

Niektóre traumy, takie jak wypadki czy klęski żywiołowe, są zdarzeniami jednorazowymi, o ograniczonym czasie trwania i zakresie. Inne traumy są długotrwałe, takie jak radzenie sobie z przewlekłą chorobą lub radzenie sobie z powtarzającą się przemocą domową. Należy pamiętać, że samo zaistnienie wydarzenia potencjalnie traumatycznego nie oznacza pewności, że wystąpi trauma lub zespół stresu pourazowego. Kluczowa jest osobista reakcja danej osoby. Dokładnie ta sama sytuacja u jednej osoby może wywołać ciężką traumę, a inna osoba samodzielnie poradzi sobie z przeżyciem, bez długotrwałych uszczerbków na zdrowiu psychicznym. Osoba może nie pamiętać traumatycznego wydarzenia. To może być wynikiem mechanizmów obronnych, które chronią umysł przed zbyt dużym stresem emocjonalnym. Pamięć traumatyczna może być fragmentaryczna lub całkowicie zablokowana.

Nawet jeśli dana osoba nie pamięta szczegółów wydarzenia, może wciąż doświadczać objawów związanych z traumą (Cichocki i in., 2018).

Trauma może manifestować się na różne sposoby, w tym:

- Emocjonalne reakcje: Silny lęk, smutek, gniew, drażliwość lub beznadziejność.
- Powracające myśli: Uczucie, że wspomnienia o traumatycznym wydarzeniu nieustannie wracają, czasami w nieoczekiwanych sytuacjach.
- Objawy fizyczne: Bóle głowy, napięcie mięśniowe, zaburzenia snu, a także objawy somatyczne, takie jak bóle brzucha.
- Unikanie: Osoba może unikać sytuacji, miejsc lub ludzi, którzy przypominają jej o traumatycznym wydarzeniu.
- Nadmierna czujność: Zwiększona wrażliwość na otoczenie, czujność wobec potencjalnych zagrożeń (Strelau, 2020).

Trauma to skomplikowane zjawisko, które wpływa na nasz umysł i ciało. Kiedy ktoś przeżywa traumatyczne wydarzenie, w jego pamięci tworzy się sieć skojarzeń związanych z tym doświadczeniem. Osoba, która doświadczyła wypadku, może na przykład zacząć panicznie bać się jazdy samochodem lub czuć lęk na dźwięk uruchamianego silnika. Nieleczona trauma może prowadzić do wielu problemów psychicznych, takich jak: koszmary senne, bezsenność, lęk i ataki paniki, złość i drażliwość. Można też odczuwać objawy fizyczne, takie jak bóle brzucha, szybkie bicie serca czy chroniczne zmęczenie. Objawy te mogą wystąpić zaraz po traumatycznym wydarzeniu lub pojawić się nawet lata później (Van der Kolk, 2024).

Nieleczone PTSD może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych i życiowych. Osoby z przewlekłym PTSD mogą zmagać się z chronicznym stresem, depresją i lękiem, które wpływają na ich codzienne życie (Ciepiałkowska i Ziarko 2010).

Mogą występować trudności w utrzymaniu relacji międzyludzkich i w pracy, co może prowadzić do izolacji społecznej i problemów zawodowych. W skrajnych przypadkach, brak leczenia może skutkować nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych mogących powodować uzależnienie, myślami samobójczymi oraz trwałymi zmianami w osobowości (Kalat, 2020).

Nieleczone PTSD często pogarsza jakość życia, powodując ciągłe cierpienie i utrudniając codzienne funkcjonowanie. Nadużywanie substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu może być sposobem radzenia sobie z bólem emocjonalnym i fizycznym związanym z doświadczeniem traumatycznym (Glasner-Edwards, 2024).

Leczenie PTSD

Leczenie PTSD jest możliwe i skuteczne. W leczeniu zespołu stresu pourazowego wyróżnia się metody psychoterapeutyczne oraz farmakologiczne.

Psychoterapia PTSD

Leczenie traumy może obejmować psychoterapię, leki, samoopiekę lub kombinację tych podejść (Cichocki i in.,2018).

Psychoterapia koncentruje się na pomaganiu ludziom w zintegrowaniu ich emocjonalnej reakcji na traumę, a także na radzeniu sobie z wynikającymi z tego stanami zdrowia psychicznego, takimi jak lęk, depresja lub zespół stresu pourazowego (Cichocki i in.,2018).

Leczenie może obejmować zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej, aby pomóc ocenić myśli i uczucia związane z traumą i zastąpić negatywne myślenie i mechanizmy na takie, które lepiej nam służą (Cichocki i in.,2018).

Leczenie terapeutyczne Pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem stresu pourazowego, odbywa się poprzez takie formy jak:

- terapia poznawczo-behawioralna;
- psychoterapia dynamiczna;
- desensytyzacja (Gulcz i Polak, 2002);
- terapia EMDR (terapia odwracania i przetwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych; ang. Eye Movement Desensitization and Reprocessing); terapia EMDR (terapia odwracania za pomocą ruchu gałek ocznych) jest skutecznym sposobem na walkę o zdrowie psychiczne. EMDR ma na celu zmniejszenie objawów traumy poprzez zmianę sposobu przechowywania wspomnień w mózgu. Terapeuta robi to, prowadząc pacjenta przez serię ruchów gałek ocznych, gdy ten przypomina sobie traumatyczne wspomnienia, aż te wspomnienia przestaną powodować niepokój. Chociaż pierwotnie metodę opracowano w celu leczenia traumy i zespołu stresu pourazowego, terapia EMDR może również pomóc złagodzić objawy innych problemów ze zdrowiem psychicznym. W przeciwieństwie do innych form terapii, które koncentrują się na zmianie emocji, myśli i zachowań wynikających z niepokojących doświadczeń, terapia EMDR koncentruje się bezpośrednio na konkretnych wspomnieniach, aby zmienić sposób ich przechowywania w mózgu (Van der Kolk, 2024).

- redukcja intensywności reakcji lękowych wywołujących zespół objawowy zaburzenia pourazowego;
- terapia ekspozycyjna: elementy redukcji lęku w procesie przywoływania stresogennych bodźców (doświadczeń traumatycznych); terapia przedłużonej ekspozycji jest praktykowana w USA przez Departament ds. Weteranów;
- Somatic Experiencing® (SE) to skuteczna psychofizjologiczna metoda leczenia objawów traumy i łagodzenia chronicznego stresu skupiająca się na ciele, a nie tylko na myślach i emocjach
- grupy samopomocowe – terapia grupowa (Cichocki i in., 2018)

Psychoterapia radzenia sobie z lękiem u osób ze zdiagnozowanym zespołem stresu pourazowego obejmuje:

- trening oswajania stresu;
- treningi relaksacji;
- warsztaty pozytywnego myślenia;
- trening asertywności;
- terapię zabawą;
- psychoedukację;
- wzmacnianie własnej autonomii;
- odbudowywanie zaufania;
- uznanie traumatycznych doświadczeń;

Po doświadczeniu traumatycznego wydarzenia bardzo ważne jest wdrożenie zdrowych strategii radzenia sobie, takich jak korzystanie ze wsparcia społecznego i minimalizowanie niezdrowych strategii radzenia sobie, takich jak unikanie ucieczki w alkohol lub narkotyki. Niektóre z rzeczy, które warto wypróbować, aby poradzić sobie z traumą, to:

- znalezienie grupy wsparcia, w której można porozmawiać z innymi osobami, które przeszły przez podobne doświadczenia – mogą być to znajome osoby, albo grupy wsparcia organizowane przy ośrodkach wspierających zdrowie psychiczne,
- zajęcie się zdrowiem organizmu, dzięki czemu łatwiej będzie mierzyć się z przytłaczającymi emocjami – podstawą jest wystarczająca ilość snu oraz odżywcza dieta,

- bezpieczne wyładowywanie negatywnych emocji, dzięki któremu pacjent nie czuł potrzeby uciekać w niezdrowe odskocznie (takie jak alkohol, narkotyki, czy zachowania autoagresywne) – dobrym wyborem może być sport, robotki ręczne, albo wyrażanie się przez sztukę (np. muzykę lub malowanie) (Kosecka i Stelmach, 2020).
- podejmowanie drobnych działań, może pomóc odzyskać poczucie kontroli -wykonanie dawno odwlekanego zadania, jak porządki w mieszkaniu, są na pozór błahe, ale w rzeczywistości pozwalają powrócić do normalnego trybu funkcjonowania (Heitzman, 2003).

Farmakoterapia w PTSD

Kolejną metodą leczniczą jest farmakologia. Stosowane są leki, które mogą być pomocne w przypadku stanów lękowych po przeżyciu traumy – zazwyczaj są to leki przeciwdepresyjne i leki przeciwlękowe (Kalat, 2020).

Leki nie wystarczą do wyleczenia traumy. Są świetnym rozwiązaniem, aby ukoić cierpienie i ustabilizować stan osoby po traumie na tyle, aby była w stanie podjąć psychoterapię (Kalat, 2020).

Najlepsze rezultaty w leczeniu osób z PTSD – zwłaszcza w ostrej i przewlekłej formie choroby – odnotowuje się w przypadku stosowania jednoczesnej psychoterapii i farmakoterapii. W leczeniu PTSD stosuje się leki:

- przeciwdepresyjne z grupy SSRI (ang. selective serotonin reuptake inhibitors; inhibitory zwrotne wychwyty serotoniny): obserwuje się korzystne działanie u 70% leczonych na PTSD osób;
- SNRI (ang. serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor; selektywne inhibitory wychwyty noradrenaliny i serotoniny);
- przeciwdepresyjne, w tym: tianeptyna, wenlafaksyna, trócykliczne leki przeciwdepresyjne, TLPD;
- anksjolityczne: buspiron (tylko przy objawach GAD; ang. general anxiety disorder; lęku uogólnionego);
- normotymiczne: karbamazepina
- nootropowe;
- przeciwlękowe: benzodiazepiny
- β -blokery: substancje blokujące receptory adrenergiczne

- nasenne: zolpidem. (Heitzman, 2002; Cebella i Łucka, 2007; Dąbrowska, 2008).

Wyżej wymienione terapie są skuteczne w leczeniu traumy. Ważne jest, aby osoba dotknięta traumą miała dostęp do wsparcia emocjonalnego i otoczenia, które sprzyja jej uzdrawianiu (van der Kolk, 2024).

Rdzeniowy Zanik Mięśni - Sma (Ang. *Spinal Muscular Atrophy*)

Wstęp

Rdzeniowy Zanik Mięśni - SMA (ang. *spinal muscular atrophy*) jest grupą chorób genetycznych, zaliczaną do chorób rzadkich, w której na skutek wady genetycznej dochodzi do obumierania motoneuronów w rogach przednich rdzenia kręgowego i w konsekwencji do zaniku mięśni. Jest to choroba neurodegeneracyjna, dziedziczona autosomalnie recesywnie, w której na skutek mutacji białka SMN 1 na chromosomie 5q (najczęściej występująca postać wczesnodziecięca i młodzieńcza) dochodzi do obumierania neuronów w rdzeniu kręgowym, co destabilizuje stymulację nerwową mięśni poprzecznie prążkowanych i w konsekwencji objawia się hipotonią, stopniowym zanikiem mięśni, upośledzeniem ogólnej sprawności fizycznej oraz trudnościami w oddychaniu. Do niedawna Rdzeniowy Zanik Mięśni (SMA) był uważany za chorobę nieuleczalną, postępującą prowadzącą do unieruchomienia i niewydolności oddechowej. A dostępne leczenie było jedynie objawowe. SMA nadal jest uważane za jedną z najczęstszych przyczyn zgonów wśród dzieci z chorobami genetycznymi. Obecnie dostępne są leki hamujące postępy choroby (Fundacja SMA, 2025).

Epidemiologia

Badania przeprowadzone w USA wykazały częstość nosicielstwa SMA w populacji ogólnej 1:54 osoby oraz zapadalność około 1 na 11 tysięcy urodzeń. Obserwowano duże różnice częstości nosicielstwa w zależności od rasy. Najwyższe nosicielstwo występowało w rasie kaukaskiej (2,02%), najniższą wśród Afroamerykanów, bo 0,98% (Jędrzejowska, Kostera-Pruszczyk, 2017).

W Europie badania prowadzone w latach 2011-2015, wykazały częstość zachorowania około 1 na 3900 do 1 na 16000 urodzeń (Jędrzejowska, Kostera-Pruszczyk, 2017).

W Polsce w tym okresie zdiagnozowano 240 przypadków SMA (w samym 2015 roku- 54 chorych), co odpowiada częstości zachorowania około 1: 8300 urodzeń (Jędrzejowska, Kostera-Pruszczyk, 2017).

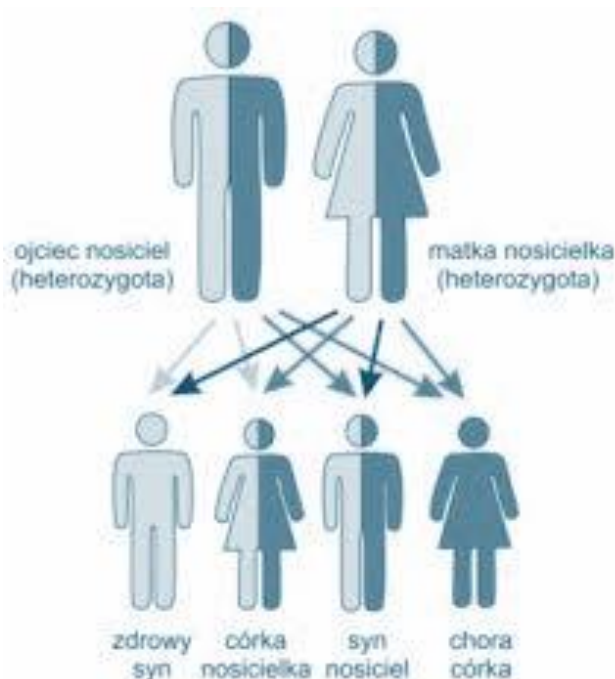
Na podstawie danych epidemiologicznych z 2010 roku szacuje się, że w Polsce rodzi się rocznie między 40 a 54 dzieci z SMA, a nosicielami wadliwego genu jest co 35 osoba (Jędrzejowska i Kostera-Pruszczyk, 2017).

Patogeneza SMA

Przyczyną SMA jest mutacja w genie SMN1 (95% przypadków polegająca na delecji w obrębie chromosomu piątego 5Q), rzadziej mająca charakter mutacji punktowej. U pozostałych 5% pacjentów choroba może pojawić się na skutek mutacji w innych genach, określanych jako non-5q-SMA. Skutkiem mutacji jest niedobór białka genu SMN1. Większość typów komórek jest w stanie skompensować lub tolerować niedobór białka SMN, jednak dla prawidłowego funkcjonowania neuronów ruchowych jest ono niezbędne (Majchrzak – Celińska i in.,2020).

Przebieg choroby jest uzależniony od liczby kopii genu SMN2, bowiem około 10–15% białka, powstającego w wyniku ekspresji tego genu, jest funkcjonalne. SMN1 i SMN2 są bardzo podobne pod względem sekwencji nukleotydowej (Majchrzak – Celińska i in.,2020).

U ludzi występuje zmienna liczba kopii niemal identycznego genu SMN2. Nasilenie objawów SMA zależy zatem w dużej mierze od liczby kopii SMN2. Mniejsza liczba kopii jest związana z cięższym przebiegiem choroby (Majchrzak – Celińska i in.,2020).



Rycina 3. Dziedziczenie SMA autosomalne recesywne,

Źródło: <https://www.malibohaterowie.org/dziedziczenie-chorob-mitochondrialnych/>

Diagnostyka

SMA powinno być diagnozowane i leczone na jak najwcześniejszym etapie choroby, optymalnie – przed pojawieniem się pierwszych objawów, gdyż wtedy leczenie jest najskuteczniejsze.

Badania przesiewowe noworodków

Od 2021 roku w Polsce wdrożono badania przesiewowe noworodków w kierunku SMA. Polegają one na dodaniu testu w kierunku rdzeniowego zaniku mięśni do listy ok. 30 badań w kierunku różnych chorób, takich jak mukowiscydoza lub fenyloketonuria, które są standardowo wykonywane wszystkim noworodkom w pierwszych dniach po urodzeniu jeszcze w szpitalu.

W razie pozytywnego wyniku testu w kierunku SMA wdraża się leczenie i jest szansa, że objawy w ogóle nie wystąpią (HTA Consulting, 2021).

Obserwacja występujących objawów

Kilkumiesięczne niemowlęta z SMA typu 0 i 1 są bardziej wiotkie, mają trudności z trzymaniem główki i podnoszeniem rącek oraz oddychają w charakterystyczny sposób - z dużym udziałem przepony (tzw. oddech paradoksalny).

W badaniu neurologicznym lekarz widzi obniżone lub nieobecne odruchy głębokie. Często obserwuje się drgania języka. W przypadku takich dzieci rzadko się zdarza, aby taka wstępna diagnoza SMA nie znalazła później potwierdzenia w badaniu genetycznym. U dzieci z łagodniejszymi postaciami SMA typu 2 i 3 gdy objawy obserwuje się po szóstym miesiącu życia, postawienie trafnej diagnozy jest większym wyzwaniem. Dziecko osiąga kolejne umiejętności i funkcje z prawidłowej ontogenezy po czym je traci lub nie osiąga kolejnych etapów rozwojowych i zatrzymuje się w rozwoju fizycznym.

Trudniejsze pod względem diagnostycznym jest, gdy choroba rozpocznie się w wieku dorosłym. Objawy pojawiają się wtedy i postępują bardzo powoli i są na tyle niecharakterystyczne, że nawet doświadczonym lekarzom rozpoznanie SMA może sprawiać trudności. Wątpliwości może rozstrzygnąć tylko badanie genetyczne.

Badanie genetyczne

Badanie genetyczne wykonuje się z krwi. Polega na sprawdzeniu za metod diagnostyki molekularnej, czy u badanej osoby występuje mutacja w genie SMN1 (tzw. mutacja

homozygotyczna, tj. na obu allelach). Zazwyczaj przy okazji określa się liczbę kopii genu SMN2, co w Polsce jest niezbędne do zakwalifikowania do programu lekowego (HTA Consulting, 2021). Kluczowe jest, aby w przypadku podejrzenia SMA u niemowląt i małych dzieci badanie genetyczne trwało jak najkrócej, nie dłużej niż tydzień, tak aby dziecko mogło jak najszybciej rozpocząć leczenie. Im później wdroży się leczenie, tym większe spustoszenie choroba zdąży poczynić w organizmie i tym słabszy będzie efekt leku. W razie podejrzenia choroby u starszych dzieci, w wieku kilku lat, czas trwania badania nie jest tak kluczowy, gdyż choroba postępuje wolniej, jednakże nadal nie powinno się czekać na wyniki badania genetycznego dłużej niż miesiąc (Jędrzejowska i Kostera-Pruszczyk, 2017).

Nietypowe mutacje genu SMN1

W rzadkich przypadkach standardowe badanie genetyczne nie wykryje SMA, mimo że chore dziecko ma wszystkie objawy choroby. Dzieje się tak, gdy mamy do czynienia z rzadkim typem mutacji w genie SMN1 (np. mutacje punktowe albo mutacje intronowe). Występuje to u 2–5% chorych. Diagnostyka polega wówczas na sekwencjonowaniu genu SMN1. W takich sytuacjach niezbędna jest konsultacja z genetykiem klinicznym (HTA Consulting, 2021).

Przebieg choroby i rokowania

Rdzeniowy Zanik Mięśni jest chorobą o zróżnicowanym przebiegu i rokowaniach. Ważny jest czas wystąpienia pierwszych objawów oraz ich nasilenie, także liczba kopii genu SMN2 oraz najwyższa osiągnięta przez dziecko funkcja motoryczna (uniesienie głowy, wysoki podpór, siad, czworakowanie, wstawanie, chód). W SMA występuje stale postępujący obraz choroby bez okresów remisji i zaostrzeń jak w przypadku innych chorób neurodegeneracyjnych co objawia się stałym, postępującym pogorszeniem objawów.

Im wcześniej występują objawy zaniku mięśni, tym cięższy przebieg choroby i gorsze rokowania. Wyróżnia się 4 typy SMA (Kolb i Kissel, 2015) ze względu na czas występowania objawów, ich nasilenie, liczbę kopii SMN2 oraz rokowania:

SMA 0 – objawy choroby występują już w życiu płodowym dziecka. Matka może czuć spowolnione ruchy płodu. Dziecko rodzi się już z występującymi objawami zaników mięśni, deformacjami stawów, klatki piersiowej (klatka piersiowa dzwonowata), uogólnioną hipotonią mięśni, trudnościami z przełykaniem, niewydolnością oddechową. Jest to najcięższa postać choroby, rokowania są bardzo niekorzystne. Obserwuje się brak możliwości samodzielnego funkcjonowania, ruchów głowy, w starszym wieku lokomocji, siadu. Niewydolność oddechowa

skutkuje leczeniem respiratorowym i częstymi infekcjami. Płacz i głos dziecka jest osłabiony. Są to najczęściej pacjenci leżący. Występuje tu też skrajny niedobór białka SMN2. Śmiertelność pacjentów w tej grupie jest największa.



Fotografia 1. Pacjent z SMA typ 0. Brak możliwości utrzymania głowy w próbie trakcyjnej, Źródło: zdjęcie własne.

SMA 1 – jest to najczęściej występująca postać choroby, w której obawy pojawiają się w pierwszych miesiącach życia dziecka do 6 miesiąca życia.



Fotografia 2. Dziecko z SMA typ 1 Utrzymuje samodzielnie głowę w próbie trakcyjnej. Siad możliwy z pomocą innej osoby, Źródło: zdjęcie własne.



Fotografia 3. Pacjent z SMA 1. Możliwość lokomocji za pomocą wózka aktywnego, Źródło: zdjęcie własne.

SMA 2 – objawy osłabienia mięśni występują między 6 a 18 miesiącem życia dziecka. W tej grupie dzieci najczęściej potrafią samodzielnie siedzieć, czworakować, wstawać, jednak rzadko kiedy mogą samodzielnie chodzić bez pomocy ortopedycznych. Problemem są wtórne objawy hipotonii i zaników mięśniowych - skoliozy, podwichnięcia lub zwichnięcia stawów biodrowych, przykurcze w stawach kolanowych, deformacje stóp, deformacje klatki piersiowej.



Fotografia 4. Pacjent z SMA 2. Możliwość samodzielnego siadu, Źródło: zdjęcie własne.



Fotografia 5. Dziecko z SMA 2. Nauka chodu, Źródło: zdjęcie własne.

SMA 3 – charakterystyczne dla 3-go typu SMA jest występowanie pierwszych objawów zaniku mięśni po 18 miesiącem życia dziecka. Dziecko w tym wieku osiągnęło już kamienie milowe prawidłowego rozwoju – samodzielne unoszenie głowy, podpór na prostych rękach, obroty, czworakowanie, wstawanie, chód (Tomczyński i in, 2011).

Pierwsze objawy często pojawiają się przy wchodzeniu na schody, dziecko zaczyna często się przewracać, pojawiają się zaniki mięśniowe w obrębie miednicy i obręczy barkowej, a następnie kończyn (Tomczyński i in, 2011).

Z wiekiem i wraz z postępem choroby, chory korzysta z wózka inwalidzkiego. Ten typ choroby, jak wszystkie powyższe, również kończy się znacznym stopniem niepełnosprawności, jednak długość życia (w przeciwieństwie do poprzednich typów) nie odbiega od normy (Tomczyński i in, 2011).

SMA 4 – objawy choroby pojawiają się w dorosłym wieku. Najłagodniejsza postać choroby. Objawia się łagodnym osłabieniem mięśni. Chory zachowuje zdolność chodzenia. Choroba nie wpływa na długość życia, ale na jego jakość (Tomczyński i in, 2011).

Chory z Rdzeniowym Zanikiem Mięśni SMA wymaga stałej wielospecjalistycznej opieki medycznej i 24-ro godzinnej opieki opiekuna (Tomczyński i in, 2011).

Tabela 1. Charakterystyka typów Rdzeniowego Zaniku Mięśni SMA

TYP SMA	WIEK WYSTĘPOWANIA PIERWSZYCH OBJAWÓW	NAJWYŻSZA FUNKCJA	LICZBA KOPII GENU SMN2
0	Okres prenatalny	Respirator, pozycja leżąca	1
1	0-6 miesięcy	Pozycja leżąca, obroty, brak samodzielnego siadu	2
2	< 18 miesięcy	Siad, czworakowanie, brak samodzielnego stania	3-4
3	>18 miesięcy	Samodzielne stanie, chód	3-4
3a	18 miesięcy-3lata	Samodzielne stanie, chód	3-4
3b	>3 lat	Samodzielne stanie, chód	4
4	>21 lat	Samodzielne stanie, chód	4-8

Źródło: Opracowanie własne.

Leczenie SMA

Leczenie SMA składa się z trzech komponentów:

1. Leczenie farmakologiczne jest niezbędne do zatrzymania dalszego postępu choroby i długofalowej poprawy stanu chorego. Leczenie farmakologiczne zatrzymuje obumieranie motoneuronów i pozwala, dzięki rehabilitacji, na odwracanie skutków choroby. Obecnie w państwach Unii Europejskiej dopuszczone są trzy nowoczesne leki na SMA. Działają w ten sposób, że zwiększają poziom białka SMN w organizmie chorego. Wszystkie trzy są objęte refundacją w Polsce:
 - Spinraza nusinersen - wlewy do kanału kręgowego raz na cztery miesiące (na początku części). Refundowany - lek pierwszej linii.
 - Zolgensma terapia genowa - jednorazowy wlew dożylny. Może być stosowany tylko u małych dzieci. Refundowany.
 - Evrysdi risdiplam - syrop do codziennego stosowania. Refundowany - lek drugiej linii (Fundacja SMA, 2025).

2. Leczenie objawowe ma na celu zmniejszenie dolegliwości związanych z komplikacjami SMA. W zależności od stopnia zaawansowania choroby, komplikacje mogą obejmować: niewydolność oddechową, uogólnione osłabienie mięśni, przykurcze mięśniowe, skrzywienia kręgosłupa, zwichnięcia stawów biodrowych, skłonność do infekcji, trudności w przełykaniu. U chorego stosuje się fizjoterapię, ortezy, mechaniczne wsparcie oddechu, gastrostomię, leczenie chirurgiczne stawów biodrowych i skoliozy. Chory uczęszcza do licznych specjalistów między innymi: neurologa, genetyka, ortopedy, fizjoterapeuty, neurologopedy, dietetyka (HTA Consulting, 2021).
3. Leczenie zapobiegawcze ma na celu zapobieżenie komplikacjom związanych z SMA. Stosuje się intensywną rehabilitację, terapię oddechową, dietę, stosuje się gorsety zapobiegające skoliozie i podwichnięciom stawów biodrowych i ortezy na kończyny dolne. Złamaniom kości zapobiega się monitorując ich gęstość i w razie potrzeby stosując leki przeciw osteoporozie. W tym przypadku pacjent również uczęszcza na zabiegi i wizyty do licznych specjalistów medycznych (Jędrzejowska i Kostera-Pruszczyk, 2017).

Rola i jakość życia opiekunów

Opisany w niniejszym rozdziale proces diagnozy, przebieg choroby i leczenie ma za zadanie przybliżyć w niewielkim stopniu ogrom problemu jaki spada na rodziców dzieci w momencie podejrzenia choroby i diagnozy chorego z rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA). Choroba znacząco wpływa na jakość życia pacjentów i ich rodzin. Najcięższe postaci SMA typu 0 i 1 prowadzą do przedwczesnej śmierci chorych dlatego już od momentu podejrzenia choroby, jej diagnozy rodzicom lub opiekunom towarzyszy ogromny stres i lęk o życie dziecka oraz wysiłek w sprawowaniu całodobowej opieki nad chorym. Częste pobyty w szpitalu, liczne badania, wizyty u specjalistów, leczenie, fizjoterapia, konieczność zapewnienia odpowiedniego sprzętu - zaopatrzenia ortopedycznego, respirator, koflator, pionizatory, odpowiednie siedziska czy wózek aktywny tylko potęgują nawarstwianie się trudności, które znacznie wykraczają poza poziom znany rodzicom i opiekunom dzieci zdrowych. Do najczęściej wskazywanych przez rodziców dzieci z SMA trudności wpływających na jakość ich życia należą:

- Przeciwdziałanie przedwczesnej śmierci chorych i lęk o życie.
- Obawa przed pogorszeniem stanu zdrowia ich dzieci.
- Trudne decyzje związane z leczeniem.
- Poczucie lęku i smutku.
- Stres związany z opieką nad chorym.

- Trudności ze snem.
- Konieczność rezygnacji z pracy jednego z opiekunów.
- Ograniczenie spotkań towarzyskich (HTA Consulting, 2021).

Całodobowa i ciągła opieka nad chorym wiąże się ze znacznymi kosztami społeczno-ekonomicznymi. Pacjenci i ich rodzice często są zmuszeni do korzystania z prywatnej opieki medycznej. Zakup odpowiedniego sprzętu niezbędnego do funkcjonowania w społeczeństwie (przystosowany samochód, fotelik samochodowy, wózek aktywny, pionizator) i zachowania najlepszej możliwej jakości życia (częsta rehabilitacja, turnusy rehabilitacyjne) wiąże się z kosztami znacznie wykraczającymi poza przeciętny budżet rodzinny, a refundacja sprzętu jest niewystarczająca. Wymienione wyżej czynniki w znacznym stopniu wpływają na jakość życia opiekunów chorych i ich rodzin w każdym wymiarze – psychicznym, fizycznym, społeczno-ekonomicznym.

Cel, problem badań i hipotezy

Cel badań

Celem badania była ocena występowania objawów stresu pourazowego u rodziców dzieci z diagnozą rdzeniowego zaniku mięśni (SMA).

Hipoteza badawcza

Rodzice dzieci z diagnozą rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) mają wyższy poziom objawów stresu pourazowego niż rodzice dzieci bez diagnozy SMA.

Material, metoda i narzędzia badawcze

W tym celu zbadano 31 rodziców dzieci z diagnozą SMA – grupa badana i 31 rodziców dzieci bez diagnozy SMA i innych niepełnosprawności – grupa kontrolna.

Do badania użyto kwestionariusza google forms składającego się z:

- metryczki,
- testu PCL-C (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*) o
- testu IES-R (*Impact Of Event Scale – Revised*) czyli Zrewidowanej Skala Zdarzenia (Babińska-Skalska, 2020).

Dane socjodemograficzne zawierały następujące zagadnienia:

- Wiek w latach.
- Płeć: Kobieta/Mężczyzna.
- Wykształcenie: Podstawowe/Średnie/Wyższe.
- Aktywność zawodowa: Pracuje zawodowo/Sprawuje opiekę nad dzieckiem/Bezrobotny/a.
- Miejsce zamieszkania: Wieś/Miasto
- Moje dziecko ma diagnozę Rdzeniowego Zaniku Mięśni (SMA): Tak/Nie.
- Jeśli tak, to podaj proszę wiek dziecka: wiek w latach.
- Jeśli tak, to ile lat minęło od diagnozy SMA?

PCL-C test na PTSD-Zespół Stresu Pourazowego

PCL-C (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*) to narzędzie służące do samooceny objawów stresu pourazowego (PTSD) u osób cywilnych. Jest to kwestionariusz samoopisowy oparty na kryteriach diagnostycznych PTSD z DSM-IV. Składa się z 17 pytań, a respondenci oceniają nasilenie objawów na skali 5-punktowej, od 1 („w ogóle”) do 5 („bardzo często”). PCL-C jest szeroko stosowany w badaniach klinicznych i diagnostyce (Weathers i in., 1993).

Badania potwierdzają wysoką trafność testu PCL-C. W badaniach nad populacjami nieklinicznymi, PCL-C okazał się skutecznym narzędziem do oceny objawów PTSD, nawet w przypadkach, gdy uczestnicy nie mieli zdiagnozowanej traumy. Kwestionariusz PCL-C cechuje się wysoką rzetelnością. Wskaźnik alfa Cronbacha dla tego narzędzia wynosi od 0,90 do 0,97 w różnych populacjach, co wskazuje na jego doskonałą spójność wewnętrzną. (Strelau i in., 2002).

Test składa się z 17 pytań odnoszących się do zachowań i odczuć respondenta na przestrzeni ostatniego miesiąca. Na każde z pytań należy odpowiedzieć w 5-stopniowej skali. Każda odpowiedź ma przypisaną liczbę punktów: W ogóle 1 pkt., Czasami 2 pkt., Umiarkowanie często 3 pkt., Często 4 pkt., Bardzo często 5 pkt. Po zsumowaniu punktów, przelicza się je następująco:

- 17-29 pkt Brak lub nieliczne objawy PTSD.
- 30-44 pkt Umiarkowane do umiarkowanie liczne objawy PTSD.
- 45-85 pkt Liczne objawy PTSD (Babińska – Sklaska, 2020).

Drugim testem zastosowanym w badaniu jest IES-R test IES-R (IMPACT OF EVENT SCALE – REVISED) jest 22 częściowym testem mierzącym poziom stresu

i lęku spowodowanych traumatycznymi wydarzeniami. Całość testu jest dostępna w załączniku numer 3. Używa się go również jako narzędzia przesiewowego przy diagnozowaniu PTSD czyli Zespołu Stresu Pourazowego.

Skala wpływu zdarzenia – Zrewidowana (IES-R)

To powszechnie stosowany kwestionariusz samoopisowy, który ocenia subiektywne doświadczanie stresu w odpowiedzi na traumatyczne wydarzenie. Mierzy nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego i był wykorzystywany w różnych badaniach naukowych oraz praktyce klinicznej. Test został stworzony w 1997 roku przez Daniel Weiss i Charles R. Marmar. IES-R została opracowana jako zaktualizowana wersja pierwotnej Skali Wpływu Zdarzenia (IES) i miała na celu dostarczenie bardziej kompleksowej oceny objawów zespołu stresu pourazowego. Składa się z 22 pytań, które są oceniane na 5-stopniowej skali Likerta, obejmującej zakres od „w ogóle” do „bardzo często”. Kwestionariusz jest podzielony na trzy podskale:

- Intruzja: Ta podskala ocenia częstotliwość i intensywność napastliwych myśli, koszmarów i wspomnień związanych z traumatycznym wydarzeniem.
- Unikanie: Ta podskala mierzy wysiłki podejmowane w celu uniknięcia przypomnień lub myśli o traumatycznym zdarzeniu, a także odrętwienie emocjonalne i odłączenie.
- Hiperpobudzenie: Ta podskala ocenia objawy takie jak drażliwość, trudności w zasypianiu, nadmierną czujność i przesadzoną reakcję na bodźce.

Aby uzyskać ogólny wynik IES-R, sumuje się wyniki ze wszystkich trzech podskal. Wyższe wyniki na IES-R wskazują większe doświadczanie stresu i objawy zespołu stresu pourazowego związane z traumatycznym wydarzeniem.

Skala służy do badania osób dorosłych, którzy uczestniczyli w określonym zdarzeniu traumatycznym, jak naturalne katastrofy, wypadki czy akty przemocy, lub też należą do grup zawodowych narażonych na ryzyko wystąpienia traumy. Skalę można wykorzystywać do monitorowania zmian w nasileniu reakcji postraumatycznych; przeznaczona jest głównie do celów badawczych, lecz może znaleźć również zastosowanie w praktyce, w badaniach przesiewowych, profilaktycznych, w ocenie efektywności oddziaływań terapeutycznych itp. Może służyć jako proste narzędzie do szybkiej oceny zagrożenia związanego z doświadczaniem zdarzeń traumatycznych albo do monitorowania zmian w nasileniu objawów.

Skala Wpływu Zdarzenia – Zrewidowana (IES-R) jest narzędziem o wysokiej trafności i rzetelności. Rzetelność: IES-R wykazuje wysoką spójność wewnętrzną, z wartościami alfa

Cronbacha powyżej 0,9, co świadczy o jej niezawodności. Walidacja: IES-R jest skorelowana z innymi miarami PTSD, co potwierdza jej wartość diagnostyczną (Weiss i in., 1997).

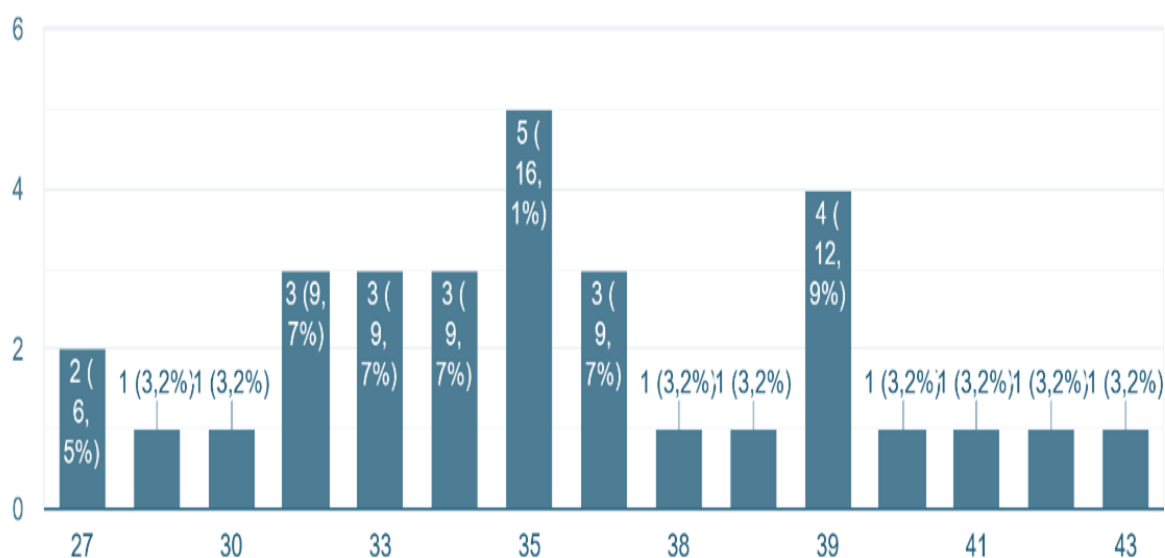
Test składa się z 22 pytań odnoszących się do odczuć, zachowań i myśli respondenta związanych z traumatycznym wydarzeniem na przestrzeni ostatnich siedmiu dni. Na każde z pytań respondent odpowiada zaznaczając jedną z pięciu odpowiedzi najbardziej do niego pasującą: W ogóle, Trochę, Umiarkowanie, Często, Bardzo często. Odpowiedzi są punktowane odpowiednio 0, 1, 2, 3 i 4 punkty. Po odpowiedzeniu na wszystkie pytania i zsumowaniu punktów skalę objawów określamy według tabeli.

- 0-23 pkt Brak lub łagodne objawy.
- 24-32 pkt Duża część objawów.
- 33 i więcej pkt Większość objawów charakterystycznych dla PTSD (Babińska - Sklaska, 2020).

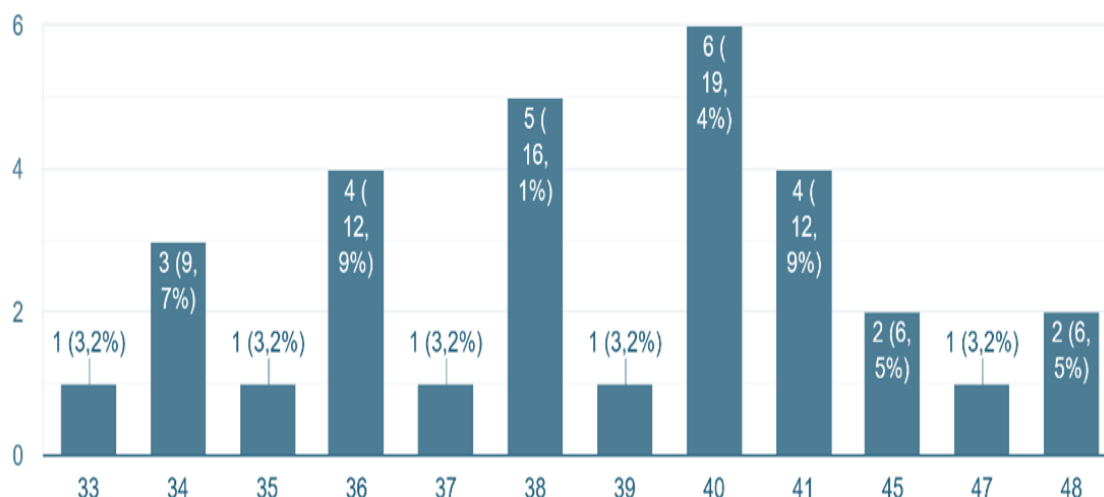
Charakterystyka osób badanych

Grupa badana stanowiła 31 osób - rodziców dzieci ze zdiagnozowanym rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA).

W badaniu wzięło udział 23 kobiety (74,2%) i 8 mężczyzn (25,8%) w wieku od 27 do 43 lat, natomiast w grupie kontrolnej znalazło się 31 rodziców dzieci bez diagnozy SMA i bez niepełnosprawności - 27 (87,1%) kobiet i 4 (12,9%) mężczyzn w wieku od 33 do 48 lat.



Rycina 3 .Wiek grupy badanej, Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 4. Wiek grupy kontrolnej, Źródło: Opracowanie własne.

19-stu (61,3%) badanych posiadało wykształcenie wyższe, a 12-stu (38,7%) – średnie, 15 (48,4%) osób z grupy badanej sprawowało opiekę nad dzieckiem, 14 (45,2%) – było aktywnych zawodowo, a 2 osoby bezrobotne. W grupie kontrolnej - 27 (87,1%) osób posiadało wyższe wykształcenie, a 4 (12,9%) osoby wykształcenie średnie, 28 (90,3%) osób pracowało zawodowo, a 3 (9,7%) sprawowało opiekę nad dzieckiem.

Większość badanych osób, bo aż 20 (64,5%) mieszkało w mieście, natomiast 11 (35,5%) na wsi. W grupie kontrolnej nieznaczna większość osób, bo 18 (58,1%) deklarowało, że na wsi, natomiast 13 (41,9%) mieszkało w mieście.

Wyniki badań własnych

Tabela 3. Wyniki badań grupy badanej, Źródło: Opracowanie własne.

Osoba badana	PCL-C test	IES-R test
1.	35	12
2.	34	11
3.	27	0
4.	33	5
5.	53	38
6.	59	35
7.	37	30
8.	54	38

Występowanie objawów stresu pourazowego u rodziców dzieci z diagnozą Rdzeniowego Zaniku

9.	23	1
10.	34	25
11.	35	9
12.	52	25
13.	37	21
14.	28	3
15.	28	5
16.	43	25
17.	52	20
18.	41	21
19.	44	20
20.	53	33
21.	18	1
22.	22	0
23.	31	0
24.	26	5
25.	56	37
26.	54	17
27.	24	4
28.	47	27
29.	42	18
30.	84	80
31.	58	37

Legenda: Zielony - brak lub nieliczne objawy PTSD; Pomarańczowy – umiarkowane objawy PTSD; Czerwony – liczne objawy PTSD

Tabela 4. Wyniki badań w grupie kontrolnej, Źródło: Opracowanie własne

Osoba badana	PCL-C test	IES-R test
1.	20	0
2.	48	43
3.	28	8
4.	25	2
5.	17	2
6.	52	21
7.	53	23
8.	25	10
9.	25	8
10.	33	15
11.	17	0

Występowanie objawów stresu pourazowego u rodziców dzieci z diagnozą Rdzeniowego Zaniku

12.	20	1
13.	35	16
14.	41	44
15.	39	11
16.	21	4
17.	26	9
18.	26	4
19.	34	10
20.	19	0
21.	34	7
22.	34	22
23.	42	62
24.	29	4
25.	25	2
26.	26	3
27.	36	24
28.	33	28
29.	25	18
30.	43	43
31.	31	8

Legenda: Zielony - brak lub słabe objawy PTSD, Pomarańczowy - umiarkowane PTSD, Czerwony - silne PTSD

23 osoby z grupy badanej liczącej 31 osób, co stanowiło 74,2 %, miało umiarkowane lub silne objawy stresu pourazowego badane testem PCL-C

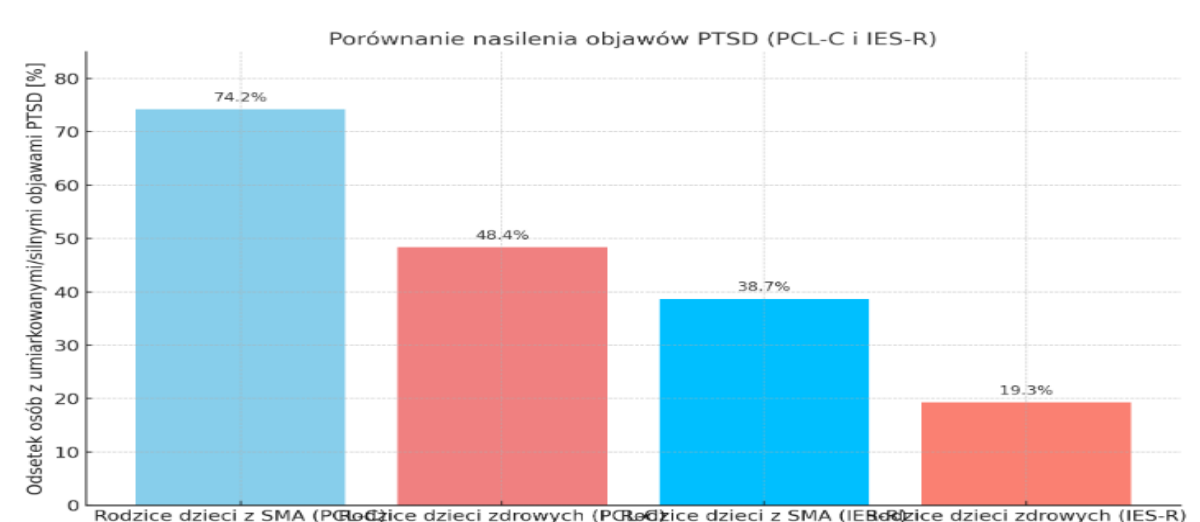
12 spośród 31 osób badanych, co stanowi 38,7%, ma umiarkowane lub silne objawy stresu pourazowego po badaniu testem IES-R

W grupie kontrolnej aż 48,4% (15 osób z 31 badanych) osób ma silne lub umiarkowane objawy stresu pourazowego badane PCL-C test i 19,3% (6 osób z 31 badanych) badanych testem IER-R

Analizę wyników wykonano w Systemie Zautomatyzowanego Tworzenia Opisu Statystycznego - SZTOS (Hryniewicz, Milewska, 2023). Wizualizację wyników przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu graficznego “ggplot2” (Wickham, 2016).

Niniejsza analiza miała na celu opis zmiennych i wystąpień, a także wyliczenie jaki stanowiły one odsetek w analizowanej próbie.

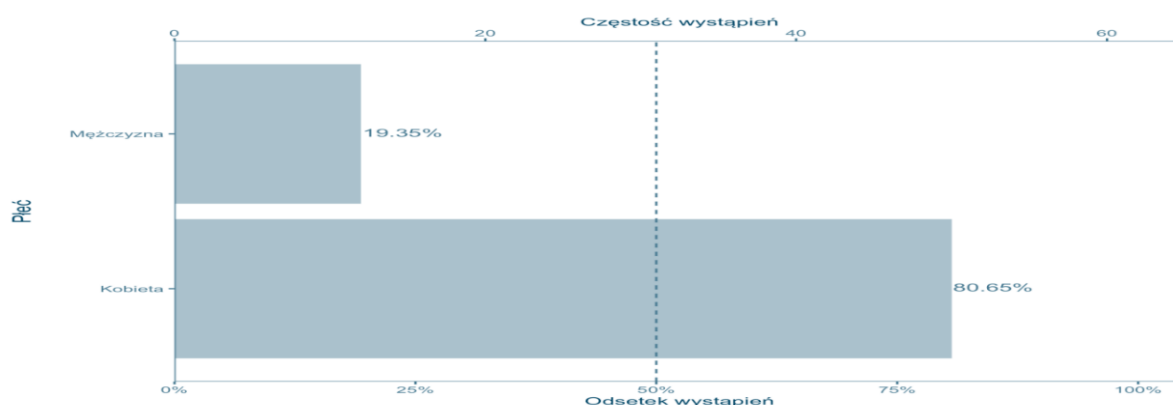
W celu weryfikacji czy te wystąpienia są tendencyjne lub przypadkowe wykonano test Chi Kwadrat dla proporcji (Pearson, 1900).



Rycina 5. Porównanie nasilenia objawów PTSD. Źródło: Opracowanie własne

W celu wyliczenia częstości i istotności występowania poszczególnych wartości zmiennych Płeć, Wykształcenie, Aktywność zawodowa, Miejsce zamieszkania, Diagnoza SMA wykonano serię 5 analiz częstości testem Chi Kwadrat.

Analiza dla zmiennej **Płeć** wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Kobieta, Mężczyzna wynosiła odpowiednio 50, 12 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.81, 0.19), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 23.29$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Kobieta $n = 50$, a najrzadziej wartość Mężczyzna $n = 12$). Zróznicowanie analizowanych wartości było silne, miara siły efektu Phi wyniosła wartość $\phi = 0.61$.



Nota: Zróznicowanie poziomów zmiennej Płeć było istotnie dalekie od wartości oczekiwanej wynoszącej 50.00% (przerywana linia). Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat wyniósł: $\chi^2(1) = 23.29$; $p < 0.001$

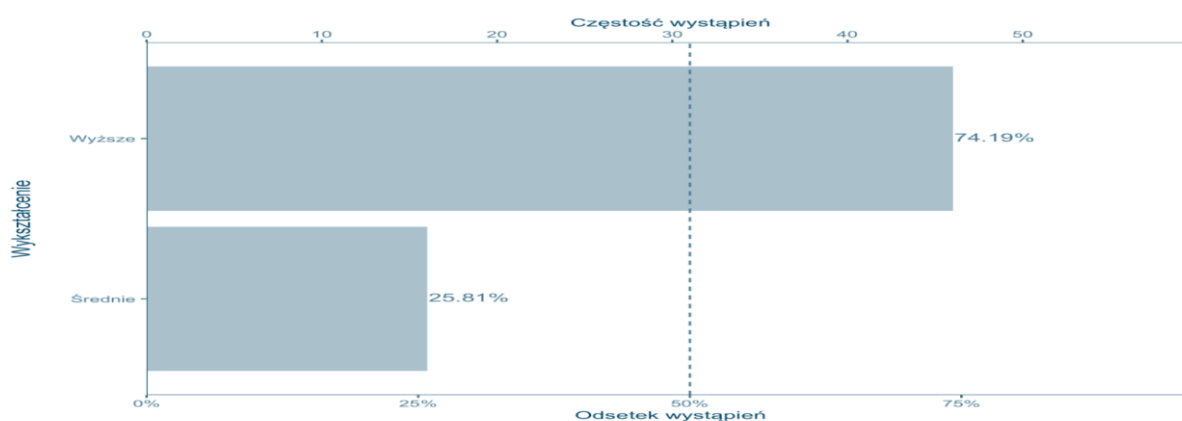
Rycina 6. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Płeć, Źródło: Opracowanie własne

Tabela 2. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Płeć

Zmienna	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Kobieta	50	81	50	81
Mężczyzna	12	19	62	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza dla zmiennej **Wykształcenie** wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Średnie, Wyższe wynosiła odpowiednio 16, 46 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.26, 0.74), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 14.52$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Wyższe $n = 46$, a najrzadziej wartość Średnie $n = 16$). Zróżnicowanie analizowanych wartości było umiarkowane, miara siły efektu Phi wyniosła wartość $\phi = 0.48$.



Nota: Zróżnicowanie poziomów zmiennej Wykształcenie było istotnie dalekie od wartości oczekiwanej wynoszącej 50.00% (przerywana linia). Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat wyniósł: $\chi^2(1) = 14.52$; $p < 0.001$

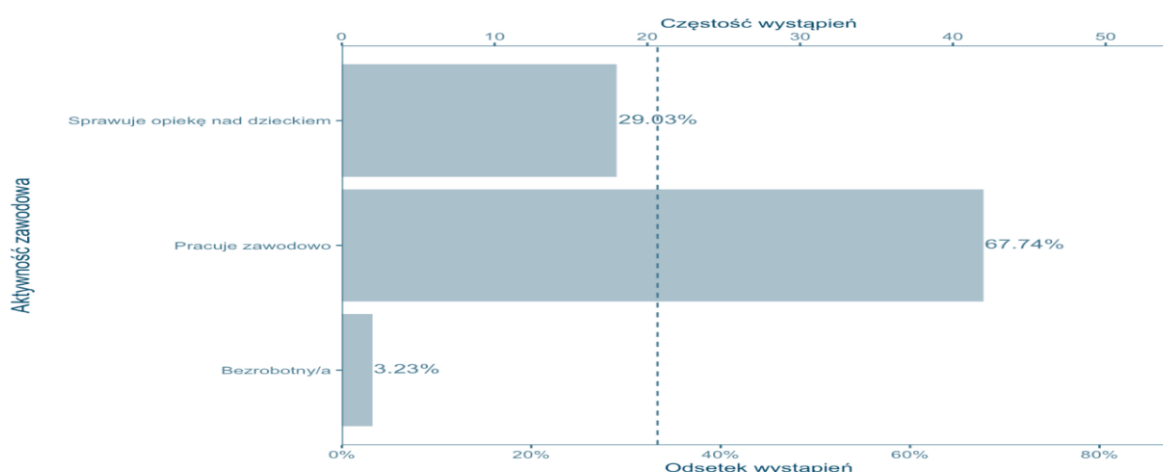
Rycina 7. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Wykształcenie, Źródło: Opracowanie własne

Tabela 3. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Wykształcenie

Zmienna	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Średnie	16	26	16	26
Wyższe	46	74	62	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza dla zmiennej **Aktywność zawodowa** wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Bezrobotny/a, Pracuje zawodowo, Sprawuje opiekę nad dzieckiem wynosiła odpowiednio 2, 42, 18 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.03, 0.68, 0.29), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(2) = 39.23$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Pracuje zawodowo $n = 42$, a najrzadziej wartość Bezrobotny/a $n = 2$). Zróznicowanie analizowanych wartości było silne, miara siły efektu Phi wyniosła wartość $\phi = 0.80$.



Nota: Zróznicowanie poziomów zmiennej Aktywność zawodowa było istotnie dalekie od wartości oczekiwanej wynoszącej 33.33% (przerywana linia). Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat wyniósł: $\chi^2(2) = 39.23$; $p < 0.001$.

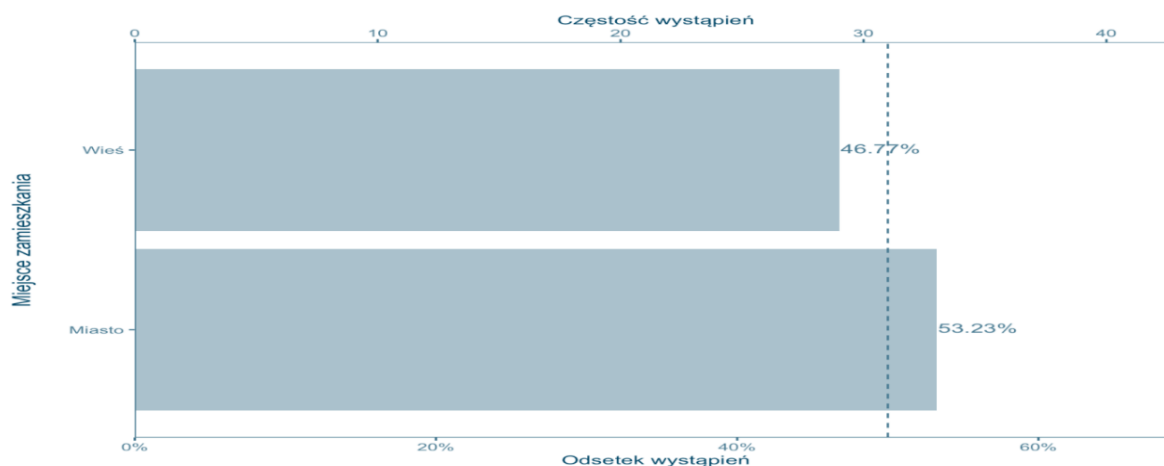
Rycina 8. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Aktywność zawodowa,
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Aktywność zawodowa

Zmienna	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Bezrobotny/a	2	3	2	3
Pracuje zawodowo	42	68	44	71
Sprawuje opiekę nad dzieckiem	18	29	62	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza dla zmiennej **Miejsce zamieszkania** wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Miasto, Wieś wynosiła odpowiednio 33, 29 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.53, 0.47), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 0.26$; $p = 0.611$. Zróznicowanie analizowanych wartości było bardzo słabe $\phi = 0.06$.



Nota: Zróżnicowanie poziomów zmiennej Miejsce zamieszkania nie było istotne ze względu na wystąpienia bliskie wartości oczekiwanej wynoszącej 50.00% (przerwana linia). Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat wyniósł: $\chi^2(1) = 0.26$; $p = 0.611$

Rycina 9. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Miejsce zamieszkania,

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 5. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Miejsce zamieszkania

Zmienna	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Miasto	33	53	33	53
Wieś	29	47	62	100

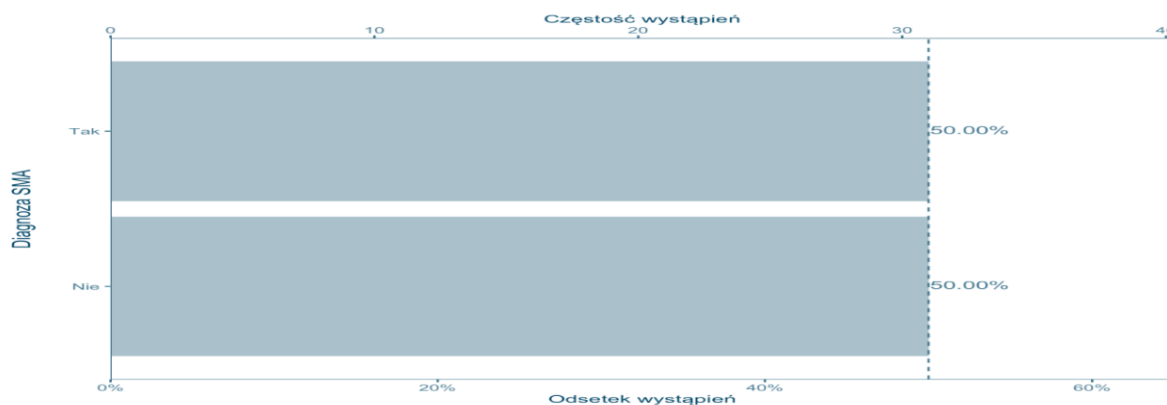
Źródło: Opracowanie własne.

Analiza dla zmiennej **Diagnoza SMA** wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Nie, Tak wynosiła odpowiednio 31, 31 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.50, 0.50), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%). Liczebności wartości tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 0.00$; $p = 1.000$ Zróżnicowanie analizowanych wartości było bardzo słabe $\phi = 0.00$.

Tabela 6. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Diagnoza SMA

Zmienna	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	31	50	31	50
Tak	31	50	62	100

Źródło: Opracowanie własne.



Nota: Zróżnicowanie poziomów zmiennej Diagnoza SMA nie było istotne ze względu na wystąpienia bliskie wartości oczekiwanej wynoszącej 50.00% (przerywana linia). Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat wyniósł: $\chi^2(1) = 0.00$; $p = 1.000$

Rycina 10. Częstość i odsetek występowania wartości zmiennej Diagnoza SMA, Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 7. Podsumowanie analiz

Analizowana zmienna	Wynik
Płeć	Istotna dysproporcja wystąpień wartości
Wykształcenie	Istotna dysproporcja wystąpień wartości
Aktywność zawodowa	Istotna dysproporcja wystąpień wartości
Miejsce zamieszkania	Brak wyraźnej dysproporcji wystąpień wartości
Diagnoza SMA	Brak wyraźnej dysproporcji wystąpień wartości

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza zależności w tabelach krzyżowych

Niniejszą analizę wykonano w Systemie Zautomatyzowanego Tworzenia Opisu Statystycznego - SZTOS (Hryniewicz, Milewska, 2023). Wizualizację wyników przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu graficznego “ggplot2” (Wickham, 2016). W załączniku A jest przedstawiona tabela podsumowująca wyniki.

Analiza relacji między współwystępowaniem wartości zmiennych Płeć i Grupa

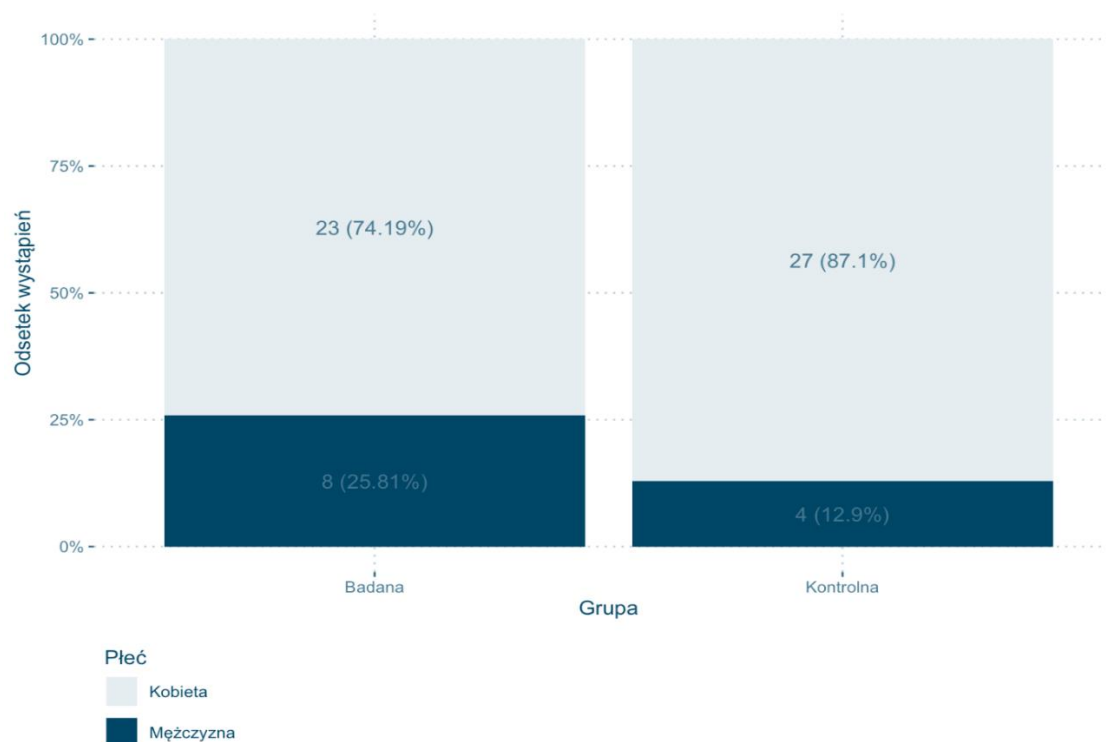
W niniejszej analizie wzięło udział $N = 62$ obserwacji. Analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej wierszowej Płeć wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Kobieta, Mężczyzna) wynosiła odpowiednio 50, 12 (odsetek wynosił odpowiednio 80.65, 19.35), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej

zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(2) = 23.29$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Kobieta $n = 50$, a najrzadziej wartość Męczyzna $n = 12$). Natomiast, analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej kolumnowej Grupa wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Badana, Kontrolna) wynosiła odpowiednio 31, 31 (odsetek wynosił odpowiednio 0.50, 0.50), co stanowiło sumę również 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(2) = 0.00$; $p = 1.000$.

Analiza istotności i siły relacji pomiędzy zmienną Płeć a zmienną Grupa

W celu weryfikacji zależności między zmienną Płeć a zmienną Grupa przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat (Pearson, 1900). Analiza testem Chi Kwadrat wykazała brak istotnej zależności między zmienną Płeć a zmienną Grupa, $\chi^2(1) = 1.65$; $p = 0.199$. Wystąpienia wartości zmiennej Płeć były podobne w poszczególnych poziomach zmiennej Grupa. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera (Cramer i Harald, 1946) była równa 0.16.

Tabelę krzyżową z wynikami liczebności przedstawia tabela nr 1. Wyniki statystyk częstości i odsetki oszacowań przedstawia Rycina 11.



Nota: n (%); n = liczebność w podzbiorze; Wynik testu Chi kwadrat nie wykazał istotnej zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli = $\chi^2(1) = 1.65$; $p = 0.199$.

Rycina 11. Występowanie wartości zmiennej Płeć w podgrupach zmiennej Grupa

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 8. Oszacowania kolumnowe dla relacji między zmienną Płeć a Grupa

Płeć	Badana	Kontrolna	Total
Kobieta	74.19% (23)	87.10% (27)	80.65% (50)
Mężczyzna	25.81% (8)	12.90% (4)	19.35% (12)
Total	100.00% (31)	100.00% (31)	100.00% (62)

Nota: Wynik testu Chi kwadrat nie wykazał istotnej zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli = $\chi^2(1) = 1.65$; $p = 0.199$.

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza relacji między współwystępowaniem wartości zmiennych Wykształcenie i Grupa

W niniejszej analizie wzięło udział $N = 62$ obserwacji. Analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej wierszowej Wykształcenie wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Średnie, Wyższe) wynosiła odpowiednio 16, 46 (odsetek wynosił odpowiednio 25.81, 74.19), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(2) = 14.52$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Wyższe $n = 46$, a najrzadziej wartość Średnie $n = 16$). Natomiast, analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej kolumnowej Grupa wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Badana, Kontrolna) wynosiła odpowiednio 31, 31 (odsetek wynosił odpowiednio 0.50, 0.50), co stanowiło sumę również 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(2) = 0.00$; $p = 1.000$.

Analiza istotności i siły relacji pomiędzy zmienną Wykształcenie a zmienną Grupa

W celu weryfikacji zależności między zmienną Wykształcenie a zmienną Grupa przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat (Pearson, 1900). Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność między zmienną Wykształcenie a zmienną Grupa, $\chi^2(1) = 5.39$; $p = 0.020$. Wystąpienia wartości zmiennej Wykształcenie były różne w poszczególnych poziomach zmiennej Grupa. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera (Cramer i Harald, 1946) była równa 0.29 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba.

Test proporcji występowania wartości kolumnowych zmiennej Grupa

W celu analizy dokładnych różnic wartości zmiennej Wykształcenie występujących w wierszach tabeli (Średnie, Wyższe) między wartościami zmiennej Grupa w kolumnach tabeli (Badana, Kontrolna) przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości

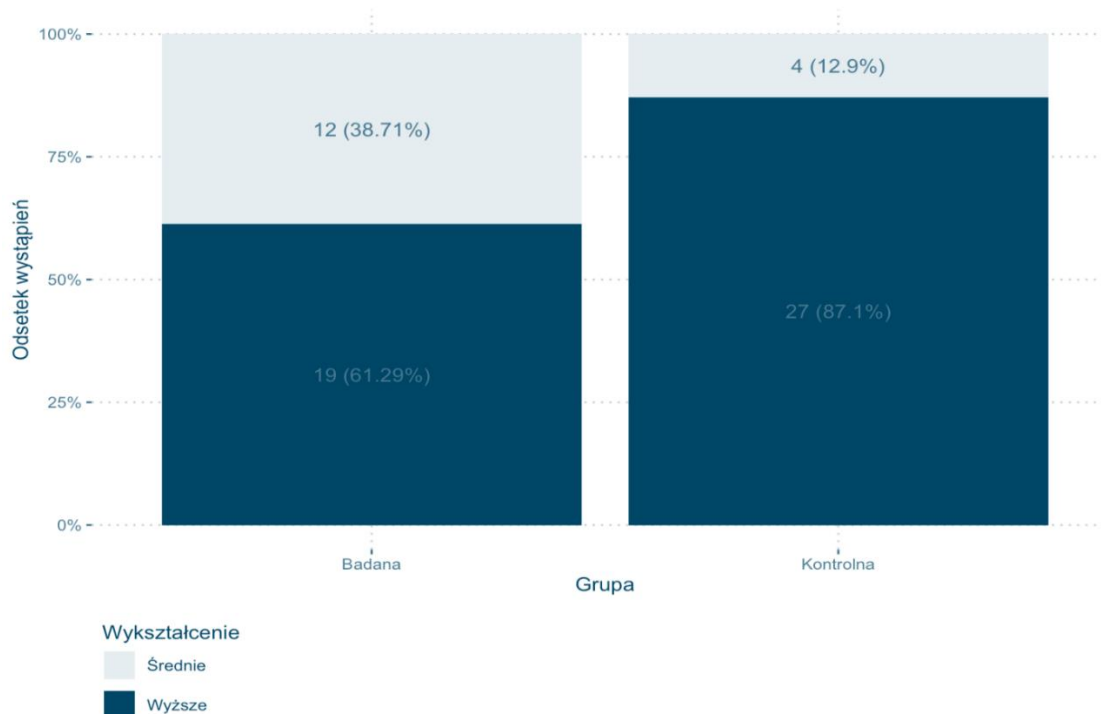
porównań $N = 1$). Analiza ta testuje różnice pod względem obserwowanej proporcji wartości wierszowych między dwiema kolumnami.

Porównanie 1

Porównanie kolumn **Badana Vs Kontrolna** zmiennej Grupa pod względem wartości wierszowych **Średnie, Wyższe** zmiennej Wykształcenie, wykazała następujące wyniki:

- Częstość występowania wartości 'Średnie' była znacznie większa w przypadku wartości 'Badana' 38.71% niż w przypadku wartości 'Kontrolna' 12.90%, $\chi^2(1) = 4.13$; $p = 0.042$. W wyliczeniu istotności statystycznej zastosowano poprawkę na ciągłość (Yates, 1934).
- Częstość występowania wartości 'Wyższe' była znacznie mniejsza w przypadku wartości 'Badana' 61.29% niż w przypadku wartości 'Kontrolna' 87.10%, $\chi^2(1) = 4.13$; $p = 0.042$. W wyliczeniu istotności statystycznej zastosowano poprawkę na ciągłość (Yates, 1934).

Tabele krzyżową z wynikami liczebności przedstawia tabela nr 2. Wyniki statystyk częstości i odsetki oszacowań przedstawia rysunek nr 8.



Nota: n (%); n = liczebność w podzbiorze; Wynik testu Chi kwadrat wykazał istotną zależność pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli = $\chi^2(1) = 5.39$; $p = 0.020$.

Rycina 12. Występowanie wartości zmiennej Wykształcenie w podgrupach zmiennej Grupa, Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 9. Oszacowania kolumnowe dla relacji między zmienną Wykształcenie a Grupa

Wykształcenie	Badana	Kontrolna	Total
Średnie	38.71% (12)	12.90% (4)	25.81% (16)
Wyższe	61.29% (19)	87.10% (27)	74.19% (46)
Total	100.00% (31)	100.00% (31)	100.00% (62)

Nota: Wynik testu Chi kwadrat wykazał istotną zależność pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli $= \chi^2(1) = 5.39; p = 0.020$.

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza relacji między współwystępowaniem wartości zmiennych Aktywność zawodowa i Grupa

W niniejszej analizie wzięło udział $N = 62$ obserwacji. Analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej wierszowej Aktywność zawodowa wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Bezrobotny/a, Pracuje zawodowo, Sprawuje opiekę nad dzieckiem) wynosiła odpowiednio 2, 42, 18 (odsetek wynosił odpowiednio 3.23, 67.74, 29.03), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 39.23; p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Pracuje zawodowo $n = 42$, a najrzadziej wartość Bezrobotny/a $n = 2$). Natomiast, analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej kolumnowej Grupa wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Badana, Kontrolna) wynosiła odpowiednio 31, 31 (odsetek wynosił odpowiednio 0.50, 0.50), co stanowiło sumę również 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(2) = 0.00; p = 1.000$.

Analiza istotności i siły relacji pomiędzy zmienną Aktywność zawodowa a zmienną Grupa

W celu weryfikacji zależności między zmienną Aktywność zawodowa a zmienną Grupa przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat (Pearson, 1900). Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera (Agresti, 1990; Bower i Keith, 2003). Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność między zmienną Aktywność zawodowa a zmienną Grupa, $\chi^2(2) = 14.67; p = 0.001$. Wystąpienia wartości zmiennej Aktywność zawodowa były różne w poszczególnych poziomach zmiennej Grupa. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera (Cramer i Harald, 1946) była równa 0.49 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie umiarkowana.

Test proporcji występowania wartości kolumnowych zmiennej Grupa

W celu analizy dokładnych różnic wartości zmiennej Aktywność zawodowa występujących w wierszach tabeli (Bezrobotny/a, Pracuje zawodowo, Sprawuje opiekę nad dzieckiem) między wartościami zmiennej Grupa w kolumnach tabeli (Badana, Kontrolna) przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). Analiza ta testuje różnice pod względem obserwowanej proporcji wartości wierszowych między dwiema kolumnami.

Porównanie 1

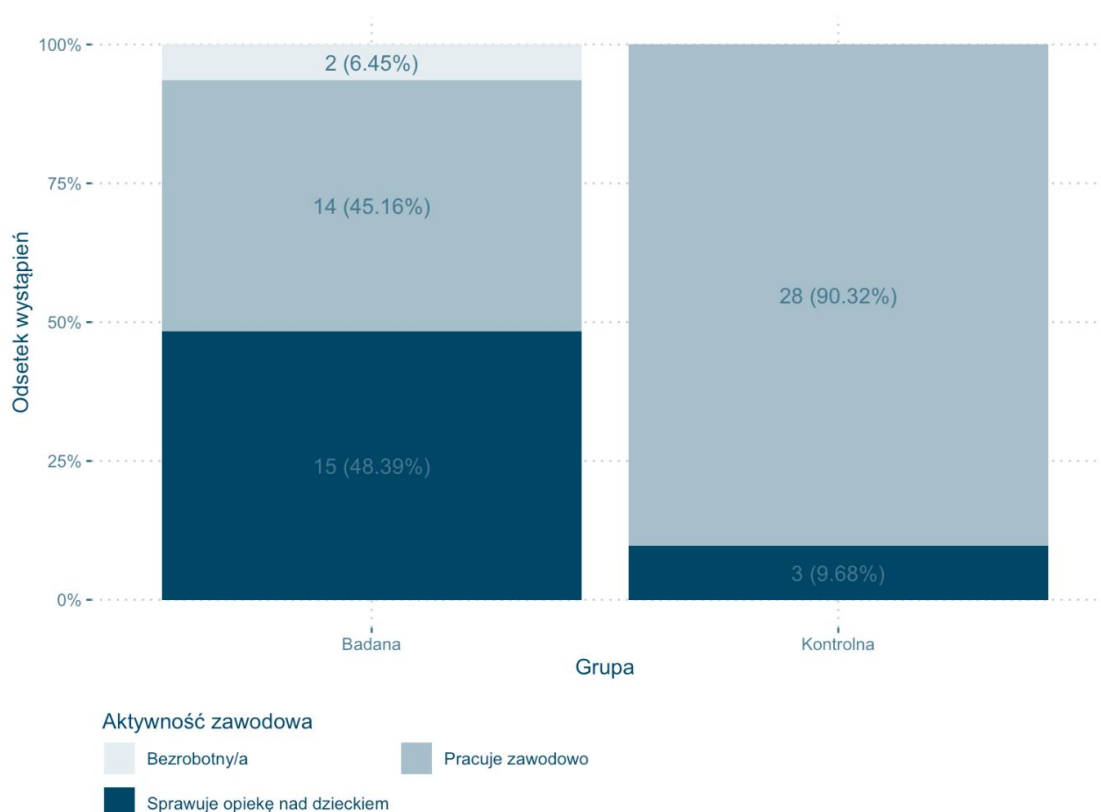
Porównanie kolumn **Badana Vs Kontrolna** zmiennej Grupa pod względem wartości wierszowych **Bezrobotny/a, Pracuje zawodowo, Sprawuje opiekę nad dzieckiem** zmiennej Aktywność zawodowa, wykazała następujące wyniki:

- Częstość występowania wartości 'Bezrobotny/a' była podobna w przypadku wartości 'Badana' 6.45% i 'Kontrolna' 0.00%, $\chi^2(1) = 0.52$; $p = 0.472$. W wyliczeniu istotności statystycznej zastosowano poprawkę na ciągłość (Yates, 1934).
- Częstość występowania wartości 'Pracuje zawodowo' była znacznie mniejsza w przypadku wartości 'Badana' 45.16% niż w przypadku wartości 'Kontrolna' 90.32%, $\chi^2(1) = 12.47$; $p < 0.001$. W wyliczeniu istotności statystycznej zastosowano poprawkę na ciągłość (Yates, 1934).
- Częstość występowania wartości 'Sprawuje opiekę nad dzieckiem' była znacznie większa w przypadku wartości 'Badana' 48.39% niż w przypadku wartości 'Kontrolna' 9.68%, $\chi^2(1) = 9.47$; $p = 0.002$. W wyliczeniu istotności statystycznej zastosowano poprawkę na ciągłość (Yates, 1934).

Tabela 10. Oszacowania kolumnowe dla relacji między zmienną Aktywność zawodowa a Grupa

Aktywność zawodowa	Badana	Kontrolna	Total
Bezrobotny/a	6.45% (2)	0.00% (0)	3.23% (2)
Pracuje zawodowo	45.16% (14)	90.32% (28)	67.74% (42)
Sprawuje opiekę nad dzieckiem	48.39% (15)	9.68% (3)	29.03% (18)
Total	100.00% (31)	100.00% (31)	100.00% (62)

Nota: Wynik testu Chi kwadrat wykazał istotną zależność pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli $= \chi^2(2) = 14.67$; $p = 0.001$. Źródło: Opracowanie własne.



Nota: n (%); n = liczebność w podzbiorze; Wynik testu Chi kwadrat wykazał istotną zależność pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli = $\chi^2(2) = 14.67$; $p = 0.001$.

Rycina 13. Występowanie wartości zmiennej Aktywność zawodowa w podgrupach zmiennej Grupa

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza relacji między współwystępowaniem wartości zmiennych Miejsce zamieszkania i Grupa

W niniejszej analizie wzięło udział $N = 62$ obserwacji. Analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej wierszowej Miejsce zamieszkania wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Miasto, Wieś) wynosiła odpowiednio 33, 29 (odsetek wynosił odpowiednio 53.23, 46.77), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%).

Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 0.26$; $p = 0.611$.

Natomiast, analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej kolumnowej Grupa wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Badana, Kontrolna) wynosiła odpowiednio 31, 31 (odsetek wynosił odpowiednio 0.50, 0.50), co stanowiło sumę również 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(2) = 0.00$; $p = 1.000$.

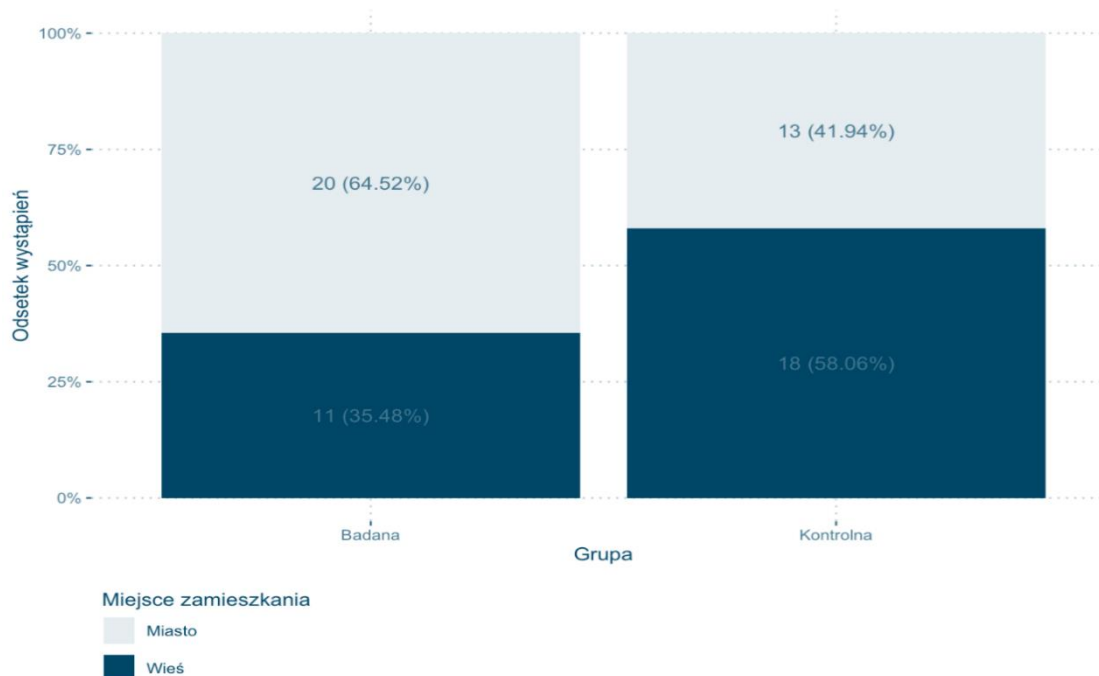
Analiza istotności i siły relacji pomiędzy zmienną Miejsce zamieszkania a zmienną Grupa

W celu weryfikacji zależności między zmienną Miejsce zamieszkania a zmienną Grupa przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat (Pearson, 1900). Analiza testem Chi Kwadrat wykazała brak istotnej zależności między zmienną Miejsce zamieszkania a zmienną Grupa, $\chi^2(1) = 3.17$; $p = 0.075$. Wystąpienia wartości zmiennej Miejsce zamieszkania były podobne w poszczególnych poziomach zmiennej Grupa. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera (Cramer i Harald, 1946) była równa 0.23.

Tabela 11. Oszacowania kolumnowe dla relacji między zmienną Miejsce zamieszkania a Grupa

Miejsce zamieszkania	Badana	Kontrolna	Total
Miasto	64.52% (20)	41.94% (13)	53.23% (33)
Wieś	35.48% (11)	58.06% (18)	46.77% (29)
Total	100.00% (31)	100.00% (31)	100.00% (62)

Nota: Wynik testu Chi kwadrat nie wykazał istotnej zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli = $\chi^2(1) = 3.17$; $p = 0.075$. *Źródło:* Opracowanie własne.



Nota: n (%); n = liczebność w podzbiorze; Wynik testu Chi kwadrat nie wykazał istotnej zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli = $\chi^2(1) = 3.17$; $p = 0.075$.

Rycina 14. Występowanie wartości zmiennej Miejsce zamieszkania w podgrupach zmiennej Grupa *Źródło:* Opracowanie własne.

Analiza relacji między współwystępowaniem wartości zmiennych Diagnoza SMA i Grupa

W niniejszej analizie wzięło udział $N = 62$ obserwacji. Analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej wierszowej Diagnoza SMA wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Nie, Tak) wynosiła odpowiednio 31, 31 (odsetek wynosił odpowiednio 50.00, 50.00), co stanowiło sumę 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 0.00$; $p = 1.000$. Natomiast, analiza częstości wystąpień wartości w zmiennej kolumnowej Grupa wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (Badana, Kontrolna) wynosiła odpowiednio 31, 31 (odsetek wynosił odpowiednio 0.50, 0.50), co stanowiło sumę również 62 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(2) = 0.00$; $p = 1.000$.

Analiza istotności i siły relacji pomiędzy zmienną Diagnoza SMA a zmienną Grupa

W celu weryfikacji zależności między zmienną Diagnoza SMA a zmienną Grupa przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat (Pearson, 1900). Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność między zmienną Diagnoza SMA a zmienną Grupa, $\chi^2(1) = 62.00$; $p < 0.001$. Wystąpienia wartości zmiennej Diagnoza SMA były różne w poszczególnych poziomach zmiennej Grupa. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera (Cramer i Harald, 1946) była równa 1.00 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie mocna.

Test proporcji występowania wartości kolumnowych zmiennej Grupa

W celu analizy dokładnych różnic wartości zmiennej Diagnoza SMA występujących w wierszach tabeli (Nie, Tak) między wartościami zmiennej Grupa w kolumnach tabeli (Badana, Kontrolna) przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). Analiza ta testuje różnice pod względem obserwowanej proporcji wartości wierszowych między dwiema kolumnami.

Porównanie 1

Porównanie kolumn **Badana Vs Kontrolna** zmiennej Grupa pod względem wartości wierszowych **Nie, Tak** zmiennej Diagnoza SMA, wykazała następujące wyniki:

1. Częstość występowania wartości 'Nie' była znacznie mniejsza w przypadku wartości 'Badana' 0.00% niż w przypadku wartości 'Kontrolna' 100.00%, $\chi^2(1) = 58.06$;

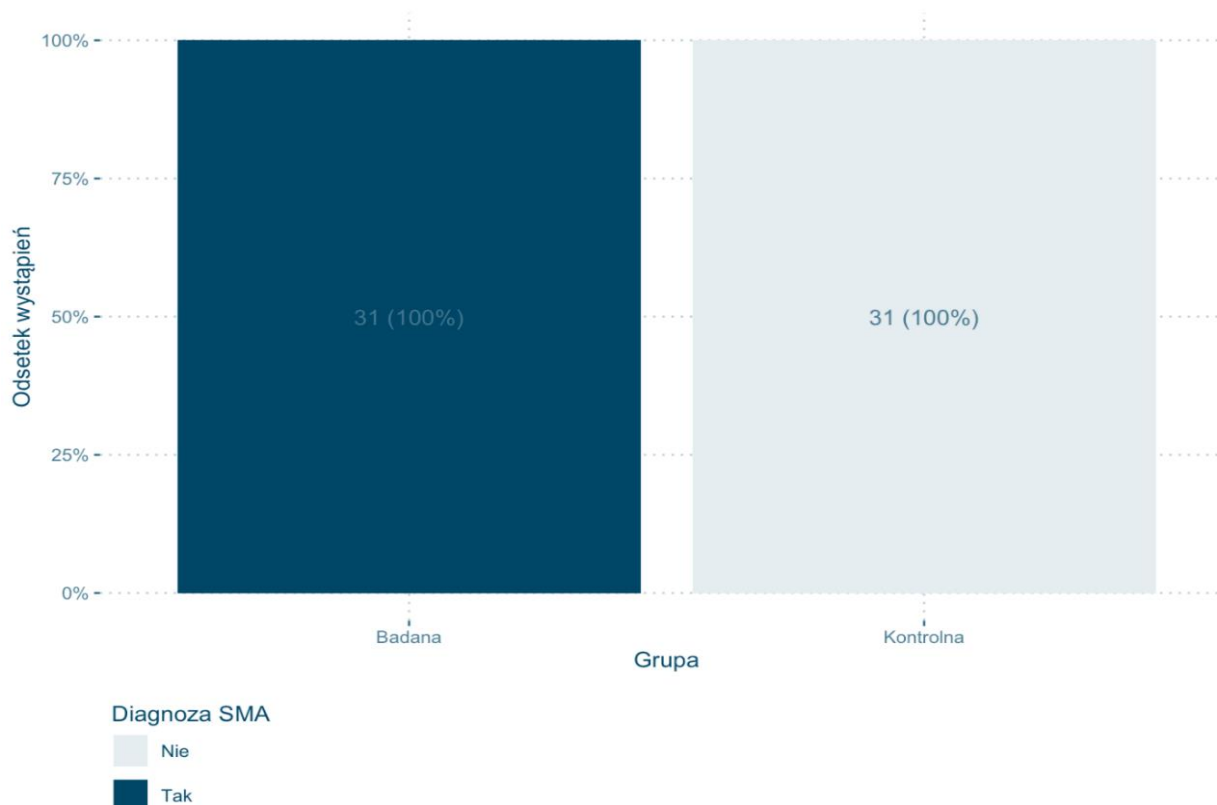
$p < 0.001$. W wyliczeniu istotności statystycznej zastosowano poprawkę na ciągłość (Yates, 1934).

2. Częstość występowania wartości 'Tak' była znacznie większa w przypadku wartości 'Badana' 100.00% niż w przypadku wartości 'Kontrolna' 0.00%, $\chi^2(1) = 58.06$; $p < 0.001$. W wyliczeniu istotności statystycznej zastosowano poprawkę na ciągłość (Yates, 1934).

Tabela 12. Oszacowania kolumnowe dla relacji między zmienną Diagnoza SMA a Grupa

Diagnoza SMA	Badana	Kontrolna	Total
Nie	0.00% (0)	100.00% (31)	50.00% (31)
Tak	100.00% (31)	0.00% (0)	50.00% (31)
Total	100.00% (31)	100.00% (31)	100.00% (62)

Nota: Wynik testu Chi kwadrat wykazał istotną zależność pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli = $\chi^2(1) = 62.00$; $p < 0.001$. *Źródło:* Opracowanie własne.



Nota: n (%); n = liczebność w podzbiorze; Wynik testu Chi kwadrat wykazał istotną zależność pomiędzy analizowanymi zmiennymi w tabeli = $\chi^2(1) = 62.00$; $p < 0.001$.

Rycina 152. Występowanie wartości zmiennej Diagnoza SMA w podgrupach zmiennej Grupa *Źródło:* Opracowanie własne.

Tabela 13. Podsumowanie analiz

Analizowana zmienna	Wynik
Relacja między zmienną Płeć a zmienną Grupa	Brak wyraźnej współzależności
Relacja między zmienną Wykształcenie a zmienną Grupa	Istotna \współzależność zmiennych
Relacja między zmienną Aktywność zawodowa a zmienną Grupa	Istotna współzależność zmiennych
Relacja między zmienną Miejsce zamieszkania a zmienną Grupa	Brak wyraźnej współzależności
Relacja między zmienną Diagnoza SMA a zmienną Grupa	Istotna współzależność zmiennych

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza testem U Manna-Whitneya

Różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Grupa w zakresie poziomu zmiennych PCL C, IES R.

Niniejszą analizę wykonano w Systemie Zautomatyzowanego Tworzenia Opisu Statystycznego - SZTOS (Hryniewicz, Milewska, 2023). W celu ustalenia istotnych różnic pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Grupa w zakresie poziomu zmiennych PCL C, IES R, W badaniu udział wzięło łącznie $N = 62$ obserwacji. Maksymalna liczebność w grupie Badana wyniosła $n = 31$, a w przypadku grupy Kontrolna wyniosła $n = 31$.

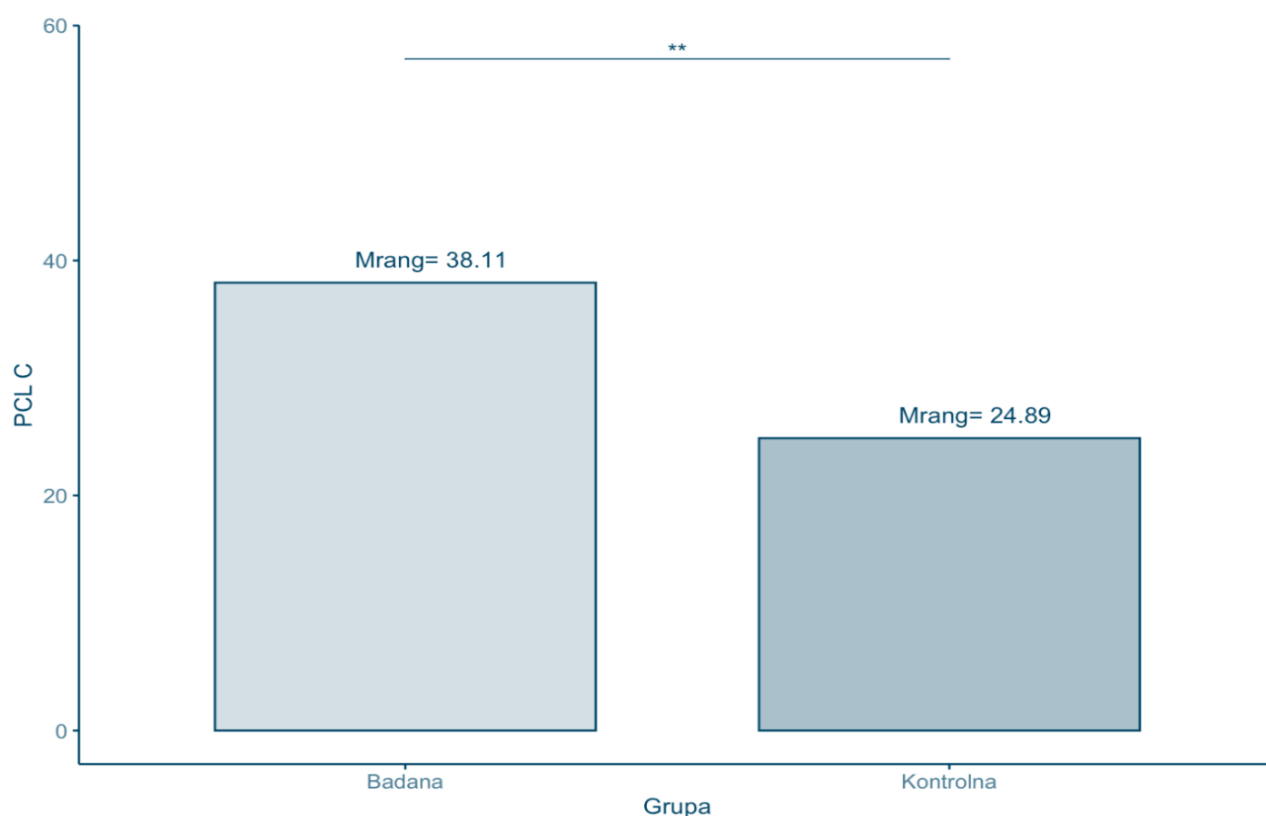
W celu ustalenia, czy grupy te są równoliczne przeprowadzono test chi-kwadrat dla jednej zmiennej (Pearson, 1900). W wyniku analizy ustalono, że grupy są statystycznie równoliczne, $\chi^2(1) = 0.00$; $p = 1.000$. Ocenę sił efektów wykonano za pomocą miary korelacji dwuseryjnej Glassa (Glass, 1965).

- Analiza wykazała, że w zakresie zmiennej PCL C różnica była istotna statystycznie, $U = 275.50$; $p = 0.004$ - wyższy wynik zaobserwowano w przypadku grupy Badana ($Mrang = 38.11$), a niższy w grupie Kontrolna ($Mrang = 24.89$). Siła efektu różnic między grupami pod względem zmiennej PCL C była umiarkowana ($rg = 0.43$).
- Analiza nie wykazała żadnych innych istotnych różnic Porównania międzygrupowe przedstawiono w Tabeli 1. Wizualną prezentację otrzymanych wyników stanowią Rysunki 12-13.

Tabela 14. Różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Grupa w zakresie poziomym zmiennych PCL C, IES R, Wiek

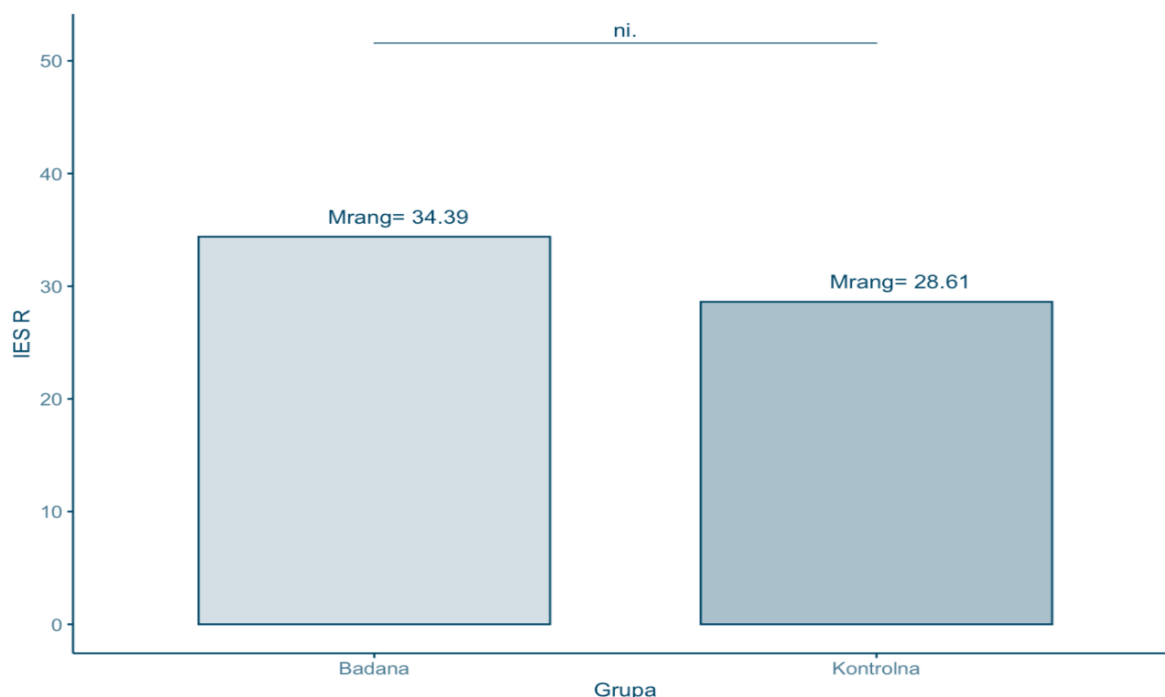
	Badana (a)					Kontrolna (b)					U Mann-Whitney test			
Zmienna	N	M	SD	Me	Mrang	N	M	SD	Me	Mrang	U	p	Różnica a vs b	rg
PCL C	31	40.77	14.41	37.00	38.11	31	31.03	9.77	29.00	24.89	275.50	0.004	a > b	0.43
IES R	31	19.45	17.18	20.00	34.39	31	14.58	15.51	9.00	28.61	391.00	0.210	a = b	0.19

Nota: Mrang = średnia ranga; U = Statystyka U Manna-Whitneya; p = Istotność statystyczna; rg = Statystyka testu siły efektu korelacji dwuseryjnej Glassa, Źródło: Opracowanie własne.



Nota: *. $p < 0.05$, **. $p < 0.01$, ***. $p < 0.001$, ni - wynik nieistotny

Rycina 16. Różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Grupa w zakresie poziomym zmiennej PCL C Źródło: Opracowanie własne.



Nota: *. $p < .05$, **. $p < .01$, ***. $p < .001$, ni. - wynik nieistotny

Niniejszą analizę i raport opisowy wykonano w Systemie Zautomatyzowanego Tworzenia Opisu Statystycznego - SZTOS (Hryniewicz, Milewska, 2023). Wizualizacje wyników przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu graficznego "ggplot2" (Wickham, 2016).

Rycina 173. Różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Grupa w zakresie poziomu zmiennej IES R, Źródło: Opracowanie własne.

Analiza korelacji Spearmana

Analiza korelacji między zmiennymi: Wiek dziecka, Czas od diagnozy SMA a PCL C, IES R

W celu weryfikacji zależności między zmiennymi: Wiek dziecka, Czas od diagnozy SMA a PCL C, IES R wykonano serię analiz korelacji metodą Spearmana (Spearman, 1904). Analiza testem Spearmana wykazała, że wzrost wyników zmiennej **Wiek dziecka** wiązał się ze spadkiem wyników zmiennej **PCL C**, $\rho(29) = -0.39$; $p = 0.028$ (siła tego związku była statystycznie umiarkowana).

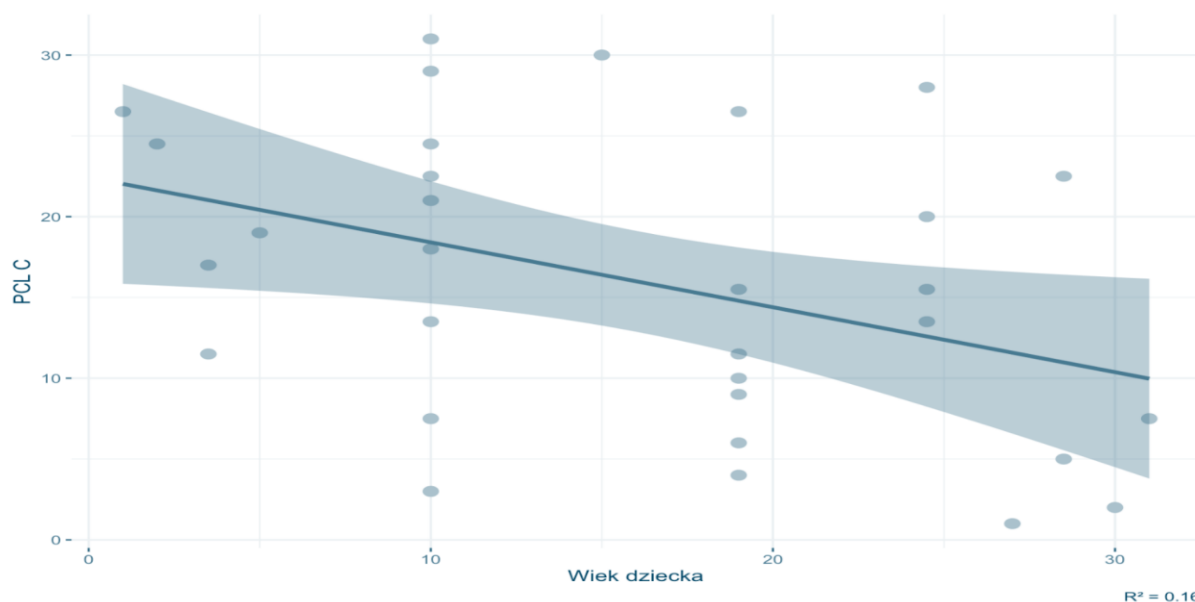
Tabela 15. Wyniki analizy korelacji Spearmana między zmiennymi: Wiek dziecka, Czas od diagnozy SMA a PCL C, IES R

Zmienna	PCL C	IES R
Wiek dziecka	-0.39*	-0.34
Czas od diagnozy SMA	-0.19	-0.22

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, Źródło: Opracowanie własne.

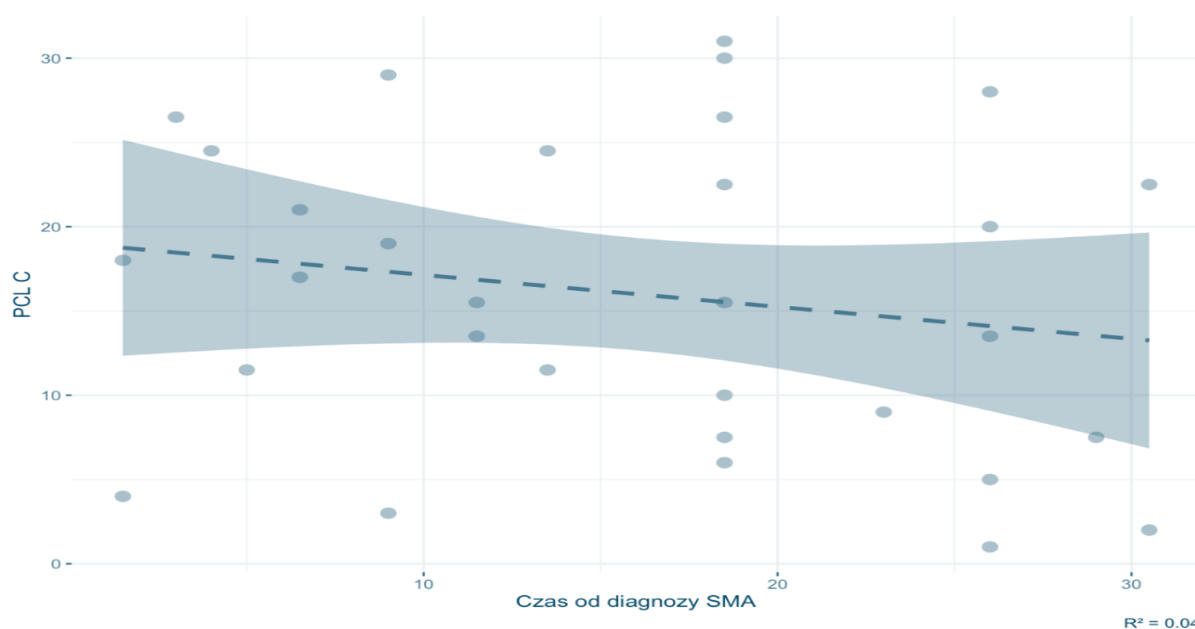
Szczegółowe wizualizacje relacji między zmiennymi

Poniższa seria rysunków przedstawia szczegółowe relacje między analizowanymi zmiennymi. Ze względu na nieparametryczny charakter analizy zmienne poddano procedurze rangowania.



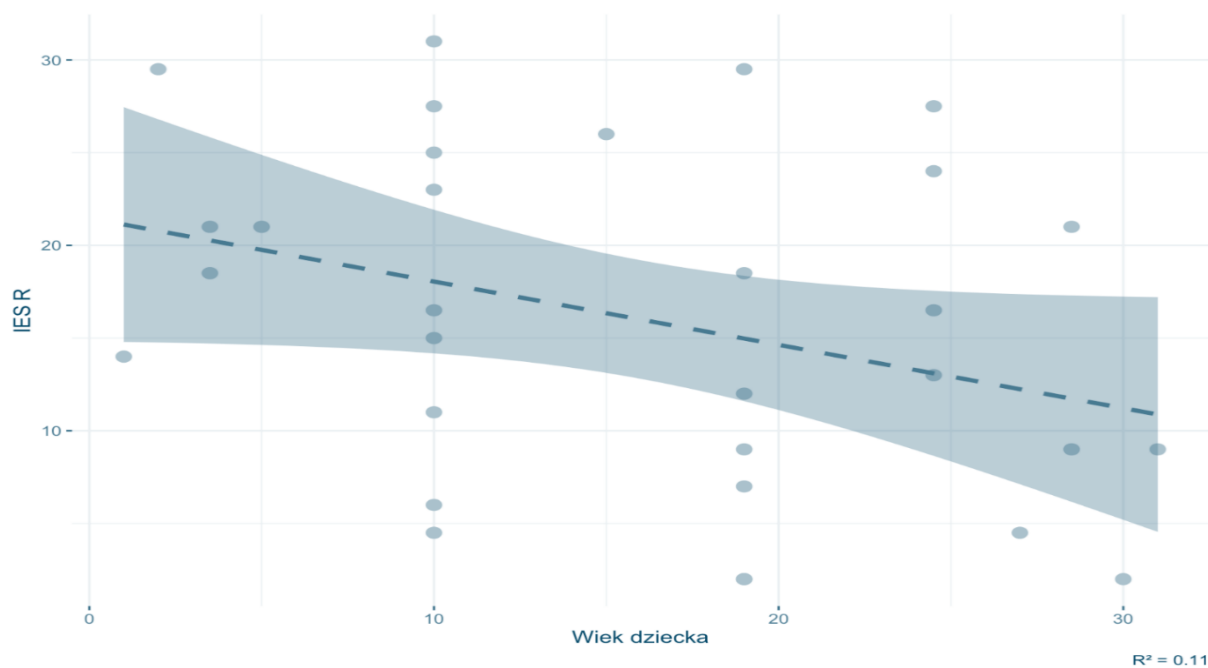
Nota: Ciągła linia - oznacza istotny związek między zmiennymi.

Rycina 48. Relacja zmiennej Wiek dziecka ze zmienną PCL C, Źródło: Opracowanie własne.



Nota: Przerywana linia - - - - - oznacza nieistotny związek między zmiennymi.
Liniowe relacje ze zmienną IES R

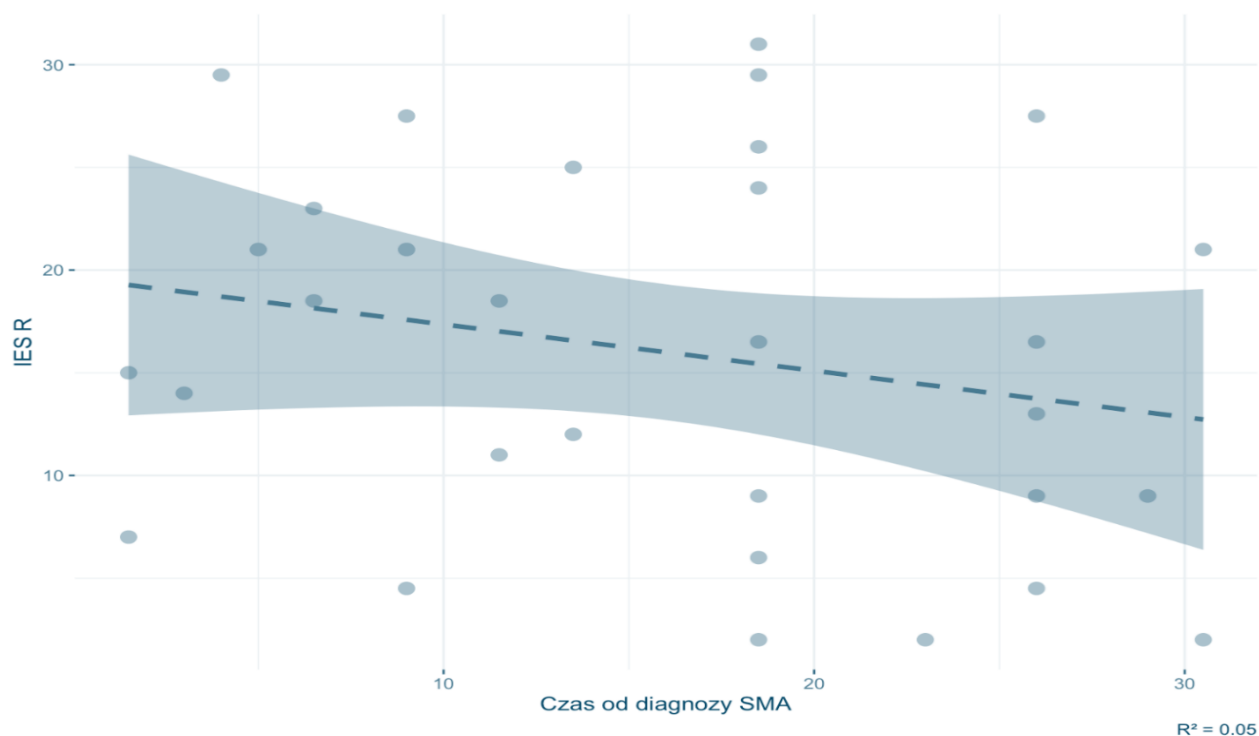
Rycina 59 Relacja zmiennej Czas od diagnozy SMA ze zmienną PCL C, Źródło: Opracowanie własne.



Nota: Przerywana linia - - - - - oznacza nieistotny związek między zmiennymi.

Rycina 6. Relacja zmiennej Wiek dziecka ze zmienną IES R

Źródło: Opracowanie własne.



Nota: Przerywana linia - - - - - oznacza nieistotny związek między zmiennymi.

Rycina 7. Relacja zmiennej Czas od diagnozy SMA ze zmienną IES R

Źródło: Opracowanie własne.

Dyskusja wyników

Należy podkreślić, że w wyniku analizy dostępnej literatury naukowej nie znaleziono badań nad korelacją objawów stresu pourazowego u rodziców dzieci z rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA). Znaleziono jedynie badanie rodziców dzieci z diagnozą nowotworową lub rodziców dzieci po doświadczeniu pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Noworodka. Wszystkie te badania, łącznie z podjętym w niniejszej pracy magisterskiej łączy traumatyczne doświadczenie lęku o życie i zdrowie dziecka oraz liczne hospitalizacje i zabiegi medyczne. W badaniu Ogińskiej-Bulik i Sochy (2017) nad objawami stresu pourazowego u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka – rola negatywnych treści poznawczych i zakłóceń.

W powyższym badaniu analizie poddano wyniki uzyskane od 57 rodziców w wieku 25–57 lat, którzy zmagali się z chorobą nowotworową dziecka. Mężczyźni stanowili 47,4% badanych, a kobiety 52,6%. W badaniach wykorzystano trzy narzędzia pomiaru: Zrewidowaną Skalę Wpływu Zdarzeń, Inwentarz Pourazowych Treści Poznawczych oraz Inwentarz Podstawowych Przekonań Związanych z Negatywnym Zdarzeniem Życiowym. Uzyskane wyniki wskazały na dodatnie związki pourazowych treści poznawczych i zakłóceń w kluczowych przekonaniach z nasileniem PTSD. Zakłócenia w kluczowych przekonaniach pełnią rolę mediatora w relacji między pourazowymi treściami poznawczymi a objawami PTSD. Jak podano we wnioskach z badania doświadczenie zdarzenia traumatycznego z reguły pociąga za sobą występowanie objawów stresu pourazowego. Co ciekawe, o nasileniu tych objawów decydują m.in. posiadane przez jednostkę przekonania dotyczące świata i własnej osoby. Doświadczenie choroby nowotworowej dziecka jest dla rodziców doświadczeniem traumatycznym.

W badaniu wykazano, że negatywne treści poznawcze oraz zakłócenia w kluczowych przekonaniach sprzyjają utrzymywaniu się objawów PTSD. Co więcej, zakłócenia w posiadanych przekonaniach pełnią rolę mediatora w relacji między negatywnymi treściami poznawczymi a objawami PTSD. Reasumując, redukcja objawów PTSD, a tym samym powrót do zdrowia, wymaga zmiany przekonań zniekształconych w wyniku doznanej traumy.

W innym badaniu, poddano analizie to, co przeżywają rodzice dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka: strategie radzenia sobie ze stresem, poziom odczuwanego stresu i nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego przeprowadzone przez

Aftyka i in w 2015. Badania pokazały, że hospitalizacja dziecka w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN), podyktowana zagrożeniem zdrowia lub życia dziecka, wiąże się z wysokim poziomem stresu u jego rodziców. Celem pracy była ocena strategii radzenia sobie ze stresem oraz ich wpływu na nasilenie stresu i objawów zespołu stresu pourazowego u rodziców dzieci, które w przeszłości były hospitalizowane w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka. Badaniem objęto 67 rodziców (40 kobiet i 27 mężczyzn) 42 niemowląt w wieku od 1 do 16 miesięcy, które w okresie noworodkowym były hospitalizowane w OITN, zostało poddanych badaniu przy pomocy Skali Odczuwanego Stresu (PSS-10), Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE), Skali Wpływu Zdarzeń (IES-R) oraz kwestionariusza własnego. Średni czas hospitalizacji dziecka w OITN wyniósł 23 ± 26 dni. Objawy PTSD stwierdzono u 43,3% badanych rodziców. W badaniu stwierdzono, że nasilenie objawów stresu pourazowego dodatnio korelowało ze stosowaniem strategii Unikanie Konkurencyjnych Działań, Planowanie, Powstrzymanie się od Działania, Akceptacja, Zaprzeczanie i Odwracanie Uwagi, Aktywne Radzenie Sobie oraz Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie. Częstym problemem u rodziców dzieci leczonych w OITN w okresie noworodkowym jest PTSD. Niektóre strategie radzenia sobie ze stresem w sposób istotny statystycznie korelują z nasileniem odczuwanego stresu i objawów PTSD.

Powyższe wyniki badań korelują z wynikami badań własnych – zarówno ciężka genetyczna choroba jaką jest SMA, czy choroba nowotworowa dziecka, czy pobyty w szpitalu na intensywnej terapii stanowią czynnik mogący wywoływać objawy stresu pourazowego u rodziców. Dane te mają istotne implikacje praktyczne – wskazują na konieczność systemowego wsparcia psychologicznego dla opiekunów dzieci z SMA oraz włączenia aspektu zdrowia psychicznego opiekunów do opieki interdyscyplinarnej. Uwzględnienie psychicznego dobrostanu rodziców może nie tylko poprawić jakość ich życia, ale także pozytywnie wpłynąć na opiekę nad chorym dzieckiem.

WNIOSKI

1. Rodzice dzieci z diagnozą SMA wykazują wyższy poziom objawów PTSD niż rodzice dzieci zdrowych – zarówno w teście PCL-C, jak i IES-R. To potwierdza postawioną hipotezę badawczą.
2. 74,2% osób z grupy badanej (rodzice dzieci z SMA) miało umiarkowane lub silne objawy PTSD w teście PCL-C, podczas gdy w grupie kontrolnej wynik taki osiągnęło

48,4% osób – co wskazuje na istotną różnicę w nasileniu objawów stresu pourazowego między grupami.

3. W teście IES-R 38,7% badanych rodziców dzieci z SMA wykazywało objawy PTSD, w porównaniu do 19,3% w grupie kontrolnej, co również potwierdza wyższy poziom stresu pourazowego wśród opiekunów dzieci chorych.
4. Zmienna „płeć” istotnie wpływała na rozkład wyników – w badaniu przeważały kobiety, co może sugerować większą podatność matek na objawy PTSD w porównaniu do ojców, choć różnica między grupami badanymi pod względem płci nie była istotna statystycznie.
5. Występowanie PTSD nie było silnie powiązane z miejscem zamieszkania czy statusem zawodowym, co może sugerować, że największe znaczenie ma sam fakt sprawowania opieki nad chorym dzieckiem, niezależnie od innych zmiennych demograficznych.
6. Zarówno testy PCL-C, jak i IES-R okazały się skuteczne w ocenie objawów PTSD i mogą być z powodzeniem wykorzystywane w pracy diagnostycznej oraz badaniach nad dobrostanem psychicznym opiekunów dzieci z chorobami przewlekłymi.
7. Wyniki pracy jednoznacznie wskazują na potrzebę wsparcia psychologicznego dla rodziców dzieci z SMA, które powinno być elementem kompleksowej opieki nad rodzinami dotkniętymi tą chorobą.
8. Wiek dziecka z diagnozą SMA zmniejsza wyniki pomiaru PCL-C test, ale nie wiąże się z IES -R test.
9. Czas od diagnozy nie wiązał się ani z PLC – C test ani i IES -R test.

Podsumowanie

Analiza wyników badań własnych potwierdziła, że rodzice dzieci z diagnozą Rdzeniowego Zaniku Mięśni (SMA) są w wyraźnie większym stopniu narażeni na występowanie objawów zespołu stresu pourazowego niż rodzice dzieci zdrowych. W szczególności zaobserwowano wyższe wyniki w testach PCL-C oraz IES-R w grupie badanej, co wskazuje na obecność umiarkowanych lub silnych objawów PTSD u znacznej części respondentów. Wyniki te podkreślają ogromne obciążenie emocjonalne związane z opieką nad dzieckiem z ciężką chorobą przewlekłą.

Diagnoza PTSD u rodziców dzieci z niepełnosprawnościami i chorobami przewlekłymi, w tym z diagnozą Rdzeniowego Zaniku Mięśni (SMA) wymaga zatem nie tylko empatii, ale również systemowego wsparcia – zarówno ze strony służby zdrowia, jak i instytucji społecznych.

Wyniki pracy mogą stanowić punkt wyjścia dla dalszych badań oraz działań terapeutycznych, które uwzględniają potrzeby emocjonalne opiekunów. Wprowadzenie profilaktyki stresu pourazowego, programów wsparcia psychologicznego oraz większego dostępu do pomocy specjalistycznej może przyczynić się do poprawy jakości życia zarówno samych rodziców, jak i ich dzieci.

W świetle uzyskanych wyników warto rozważyć wdrożenie programów prewencji i wczesnej interwencji, które pozwolą na skuteczniejsze zarządzanie stresem oraz zmniejszenie ryzyka rozwoju PTSD w tej szczególnej grupie społecznej.

Bibliografia

1. Aftyka, A., Kopeć, A., Wróbel, A., Rozalska – Walaszek, I., Rzońca, P., Rybojad, B., Karakuła-Juchnowic, z H. (2015). (Curr Probl Psychiatri; 16(2): 75-80.
2. Babińska-Skalska, N. (2020, 24 lipca). <https://psychologiazaburzen.pl/pcl-c-test-na-ptsd-zespol-stresu-pourazowego/>, data pobrania 11.02.2026.
3. Babińska-Skalska, N. (2020, 4 września). <https://psychologiazaburzen.pl/ies-r-test-na-ptsd-zespol-stresu-pourazowego/>, data pobrania 11.02.2026.
4. Cebella, A., Łucka, I. (2007). Psychiatria, tom 4, nr 3: Zespół stresu pourazowego -rozumienie i leczenie; Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej w Gdańsku; Via Medica.
5. Cichocki, Ł., Wieczorek, A., Hat, M., Pragnący, K., & Depukat, A. (2018). Trauma a zdrowie psychiczne - Antoni Kępiński in memoriam. Zeszyty Pracy Socjalnej, (numer 4), 299-311.
6. Ciepiałkowska, L., Ziarko, M. (2010). Psychologia uzależnień - alkoholizm, 60-110
7. Cramer, H. (1946). Mathematical Methods of Statistics. Princeton: Princeton University Press, page 282 (Chapter 21. The two-dimensional case).
8. Dąbkowska, M (2008) Rozpoznawanie zespołu stresu pourazowego;. Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 3; 2: 8-84.
9. Fundacja SMA. (2025). <https://www.fsma.pl/rdzeniowy-zanik-miesni/jak-czeste-jest->

10. sma/, data pobrania 11.02.2026.
11. Gałęcki, P, Świecicki, Ł. (2015). Kryteria Diagnostyczne z DSM-5. Desk Referecje. Edra. Urban&Partner.
12. Glasner-Edwards, S. (2024). Uzależniony mózg, 23-57.
13. Glass, G. V. (1965). A ranking variable analogue of biserial correlation: Implications for short-cut item analysis. *Journal of Educational Measurement*, 2(1), 91-95.
14. Gruszczyński, W. (2012). Stres - rosnący problem społeczny XXI wieku. *Prewencja i Rehabilitacja ZUS*. 4(3): 1-4.
15. Gruszczyński, W. (2016). Trauma, a zespół stresu pourazowego W; Joško-Ochojska J. /red./ *Medyczne i społeczne aspekty traumy*. Śląski Uniwersytet Medyczny. S. 148-170.
16. Gruszczyński, W., Dryja, A., Gruszczyńska, M. (2017). Zaburzenia stresowe pourazowe w aktualnej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) wg DSM-5, *Journal of Health Study and Medicine*, nr 1, 111-126.
17. Gruszczyński, W., Dryja, A., Gruszczyńska, M. (1997). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Uniwersyteckie Wyd. „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii.
18. Gulcz, M., Polak, M. (2002). Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu wybranych zaburzeń lękowych: zespołu lęku napadowego i PTSD, *Nowiny Psychologiczne*. 2, 29-49.
19. Heitzman, J. (2002). *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, tom 2, nr 1: Psychiatryczna diagnoza zespołów pourazowych - klinika, orzecznictwo; Zakład Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie; Via Medica.
20. Heitzman, J., Dubas-Ślęmp, H., Marmurowska-Michałowska, H., Szuster-Ciesielska, A., Kamińska, T., & Kandefer-Szerszeń, M. (2003). Wymiary traumatycznego stresu 771 *Psychiatria Polska*, 5.
21. Hryniewicz, K., Milewska, A. (2023). SZTOS: System Zautomatyzowanego Tworzenia Opisu Statystycznego (Wersja SZTOS) [Oprogramowanie]. <https://sztos-it.com/>, data pobrania 11.02.2026.
22. HTA Consulting. (2021). Konsultacja merytoryczna: zespół ekspercki (w Fundacja SMA), Wyd.: Novartis Poland, Czas to motoneuron. Wyzwania systemowe i rekomendacje w opiece nad pacjentami z SMA w Polsce.

23. Jędrzejowska, M, Kostera-Pruszczyk, A. (2016). Rdzeniowy zanik mięśni - nowe terapie, nowe wyzwania, 25; 51: 11-17.
24. Kalat, J.W. (2020). Biologiczne podstawy psychologii, 559-567.
25. Kolb, S.J. Kissel, J.T. (2015). Spinal Muscular Atrophy, *Neurologic Clinics*. 33(4):831–846.
26. Kosecka, K., Stelmach, E. (2020). Trauma w dzieciństwie a występowanie uzależnienia od alkoholu w dorosłym życiu. *Current Problems of Psychiatry*; 21(4): 288-293.
27. Landowski, J. (2007). *Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych*, Akademia Medyczna w Gdańsku *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*; 2; 1: 26-36.
28. Luxemburg, T, Spinazzola, von der Kolk, J.(2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DENOS). Part one: Assessment Dissections in *Psychiatry* 21; 373-392.
29. Majchrzak-Celińska, A., Warych, A., Szoszkiewicz, M. (2020). Rdzeniowy zanik mięśni - onasemnogene abeparvovec i inne opcje terapeutyczne, *Terapia i Leki, Polska Farmacja Polska*, 76; 1:10-17.
30. Mann, H. B., Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The annals of mathematical statistics*, 18(1); 50-60.
31. Ogińska-Bulik, N., Socha, I. (2017). *Advances in Psychiatry and Neurology*; 26 (4): 206-220.
32. Pearson, K. (1900). X. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. *The London, Edinburgh, and Dublin Philosophical Magazine and Journal of Science*, 50(302), 157–175.
33. Pearson, K. F.R.S. (1900). X. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling, *The London, Edinburgh, and Dublin Philosophical Magazine and Journal of Science*, 50:302, 157-175,
34. Rozpędek, W. (2015). Podłoże neurobiologiczne zespołu stresu pourazowego, *Neurobiology of posttraumatic stress disorder, Neuropsychiatria i Neuropsychologia*; 10, 1: 27–39.

35. Sherin, J. E., Nemeroff, Ch. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma, 13(3), 263-278.
36. Spearman, C. (1904). The Proof and Measurement of Association between Two Things. *The American Journal of Psychology*, 15(1), 72-101.
37. Steuden, S., Janowski, K. (2016). Trauma—kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Annals of Psychology*. 19;3:549-565.
38. Strelau, J., (2002), Kwestionariusz PTSD - wersja czynnikowa (PTSD-C): konstrukcja narzędzia do diagnozy głównych wymiarów zespołu stresu pourazowego, *Przegląd Psychologiczny*, 45; 2: 149-176.
39. Tomczyński J., Werner B., Bartosiak I. (2011) Fizjoterapia dzieci z rdzeniowym zanikiem mięśni, *Pediatrica Polska*, 86; 1: 82-85.
40. Van der Kolk B. (2024). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Wyd. Czarna Owca, Warszawa.
41. Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (pp. 399-411). New York: Guilford Press. The original Impact of events Scale (IES) was developed in the 1980.
42. Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York.
43. Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York.
44. Yates, F. (1934). Contingency Tables Involving Small Numbers and the χ^2 Test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, 1(2), 217-235.
45. Zyss, T. (2009). *Orzecznictwo rentowe ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii*. Wyd. Medyczne. Warszawa.

Wpływ traumatycznych czynników rodzinnych na funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym na podstawie studium indywidualnego przypadku

Robert Piotr Gawryś

Agnieszka Kułak-Bejda, Grzegorz Bejda

Teoretyczne podstawy traumy i jej wpływu na rozwój dziecka

Definicja traumy

Trauma psychiczna to zjawisko, które odnosi się do silnie stresującego wydarzenia lub serii wydarzeń przekraczających zdolności jednostki do radzenia sobie, adaptacji i przetwarzania emocjonalnego. Zgodnie z definicją przyjętą w psychologii klinicznej, trauma to „nagle, nieoczekiwane zdarzenie o dużej sile oddziaływania emocjonalnego, które wywołuje poczucie zagrożenia życia, integralności cielesnej lub psychicznej” (Cierpiałkowska, Sęk, 2016). Takie doświadczenia wywołują silne reakcje emocjonalne i poznawcze, często skutkując zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi, a w dłuższej perspektywie – trudnościami w relacjach interpersonalnych i funkcjonowaniu społecznym - dotyczy relacji z opiekunami, takich jak przemoc, zaniedbanie, rozwód, uzależnienie jednego z rodziców. Trauma dziecięca może przyjąć postać:

- Trauma jednorazowej (np.: wypadek, utrata bliskiej osoby),
- Trauma chronicznej (np.: długotrwała przemoc w rodzinie),
- Trauma rozwojowej (ang. developmental trauma), która powstaje w wyniku zaburzenia relacji przywiązania i braku bezpieczeństwa w kluczowym okresie życia (van der Kolk, 2018; Maté, 2023).

Peter Levine (2013), twórca somatycznego podejścia do leczenia traumy wskazuje, że trauma nie musi wiązać się z fizycznym uszczerbkiem czy bezpośrednim zagrożeniem życia - istotne jest to, jak organizm i psychika danej osoby zareagowały na dane zdarzenie. Według autora, „trauma to nie to, co nam się przydarzyło, ale to, co w nas zachodzi w wyniku tego,

co się przydarzyło” (Levine, 2013).

W przypadku dzieci należy zwrócić uwagę na tzw. traumę wczesnodziecięcą, która ma miejsce w okresie szczególnie intensywnego rozwoju mózgu i układu nerwowego. Jak zauważa van der Kolk (2018), wczesne traumy mają szczególnie destrukcyjny wpływ, ponieważ w dzieciństwie kształtują się podstawowe mechanizmy samoregulacji, postrzegania siebie i innych, a także struktury osobowości. Dzieci nie dysponują jeszcze rozwiniętymi narzędziami poznawczymi do przetworzenia wydarzeń traumatycznych, co skutkuje zapisaniem traumy na poziomie somatycznym i emocjonalnym, a nie werbalnym (van der Kolk, 2018).

Mechanizmy psychiczne reakcji na traumę

Psychiczne mechanizmy reakcji na traumę są złożone i silnie zależne od wieku, etapu rozwoju, dojrzałości emocjonalnej i zasobów jednostki. Mogą obejmować m.in.: dysocjację, regresję, zamrożenie emocjonalne, fantazje kompensacyjne czy somatyzację (Borkowska, 2016; Cierpiałkowska, Sęk, 2016). W kontekście rozwoju dziecka, trauma zakłóca prawidłowy przebieg procesów integracji emocjonalnej i poznawczej. Dziecko może nie potrafić zrozumieć ani nazwać tego, co się wydarzyło - zamiast tego wyraża przeżycia przez zachowania (np.: agresja, wycofanie, moczenie nocne, zaburzenia snu i apetytu). Wiele dzieci, zwłaszcza w wieku przedszkolnym, przejawia objawy zaburzeń lękowych, depresyjnych lub adaptacyjnych (Maté, 2023; van der Kolk, 2018).

U dzieci dominują zwłaszcza reakcje somatyczne (np.: bóle brzucha, trudności ze snem), może wystąpić regresja w zachowaniu (np.: moczenie nocne, lęk separacyjny), a także objawy lękowe i depresyjne. Levine (2013) oraz van der Kolk (2018) podkreślają, że jednym z podstawowych mechanizmów reakcji na traumę jest zamrożenie - mechanizm obronny polegający na odcięciu się od emocji i doznań cielesnych. Ma to służyć ochronie psychiki przed nadmiarem cierpienia, ale w dłuższej perspektywie może prowadzić do chronicznych trudności emocjonalnych i problemów z regulacją emocji. W sytuacji długotrwałego stresu i braku możliwości bezpiecznego odreagowania, system nerwowy dziecka może pozostać w stanie „stałego alarmu”, co sprzyja występowaniu nadreaktywności, agresji lub przeciwnie - apatii i wycofaniu (van der Kolk, 2018). Gabor Maté (2023) zauważa, że dzieci doświadczające traumy często rozwijają tzw. strategie przetrwania, które pomagają im przetrwać środowisko pełne stresu, ale jednocześnie zakłócają rozwój zdrowych wzorców emocjonalnych i relacyjnych. Wśród tych strategii można wymienić nadmierną kontrolę,

uległość, izolację emocjonalną lub impulsywność. Maté wskazuje, że organizm dziecka, będąc przez długi czas pod wpływem traumy, traci zdolność do autoregulacji, co rzutuje na wszystkie aspekty funkcjonowania psychicznego i społecznego.

Psychiczne skutki traumy są często ukryte, niewidoczne dla otoczenia, zwłaszcza w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym, które nie potrafią jeszcze werbalizować swoich przeżyć. Jak pisze Borkowska (2016), reakcje dzieci na traumę mogą przejawiać się w postaci zaburzeń emocjonalnych (lęk, depresja), trudności w koncentracji, problemów z relacjami rówieśniczymi, a także nadpobudliwości psychoruchowej lub zahamowania rozwoju.

W kontekście rozwoju dziecka, trauma zakłóca prawidłowy przebieg procesów integracji emocjonalnej i poznawczej. Dziecko może nie potrafić zrozumieć ani nazwać tego, co się wydarzyło – zamiast tego wyraża przeżycia przez zachowania (np.: agresja, wycofanie, moczenie nocne, zaburzenia snu i apetytu). Wiele dzieci, zwłaszcza w wieku przedszkolnym, przejawia objawy zaburzeń lękowych, depresyjnych lub adaptacyjnych (Maté, 2023; van der Kolk, 2018).

Teorie rozwoju dziecka w kontekście traumy

Rozwój dziecka to złożony proces kształtowany zarówno przez czynniki biologiczne, jak i środowiskowe. Współczesne teorie rozwoju psychicznego podkreślają znaczenie wczesnych doświadczeń emocjonalnych i relacji z opiekunami, jako fundamentu prawidłowego funkcjonowania jednostki. Trauma - szczególnie oświadczana w dzieciństwie - może zakłócać te procesy, prowadząc do zaburzeń w rozwoju emocjonalnym, społecznym i poznawczym dziecka (Grzegorzewska, 2010).

Teoria rozwoju psychicznego według Margaret Mahler

Mahler (2001) opisała rozwój psychiczny dziecka, jako proces stopniowego oddzielania się od matki. Trauma w tym okresie (np. wynikająca z braku stabilności emocjonalnej opiekuna) może skutkować zatrzymaniem rozwoju tożsamości, zaburzeniami emocjonalnymi i niestabilnością Ja (Grzegorzewska, 2010). W swojej teorii wyróżniła kilka faz rozwoju psychicznego dziecka:

- Faza autystyczna (do ok. 2 miesiąca życia) - dziecko funkcjonuje w stanie niemal całkowitej izolacji od otoczenia; kluczowa jest tutaj dostępność matki, chociaż w późniejszym ujęciu Mahler zrezygnowała z uznawania tej fazy, jako oddzielnego

etapu.

- Faza symbiotyczna (2-6 miesiąc) - dziecko nie odróżnia siebie od matki, tworzy z nią jedność psychiczną, co stanowi podstawę bezpieczeństwa i dalszego rozwoju.
- Faza separacji-indywiduacji (6 miesiąc - 3 rok życia) - najważniejszy i najbardziej złożony etap. Składa się z czterech subfaz:
- Różnicowanie się - dziecko zaczyna dostrzegać różnicę między sobą, a matką,
- Praktykowanie - zdobywa sprawność ruchową, eksploruje otoczenie z „bazą” w matce,
- Ponowne zbliżenie - pojawia się lęk przed oddzieleniem, potrzeba wsparcia emocjonalnego,
- Ukształtowanie stałości obiektu - dziecko tworzy wewnętrzny obraz matki, co pozwala mu czuć się bezpiecznie nawet pod jej nieobecność.

Mahler podkreślała, że każdy z tych etapów musi przebiec w atmosferze emocjonalnego bezpieczeństwa i empatycznej dostępności opiekuna. Zakłócenia w którymkolwiek z nich, np. spowodowane przemocą, zaniedbaniem, odrzuceniem lub emocjonalną niedostępnością matki (np. związaną z uzależnieniem jednego z rodziców), mogą prowadzić do poważnych zaburzeń rozwojowych (Mahler, 1986; Cierpiałkowska, Sęk, 2016).

Teoria przywiązania Johna Bowlby'ego a trauma w rodzinie

John Bowlby, brytyjski psychiatra i psychoanalityk, stworzył podstawy teorii przywiązania, która zrewolucjonizowała rozumienie rozwoju emocjonalnego dziecka. W jej ujęciu, przywiązanie to bliska, głęboka i trwała więź emocjonalna między dzieckiem a jego opiekunem, która pełni funkcję ochronną, regulacyjną i rozwojową. Kluczowe jest, by opiekun był „bezpieczną bazą” - osobą dostępną, czułą i przewidywalną w reakcjach emocjonalnych (Bowlby, 2016).

Przywiązanie kształtuje się w pierwszych latach życia, kiedy dziecko tworzy wewnętrzne modele robocze (ang. *internal working models*) - schematy siebie, innych i relacji na podstawie jakości przywiązania. Modele te wpływają na sposób, w jaki dziecko interpretuje świat, buduje relacje i reguluje emocje w ciągu całego życia, w jaki radzi sobie ze stresem i wchodzi w relacje w późniejszym życiu (Cierpiałkowska, Sęk, 2016).

Na podstawie badań Bowlby'ego oraz jego kontynuatorki, Mary Ainsworth, wyróżnia

się cztery podstawowe style przywiązania:

- Bezpieczny - dziecko ufa opiekunowi, czuje się chronione i swobodnie eksploruje świat,
- Lękowo-ambiwalentny - dziecko boi się opuszczenia, ale nie ma pewności, co do reakcji opiekuna,
- Unikający - dziecko tłumi emocje i dystansuje się od relacji, by nie doświadczać odrzucenia,
- Zdezorganizowany - styl występujący najczęściej u dzieci z historią przemocy lub zaniedbania, gdy dziecko doświadcza sprzecznych emocji: szuka opiekuna, ale się go boi (Bowlby, 2016).

Doświadczenia traumatyczne takie jak odrzucenie, przemoc domowa, uzależnienie jednego lub obojga rodziców, zaniedbanie emocjonalne lub fizyczne, zaburzają tę więź, prowadząc do dezorganizowanego stylu przywiązania. Może to skutkować trudnościami w samoregulacji, relacjach i rozwoju społecznym, a także nadmierną zależnością lub przeciwnie - chłodem emocjonalnym (Bowlby, 2016; Borkowska, 2016).

Dziecko pozbawione stabilności, empatii i przewidywalności nie może wytworzyć poczucia bezpieczeństwa, to zaś skutkuje ukształtowaniem się dezorganizowanego lub unikającego stylu przywiązania (Borkowska, 2016; Grzegorzewska, 2010).

W szczególności alkoholizm rodzica lub rodziców jest czynnikiem ryzyka, a dzieci w takich rodzinach często żyją w atmosferze nieprzewidywalności i emocjonalnego chaosu, doświadczają przemocy lub odrzucenia. Ich opiekun staje się jednocześnie źródłem opieki i zagrożenia, co prowadzi do wewnętrznego konfliktu: dziecko chce bliskości, ale się jej boi (van der Kolk, 2018; Levine, 2013).

Neurobiologiczna teoria traumy wg van der Kolka

Jest to jeden z najbardziej wpływowych i współczesnych modeli wyjaśniających, jak doświadczenia traumatyczne wpływają na funkcjonowanie mózgu, ciała i psychiki człowieka, w tym dzieci. Van der Kolk wskazuje, że trauma nie jest jedynie problemem emocjonalnym, głęboko zakorzenionym w psychice, ale przede wszystkim w ciele oraz mózgu człowieka i ma realne konsekwencje neurofizjologiczne - zmienia sposób, w jaki mózg funkcjonuje i przetwarza informacje (van der Kolk, 2018). Kluczowe obszary mózgu zaangażowane w przeżywanie i „zatrzymywanie” traumy:

- Ciało migdałowe (amygdala) - odpowiada za reakcje emocjonalne i system alarmowy. W wyniku traumy staje się nadaktywne, powodując, że osoba reaguje lękiem nawet na neutralne bodźce (hiperreaktywność).
- Hipokamp - odpowiedzialny za pamięć narracyjną i kontekstualizację wydarzeń. U osób po traumie działa gorzej, nieprawidłowo koduje wydarzenia traumatyczne, przez co wspomnienia są fragmentaryczne i nieosadzone w czasie - mogą wracać, jako nieuporządkowane wspomnienia tzw. flashbacki.
- Kora przedczołowa - odpowiada za racjonalne myślenie i kontrolę emocji. Jej aktywność spada, co utrudnia regulację emocji i podejmowanie decyzji.

„Po doświadczeniu traumy mózg zostaje zdominowany przez układ limbiczny. Ciało migdałowe reaguje nadmiernie, a kora przedczołowa przestaje w pełni funkcjonować. Trauma zaburza funkcjonowanie ciała migdałowego, hipokampa oraz kory przedczołowej, co prowadzi do niezdolności regulowania emocji i zapanowania nad impulsami” (van der Kolk, 2018).

Dziecko, które doświadczyło traumy, może znajdować się w przewlekłym stanie pobudzenia - jego układ współczulny (reakcja walki/ucieczki) jest stale aktywowany, a układ przywspółczulny (odpowiedzialny za relaks i regenerację) nie działa prawidłowo. Częste skutki to:

- Problemy ze snem,
- Nagłe ataki paniki,
- Zaburzenia trawienia,
- Nadmierne napięcie mięśniowe,
- Wybuchowość lub wycofanie.

Van der Kolk podkreśla wagę bezpiecznych relacji oraz neurobiologicznej koregulacji emocjonalnej. U dzieci relacje z opiekunami są kluczowe dla regulowania stresu.

Koncepcje radzenia sobie z traumą u dzieci

Radzenie sobie (*coping*) z traumą to proces, w którym jednostka podejmuje świadome lub nieświadome działania w celu zminimalizowania negatywnych skutków stresującego zdarzenia. Zależy od wielu czynników: wieku, rodzaju traumy, wsparcia społecznego oraz predyspozycji biologicznych.

Levine (2013) podkreśla, że dzieci mają naturalną zdolność do autoregulacji i powrotu do równowagi, ale tylko wtedy, gdy znajdują się w bezpiecznym i wspierającym środowisku.

W przeciwnym razie rozwijają strategie przetrwania, takie jak dysocjacja, unikanie, agresja lub nadmierna uległość. Takie reakcje mogą być błędnie interpretowane przez dorosłych, jako „złe zachowanie”, zamiast jako symptomy traumy.

Cohen, Mannarino i Deblinger (2011) zwracają uwagę na rolę interwencji terapeutycznych opartych na relacji, które pomagają dziecku nadać sens bolesnym doświadczeniom, odbudować poczucie bezpieczeństwa i nauczyć się zdrowych strategii regulacji emocjonalnej. W przypadku dzieci, mechanizmy te są znacznie bardziej ograniczone niż u dorosłych, ponieważ układ nerwowy dziecka jest niedojrzały, brakuje mu zdolności do werbalizacji przeżyć, zależne jest od dorosłych w zakresie bezpieczeństwa i regulacji emocji. Według Lazarusa i Folkman (za: Cierpiałkowska & Sęk, 2016), strategie radzenia sobie można podzielić na:

- Emocjonalno-skoncentrowane (np.: unikanie, wycofanie, fantazjowanie),
- Zadaniowo-skoncentrowane (np.: poszukiwanie wsparcia, aktywne rozwiązywanie problemów).

U dzieci częściej obserwuje się mechanizmy regresji, zaprzeczania, identyfikacji z agresorem (Kozłowska, 2018), a także mechanizmy dysocjacyjne, czyli odłączanie się od przeżywanych emocji i doznań ciała (van der Kolk, 2018; Levine, 2013).

Zgodnie z teorią przywiązania Johna Bowlby’ego (2016), najważniejszym czynnikiem chroniącym przed skutkami traumy jest obecność stabilnej, bezpiecznej relacji z opiekunem. Dziecko, które doświadcza bezpiecznego przywiązania, jest bardziej odporne psychicznie i zdolne do konstruktywnego przepracowania trudnych emocji. W przypadku dzieci z doświadczeniem traumy rodzinnej (np. przemocy, uzależnienia rodzica), nawiązanie relacji terapeutycznej, która odtwarza bezpieczną więź, jest fundamentem procesu leczenia (Cierpiałkowska, Sęk, 2016).

Koncepcje terapeutyczne radzenia sobie z traumą:

1. Terapia somatyczna i regulacja układu nerwowego

Peter Levine (2013), twórca koncepcji Somatic Experiencing, zwraca uwagę, że dzieci przechowują traumę głównie w ciele. Dlatego tak istotne jest wspieranie ich w odbudowie poczucia bezpieczeństwa przez:

- Aktywności ruchowe (np.: zabawy sensoryczne),
- Ćwiczenia oddechowe,
- Techniki pracy z ciałem (przytulanie, huśtanie, rytmy)

To podejście opiera się na przekonaniu, że układ nerwowy dziecka może się regulować,

jeżeli zapewni mu się poczucie przewidywalności i spokoju. Zwolennikiem terapii somatycznej, uwzględniającej ciało i układ nerwowy jest także van der Kolk, który obok SE, zaleca m.in.: EMDR, jogę, mindfulness.

2. Podejście zorientowane na traumę (trauma-informed care)

To całościowy model opieki, który zakłada, że każde dziecko może mieć w swojej historii doświadczenia traumatyczne nawet, jeśli nie zostały zwerbalizowane. Terapia oparta na tej koncepcji uwzględnia:

- Bezpieczeństwo fizyczne i emocjonalne dziecka,
- Transparentność działań dorosłych,
- Wzmacnianie sprawczości dziecka,
- Unikanie retraumatyzacji (Maté, 2023).

3. Terapia poznawczo-behawioralna z elementami ekspresji

Dzieci często nie potrafią mówić o swoich przeżyciach. Stąd wykorzystuje się:

- Rysunek,
- Zabawę tematyczną (np.: z wykorzystaniem lalek, figurek),
- Opowieści i bajkoterapię (Borkowska, 2016).

Pozwala to na ekspresję emocji w sposób niebezpośredni, który nie przeciąża psychicznie dziecka. Do czynników chroniących, które wspomagają proces zdrowienia dziecka, należą:

- Stabilna relacja z opiekunem lub nauczycielem,
- Rytuały dnia codziennego (np.: stałe pory snu, posiłków),
- Obecność rówieśników,
- Wspierające środowisko przedszkolne i szkolne (Beers, 2013),
- Rozwijanie umiejętności samoregulacji i wyrażania emocji (Cierpiąłkowska, Sęk, 2016).

Warto także pamiętać, że dzieci mają naturalną zdolność do resiliencji, czyli powrotu do równowagi psychicznej, szczególnie wtedy, gdy otrzymują odpowiednie wsparcie.

Radzenie sobie z traumą u dzieci to złożony proces, który wymaga wieloaspektowego podejścia. Kluczowe znaczenie ma środowisko relacyjne, bezpieczeństwo oraz umiejętność pracy z ciałem i emocjami dziecka.

Zarówno opiekunowie, nauczyciele, jak i terapeuci powinni być świadomi mechaniz-

mów traumy oraz stosować metody wspierające neurobiologiczny rozwój i regulację emocjonalną.

Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdolność do nauki, relacji społecznych i regulacji emocji

Dziecko, które doświadcza przewlekłego stresu i traumy, często ma trudności z koncentracją, zapamiętywaniem oraz logicznym myśleniem - wynika to z zaburzenia funkcji wykonawczych mózgu i przeciążenia systemu nerwowego (van der Kolk, 2018; Borkowska, 2016). W przedszkolu może to przejawiać się np.: brakiem zaangażowania w zajęcia, trudnościami w pracy zespołowej, niechęcią do aktywności wymagających uwagi.

Relacje społeczne takich dzieci są często zaburzone – mogą one wykazywać nieufność, nadmierne przywiązanie do wychowawców, agresję wobec rówieśników lub unikać kontaktów. Często nie rozpoznają sygnałów społecznych, co pogłębia izolację.

Jak pisze Grzegorzewska (2010), dzieci z doświadczeniem traumy wykazują niższy poziom kompetencji emocjonalnych i społecznych, co skutkuje trudnościami w integracji z grupą i rozwoju empatii.

Trauma w kontekście rodziny

Rodzina, jako system pełni kluczową rolę w rozwoju emocjonalnym, społecznym i tożsamościowym dziecka, kształtuje je, zapewnia poczucie bezpieczeństwa. To w jej obrębie dziecko nabywa pierwszych doświadczeń w zakresie relacji, samoregulacji emocjonalnej i poczucia przynależności. Niestety, to także w rodzinie dochodzi najczęściej do wydarzeń o charakterze traumatycznym, które mogą zniszczyć podstawy bezpiecznego rozwoju.

Beers (2013) podkreśla, że powtarzalne sytuacje emocjonalnego opuszczenia czy zagrożenia mogą doprowadzić do zniszczenia zdolności dziecka do rozwoju empatii, samoregulacji i budowania zdrowych więzi. Konflikty w domu silnie oddziałują na funkcjonowanie systemu rodzinnego, ich wpływ dostrzegalny jest w przeobrażeniach życia rodziny oraz niemożności zapewnienia stabilizacji emocjonalnej jej członkom.

Zmiana struktury rodziny

Rodzina, jako system, funkcjonuje na zasadzie wzajemnych powiązań między jej członkami. Rozpad struktury rodziny (np.: rozwód, separacja, odejście jednego z rodziców)

często prowadzi do destabilizacji życia dziecka. Szczególnie negatywny wpływ mają sytuacje, w których dochodzi do alienacji rodzicielskiej, manipulacji emocjonalnej, przeciągających się procesów sądowych czy braku kontaktu z jednym z rodziców (Wojciechowska, Sobieszczyk, 2021). Wówczas dziecko może doświadczyć:

- Poczucia utraty i odrzucenia,
- Zaburzenia ciągłości relacyjnej,
- Pogorszenia relacji z obojgiem rodziców,
- Przeciążenia rolami (np.: „dorosłe dziecko”).

Zmiana struktury rodziny niesie ryzyko utraty stałości emocjonalnej, której dziecko potrzebuje do prawidłowego rozwoju. Dziecko w takiej sytuacji często doświadcza niepokoju, lęku separacyjnego, trudności z koncentracją i nauką, zaburzeń zachowania, a także objawów psychosomatycznych (Borkowska, 2016).

Brak poczucia bezpieczeństwa

Jednym z najdotkliwszych skutków traumatycznych wydarzeń rodzinnych jest utrata podstawowego poczucia bezpieczeństwa.

Dziecko, które doświadcza przemocy, awantur domowych, nieprzewidywalności zachowań dorosłych, rozwija wzorzec funkcjonowania oparty na ciągłym napięciu i hiper-czułości (Maté, 2023; Levine, 2013). W konsekwencji może dojść do:

- Rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych,
- Trudności z regulacją emocji,
- Obniżonego poczucia własnej wartości,
- Wycofania społecznego lub przeciwnie - zachowań agresywnych,
- Trudności w relacjach rówieśniczych.

Zgodnie z teorią przywiązania Bowlby’ego (2016), dziecko potrzebuje stabilnych, responsywnych opiekunów, aby wytworzyć bezpieczny styl przywiązania.

Traumatyczne środowisko rodzinne prowadzi często do stylu unikającego, ambiwalentnego lub zdezorganizowanego, co przekłada się na całłościowe trudności w funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym (Cierpiałkowska & Sęk, 2016).

Trauma w rodzinie ma również transgeneracyjny charakter, co oznacza, że dzieci, które doświadczyły przemocy i zaniedbania, poprzez wyuczone wzorce relacyjne, przekazują z pokolenia na pokolenie, nieprzepracowane emocje, mechanizmy obronne i brak adekwatnego wsparcia. A w dorosłości częściej powielają te schematy zwłaszcza, jeśli nie

otrzymują odpowiedniego wsparcia terapeutycznego (Maté, 2023; van der Kolk, 2018). Do najczęstszych rodzinnych czynników traumatyzujących należą:

- Rozwód rodziców, zwłaszcza konfliktowy (Wojciechowska & Sobieszczyk, 2021),
- Przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna i zaniedbanie (Borkowska, 2016),
- Uzależnienia jednego lub obojga rodziców (Beers, 2013; Maté, 2023),
- Choroby psychiczne opiekunów,
- Wielokrotne zmiany miejsca zamieszkania lub separacje z rodzicem (Bowlby, 2016).

Takie wydarzenia przekraczają zdolności adaptacyjne dziecka szczególnie, gdy są przewlekłe i powtarzalne. W ich wyniku dochodzi do rozwoju tzw. traumy relacyjnej - zaburzenia w zakresie zaufania, przywiązania, poczucia własnej wartości i regulacji emocji (van der Kolk, 2018).

Rodzina, jako podstawowa jednostka społeczna może być zarówno źródłem rozwoju, jak i głównym czynnikiem traumatyzującym. Dziecko, które doświadcza traumy w rodzinie - w formie rozvodu, przemocy czy uzależnienia - jest narażone na poważne zakłócenia w rozwoju psychicznym, emocjonalnym i społecznym. Skutki takich doświadczeń często utrzymują się długo, wpływając na dalsze życie, relacje i zdrowie psychiczne jednostki.

Wpływ traumatycznych doświadczeń rodzinnych na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu

Traumatyczne przeżycia, takie jak przemoc domowa, rozwód czy uzależnienie rodziców, znacząco zaburzają rozwój psychofizyczny dziecka. Według definicji DSM-5 trauma to „szczególny rodzaj stresującego zdarzenia w postaci narażenia na utratę życia, poważnego obrażenia ciała bądź doświadczenia przemocy” - zdarzenie dotyczyć może bezpośrednio dziecka lub bliskich osób (UNICEF, 2022).

Doświadczenie traumy obniża poczucie bezpieczeństwa dziecka i przytłacza jego zasoby do samoregulacji (trudności w skupieniu się, niska odporność na stres). W literaturze (por. Bowlby, 2016; van der Kolk, 2018; Maté, 2018) podkreśla się, że trauma we wczesnym dzieciństwie prowadzi do reorganizacji układu nerwowego - zmniejszenie objętości hipokampu wiąże się z zaburzeniami pamięci i uczenia się, nadaktywność ciała migdałowatego powoduje nadreaktywność emocjonalną, a uszkodzenie funkcji kory przedczołowej obniża kontrolę impulsów i zdolność planowania. Zmiany te sprzyjają lękowi, nadmiernej czujności i zaburzeniom poznawczym. Psychiczne skutki traumy obejmują często zaburzenia lękowe

(nadmierna czujność, paniczne reakcje na bodźce) oraz objawy depresyjne (długotrwały smutek, brak zainteresowania zabawą), co potwierdzają obserwacje kliniczne - dzieci po traumie bywają apatyczne, nadmiernie wyciszone lub odwrotnie, nieustannie płaczące i drażliwe. Trauma rodzi także tzw. zaburzenia stresu pourażeniowego: maluch może odtwarzać przeżyte wydarzenie w koszmarach sennych lub zabawie (tzw. „potraumatyczna zabawa”), mieć flashbacki czy silnie reagować płaczem i lękiem na „zapachy, hałasy lub gesty” przypominające sytuację urazu.

Psychiczne skutki traumy u dzieci w wieku przedszkolnym

Symptomy depresyjne

Dzieci po przeżyciu traumy często wykazują objawy sugerujące obniżony nastrój i brak motywacji. Zmiany te przejawiają się m.in. zwiększoną drażliwością i płaczliwością oraz apatią - dziecko może tracić zainteresowanie zabawą, odmawiać uczestnictwa w aktywnościach, ograniczać kontakt z rówieśnikami i otoczeniem.

Dzieci po przeżyciu traumy często wykazują objawy sugerujące obniżony nastrój i brak motywacji. Zmiany te przejawiają się m.in. zwiększoną drażliwością i płaczliwością oraz apatią - dziecko może tracić zainteresowanie zabawą, odmawiać uczestnictwa w aktywnościach, ograniczać kontakt z rówieśnikami i otoczeniem. Charakterystyczne jest też zahamowanie w zabawie (dziecko „zwalnia” tempo działania) oraz unikanie dotychczas lubianych czynności, co można interpretować, jako regresję zachowania. Depresyjne symptomy dziecięce to m.in.:

- Drażliwość i płaczliwość - częstsze, dłuższe wybuchy płaczu lub złości nawet przy błahych powodach,
- Apatia i spowolnienie aktywności - zahamowanie w zabawie, rezygnacja z dotychczasowych zainteresowań, brak spontanicznej radości,
- Wycofanie społeczne - unikanie bliskich i zabaw z rówieśnikami, trudność w relaksie z innymi dziećmi,
- Somatyzacja objawów - dolegliwości bólowe brzucha i głowy oraz zaburzenia apetytu czy snu (bez wyraźnej przyczyny medycznej, dyspepsja nerwicowa).

Objawy lękowe

Traumatyczne doświadczenia wzmagają u dzieci chroniczny stres i niepokój, co objawia się stanem nadmiernego pobudzenia i czujności. Przedszkolak może być drażliwy, niespokojny, często wybucha lub wręcz przeciwnie - bywa bierny z obawy przed kolejną

krzywdą. Widać to zwłaszcza w nasilonych reakcjach strachu i przebodźcowaniu - dziecko gwałtownie reaguje na hałas lub nagłe bodźce, ma koszmary senne i łapie się za stronę opiekuna przy najmniejszych oznak zagrożenia. Typowy jest też lęk separacyjny - duży niepokój i rozpacz podczas rozłąki z opiekunem, a także silna obawa przed nieznanymi osobami lub miejscami, które mogą przypominać traumatyczną sytuację. Dodatkowo dziecko może wycofywać się lub unikać sytuacji kojarzących się ze stresem (ucieczka w milczenie lub płacz), a także stale analizować, czy w otoczeniu nie ma niebezpieczeństwa. Zarówno nadmierna czujność, jak i impulsywne zachowania (nagłe napady złości) nie są w tej grupie rzadkością:

- Hiperreaktywność i pobudzenie - trudności z usiedzeniem w miejscu (nadmierna ruchliwość), szybkie reagowanie lękowe na niespodziewane bodźce,
- Unikanie i nadmierna czujność - ucieczka lub zamknięcie się na sytuacje, przedmioty i miejsca przypominające uraz, zwiększona skłonność do płaczu i skrajnego wycofania się, gdy pojawi się bodziec traumatyczny,
- Lęk separacyjny i nadopiekuńczość - silny strach przed rozłąką z opiekunem oraz nadmierne przywiązanie (dziecko „przykleja się” do rodzica lub nauczyciela,
- Przeczulenie na stres - ciągłe napięcie, napięcie mięśniowe, wybuchy płaczu lub krzyku bez wyraźnego powodu, dziecko jest stale „czujne” na możliwe zagrożenia

Przewlekły stres pourazowy utrudnia funkcjonowanie poznawcze dziecka. U dzieci po traumie często obserwuje się problemy z koncentracją uwagi i pamięcią krótkotrwałą - maluch szybko rozprasza się w trakcie zabawy czy rozmowy, zapomina bieżące polecenia lub gubi wątek wypowiedzi.

Zaburzenia w sferze poznawczej

Zespół stresu pourazowego powoduje podwyższenie poziomu kortyzolu, co uszkadza hipokamp - strukturę mózgu kluczową dla zapamiętywania i uczenia się. W praktyce przekłada się to na trudności szkolne:

- dziecko słabo radzi sobie w nauce liter czy cyfr,
- zapomina to, czego niedawno nauczyło się,
- ma trudności z przystosowaniem się do nowych zadań edukacyjnych.

Niejednokrotnie objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD - *post-traumatic stress disorder*) u dzieci bywają mylnie rozpoznawane, jako zaburzenia koncentracji uwagi (ADHD - *attention-deficit hyperactivity disorder*) czy specyficzne zaburzenia uczenia się, gdyż nagły

spadek koncentracji i pamięci wynika właśnie z przewlekłego lęku i przewagi reakcji walki/ucieczki nad funkcjami poznawczymi (Tabela 1; Ryc.1).

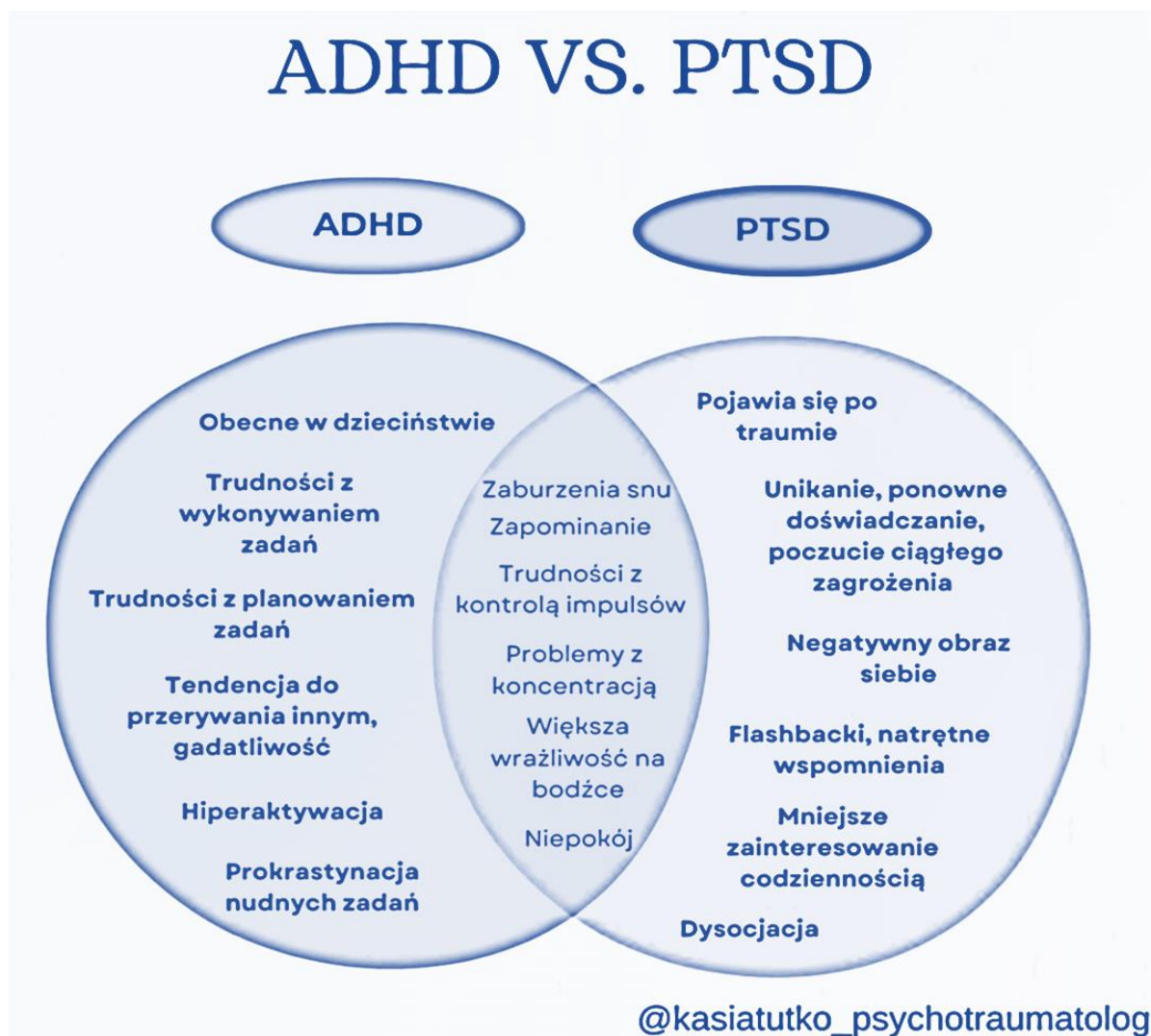
Tabela 1 . Porównanie PTSD vs ADHD

	PTSD	ADHD
Definicja	Zespół Stresu Pourazowego (PTSD) to zaburzenie psychiczne, które jest specyficzną formą reakcji na wydarzenie o mocnym wydźwięku psychicznym, związanym ze stresem lub traumatycznym zdarzeniem. Nadmiar negatywnych bodźców lub seria wydarzeń ze znaczną ilością silnych stresorów sprawia, że u chorego pojawia się silne zaburzenie lękowe.	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) to neurodevelopmentalne zaburzenie charakteryzujące się trwałym wzorcem nieuwagi i/lub nadaktywności oraz impulsywności, które są nieadekwatne do poziomu rozwojowego dziecka i wpływają negatywnie na funkcjonowanie społeczne, edukacyjne lub zawodowe. Objawy muszą występować przynajmniej przez 6. miesięcy i pojawiać się przed 12. rokiem życia.
Oznaczenie w klasyfikacjach	W najnowszej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11, jest przypisywany do grupy zaburzeń szczególnie związanych ze stresem z kodami: 6B40 - Zespół stresu pourazowego PTSD, 6B41 - Złożony zespół stresu pourazowego	ADHD klasyfikuje się także w ICD-11 pod kodem 6A05, z trzema głównymi prezentacjami: (1) przewaga nieuwagi, (2) przewaga nadaktywności-impulsywności oraz (3) połączenie obu typów.
Źródło	Centrum Medyczne Damiana, 2022, Warszawa https://www.damian.pl/zdrowie-psychiczne/ptsd/ [dostęp 15.05.2025]	WHO, 2024. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375767/9789240077263-eng.pdf [dostęp 15.05.2025].

Do tych objawów można zaliczyć:

- Trudności w koncentracji uwagi - dzieci łatwo rozproszone „uciekają” myślami w kierunku lęku, nie potrafią skupić się na jednej czynności,
- Zaburzenia pamięci i uczenia się - problemy z przypominaniem sobie treści zabawy czy nauki, dzieci często zapominają wykonane zadania czy omawiane wątki,

- Obniżona sprawność wykonawcza - gorsza organizacja, planowanie i rozwiązywanie problemów - wynik przewlekłego napięcia i zmian w mózgu (zmniejszony hipokamp).



Rycina 1. Porównanie ADHD i PTSD Źródło: Gabinet Terapii Traumy i Rozwoju Katarzyna Tutko [https://www.facebook.com/photo/?fbid=966160478542163&set=a.245372370620981&__cft__\[0\]=AZVYUTfDjffHXvV4J9ua6wjydl5BJqiJBMXxc4AV3XMMfkcoZiIChkuCqZJRySSdbA_CA2I3zG72c3JwF__98L_Qu7eGRLRrtmEfouQvbYT02SzR4vmmBnlur0Gs1NGjCd3CKHdqNyL5K__ibvGecQ-mePyNTLPhE17t02F_WWXmBw&__tn__=EH-R](https://www.facebook.com/photo/?fbid=966160478542163&set=a.245372370620981&__cft__[0]=AZVYUTfDjffHXvV4J9ua6wjydl5BJqiJBMXxc4AV3XMMfkcoZiIChkuCqZJRySSdbA_CA2I3zG72c3JwF__98L_Qu7eGRLRrtmEfouQvbYT02SzR4vmmBnlur0Gs1NGjCd3CKHdqNyL5K__ibvGecQ-mePyNTLPhE17t02F_WWXmBw&__tn__=EH-R)

Zaburzenia mowy, w tym afazja

Traumatyczne doświadczenia mogą prowadzić do zaburzeń komunikacji językowej o charakterze psychogennym. U najmłodszych dzieci znane są przykłady mutyzmu

selektywnego lub globalnego - dzieci całkowicie milczące w obliczu emocjonalnego zagrożenia. Mutyzm wybiórczy bywa interpretowany, jako forma lęku związanego z traumą, dziecko może mówić normalnie w domu, ale kompletnie milczeć w przedszkolu czy w obecności niektórych osób. Traumatyzujący stres może także prowadzić do afonii psychogennej - trwałej utraty głosu mimo prawidłowej budowy narządów mowy (bez organicznej przyczyny). Do wystąpienia afonii predysponują długotrwały stres, bardzo silne przeżycie emocjonalne oraz poczucie bezsilności - wszystkie obecne w PTSD dziecka. Częstość zjawiskiem jest też regresja językowa - dziecko „cofa się” do wcześniejszego etapu rozwoju mowy. Może znacznie ograniczyć zasób słownictwa, formułować wypowiedzi jak młodszy maluch albo mówić jedynie szepcząc lub bełkotliwie (Odachowska-Rogalska, 2022). Wśród zaburzeń o podłożu psychogenным można wyróżnić:

- Mutyzm (psychogenny) - znany również, jako mutyzm funkcjonalny, charakteryzuje się trwałym milczeniem w określonych sytuacjach społecznych lub w relacjach z niektórymi osobami, mimo zachowanej zdolności mówienia w innych okolicznościach. Mutyzm ten często jest związany z silnymi przeżyciami lękowymi lub traumatycznymi doświadczeniami (Herzyk, 1992, za: Skoczek, 2017; Lizak, 2025),
- Afazja/afonia psychogenna – przerywana lub całkowita utrata głosu bez przyczyny organicznej, która może pojawić się na skutek silnych przeżyć emocjonalnych, takich jak śmierć bliskiej osoby. Zaburzenie to ma charakter odwracalny i często towarzyszy mu pełna sprawność anatomiczna oraz neurologiczna narządów mowy (Koszyła-Hojna, 2021; Radlak, 2022),
- Regresja mowy - nawrót do wcześniejszych form komunikacji (np. używanie krótkich, prostych zdań, mówienie „jak maluch” (Odachowska-Rogalska, 2022).

Zaburzenia zachowania

Dzieci doświadczające traumy często prezentują zaburzenia zachowania o charakterze zarówno wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Z jednej strony mogą być nadmiernie impulsywne i agresywne, stać się nadwrażliwe na bodźce dotychczas obojętne lub występujące nagle - łatwo wpadają w złość, wybuchają krzykiem lub płaczem, nierzadko zdarzają się ataki na otoczenie (rzucanie zabawkami, popychanie, ataki autoagresji), a ich frustracja szybko eskaluje do wybuchów paniki (Słowik i Romanik, 2024; Kulpa, 2022).

Z drugiej strony trauma może prowadzić do wycofania społecznego, a dziecko nagle

staje się ciche, przerażone, na zewnątrz sprawia wrażenie nieobecnego albo nadmiernie uległego. W zachowaniu pojawia się chaos, zaś maluch może naprzemiennie reagować nadmierną agresją lub nadmiernym podporządkowaniem wobec dorosłych, balansuje między skrajnie odmiennymi zachowaniami. Dzieci często nie potrafią regulować emocji - mają trudności z uspokojeniem się, często płaczą bez wyraźnej przyczyny albo zachowują „kamienną twarz” (emocjonalne otępienie), jako mechanizm obronny (Słowik i Romanik, 2024).

Impulsywność i problemy z samokontrolą mogą także wynikać z uszkodzeń układu nerwowego opisanych przez neuropsychologów, np.: „zmniejszona objętość hipokampu prowadzi do problemów z pamięcią lub uczeniem się; zwiększona reaktywność ciała migdałowatego powoduje nadmierną reaktywność emocjonalną, trudności w regulowaniu emocji; zaburzone funkcjonowanie kory przedczołowej utrudnia kontrolę impulsów, planowanie, odczuwanie empatii, decyzyjność.” (Jackowski, Wierzba, 2018; Kossut, 2017; Marek, Bogdanowicz, 2016; Pawlak, 2025). W rezultacie traumatyczne doświadczenia mogą prowadzić do nakładania się symptomów ADHD, zaburzeń zachowania i reaktywnych zachowań agresywnych (skrajnych wybuchów złości) w codziennym funkcjonowaniu dziecka.

Trauma a relacje rówieśnicze

Wpływ traumy na relacje rówieśnicze w środowisku przedszkolnym jest jednym z najistotniejszych i jednocześnie najbardziej złożonych aspektów rozwoju psychospołecznego człowieka. Dzieci w wieku przedszkolnym intensywnie uczą się funkcjonowania w grupie - budują pierwsze przyjaźnie, uczą się współpracy, dzielenia się i rozwiązywania konfliktów. Doświadczenia traumatyczne, zwłaszcza pochodzące z najbliższego środowiska rodzinnego, istotnie zaburzają ten proces, co znajduje potwierdzenie w licznych badaniach oraz obserwacjach praktyków.

Traumatyczne doświadczenia rodzinne w sposób pośredni i bezpośredni wpływają na zdolność dziecka do tworzenia więzi, osłabiają zdolność dziecka do nawiązywania bezpiecznych relacji i zaufania. Po traumie mały człowiek często zachowuje się nieufnie w stosunku do nowych osób, a brak zaufania do dorosłych, nabyty w wyniku doświadczania chronicznej traumy, przenosi się także na relacje w grupie rówieśniczej. Takie dziecko woli unikać kontaktu wzrokowego, może niechętnie wchodzić w zabawy z rówieśnikami lub wręcz uciekać z sali przedszkolnej, gdy ma rozmawiać z obcą osobą (Słowik i Romanik, 2024).

Z kolei w grupie rówieśniczej może występować znaczna labilność - w jednej chwili pokazuje się jako nadmiernie agresywne, w drugiej, jako wycofane i przesadnie uległe. Brak poczucia bezpieczeństwa i przywiązania manifestuje się lękiem separacyjnym - dziecko może w przedszkolu manifestować obsesyjną potrzebę bycia blisko zaufanej osoby (np. wychowawcy), mocno lęka się rozstań nawet na krótko. Zaufanie do rówieśników jest osłabione, często recepcja zachowań rówieśników jest interpretowana jako zagrożenie, a nawet niewinna zaczepka czy zabranie zabawki może uruchomić reakcję „walki lub ucieczki” (Levine, 2013).

Przedszkolak nie wierzy, że znajomi nie zrobią mu krzywdy, co wynika z powtarzającego się poczucia zagrożenia i jest efektem nadmiernej aktywacji układu limbicznego, w szczególności ciała migdałowatego będącego w stanie podwyższonej aktywności (Maté, Kutil, 2018).

Trauma z dzieciństwa zwiększa też ryzyko lęku społecznego - nawet, jeśli zdolność werbalnej komunikacji jest zachowana, taki przedszkolak może nieśmiało unikać zabaw grupowych i izolować się w odosobnieniu.

Dualizm oblicza traumy jest zależny od rodzaju przeżytego urazu, temperamentu dziecka oraz jakości w relacjach z osobami dorosłymi. Agresja wobec rówieśników pełni funkcję obronną – ma na celu kontrolowanie sytuacji, zanim stanie się ona zagrożeniem. Taka potrzeba kontroli wynika z poczucia bezradności, którego dziecko doświadczało w rodzinie (Cohen i in., 2017).

Przedszkolaki bywają nadmiernie drażliwe, biją inne dzieci, krzyczą lub niszczą zabawki - nie potrafią bowiem wyrazić słowami swoich emocji ani rozpoznać ich u innych. Van der Kolk (2018) wskazuje, że takie dzieci często są postrzegane, jako „niegrzeczne” lub „złośliwe”, podczas gdy w rzeczywistości są to przejawy emocjonalnego bólu i nie zaspokojonej potrzeby bezpieczeństwa.

Dzieci projektujące wycofanie i lęk przed relacją, nie uczestniczą w zabawach grupowych, boją się odezwać lub przyłączają się tylko w obecności zaufanej osoby dorosłej. Unikanie interakcji społecznych może przejawiać się także poprzez milczenie (czasami prowadzące do mutyzmu wybiórczego), reagowanie na pytania jedynie skinieniem głowy, brak zaangażowania w zabawy zespołowe, a nawet somatyczne objawy stresu - bóle brzucha, wymioty, zaburzenia snu, które pojawiają się w kontekście przedszkolnym (van der Kolk, 2018).

Mutyzm selektywny lub zachowania lękowe w grupie przedszkolnej są często odzwierciedleniem chronicznego stresu i braku poczucia bezpieczeństwa (Odachowska-

Rogalska, 2022). Dziecko może zachowywać się cicho, być zdominowane przez inne dzieci, mieć trudności z asertywnością, nie umieć prosić o pomoc - wszystko to pogłębia jego izolację i poczucie odrzucenia. Takie zachowania nie powinny być postrzegane jako przejaw nieśmiałości czy braku wychowania, lecz jako strategie przetrwania wykształcone przez dziecko w reakcji na nieprzewidywalne i bolesne środowisko rodzinne (Cohen i in., 2017).

Reakcje adaptacyjne w środowisku przedszkolnym

Adaptacja emocjonalna dziecka do środowiska przedszkolnego polega na stopniowym oswojaniu się z nowym miejscem, zasadami, rytmem dnia i obecnością innych dzieci oraz dorosłych. Dla dzieci bez doświadczeń traumatycznych proces ten jest naturalnym etapem rozwoju. Dla dzieci, które doświadczyły traumy (np. przemocy domowej, alkoholizmu w rodzinie, rozvodu), przedszkole może stanowić wyzwanie przekraczające ich możliwości regulacyjne (Borkowska, 2022; Odachowska-Rogalska, 2022).

Dzieci po traumie często przejawiają zaburzenia adaptacyjne, które objawiają się zarówno na poziomie zachowania, jak i funkcjonowania emocjonalnego. Mogą mieć trudności w rozumieniu i przestrzeganiu zasad, unikać zabaw grupowych, niechętnie wchodzić w nowe sytuacje, być lękliwe i niepewne. Zachowania obronne, takie jak izolacja, unikanie interakcji.

Rola nauczyciela i środowiska przedszkolnego w procesie wspomagania i terapii dziecka po traumie

Mimo negatywnych skutków traumy, kontakt z grupą rówieśniczą oraz obecność stabilnych, empatycznych dorosłych mogą stanowić czynnik chroniący i wspierający proces zdrowienia. Jak podkreślają Borkowska i Odachowska-Rogalska (2022), dobrze przygotowana kadra przedszkolna może tworzyć „bezpieczne środowisko relacyjne”, które niweluje skutki traumy - poprzez dostrzeganie potrzeb dziecka, reagowanie na jego sygnały i wspieranie go w kontaktach z innymi. Nawiazywanie pozytywnych relacji rówieśniczych pod opieką dorosłych stanowi krok w kierunku odbudowania poczucia bezpieczeństwa i zaufania do świata. Działania wychowawców i psychologów przedszkolnych, którzy potrafią rozpoznać subtelne sygnały dyskomfortu emocjonalnego oraz stworzyć bezpieczną przestrzeń relacyjną, w której dziecko może budować nowe, pozytywne doświadczenia społeczne ma kluczowe znaczenie w procesie adaptacji. Jak zauważa Cohen i in. (2017), jedną z najważniejszych interwencji terapeutycznych jest umożliwienie dziecku doświadczenia

relacji, które są przewidywalne, oparte na szacunku i akceptacji.

Cel pracy

Przedmiot badań

Przedmiotem badań było funkcjonowanie dziecka w wieku przedszkolnym wychowującego się w rodzinie obciążonej czynnikami traumatycznymi, takimi jak przemoc emocjonalna i fizyczna, niestabilność relacji opiekuńczych oraz rozpad rodziny.

Analiza oparta została na studium indywidualnego przypadku pięcioletniej dziewczynki objętej pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu oraz poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Cel badań

Głównym celem badania jest: zidentyfikowanie wpływu traumatycznych doświadczeń rodzinnych na funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i poznawcze dziecka w środowisku przedszkolnym, ocena stopnia i rodzaju trudności występujących u dziecka, zaproponowanie wniosków oraz rekomendacji wspierających rozwój dziecka i jego sytuację edukacyjno-wychowawczą.

Problem badawczy

Główny problem badawczy niniejszej pracy stanowiła próba znalezienia odpowiedzi na pytanie: W jaki sposób traumatyczne doświadczenia rodzinne wpływają na funkcjonowanie emocjonalne i społeczne dziecka w środowisku przedszkolnym?

Postawiono hipotezę główną do powyższego problemu badawczego:

- **H1:** Dziecko w wieku przedszkolnym, które doświadczyło traumatycznych wydarzeń rodzinnych, wykazuje zaburzenia w zakresie funkcjonowania emocjonalnego i społecznego w środowisku przedszkolnym.

Zaproponowano także hipotezy poboczne (badawcze):

- **H1.1:** Dziecko po przeżyciach traumatycznych w rodzinie prezentuje nadmierną labilność emocjonalną i obniżony nastrój, widoczne w zachowaniach przedszkolnych.
- **H1.2:** Dziecko, które doświadczyło przemocy lub zaniedbania emocjonalnego w rodzinie, unika kontaktów z rówieśnikami i niechętnie angażuje się w zabawy grupowe.

- **H1.3:** Dziecko z doświadczeniem traumy rodzinnej przejawia silne przywiązanie do dorosłych opiekunów i wykazuje trudności z samodzielnym funkcjonowaniem w grupie.
- **H1.4:** Funkcjonowanie poznawcze dziecka pozostaje w normie rozwojowej, jednak może ulec osłabieniu w sytuacjach stresowych i wymagających koncentracji uwagi.
- **H1.5:** Objawy depresji dziecięcej, takie jak apatia, smutek, izolacja czy nadmierne zmęczenie, są dostrzegane przez nauczycieli przedszkolnych i korelują z historią trudnych doświadczeń rodzinnych.

Metodologia badań

W badaniach zastosowano metodę jakościową - studium indywidualnego przypadku, która pozwala na wnikliwe i holistyczne zrozumienie złożonych zjawisk społecznych i psychologicznych w ich rzeczywistym kontekście życiowym. Jest to metoda pozwalająca na głęboką i wieloaspektową analizę konkretnego dziecka w jego naturalnym środowisku życia i edukacji. Dzięki tej metodzie możliwe było połączenie danych z różnych źródeł (wywiad, obserwacja, dokumentacja, testy psychometryczne), co pozwoliło na uzyskanie pełniejszego obrazu funkcjonowania dziecka. Szczególnie wartościowe jest jej zastosowanie w psychologii rozwojowej, pedagogice specjalnej oraz pracy socjalnej i terapeutycznej, czyli wszędzie tam, gdzie ważne jest głębokie poznanie zjawisk indywidualnych, trudnych i wielowymiarowych, takich jak przeżycia traumatyczne dzieci. W badaniach nad traumą u dzieci, szczególnie w wieku przedszkolnym, metoda ta pozwala nie tylko na opis zachowań i objawów, ale także na ich interpretację w odniesieniu do kontekstu rodzinnego i środowiskowego.

„Studium przypadku to empiryczne badanie, które bada współczesne zjawisko w jego rzeczywistym kontekście, zwłaszcza wtedy, gdy granice między zjawiskiem a jego kontekstem nie są wyraźnie określone” (Yin, 2018, s. 15).

W przypadku dzieci doświadczających traumy, gdy badacz poszukuje odpowiedzi na pytania dotyczące mechanizmów funkcjonowania dziecka poddanego długotrwałej ekspozycji złożonych stresorów, jak przemoc domowa, rozwód rodziców czy uzależnienie jednego lub wielu członków rodziny, zastosowanie tej metody umożliwia prześledzenie, jak wydarzenia rodzinne wpływają na rozwój emocjonalny, poznawczy oraz społeczny, a także funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym.

Zgodnie z propozycją Yin'a (2018), badanie przypadku wymaga gromadzenia

danych z różnych źródeł, by uchwycić pełny obraz sytuacji i zwiększyć trafność wewnętrzną analizy. Dobrze zaplanowane studium przypadku powinno obejmować:

- jasno określony problem badawczy,
- logiczną strukturę badania,
- wybór odpowiedniego przypadku,
- triangulację źródeł danych.

Badanie ma charakter eksploracyjno-diagnostyczny i ma na celu:

- Zrozumienie wpływu konkretnych traumatycznych wydarzeń rodzinnych na zachowanie i rozwój dziecka.
- Analizę przejawów zaburzeń emocjonalnych i społecznych w kontekście doświadczeń dziecka.
- Sformułowanie wniosków pomocnych dla pracy psychologiczno-pedagogicznej.

W prezentowanej pracy zastosowano podejście jakościowe, z wykorzystaniem wieloźródłowej triangulacji danych:

- Wywiad z matką dziecka - w celu poznania historii rodzinnej, dynamiki relacji rodzinnych, specyfiki uzależnienia ojca, traumatycznych doświadczeń dziecka oraz ważnych momentów w codziennym funkcjonowaniu,
- Wywiad z nauczycielem wychowawcą - w celu analizy funkcjonowania dziecka w grupie rówieśniczej, zachowań w codziennych sytuacjach przedszkolnych, aktywności i trudności edukacyjnych,
- Wywiad z psychologiem przedszkolnym/analiza opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej - w celu poznania opinii specjalistycznej dotyczącej diagnozy trudności dziecka i podejmowanych działań pomocowych oraz efekty ewentualnych interwencji wspierających,
- Obserwacja bezpośrednia dziecka w przedszkolu - w naturalnych warunkach interakcji społecznych, prowadzona systematycznie w czasie swobodnej zabawy i zajęć dydaktycznych,
- Analiza rysunków dziecka i wypowiedzi swobodnych - jako sposób poznania przeżyć i emocji dziecka.
- Wykorzystanie kwestionariuszy i skal psychologicznych.

To wielopłaszczyznowe podejście pozwala na wzajemne weryfikowanie informacji uzyskanych różnymi drogami (Yin, 2015).

Opis dziecka badanego

Badanie zostało przeprowadzone w jednym z miejskich przedszkoli w Wyszowie, w okresie od maja 2024 do maja 2025 r. Dziecko objęte badaniem uczęszcza do grupy starszaków i korzysta z pomocy psychologa w poradni oraz wsparcia pedagogicznego. Badanie zostało przeprowadzone za zgodą dyrekcji przedszkola oraz matki dziecka, z zachowaniem zasad etyki badań pedagogicznych i psychologicznych.

Przypadek wybrano celowo (dobór celowy zgodnie z założeniami Yin'a), na podstawie wcześniejszych obserwacji wychowawcy i psychologa oraz analizy dokumentacji przedszkolnej. Wybrane dziecko wykazywało wyraźne symptomy trudności emocjonalnych i społecznych z objawami somatycznymi. Zauważalny był obniżony poziom kompetencji społecznych, trudności w nawiązywaniu oraz podtrzymywaniu kontaktów z rówieśnikami i osobami dorosłymi, a także zachowania unikające i silny lęk separacyjny u dziecka.

Profil dziecka:

- Wiek: dziewczynka 6 lat,
- Placówka: nieduże przedszkole niepubliczne, mała wieś w pobliżu miasta powiatowego,
- Grupa przedszkolna: grupa mieszana dzieci 4-6-letnich, występują orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,
- Sytuacja rodzinna: osłabiony kontakt z ojcem z powodu nadużywania przez niego alkoholu, silny konflikt między rodzicami i planowany rozwód w tle, zaniedbanie emocjonalne.

Charakterystyka traumy:

- Długotrwała ekspozycja na przemoc emocjonalną i konflikty domowe,
- Nagła separacja z ojcem w wyniku nadużywania substancji psychoaktywnych,
- Poczucie niepewności, niestabilności i braku bezpieczeństwa,
- Brak adekwatnego wsparcia emocjonalnego ze strony dorosłych oraz starszego rodzeństwa, nadopiekuńczość matki.

Dziecko doświadczało licznych objawów mogących świadczyć o zaburzeniach posttraumatycznych:

- Objawy emocjonalne: wybuchy płaczu, lęk separacyjny, apatia, niestabilność emocjonalna,
- Zaburzenia zachowania: agresja wobec rówieśników, wycofanie społeczne, trudności w relacjach,

- Zaburzenia poznawcze: problemy z koncentracją, zahamowanie w nauce, słaba motywacja, występowanie omamów słuchowych,
- Zaburzenia mowy: występowanie epizodów mutyzmu sytuacyjnego,
- Symptomy psychosomatyczne: bóle brzucha, bóle głowy, bezsenność, częste korzystanie z toalety bez finału, napady torsji o ustalonych i powtarzalnych porach dnia, objawy przypominające dyspepsję czynnościową.

Wykorzystane narzędzia pomiarowe

Pomiar poziomu stresu u dzieci w wieku przedszkolnym stanowi duże wyzwanie diagnostyczne, ponieważ dzieci w tym okresie rozwojowym nie są jeszcze w pełni zdolne do werbalizowania swoich przeżyć wewnętrznych. Z tego względu stosuje się techniki pośrednie, takie jak obserwacja zachowań, wywiady z opiekunami i nauczycielami, kwestionariusze oraz metody projekcyjne.

W niniejszej pracy zastosowano:

- Obserwacja zachowań dziecka w różnych sytuacjach - interakcje z rówieśnikami, reakcje na sytuacje stresowe,
- Analiza dokumentacji psychologicznej, opinii z poradni,
- Kwestionariusz FACES IV - Skala Oceny Rodziny Davida H. Olsona,

Kwestionariusz FACES-IV (*Flexibility and Cohesion Evaluation Scales*) autorstwa Davida H. Olsona to jedno z najczęściej stosowanych narzędzi do oceny funkcjonowania systemu rodzinnego. Polska adaptacja tego narzędzia znana, jako Skala Oceny Rodziny (SOR), została opracowana przez Andrzeja Margasińskiego i cechuje się wysoką rzetelnością oraz trafnością diagnostyczną. Skala ta mierzy zadaniowość, współpracę oraz emocjonalne wsparcie w rodzinie. Wykorzystany celu zbadania struktury, spójności i elastyczności systemu rodzinnego w niniejszej pracy. Jest to nowoczesne i trafne narzędzie do oceny jakości funkcjonowania systemu rodzinnego z perspektywy jego członków. Zastosowanie wersji polskiej tego kwestionariusza (Margasiński, 2010) pozwala na wiarygodne diagnozowanie funkcjonowania rodzin w warunkach krajowych.

Narzędzie składa się z sześciu skal podstawowych:

A. Dwa wymiary funkcjonalne:

1. Zrównoważona spójność (*Balanced Cohesion*)
2. Zrównoważona elastyczność (*Balanced Flexibility*)

B. Cztery wymiary dysfunkcyjne:

1. Rozdzielność/Niezwiazanie (*Disengaged*),
2. Zlanie/Splątanie (*Enmeshed*),
3. Sztywność (*Rigid*),
4. Chaotyczność (*Chaotic*).

Badanie polega na indywidualnym wypełnieniu kwestionariusza przez członków rodziny (w praktyce często przez rodzica/opiekuna lub nastolatka). Odpowiedzi są przeliczane na wyniki surowe, a następnie na skale stenowe lub centylowe, co pozwala na porównania między rodzinami lub z normami populacyjnymi. Każdy z respondentów (rodzic/opiekun) ocenia 42 stwierdzenia na 5-punktowej skali Likerta (od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”). Kwestionariusz wypełniają wszyscy członkowie badanej rodziny w wieku lat 12 lub więcej. Każdy odpowiada samodzielnie bez konsultacji z pozostałymi osobami, bez omawiania udzielanych odpowiedzi, aż do zakończenia badania. Udzielenie odpowiedzi na pytania dokonuje się poprzez zaznaczenie opcji od „całkowicie się nie zgadzam” (przypisana wartość 0) do wartości „całkowicie się zgadzam” (przypisana wartość 5). Następnie, po przeniesieniu na Arkusz Odpowiedzi, następuje zliczenie wyników surowych w badaniu. Na podstawie badań przeprowadzonych przy użyciu nowych skal poprzez zastosowanie analizy skupień wyodrębniono sześć typów (profilu) rodzin:

- *Profil 1* - Zrównoważony (*Balanced*) - charakteryzuje się najwyższymi wynikami na podskalach Spójności i Elastyczności w obszarze Zrównoważenia i najniższymi na wszystkich podskalach Niezrównoważenia z wyjątkiem Sztywności, której wyniki są prawie najniższe. Połączenie wysokich wyników na podskalach Zrównoważenia i niskich wyników w podskalach Niezrównoważenia ukazuje model rodziny, którą cechuje wysoki poziom zdrowego funkcjonowania oraz niski poziom funkcjonowania problemowego. Tego typu rodziny są postrzegane jako zdolne do radzenia sobie z codziennymi stresorami oraz napięciami emocjonalnymi. Rodziny takie najrzadziej korzystają z terapii.
- *Profil 2* - Sztywno-Spójny (*Rigidly-Cohesive*) - charakteryzuje się wysokimi wynikami w podskali Sztywności, średnimi wynikami w podskali Splątania oraz niskimi wynikami podskal Chaotyczności i Niezwiazania. Ten typ rodziny cechuje wysoki poziom emocjonalnej bliskości oraz sztywności. Ze względu na wysoki stopień bliskości zakłada się, że takie rodziny na ogół dobrze funkcjonują, niemniej ich członkowie z powodu dużej sztywności mogą mieć trudności związane z wprowadzaniem sytuacyjnych bądź rozwojowych zmian.

- *Profil 3 - Pośredni (Midrange)* - charakteryzują średnie wyniki wszystkich podskal, z wyjątkiem podskali Sztywności. Wyniki tej ostatniej wykazują wyraźną tendencję do rozkładu dwumodalnego, tzn. przyjmowania wartości wysokich lub niskich; mało jest wyników średnich, nawet w przypadku profilu Pośredniego. Rodziny tego typu są postrzegane jako ogólnie dobrze funkcjonujące mimo niewielu mocnych stron i czynników ochronnych uwzględnionych w skalach Zrównoważenia, ale też i niewielu cech i czynników ryzyka uwzględnionych w skalach Niezrównoważenia.
- *Profil 4 - Elastycznie Niezrównoważony (Flexibly Unbalanced)* - charakteryzuje się wysokimi wynikami wszystkich podskal oprócz Spójności, której wyniki są niskie. Taki układ zdaje się wskazywać na problemowe funkcjonowanie, aczkolwiek wysokie wyniki na skali Elastyczności mogą sugerować, iż tego typu rodziny są zdolne do zmiany w obrębie problemowych obszarów, jeśli zachodzi taka konieczność. Autorzy twierdzą, iż ze wszystkich typów rodzin ten typ najtrudniej dokładnie i jasno scharakteryzować.
- *Profil 5 - Chaotycznie Niezwiązany (Chaotically Disengaged)* – charakteryzuje się niskimi wynikami podskal Zrównoważenia, niskimi wynikami podskal Splątania i Sztywności oraz wysokimi wynikami w podskalach Chaotyczności i Niezwiązania. Zakłada się, iż są to rodziny mocno problemowe, pozbawione oparcia w emocjonalnej bliskości, na co wskazują niskie wyniki dotyczące bliskości, a wysokie dotyczące braku więzi oraz wysokie wyniki podskali Chaotyczności i niska zdolność do zmian. Mogą być równie problemowe jak opisane niżej rodziny niezrównoważone, ponieważ skale Splątania i Sztywności, na których uzyskują niskie wyniki, najmniej skutecznie różnicują rodziny problemowe i nieproblemowe.
- *Profil 6 - Niezrównoważony (Unbalanced)* - jest niemal dokładnym przeciwieństwem profilu zrównoważonego. Charakteryzuje się wysokimi wynikami we wszystkich czterech podskalach Niezrównoważenia oraz niskimi wynikami dla dwóch podskal Zrównoważenia. Przyjmuje się, że rodziny tego typu przeżywają najwięcej trudności, funkcjonują w sposób najbardziej problemowy, na co wskazują wysokie wyniki podskal Niezrównoważenia oraz brak mocnych stron i czynników ochronnych uwzględnionych w podskalach Zrównoważenia. Szacuje się, że ten typ rodziny najczęściej korzysta z terapii.

Analiza wyników kwestionariusza polega na porównaniu otrzymanego profilu z jednym z sześciu scharakteryzowanych powyżej. Uzyskane wyniki są przeliczane zgodnie

z normami, następnie nanosi się ją na siatkę wyników. Po połączeniu linią rezultatów w poszczególnych podskalach otrzymujemy profil badanej rodziny oraz zestawiane graficznie – zazwyczaj w formie wykresu kołowego (radarowego) prezentującego poziom spójności i elastyczności w rodzinie. Wysokie wartości w obszarach takich jak współpraca i elastyczność są skorelowane z lepszym funkcjonowaniem dziecka w środowisku przedszkolnym (Margasiński, 2010).

- **Metody projekcyjne, jako element opisu relacji członków rodziny:**

- Rysunek Rodziny - technika projekcyjna autorstwa Cormana, wykorzystywana do badania emocjonalnego obrazu rodziny oraz postrzegania pozycji dziecka w jej strukturze (Kozłowska, 2012),
- Rysunek Dom - jako forma rysunku wolnego z elementami symboliki projekcyjnej, ujawniającego emocjonalne poczucie bezpieczeństwa dziecka i jego stosunek do własnego środowiska życia (Machowska-Koszela, 2017),

Obie techniki zostały przeprowadzone w bezpiecznych, znanych dziecku warunkach, przy wykorzystaniu białej kartki A4 i zestawu kredek. Dziecko nie było ograniczane czasowo i otrzymało instrukcję: „Narysuj swoją rodzinę” oraz „Narysuj dom, w którym chciał(a)byś mieszkać”.

- **Do ilościowej oceny objawów lękowych i depresyjnych zastosowano:**

- Kwestionariusz do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży CDI-2 (*Children's Depression Inventory 2*) - inwentarz depresji w wersji nauczycielskiej, opracowany przez Marię Kovacs (Weiss & Comer, 2012).

Jest to jedno z najczęściej wykorzystywanych narzędzi służących do oceny nastroju i funkcjonowania emocjonalnego dzieci i młodzieży mierzy objawy depresyjne dzieci w wieku 7–17 lat, ale bywa wykorzystywany także u dzieci młodszych w ramach oceny obserwacyjnej (Radziwiłłowicz & Fecenec, 2018).

W niniejszym przypadku kwestionariusz został użyty pomocniczo, jako narzędzie przesiewowe do oceny objawów depresyjnych u 6. letniego dziecka, na podstawie wieloletnich obserwacji nauczyciela przedszkolnego.

Wersja nauczycielska CDI-2 składa się z 12 pozycji, ocenianych przez wychowawcę lub nauczyciela, który zna dziecko w codziennym kontekście edukacyjno-wychowawczym. Każdy item oceniany jest w skali czterostopniowej (0–3, od „nigdy” do „prawie zawsze lub zawsze”), przy czym wyższe wartości odpowiadają większemu nasileniu obserwowanych trudności. Kwestionariusz ocenia trzy główne obszary funkcjonowania emocjonalnego

dziecka:

- Problemy emocjonalne (PE – *Emotional Problems*),
- Problemy w funkcjonowaniu (PF – *Functional Problems*),
- Wynik ogólny (WO – *Total Score*).

Po uzyskaniu wyników surowych (suma punktów z odpowiednich pozycji), przelicza się je na wyniki stenowe (tenowe) w odniesieniu do norm opracowanych na podstawie populacji dziecięcej w poszczególnych grupach wiekowych i płciowych.

Zakres wyników 22-39 tenów to kategoria niskie, 40-59 tenów uznawany jest za normę, 60-64 wskazuje na ryzyko kliniczne (strefa graniczna), a 65 tenów (wysokie i od 70 bardzo wysokie) i więcej - na nasilenie objawów klinicznych wymagających pogłębionej diagnostyki i interwencji specjalistycznej (Weiss & Comer, 2012).

- Skalę Niepokoju Spence dla Dzieci SCAS (*Spence Children's Anxiety Scale*) - narzędzie w wersji dziecięcej oceniające poziom lęku w sześciu kategoriach, m.in. lęku separacyjnego i społecznego.

SCAS to psychologiczny kwestionariusz zaprojektowany w celu identyfikacji objawów różnych zaburzeń lękowych, w szczególności fobii społecznej, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zaburzeń panicznych/agorafobii i innych form lęku u dzieci i młodzieży w wieku od 8 do 15 lat. Opracowany przez Susan H. Spence i dostępny w różnych językach, 45-pytaniowy test może zostać wypełniony przez dziecko lub rodzica. Alternatywnie opracowano skróconą wersję testu, zawierającą tylko 19 pytań. Wykazała ona również wiarygodne wyniki, jednocześnie redukując stres i obciążenie reakcją u młodszych uczestników.

Istnieje również inna wersja testu składająca się z 34 pytań, przeznaczona specjalnie dla dzieci w wieku przedszkolnym w wieku od 2,5 do 6,5 roku. Wypełnienie dowolnej formy testu zajmuje około 5 do 10 minut. Kwestionariusz wykazał dobrą niezawodność i trafność w ostatnich badaniach. Całkowity wynik w SCAS jest interpretowany na różne sposoby w zależności od wieku i płci dziecka.

W przypadku dzieci w SCAS dla chłopców i dziewcząt w wieku 8–11 lat, całkowity wynik 50 +/- 10 jest uważany za średni zakres lęku.

Wynik T wynoszący 60. i więcej wskazuje na subkliniczny lub podwyższony poziom lęku. Uzasadnia to dalsze badania i potwierdzenie statusu diagnostycznego za pomocą wywiadu klinicznego. Adaptacja polska SCAS wskazuje na wysoką rzetelność i trafność diagnostyczną (Rogoza, 2019).

Pogłębiona analiza wyników Skali Oceny Rodziny

Kwestionariusz badający relacje rodzinne (FACES IV-SOR) wg Margasińskiego koncentruje się na strukturze, elastyczności i funkcjonowaniu systemu rodzinnego, bazując na koncepcjach teorii systemów. Badaniami objęto rodzinę, w której wychowuje się sześciolatnia dziewczynka, uczęszczająca do przedszkola od piątego roku życia.

Rodzina doświadcza wielu czynników traumatycznych, w tym przemocy psychicznej ze strony nadużywającego alkohol ojca oraz rozstania rodziców.

Dziecko wychowuje się obecnie z dwojgiem starszego rodzeństwa oraz matką. Pomimo rozwodu ojciec dziecka nadal zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie i to sprawia, że dziewczynka jest biernym uczestnikiem sytuacji konfliktowych pomiędzy rodzicami.

Po konsultacjach z wychowawcą grupy, matka zgłosiła do poradni psychologiczno-pedagogicznej trudności wychowawcze oraz problemy adaptacyjne dziecka w grupie przedszkolnej (wybuchy złości, wycofanie w relacjach rówieśniczych, objawy somatyczne po wystąpieniu zdarzeń trudnych). W ocenie specjalistów poradni, dziecko nie wykazywało żadnych objawów czy nieprawidłowości w zachowaniach. Upór rodzicielki i ponawianie próśb o diagnostykę sprawiły, że została wydana opinia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wyszku.

Poniżej zaprezentowano pogłębioną analizę wyników Skali Oceny Rodziny (SOR; Margasiński, 2010) dla trzyosobowej próbki (żona 40 l., córka 18 l., syn 17 l.) w pięcioosobowej rodzinie z pominięciem męża, który odmówił wypełnienia ankiety oraz 5-letniej córki z racji wieku. Rozkład odpowiedzi dla każdego z członków badanej rodziny przedstawiono w formie tabelarycznej (tab.2-5) oraz wykresu zbiorczego (ryc.2).

Żona (40 l.)

Tabela 2. Wyniki kwestionariusza SOR żony 40 l.

Skala	Wynik surowy	Sten	Centyl
A. Zrównoważona Spójność	26	4	23
B. Zrównoważona Elastyczność	21	2	1
C. Niezwiązywanie	20	6	64
D. Splątanie	11	4	24
E. Sztywność	19	6	64
F. Chaotyczność	22	8	84
G. Komunikacja	38	7	70
H. Zadowolenie z rodziny	32	6	64

Córka (18 l.)

Tabela 3. Wyniki kwestionariusza SOR córki 18 l.

Skala	Wynik surowy	Sten	Centyl
A. Zrównoważona Spójność	28	5	36
B. Zrównoważona Elastyczność	22	2	1
C. Niezwiązanie	21	7	70
D. Splątanie	13	5	42
E. Sztywność	17	6	50
F. Chaotyczność	13	3	8
G. Komunikacja	34	5	43
H. Zadowolenie z rodziny	33	7	70

Syn (17 l.)

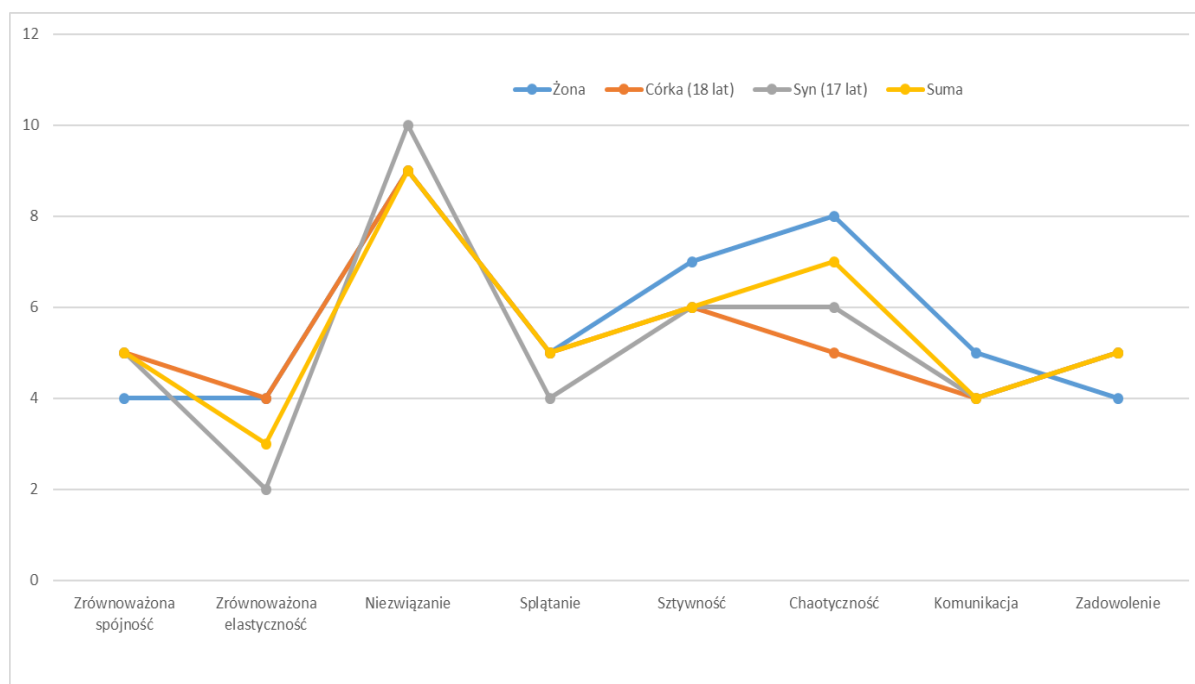
Tabela 4. Wyniki kwestionariusza SOR syna 17 l.

Skala	Wynik surowy	Sten	Centyl
A. Zrównoważona Spójność	26	6	60
B. Zrównoważona Elastyczność	12	3	30
C. Niezwiązanie	23	7	70
D. Splątanie	9	4	30
E. Sztywność	17	5	50
F. Chaotyczność	15	5	50
G. Komunikacja	34	7	70
H. Zadowolenie z rodziny	35	7	70

Cała rodzina

Tabela 5. Wyniki kwestionariusza SOR badanej rodziny

Skala	Żona (40 lat)	Córka (18 lat)	Syn (17 lat)	Suma
A. Zrównoważona Spójność	4	5	5	5
B. Zrównoważona Elastyczność	4	4	2	3
C. Niezwiązanie	9	9	10	9
D. Splątanie	5	5	4	5
E. Sztywność	7	6	6	6
F. Chaotyczność	8	5	6	7
G. Komunikacja	5	4	4	4
H. Zadowolenie z rodziny	4	5	5	5



Rycina 2. Profile członków rodziny

Po utworzeniu wykresu Profil rodziny można odczytać następujące cechy:

- Segment „Zrównoważenie” (A, B): wyraźna dysproporcja - spójność w normie, elastyczność obniżona,
- Segment „Niezrównoważenie” (C-F): umiarkowanie podwyższone niezwiązanie, niskie splątanie, przeciętna sztywność i chaotyczność,
- Segment „Komunikacja i Zadowolenie” (G, H): wyniki powyżej średniej, co może działać ochronnie wobec deficytów strukturalnych.

Olson (2009) twierdzi, że rodziny o umiarkowanych poziomach spójności (A) i elastyczności (B) oraz jak najwyższej komunikacji (G) będą tworzyły najsprawniej funkcjonujący system rodzinny.

W sytuacji badanej rodziny, spójność rodzinną można określić jako niezaangażowaną i sztywną. Oznacza to emocjonalny dystans pomiędzy członkami rodziny, która utrzymuje przeciętny poziom wspólnoty emocjonalnej, unika izolacji, ale nie generuje głębokiego zaangażowania. Więzy rodzinne są osłabione i fragmentaryczne. Elastyczność poniżej normy to ograniczona zdolność adaptacyjna, wskazuje na opór wobec zmian i trudności w redefiniowaniu ról po rozwodzie rodziców (Olson, 2011).

Uzależnienie ojca od substancji psychoaktywnych może powodować wzrost niesta-

bilności i nieprzewidywalność całego systemu rodzinnego (Górniak, 2021), zaś autorytarne wychowanie i przemoc psychiczna z jego strony sprzyjają chronicznemu stresowi i lękowi u dzieci (Rogoza, 2019).

Obniżona elastyczność, rysująca się u wszystkich członków rodziny, jest efektem trudnej sytuacji okołorozwodowej i w sposób znaczący utrudnia reorganizację ról oraz adaptację po rozwodzie (Olson, 2005).

Podwyższony stan lękowy najmłodszej córki można wiązać ze słabymi więziami (wysokie niezwiązanie) i niestabilnym wzorcem rodzinnym, co w środowisku przedszkolnym objawia się lękiem separacyjnym, trudnościami adaptacyjnymi oraz somatyzacją codziennych aktywności (Werner & Johnson, 2004).

Analiza wytworów artystycznych dziecka

Na potrzeby empirii dokonano analizy wytworów artystycznych własnych wykonanych przez dziecko na przestrzeni roku szkolnego.

Charakterystyka rodziny w odczuciu dziecka została wykonana na podstawie Rysunku Rodziny oraz rysunku Domu, które dziewczynka wykonała w trakcie sesji w przedszkolu.

Poniższa analiza obrazu została przeprowadzona w oparciu o obserwację zachowań dziecka podczas tworzenia pracy plastycznej oraz szczegółową analizę treści rysunku.

Obserwacja miała miejsce w obecności badanej, bez udziału osób trzecich w czasie przeznaczonym na zabawy swobodne dzieci w młodszej grupie przedszkolnej.

Przed rozpoczęciem badania nawiązano dobry kontakt z dzieckiem, a w trakcie całej części badawczej prowadzona była swobodna rozmowa.

Zadawane pytania nie miały zabarwienia emocjonalnego, a dotyczyły wieku dziecka, ulubionych zabawek, sportów, oglądanych bajek, zainteresowań (nie było pytań dotyczących rodziny dziecka).

Wyniki świadczą o dominującym stylu więzi niezaangażowany-sztywny w systemie rodzinnym, w którym obecne są traumatyzujące czynniki (alkoholizm ojca, rozpad małżeństwa, przemoc psychiczna) wpływają na podwyższony poziom lęku oraz trudności adaptacyjne u najmłodszej córki w przedszkolu.

Dziewczynka rozpoczęła pracę od umieszczenia kartki poziomo i wypełniania jej treścią od prawej do lewej, co wskazuje na przejście od myślenia globalnego, intuicyjnego

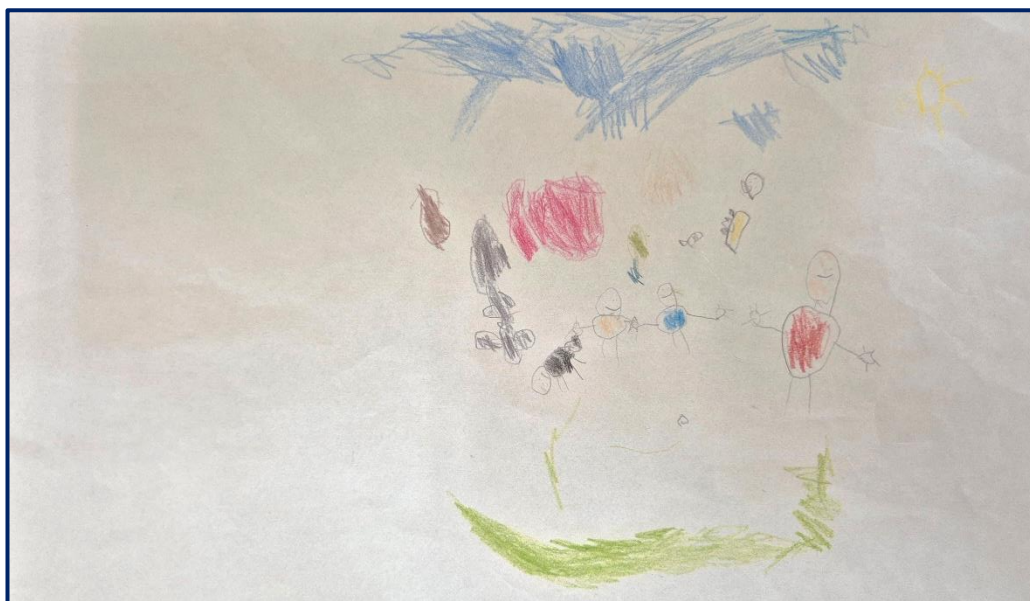
postrzegania rzeczywistości do bardziej uporządkowanego, szczegółowego (Czabała, 2010).

Opisany sposób pracy jest odwrotnością typowego kierunku pisania w języku polskim i może oznaczać zaburzenia orientacji przestrzennej, tj. problem z rozróżnianiem stron prawa-lewa i kierunków. To powrót do wcześniejszego etapu rozwoju poznawczego lub próba ponownego przetworzenia informacji. Można to także interpretować jako potrzebę organizacji przestrzeni roboczej w sposób indywidualny, a to związane jest z etapem rozwoju poznawczego i lateralizacji. Prace plastyczne, w których postacie są umieszczone z prawej strony kartki, a lewa strona pozostaje pusta, mogą wskazywać na występowanie zahamowań lub napięcia u dziecka.

Nie odnotowano wyraźnych momentów zahamowania czy zniechęcenia - dziewczynka pracowała z zaangażowaniem i spokojem, co świadczy o poczuciu bezpieczeństwa (Gelso, Hayes, 2004).

Dochodziło do częstych przerw na wybór odpowiedniego koloru, co można interpretować jako element eksploracji narzędzi plastycznych, a nie lęku przed wykonaniem rysunku (Grzesiuk, 1996).

Przez cały czas dziewczynka prowadziła cichy, niespieszny dialog z osobą badającą, opowiadając o codzienności i członkach rodziny, co sugeruje stosunkowo dobrą zdolność werbalizacji, choć zakłóconą umiarkowaną nieśmiałością (Cooper, 2010).



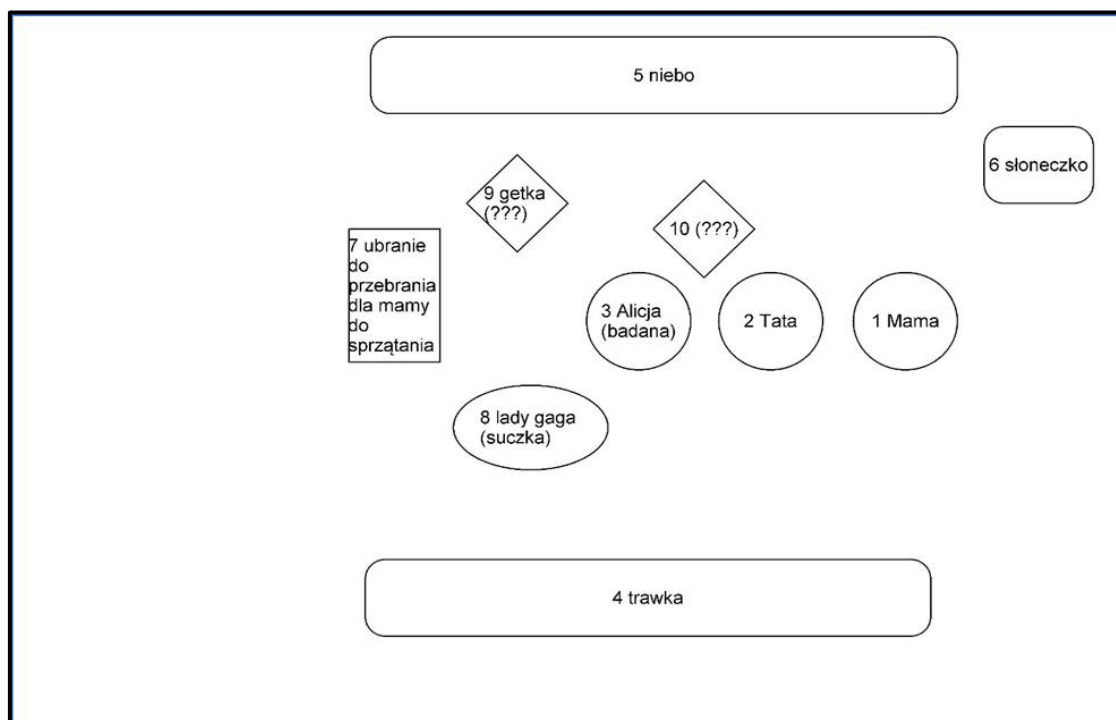
Rycina 3. Rysunek rodziny

Dziewczynka podjęła aktywność artystyczną spontanicznie, bez jakiejkolwiek dodatkowej zachęty. Badana chętnie przystąpiła do rysowania rodziny, bo rysowanie oraz kolorowanie, są to Jej ulubione zajęcia. Swoją pracę wykonywała z zaangażowaniem, świadomie dobierając kolorystykę postaci, była bardzo skupiona na wykonaniu pracy.

Rysunek (Ryc.3) powstał w następującej kolejności:

- 1) mama,
- 2) tata,
- 3) postać badanej,
- 4) trawka,
- 5) niebo,
- 6) słońeczko,
- 7) strój mamy do sprzątania,
- 8) „Lady Gaga” (suczka),
- 9) „Getka” (nieokreślony przedmiot),
- 10) nieokreślony obiekt (hamburger?).

Wszystkie elementy rysunku znajdują się w jego prawej części, są umiejscowione nieco bliżej górnej krawędzi płaszczyzny, najdalej wysunięty obiekt po prawej stronie to słońce (nieco jakby poza kanwą rysunku).



Rycina 3. Schematyczne rozmieszczenie elementów rysunku wg kolejności tworzenia

Postacie rodzinne umieszczone są centralnie, bliżej górnej krawędzi, co wskazuje na ich znaczącą rolę w subiektywnym świecie dziecka (Kratochvil, 2003).

Matka i ojciec zostali narysowani na początku, podobnej wielkości, z wyraźnymi rękami i palcami - styl kreski obły, właściwy docisk – dynamika i zdecydowanie (Czabała, 2010).

Postacie mamy oraz taty są oddalone od siebie, nie dotykają się - wskazuje to na ograniczoną intymność rodzicielską (Margasiński, 2009).

Ojciec wyciąga dłoń do dziecka, co może obrazować ambiwalentną potrzebę bliskości, równocześnie jednak dystans emocjonalny (Olson, 2011). Jednocześnie dotyka psa („Lady Gaga”), co może świadczyć o szukaniu wsparcia poza systemem ludzkim.

Siebie, dziewczynka narysowała jako ostatnią, wyraźnie mniejszą, co może odzwierciedlać poczucie marginalizacji lub lęk przed byciem „na wizji” (Grzesiuk, 1996).

Na rysunku brak jest znaków konwencjonalnych, są zaś ich wersje uproszczone. Styl kreski jest obły, ruchy wykonywane zamasyście ze odpowiednią siłą docisku, linie zaokrąglone przybierają kierunek pozytywny.

Narysowane postacie są jednobarwne, charakteryzują je brak elementów zdobniczych, jak włosy czy uszy/nosy, mają wyraźnie zaznaczone dłonie oraz palce u rąk, są oczy i usta, widoczny jest brak ubrania, stóp.

Dziewczynka trzymała kredkę prawidłowym chwytem pęsetowym, co odpowiada jej etapowi rozwojowemu (Heaton, 2004).

Kolory (niebieski, zielony, czerwony, czarny, różowy) wykorzystane w prostych blokach barwnych, bez detali (włosy, ubranie), co sugeruje ograniczenie ekspresji i możliwe mechanizmy obronne (Kratochvil, 2003).

Brak postaci starszego rodzeństwa (brat 17 l., siostra 18 l.) może sygnalizować ich mniejszą rolę emocjonalną w systemie - efekt dystansu lub wykluczenia.

Rodzinne nieprawidłowości stanowią główny czynnik zaburzający adaptację przedszkolną dziecka, skutkując brakiem poczucia miłości i bezpieczeństwa (Górniak, 2021).

Dziewczynka nie odczuwa oparcia ani akceptacji ze strony rodzeństwa, co potęguje u niej izolację i lęk przed odrzuceniem (Braun-Gałkowska, 1985).

Postaci wywołujące u niej niepokój są rysowane na marginesie, z dala od centralnych figur rodzicielskich (Popko, 2021).

Badana utożsamia się przede wszystkim z matką, pragnie jej uznania, jednakże równocześnie obawia się nadmiernych oczekiwań wynikających z autorytarnego modelu

wychowania (Kratochvil, 2003). Występują u niej cechy osobowości unikającej, tj. zachowania pozorne, zależność od sygnałów matki i trudność w samodzielnym działaniu, zwłaszcza w przedszkolu (Czabała, 2010).

Emocjonalne przywiązanie do ojca jest silne. Dziewczynka marzy o bliższej zależności i wspólnych aktywnościach, których doświadczała wyłącznie z nim, pragnie również wsparcia tej relacji przez matkę. Brak wiary we własne możliwości oraz podwyższony poziom lęku świadczą o zaniżonej samoocenie i ucieczce w świat wyobraźni. Ten mechanizm ochronny osłabia u niej kompetencje społeczne i chęć angażowania się w zabawy rówieśnicze.

W relacjach z nauczycielem dziewczynka wymaga zdecydowanego bodźca do działania, a jej dialogi ograniczają się do kwestii praktycznych związanych z odbiorem z przedszkola, co wskazuje na problem w werbalizacji emocji (Heaton, 2004).

Zgodnie z teorią rozwoju, niezaspokojenie podstawowych potrzeb psychicznych hamuje rozwój poznawczy i społeczny, dlatego istotne jest zapewnienie dziecku stabilnego, akceptującego środowiska oraz konsekwentnych i jasnych zasad wychowawczych (Brzeziński, 2016; Grzesiuk, 1996).

Analiza dokumentacji z poradni psychologiczno-pedagogicznej

W niniejszej pracy, analizie poddano opinię z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wyszkanie nr 230/24/25 z dnia 08.01.2025r. Na jej podstawie przeprowadzono kompleksową diagnozę psychologiczno-pedagogiczną obejmującą:

- Obserwację funkcjonowania emocjonalno-społecznego,
- Badanie poziomu funkcji poznawczych,
- Analizę zachowania dziecka w środowisku przedszkolnym,
- Wywiad z matką oraz wychowawczynią grupy.

Wyniki wskazują na potrzebę objęcia dziewczynki pomocą psychologiczno-pedagogiczną w zakresie regulacji emocji, wspierania relacji rówieśniczych oraz terapii indywidualnej w kierunku rozwoju kompetencji społecznych.

• Charakterystyka dziecka

Osobą badaną jest 5-letnia dziewczynka, uczęszczająca do grupy starszaków w niepublicznym przedszkolu. Na prośbę wychowawcy grupy przedszkolnej, dziewczynka została przez matkę zgłoszona na badania diagnostyczne do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wyszkanie, w związku z obserwowanymi trudnościami w obszarach

emocjonalnym i społecznym w środowisku przedszkolnym.

Dziewczynka (5 lat 3 m-ce w dniu zgłoszenia) od roku 2023, mając 4 lata, rozpoczęła udział w zajęciach przedszkolnych. Wcześniej nie miała doświadczeń zajęć grupowych. Wówczas mama zrezygnowała z zajęć. Próbę ponowiono w maju 2024 roku. Tym razem dziecko zaaklimatyzowało się do placówki i zaczęło uczęszczać w miarę regularnie.

Zauważono trudności adaptacyjne i społeczno-emocjonalne (opinia wychowawcy z sierpnia 2024 roku), dziecko płacze i ma trudności z rozstaniem się z mamą. Dziewczynka jest zamknięta w sobie i wycofana, sama rzadko inicjuje rozmowy lub zabawy z innymi dziećmi.

Dołącza do wspólnych zabaw na chwilę, później jednak odłącza się i biernie obserwuje. Dziecko ma trudności w nowych miejscach, boi się i często reaguje płaczem. Podczas zajęć przedszkolnych ma trudności w wykonywaniu poleceń, zauważalny jest nieco obniżony poziom wiedzy ogólnej właściwy dla danego etapu rozwojowego. Orientacja w otoczeniu jest prawidłowa, dziewczynka zna podstawowe pojęcia edukacyjne.

Nie zgłasza swoich potrzeb, nie mówi o swoich emocjach, jest bierna i wycofana. Rzadko podejmuje dialog z nauczycielem lub rówieśnikami, mówi cicho, czasem wręcz szeptem. Z informacji od wychowawcy wiadomo, że dziecko prezentuje w przedszkolu zachowania trudne np.: podczas posiłków (wypluwanie jedzenia, wymioty), problemy z gryzieniem, również trudności w obszarze zaspokajania potrzeb fizjologicznych, których matka nie obserwuje w domu.

W ocenie kadry pedagogicznej przedszkola, dziewczynka jest labilna emocjonalnie, a jej nastrój zmienia się bardzo szybko, pojawiają się zachowania lękowe, trudności we wspólnej zabawie z dziećmi i komunikacji.

Dziewczynka wychowuje się w rodzinie pełnej, jest najmłodsza z trójki rodzeństwa. Sytuacja rodzinna dziecka jest trudna, rodzice są w konflikcie okołorozwodowym. Mieszkają razem, co generuje kłótnie oraz trudności w ustaleniu jednolitego frontu wychowawczego.

Z rozmowy z mamą wynika, że dziecko w domu jest żywiołowe, gadatliwe, spontaniczne.

W poradni przeprowadzono diagnozę psychologiczno-pedagogiczną poprzedzoną spotkaniami konsultacyjnymi z uwagi na duże trudności adaptacyjne i komunikacyjne dziecka. Dziewczynka na spotkania przychodziła w towarzystwie mamy.

Diagnoza została przeprowadzona o Skale Inteligencji Stanford Binet 5, obserwację dziecka oraz wywiad z mamą.

- **Ocena funkcji poznawczych**

Rozwój poznawczy kształtuje się nieharmonijnie, ale ze średnią wyników na poziomie przeciętnym (iloraz pełny, iloraz w zakresie zdolności niewerbalnych i werbalnych), ze zróżnicowanymi wynikami w zakresie poszczególnych podskal testu.

Do mocnych stron należy:

- zakres wiedzy proceduralnej i ogólnej (właściwy dla poziomu rozwoju)
- zakres pamięci roboczej (prawidłowy rozwój kategorii procesów pamięciowych, gdzie różnorodne informacje są sprawdzane, grupowane i przekształcane – warunek efektywnej pracy umysłowej).

Zdolność rozumowania płynnego jest podobna do rówieśników. Nieco słabiej rozwijają się zdolności przetwarzania wzrokowo-przestrzennego (trudności w zakresie analizy i syntezy wzrokowej, koordynacji i integracji wzrokowo-ruchowej).

Najsłabiej kształtuje się zdolność rozumowania ilościowego, poziom poniżej przeciętnej (ważny w przygotowaniu do nauki matematyki).

- **Ocena funkcjonowania emocjonalno-społecznego**

Funkcjonowanie w tym, zakresie budzi duży niepokój. Dziewczynka potrzebowała długiego czasu, by oswoić się z diagnostą i miejscem, pozostać samą bez mamy w gabinecie (przygotowania do spotkań trwały ponad 6 tygodni). Podczas spotkań dziecko nie opuszczało mamy, była w nią mocno wtulona, wręcz wczepiona. Na zachęty lub polecenia mamy i diagnosty nie reagowała adekwatnie, jeszcze bardziej zacieśniając bliskość z rodzicielką. Nie komunikowała się z diagnostą, rzadko mówiła do mamy. Jednakże według opinii mamy, dziecko chętnie uczestniczyło w spotkaniach, wręcz wyrażało chęć ponownego spotkania.

Podczas pierwszych wizyt, dziecku towarzyszyły silne emocje, było załężnione, zdystansowane, niechętnie do kontaktu, a zachowania wskazywały na silną potrzebę kontroli – chciało wpływać na zachowanie mamy, diagnosty i ogólnie na przebieg sesji.

Dziewczynka oczekiwała, że wszystko będzie tak, jak ona chce, a przy najmniejszych zmianach nasilała opór, wycofanie, reagowała trudnymi zachowaniami (w tym płacz i krzyk), a nawet agresją wobec mamy. Bardzo oporowała przed samodzielną aktywnością lub podjęciem współpracy. Domagała się, by mama wykonywała za nią różne zadania i czynności.

Dopiero po kilku spotkaniach, dziewczynka zaczęła współpracować z diagnostą, stała się wesoła, otwarta, uśmiechnięta, pozytywnie nastawiona do wspólnych aktywności, zaczęła się komunikować - nie tylko w formie odpowiedzi na zadawane pytania, ale także

formułowania swobodnych wypowiedzi. Wypracowany kontakt był wystarczający do przeprowadzenia badania testowego. Pomimo męczliwości i znacznych trudności w skupieniu uwagi przez dłuższy czas, dziewczynka prezentowała pozytywną motywację, rozumiała treść poleceń i wykonywała je.

Po okresie przeznaczonym na diagnozę dziecko kontynuowało spotkania konsultacyjne z pozytywnym skutkiem. Dopiero po dłuższej przerwie (około 2-3 tygodnie), dziecko ponownie zaoporowało i zachowanie powróciło do stanu początkowego z zachowaniami opisanymi powyżej.

W trakcie jednej z takich konsultacji zaobserwowano trudności w obszarze sensorycznym, np.: gryzienie ubrań. Część tych zachowań występowała także w domu. Zachowania trudne pojawiające się w obliczu nakazów i zakazów, chęć kontrolowania mamy, pojawiły się symptomy silnego lęku separacyjnego.

Na rysunku rodziny wykonanym w poradni, narysowała mamę, tatę i siebie pomiędzy nimi. Nie narysowała rodzeństwa.

- **Stanowisko poradni**

- Rozwój psychoruchowy jest nieharmonijny,
- Występują deficyty w zakresie funkcji poznawczych i percepcyjnych (mogące wpływać na wybiórcze trudności w przyswajaniu wiadomości i umiejętności przygotowujących do nauki),
- W zakresie rozwoju emocjonalno-społecznego dziewczynka potrzebuje adekwatnych oddziaływań wychowawczych i terapeutycznych z uwagi na występujące trudności: wycofanie, problemy w spontanicznej komunikacji werbalnej i współdziałaniu z dziećmi oraz dorosłymi. Przyczyny są złożone i część związana jest z trudną sytuacją rodzinną, przeżyciami rodziny, które w odbiorze dziecka mogą być trudne, lękotwórcze,
- Dziewczynka wymaga kontynuowania procesu diagnozy: zalecono konsultację psychiatryczną z podejrzeniem mutyzmu wybiórczego.

Kwestionariusz do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży (CDI-2)

CDI 2™ to Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży, zawiera komplet narzędzi diagnostycznych, które zapewniają wszechstronną ocenę symptomów depresji u dzieci w wieku od 7 do 18 lat. CDI 2 umożliwia opis dziecka

z trzech różnych perspektyw. To narzędzie psychologiczne wykorzystywane w ocenie obecności objawów depresji u dzieci i młodzieży. Umożliwia uzyskanie informacji na temat nasilenia i charakteru objawów depresyjnych oraz pomaga w identyfikacji potencjalnych problemów psychicznych (Dies Mei Psycho Clinic, 2025).

Wyniki kwestionariusza są wykorzystywane do diagnozy i planowania skutecznej interwencji terapeutycznej dla dzieci i młodzieży z objawami depresji. Narzędzie to odgrywa ważną rolę w zrozumieniu i wsparciu zdrowia psychicznego najmłodszych (Dies Mei Psycho Clinic, 2025).

Pomimo, że wiek dziecka (5 lat) znajduje się poniżej granicy wiekowej wskazanej przez autorów narzędzia, jego zastosowanie w niniejszym badaniu było uzasadnione klinicznie i miało charakter orientacyjny, stanowiąc istotne wsparcie w ocenie funkcjonowania emocjonalnego dziecka w środowisku przedszkolnym. Interpretacja wyników była dokonywana z ostrożnością i w odniesieniu do danych jakościowych (wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji).

Wyniki uzyskane przez nauczyciela wskazywały na: problemy emocjonalne (PE) 7 pkt surowych, co odpowiada 65 tenom (poziom kliniczny), problemy w funkcjonowaniu (PF) 7 pkt surowych, co odpowiada 58 tenom (zakres normy granicznej), Wynik ogólny (WO) 16 pkt surowych, co odpowiada 64 tenom (zakres podwyższony).

Graficzna prezentacja przeliczonych wyników badania Kwestionariuszem CDI-2 znajduje się na Arkuszu Profilu z kwestionariusza CDI-2 (Ryc.5).

Profil wyników sugeruje obecność istotnych trudności emocjonalnych, z tendencją do depresyjnego przetwarzania emocji, obniżonego nastroju i wycofania społecznego.

Wyniki te, w zestawieniu z danymi z obserwacji i wywiadu środowiskowego, pozwoliły na sformułowanie zaleceń terapeutycznych, obejmujących wsparcie psychologiczne, indywidualną terapię oraz trening umiejętności społecznych.

Wyniki dziewczynki wskazują na wyraźne nasilenie objawów depresyjnych, zwłaszcza w zakresie problemów emocjonalnych.

Wynik 65 tenów w skali PE plasuje się w przedziale klinicznym (≥ 65 tenów), co sugeruje obecność nasilonych objawów afektywnych, takich jak smutek, obniżony nastrój, lęk, przygnębienie czy wycofanie społeczne.

Wynik ten może również wskazywać na utrwalony nastrój negatywny i wewnętrzne cierpienie emocjonalne.

Wpływ traumatycznych czynników rodzinnych na funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym na podstawie studium indywidualnego przypadku



WERSJA DLA NAUCZYCIELA
Arkusz profilu

Imię i nazwisko dziecka: _____

Imię i nazwisko nauczyciela: _____

Wiek dziecka: 6 Klasa: 0

Płeć dziecka: K M
(Zakreślić kółkiem)

Data urodzenia: 02/08/2019

Data badania: 16/05/2025

Instrukcja:

1. Wyniki surowe każdej skali ze strony obliczeniowej zaznacz okręgiem w odpowiednim polu, kierując się wiekiem i picią osoby badanej.
2. W odpowiednim wierszu odczytaj wartości wyniku przeliczonego na skalę tenową (T) i kategorię, do której zaliczany jest ten wynik.
3. Przepisz wyniki w skali tenowej (T) w odpowiednie pola na dole arkusza.
4. Połącz okręgi otaczające wyniki surowe, tworząc profil wyników osoby badanej.

T	Kobiety						Kategoria	Mężczyźni						T			
	WO		PE		PF			WO		PE		PF					
	7-12	13-18	7-12	13-18	7-12	13-18		7-12	13-18	7-12	13-18	7-12	13-18				
79		29		13			Bardzo wysokie	27		13		16			79		
78								27								78	
77		25-28		11-12		13		26		11-12		12				77	
76	22		11					25					16			76	
75												15				75	
74		24		10		15			26							74	
73		22-23		9		14				10						73	
72	21	21							24	25		11				72	
71	20		10		12				23	24						71	
70	19	20	8		13				22			14				70	
69		19	9				Wysokie	21	23	9	10		15		69		
68	18	18	8		12			20	22		9	13	14			68	
67				11												67	
66	17		7			11			19	21	8	8	12	13		66	
65	16	17		10	11				18	20		7				65	
64	15	15			10			Podwyższone	17				11	12		64	
63			6	6	9				16	18			6				63
62	14	14							15	17	6		10	11			62
61	13		5		8	9				16							61
60	12	13		5						14	15		5	9			60
59									13	14	5					59	
58	11	12			8								8	10		58	
57	10	11	4	4					12	13		4	4	7	9	57	
56		10			6	7	Przeciętne		11							56	
55	9								10	12							55
54	8	9			5				11			3				54	
53	7		3	3		6			9		3		6	8		53	
52		8							8	10						52	
51	6				4				7	9			5	7		51	
50		7				5			6							50	
49	5		2	2	3				5		2	2				49	
48		6				4			4	8			4	6		48	
47	4								3	7						47	
46		5					Niskie	5				3	5		46		
45			1	1	2	3			4	6						45	
44	3	4							3							44	
43									2				2	4		43	
42									1							42	
41	2				1	2			0							41	
40		3							0							40	
39			0						0							39	
38				0		1										38	
37																37	
36															36		
35		2							3						35		
34													2		34		
33					0										33		
32						0						0			32		
31	0								2				1		31		
30															30		
29		1							0						29		
28															28		
27									1						27		
26															26		
25													0		25		
24															24		
23		0													23		
22									0						22		

T = 64

T = 65

T = 58

T =

T =

T =

Copyright © 2012 Multi-Health Systems Inc. International copyright in all countries under the Berne Convention, Bilateral and Universal Copyright Conventions. All rights reserved. Not to be translated or reproduced in whole or in part, stored in retrieval system, or transmitted in any form or by any means, photocopying, mechanical, electronic, recording or otherwise, without prior permission in writing from Multi-Health Systems Inc. Applications for written permission should be directed to Multi-Health Systems Inc. at 3770 Victoria Park Avenue, Toronto, Ontario M2H 3M6, Canada. Polish edition translated, adapted and published in 2016 by Pracownia Testów Psychologicznych under license from Multi-Health Systems Inc. Copyright © 2012 Multi-Health Systems Inc. Międzynarodowe prawa autorskie obowiązujące we wszystkich krajach w ramach konwencji bernejskiej, bilateralnej konwencji o prawie autorskim i powołanej konwencji o prawie autorskim. Wszystkie prawa zastrzeżone. Zabrania się dokonywania tłumaczenia lub powielania w całości lub w części, przechowywania w jakiegokolwiek bazach danych oraz przesyłania w jakiegokolwiek formie lub jakimkolwiek środkami kopiującymi, mechanicznymi, elektronicznymi, zapisującymi lub innymi, bez wcześniejszej pisemnej zgody Multi-Health Systems Inc., 3770 Victoria Park Avenue, Toronto, Ontario M2H 3M6, Kanada. Wydanie polskie zaadaptowane i opublikowane w 2016 przez Pracownię Testów Psychologicznych. Wszystkie prawa zastrzeżone. Zabrania się dokonywania tłumaczenia lub powielania w całości lub w części, przechowywania w jakiegokolwiek bazach danych oraz przesyłania w jakiegokolwiek formie lub jakimkolwiek środkami kopiującymi, mechanicznymi, elektronicznymi, zapisującymi lub innymi, bez wcześniejszej pisemnej zgody Pracowni Testów Psychologicznych na mocy licencji udzielonej przez Multi-Health Systems Inc. Wszelkie prawa zastrzeżone. Wydanie polskie zaadaptowane i opublikowane w 2016 przez Pracownię Testów Psychologicznych. Wszystkie prawa zastrzeżone. Zabrania się dokonywania tłumaczenia lub powielania w całości lub w części, przechowywania w jakiegokolwiek bazach danych oraz przesyłania w jakiegokolwiek formie lub jakimkolwiek środkami kopiującymi, mechanicznymi, elektronicznymi, zapisującymi lub innymi, bez wcześniejszej pisemnej zgody Pracowni Testów Psychologicznych na mocy licencji udzielonej przez Multi-Health Systems Inc. Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rycina 5. Arkusz profilu w Kwestionariuszu CDI-@

W skali PF (Problemy w funkcjonowaniu) wynik 58 tenów mieści się w zakresie granicznym, co sugeruje umiarkowane trudności w adaptacji społecznej, realizacji zadań, interakcjach z rówieśnikami i w relacjach z dorosłymi. Nie jest to poziom kliniczny, jednak może stanowić sygnał ostrzegawczy.

Wynik ogólny (64 teny) również mieści się w zakresie granicznym, na pograniczu przedziału klinicznego, co w połączeniu z silnie podwyższonym wynikiem w skali PE pozwala wnioskować o istotnym zagrożeniu rozwoju depresji endogennej lub reaktywnej.

Taki profil wyników wskazuje na konieczność dokładniejszej obserwacji dziecka, wdrożenia działań wspierających oraz pogłębionej diagnostyki w środowisku specjalistycznym (np. w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci).

Skala Niepokoju Spence dla Dzieci (SCAS)

Skala Niepokoju Spence dla Dzieci (*Spence Children's Anxiety Scale* - SCAS) jest psychometrycznym narzędziem oceniającym poziom lęku u dzieci i młodzieży w przedziale wiekowym 6-18 lat. Została opracowana przez Susan Spence (1997) w oparciu o kryteria diagnostyczne DSM-IV i DSM-5.

Narzędzie to umożliwia pomiar ogólnego poziomu lęku oraz sześciu jego głównych komponentów:

- lęku separacyjnego,
- lęku społecznego,
- zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych,
- obaw związanych z obrażeniami ciała,
- lęku uogólnionego oraz lęku przed sytuacjami szkolnymi (Muris, 2000).

W badaniu przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy wykorzystano wersję dziecięcą kwestionariusza (child version), dostosowaną do wieku przedszkolnego dziecka. Poniżej przedstawiono wyniki surowe w poszczególnych podskalach SCAS:

- Lęk separacyjny (pytania 6, 12, 16, 22, 25): 8 pkt,
- Lęk społeczny (pytania 2, 5, 11, 15, 19, 23): 13 pkt,
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (pytania 3, 9, 18, 21, 27): 13 pkt,
- Obawy związane z obrażeniami ciała (pytania 7, 10, 13, 17, 20, 24, 26): 14 pkt,
- Lęk uogólniony (pytania 1, 4, 8, 14, 28): 6 pkt,

- Wynik sumaryczny (bez pytania 29): 54 pkt.

Lęk społeczny (13 pkt) oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (13 pkt) zostały zidentyfikowane, jako dominujące trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym badanego dziecka. Oba wyniki przekraczają przyjęte wartości normatywne dla wieku przedszkolnego i mogą sugerować istotne trudności w radzeniu sobie z sytuacjami społecznymi oraz zinternalizowane wzorce zachowań obsesyjno-kompulsywnych.

Wysoki wynik w podskali „obawy związane z obrażeniami ciała” (14 pkt) może wskazywać na nadmierną koncentrację na zagrożeniach fizycznych, co nierzadko wiąże się z podwyższonym napięciem emocjonalnym oraz reakcjami somatycznymi na stres (Maczak, Martowska, 2013). Dziecko może przejawiać zachowania unikowe wobec sytuacji, które subiektywnie ocenia jako zagrażające nawet, gdy obiektywnie takie nie są.

Wynik w zakresie lęku separacyjnego (8 pkt) wskazuje na występowanie trudności adaptacyjnych związanych z rozłąką z opiekunem. W wieku przedszkolnym umiarkowany poziom lęku separacyjnego jest rozwojowo normatywny (por. Pisula, 2012), jednak jego utrzymywanie się w nasilonej formie może świadczyć o braku poczucia bezpieczeństwa w relacji z rodzicem.

Relatywnie niski poziom uogólnionego lęku (6 pkt) sugeruje, że dziecko nie przejawia silnego, niespecyficznego napięcia psychicznego w szerokim zakresie sytuacji dnia codziennego. Można wnioskować, że lęk jest silniej związany z konkretnymi kontekstami społecznymi i rodzinnymi.

Wynik sumaryczny SCAS na poziomie 54 pkt w populacji dzieci przedszkolnych może być uznany za wynik podwyższony, wskazujący na obecność objawów lękowych przekraczających normy rozwojowe.

Należy zaznaczyć, że interpretacja powinna uwzględniać zarówno dane ilościowe, jak i jakościowe (wywiad, obserwacja, analiza środowiska rodzinnego).

Podsumowanie

W pracy podjęto próbę diagnozy wpływu traumatycznych czynników rodzinnych na funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym.

Opierając się na triangulacji metodologicznej danych jakościowych i psychometrycznych z wielu różnych źródeł, dokonano pogłębionej analizy badanej problematyki zyskując szerszy kontekst i głębsze, bardziej kompleksowe rozumienie zjawiska.

Uwzględniono spektrum emocji, jako odpowiedzi na negatywne bodźce ze

środowiska rodzinnego, relacje społeczne i funkcje poznawcze w odniesieniu do wieku metrykalnego. Studium indywidualnego przypadku pozwoliło na głęboką analizę objawów psychicznych i społecznych u dziecka wychowywanego w warunkach zakłóconej struktury rodziny i braku poczucia bezpieczeństwa, co ukazało szereg objawów typowych dla dzieci w kryzysie emocjonalnym.

Dyskusja wyników i odniesienie do hipotez

- Hipoteza główna (**H1**) została potwierdzona - dziecko z doświadczeniem traumatycznym wykazuje znaczące trudności w przystosowaniu emocjonalnym i społecznym. Wyniki badań kwestionariuszowych CDI-2 oraz SCAS, obserwacje nauczycieli wykazały objawy zgodne z kryteriami wskazującymi na depresję dziecięcą, zgodnie z opisem symptomów zawartych w literaturze (Sack & Radzik, 2016).
- Hipoteza **H1.1** o labilności emocjonalnej i niskim nastroju - potwierdzona na podstawie obserwacji oraz wyniku CDI-2 (PE = 65 tenów, PF = 58 tenów, WO = 64 tenów), zwłaszcza wysoki wynik w skali PE (Problemy Emocjonalne).
- Hipoteza **H1.2** (izolacja społeczna, unikanie relacji) i **H1.3** (nadmierne przywiązanie do dorosłych) również potwierdzone w relacjach nauczycieli przedszkola oraz wysoki wynik SCAS (w podskali Lęk Społeczny).
- Hipoteza **H1.4** o funkcjonowaniu poznawczym - częściowo potwierdzona, dziewczynka funkcjonuje poznawczo w normie, lecz pod wpływem emocji traci koncentrację i nie kończy zadań.
- Hipoteza **H1.5** potwierdzona - nauczyciele zauważają objawy smutku, apatii, niskiej aktywności, zgodne z obrazem depresji dziecięcej w literaturze (Bomba, 2013; Kołakowski & Pisula, 2015).

Otrzymane wyniki są zgodne z aktualnym stanem wiedzy psychologicznej na temat wpływu nieprawidłowych relacji rodzinnych i braku stabilności emocjonalnej na rozwój dzieci, a środowisko rodzinne odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu emocjonalnej stabilności dziecka. Brak poczucia bezpieczeństwa, ciągły stres oraz utrata zaufania do bliskich mogą prowadzić do zaburzeń afektywnych już we wczesnym dzieciństwie (Firkowska-Mankiewicz, 2013; Mazur, Woynarowska, 2021).

Uzyskane wyniki mogą być bezpośrednio powiązane z funkcjonowaniem dziecka

w kontekście rodziny obciążonej czynnikami traumatyzującymi.

Badania pokazują, że dzieci doświadczające chronicznego stresu rodzinnego (np. przemoc emocjonalna, rozwód, uzależnienia rodziców, niestabilność emocjonalna opiekuna) są bardziej podatne na rozwój zaburzeń lękowych (Wójcik, Racinowski, 2011; Kosińska-Dec, 2020). Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych częściej rozwijają zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, jako formę radzenia sobie z brakiem kontroli nad otoczeniem (Zarzycka, Rękosiewicz, 2014).

Lęk społeczny może być natomiast konsekwencją deprywacji emocjonalnej i braku bezpiecznej bazy emocjonalnej w domu rodzinnym (Pisula, 2012).

W środowisku przedszkolnym objawy te mogą manifestować się w postaci unikania kontaktów z rówieśnikami, nadmiernej zależności od wychowawcy, trudności z przystosowaniem się do reguł grupowych czy wybuchów emocjonalnych w sytuacjach stresowych.

Zgodnie z wcześniej przedstawioną analizą przypadku, dziewczynka wychowuje się w rodzinie obciążonej traumą emocjonalną, zaś doświadczenia przemocy domowej oraz separacji rodziców we wczesnym dzieciństwie miały charakter chroniczny i wieloetapowy.

Literatura wskazuje, że dzieci doświadczające przewlekłego stresu rodzinnego częściej przejawiają objawy depresji już we wczesnym wieku przedszkolnym (Mazur & Woynarowska, 2021; Kołakowski & Pisula, 2015).

Obserwowane objawy (wycofanie, niestabilność emocjonalna, skrajna potrzeba bliskości z opiekunem) wpisują się w obraz depresji dziecięcej w okresie przedszkolnym, która często przyjmuje formy atypowe np.: w postaci lękowej, somatycznej czy regresyjnej (Sack & Radzik, 2016).

Wymowna jest odpowiedź dziecka udzielona w kwestionariuszu SCAS. Na pytanie: „Czy jest coś jeszcze, czego naprawdę się boisz?”, dziewczynka odpowiedziała: „Duchów, dużych pająków” - Nie koreluje to z zachowaniami zaobserwowanymi w przedszkolu. W placówce znajduje się okaz Ptasznika Olbrzymiego (łac. *Lasiadora parahybana*) i dziewczynka nie wykazuje żadnych oznak lęku czy obrzydzenia. Z zainteresowaniem uczestniczy we wspólnym karmieniu pająka świerszczami, eksploruje jego zwyczaje, chętnie słucha opowieści, nie przejawia obaw przed dotknięciem wylinki pajęczaka.

Dziewczynka stwierdziła także „Boję się, że Adam w głowie powie mi, że mam wymiotować. A ja nie chcę wymiotować już. Adam nie przychodzi zbyt często, ale nie wiem,

w jakich sytuacjach”. Adam, to jeden z werbalnych objawów trudnego dzieciństwa dziewczynki. Omamy słuchowe w postaci głosu chłopca, który w głowie słyszy dziewczynka, zwłaszcza w sytuacjach dla Niej trudnych. Namawia ją do różnych złych rzeczy, jak np.: do wymiotów. Po kilku miesiącach terapii i zmianie nawyków żywieniowych w przedszkolu częstotliwość interakcji z głosem spadała do minimum - prawie nie występuje.

Może to być efekt braku umiejętności radzenia sobie z niezrozumiałymi wydarzeniami, odpowiedź na bodźce traumatyzujące rozwój dziecka, wczesne symptomy zaburzeń nerwicowych lub zaburzeń nastroju. Może to być także naturalny etap rozwoju w obszarze mózgu kilkuletniego dziecka.

Wnioski z pracy empirycznej

Dziewczynka przejawia wyraźnie podwyższony poziom lęku społecznego oraz objawy charakterystyczne dla zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, co może wskazywać na zaburzenia lękowe wymagające pogłębionej diagnozy, przejawia także wyraźnie podwyższone wskaźniki objawów depresyjnych, szczególnie w zakresie funkcjonowania emocjonalnego.

Wysoki poziom lęku separacyjnego i obaw związanych z obrażeniami ciała może być konsekwencją braku poczucia bezpieczeństwa w środowisku rodzinnym. Wynik ogólny mieści się w strefie podwyższonego ryzyka, co wymaga dalszej obserwacji i wdrożenia wsparcia emocjonalnego.

Na podstawie wyników uzyskanych w wyniku przeprowadzonych badań można zauważyć, że wyniki uzyskane w badaniu różnymi narzędziami pomiarowymi są spójne ze sobą, a także z obserwacjami dotyczącymi funkcjonowania dziecka zarówno w środowisku przedszkolnym, jak i podczas konsultacji psychologicznych w poradni psychologiczno-pedagogicznej (wycofanie, lękliwość, potrzeba stałej obecności wychowawcy).

- Trauma domowa w znaczący sposób zaburza rozwój społeczno-emocjonalny dziecka,
- Dzieci w wieku przedszkolnym wykazują dużą wrażliwość na destabilizację relacji rodzinnych,
- Diagnoza i wsparcie muszą być wieloaspektowe: obejmować środowisko przedszkolne, rodzinne i specjalistyczne,
- Należy promować wczesne rozpoznawanie objawów depresji i lęku u dzieci oraz tworzyć system interwencji oparty na współpracy międzyinstytucjonalnej.

Wskazówki do dalszej pracy terapeutycznej

W związku z wystąpieniem tak wielu wskaźników odbiegających od normy, zasadnym jest podjęcie dalszej diagnostyki oraz pracy terapeutycznej:

- Włączenie indywidualnej terapii psychologicznej z elementami pracy nad rozpoznawaniem i regulacją emocji,
- Ukierunkowanie pracy nauczyciela przedszkolnego na wspieranie dziecka w tworzeniu bezpiecznych relacji rówieśniczych i nauczycielskich oraz wzmacnianie poczucia własnej wartości,
- Rozszerzenie diagnostyki o ocenę więzi przywiązaniowej oraz konsultację psychiatry dziecięcego, jeśli objawy nasilą się lub utrzymają.
- Propozycja dalszego wsparcia psychologicznego oraz pracy psychoedukacyjnej z całą rodziną,
- Interwencja środowiskowa w formie współpracy przedszkola z poradnią psychologiczno-pedagogiczną.

Wskazówki do dalszych badań

Uzyskane w niniejszej pracy wyniki, choć oparte na metodzie studium indywidualnego przypadku, wskazują na istotne powiązania między wczesnodziecięcymi doświadczeniami kryzysowymi a rozwojem emocjonalnym, społecznym i poznawczym dziecka. W związku z tym, dalsze badania powinny skupić się na:

- Prowadzeniu badań na większej grupie dzieci w wieku przedszkolnym, wychowujących się w rodzinach zidentyfikowanych jako dysfunkcyjne (np. z przemocą domową, problemami uzależnień, separacją rodziców, ubóstwem). Pozwoli to na porównanie wzorców funkcjonowania i zwiększy trafność oraz możliwość generalizacji wniosków,
- Wykorzystaniu metod jakościowych (np. analiza przypadków, wywiady z rodzicami i nauczycielami), jak i ilościowych (np. standaryzowane testy psychometryczne), co pozwoli na głębszą i bardziej wiarygodną ocenę stanu psychicznego dzieci,
- Wyniki narzędzia SCAS wskazują na potrzebę dalszego zgłębiania problematyki

lęków u dzieci z doświadczeniem traumy rodzinnej. Badania te mogłyby uwzględniać różnicowanie między lękiem separacyjnym, uogólnionym i społecznym oraz ich związek z konkretnymi wydarzeniami w środowisku domowym.

- Przeprowadzenie badań nad skutecznością istniejących form wczesnej interwencji psychologiczno-pedagogicznej dla dzieci w wieku przedszkolnym z doświadczeniem traumy. Szczególnie cenne byłyby badania porównujące efekty różnych strategii wspierania dziecka: psychoterapii indywidualnej, zajęć grupowych, terapii rodziny, zajęć socjoterapeutycznych itp.,
- Badania nad postawami nauczycieli i ich przygotowaniem do rozpoznawania i wspierania dzieci w sytuacjach kryzysu emocjonalnego. Rekomenduje się opracowanie i ocenę skuteczności programów szkoleniowych w tym zakresie.
- Badania longitudinalne (podłużne), które śledziłyby rozwój dzieci w dłuższej perspektywie czasowej np.: od przedszkola przez szkołę podstawową, uwzględniając zmienność funkcjonowania emocjonalnego i społecznego w zależności od zmian sytuacji rodzinnej.
- Analiza i pomiar czynników chroniących dzieci przed negatywnymi skutkami traumatycznych przeżyć np.: obecność stabilnego opiekuna, pozytywne relacje z nauczycielem, dostęp do wsparcia psychologicznego, temperament dziecka, odporność psychiczna (*resilience*).

Podjęcie dalszych, systematycznych badań w powyższych obszarach pozwoli nie tylko lepiej zrozumieć mechanizmy rozwoju psychicznego dzieci doświadczających traumy rodzinnej, ale również przyczyni się do tworzenia skuteczniejszych narzędzi wsparcia edukacyjnego, terapeutycznego i społecznego.

Bibliografia

1. Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. , Wall, S. (2015). Wzorce przywiązania: Badania nad zachowaniem dzieci w sytuacji obcej i w domu. Warszawa: PWN.
2. Beck, A. T. (2021). Depresja: Przyczyny i terapia. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
3. Beck, A. T., Steer, R. A. (1993). Manual for the Beck Depression Inventory-II.
4. Bedyńska, S. (2016). Psychologiczne aspekty traumy w dzieciństwie,. Kraków: Wydawnictwo Impuls.

5. Bedyńska, S., Książek, M. (2017). Rodzice wobec niepełnosprawności dziecka. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
6. Beers, C. (1984). Umysł, który sam siebie odnalazł. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
7. Beers, L. S. (2013). Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych. W: I. Namysłowska i T. Wolańczyk, *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL. st. 291-305.
8. Borkowska, A., Grzegorzewska, I. i Pisula, E. (2016). Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży. W: L. Cierpiałkowska i H. Sęk, *Psychologia kliniczna*, . Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, st. 499-519.
9. Borkowska, M. (2022). Integracja sensoryczna w rozwoju dziecka. Podstawy neurofizjologiczne. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
10. Borkowska, M. i Rytel, J. (2016). Dziecko z zaburzeniami więzi. Diagnoza, terapia, edukacja. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
11. Bowlby, J. (2016). Przywiązanie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
12. Braun-Gałkowska, M. (2007). Metody poznawania systemu rodzinnego. Lublin: KUL.
13. Brzeziński, J. (2016). Metodologia badań psychologicznych. Warszawa: PWN.
14. Cierpiałkowska, L. (2009). Psychopatologia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
15. Cierpiałkowska, L. i Sęk, H. (2016). Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
16. Cohen, J., Mannarino, A. i Deblinger, E. (2011). Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
17. Crotti, E. (2021). Bazgroły. Jak dzięki rysunkom zrozumieć charakter i uczucia dzieci. Warszawa: Wydawnictwo Oświatowe DELTA W-Z.
18. Czabała, J. (2010). Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
19. Draczyńska, A. (2024). Teoria przywiązania w praktyce pedagogicznej. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
20. Fleck-Bangert, R. (2001). O czym mówią rysunki dzieci. Dostrzeganie i rozumienie zawartych w nich znaków: poradnik dla rodziców i pedagogów. Kielce: Wydawnictwo Jedność.

21. Frydrychowicz, A. (1984). Rysunek Rodziny. Projekcyjna metoda badania stosunków rodzinnych. Poznań: Wydawnictwo naukowe UAM.
22. Gelso, C. i Hayes, J. (2004). Relacja terapeutyczna. Gdańsk: GWP.
23. Górnjak, J. (2021). Wpływ funkcjonowania rodziny na rozwój psychospołeczny dzieci w wieku przedszkolnym. *Psychologia Wychowawcza*, 19(2), strony 45-59.
24. Grzegorzewska, I. (2010). Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia kliniczne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
25. Grzegorzewska, I. (2013). Psychopatologia wieku rozwojowego. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
26. Grzegorzewska, I. (2016). Parentyfikacja w rodzinach z problemem alkoholowym. *Alcoholism and Drug Addiction* (29), strony 27-38.
27. Grzegorzewska, I. (2016). Psychopatologia dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
28. Grzesiuk, Ł. (1996). Psychoterapia. Warszawa: PWN.
29. Heaton, J. (2004). Podstawy umiejętności terapeutycznych. Gdańsk: GWP.
30. Heszen-Niejodek, I. (2002). Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
31. Jackowski, M., Wierzba, J. (2018). Hipokamp i jego rola w pamięci i emocjach. *Neuropsychologia Polska*, 25(1), strony 45-59.
32. Jarema, M. (2016). Psychiatria. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
33. Jarema, M. (2017). Depresja w praktyce lekarza POZ. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
34. Karczmarczyk, M. (2014). Co znaczą rysunki dziecięce?.. Gdańsk: Wydawnictwo Anwi.
35. Kołakowski, A., Pisula, E. (2015). Psychopatologia wieku dziecięcego. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
36. Kosińska-Dec, K. (2020). Psychologiczne skutki traumy u dzieci. Warszawa: Difin.
37. Kossut, M. (2017). Ciało migdałowe – rola w emocjach i strachu. *Postępy Biologii Komórki*, 44(2), strony 93-104.
38. Koszyła-Hojna, B., Moskal-Jasińska, D., Kraszewska, A., Łobaczuk-Sitnik, A., Zdrojkowski, M., Biszewska, J. (2021). Psychogenne uwarunkowania zaburzeń jakości głosu i mowy w aspekcie foniatryczno-logopedycznym. *Logopedia*, 48(2), strony 361-403.

39. Kovacs, M. (2010). Children's Depression Inventory 2 (CDI-2). Polska adaptacja testu – opis narzędzia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
40. Kozłowska, A. (2018). Dziecko z traumą: Diagnoza i terapia. Gdańsk: Harmonia.
41. Kratochvil, S. (2003). Podstawy psychoterapii. Warszawa: Zysk i S-ka.
42. Krawczyk, M. (2017). Trauma w dzieciństwie a rozwój emocjonalny dziecka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
43. Kulig, A. (2013). Zaburzenia emocjonalne rodziców dzieci z niepełnosprawnością. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
44. Kulpa, A. (2022). Zaburzenia zachowania dzieci i adolescentów - próba rekonstrukcji. Zeszyty Naukowe Gdańskiej Szkoły Wyższej, 21(4), st. 45-58.
45. Kulpa M. (2022), Jak rozpoznać objawy traumy u dziecka? Jak mu pomóc?, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2022, wsip.pl, data pobrania 11.05.2025.
46. Lachowska, B., Braun-Gałkowska, M. (2004). Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych. Lublin: KUL.
47. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
48. Levine, P. A. (2013). Obudźcie tygrysa: Leczenie traumy. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
49. Lizak K., (2025) Zaburzenia mowy – jakie są przyczyny?, Diagnostyka+, Kraków 2025 diag.pl data pobrania 10.05.2025.
50. Łobocki, M. (2003). Metody i techniki badań pedagogicznych. Kraków: Impuls.
51. Mahler, M. S. (2021). Narodziny psychiczne dziecka. Symbioza i indywidualizacja. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
52. Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1986). Psychologiczne narodziny dziecka: symbioza i indywidualizacja. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
53. Marek, T., Bogdanowicz, M. (2016). Rola kory przedczołowej w funkcjach wykonawczych człowieka. Neurologia i Neurochirurgia Polska, 50(4), 274–283.
54. Margasiński, A. (2009). Skale Oceny Rodziny. Polska adaptacja FACES IV – Flexibility and Cohesion Evaluation Scales Davida H. Olsona. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
55. Margasiński, A. (2011). Model Kołowy i Skale FACES jako narzędzie badania

- rodziny. Częstochowa: Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza.
56. Margasiński, A. (2015). FACES IV – Skale Oceny Rodziny D. H. Olsona. Polska adaptacja i normalizacja. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
57. Matczak, A., Martowska, K. (2013). Psychologia różnic indywidualnych. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
58. Maté, G. (2023). Rozproszone umysły. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
59. Maté, G., Kutil, O. (2018). Gdy ciało mówi nie: Ukryte koszty traumy. Warszawa: Rebis.
60. Maté, G., Maté, D. (2023). Mit normalności. Trauma, choroba i zdrowienie w toksycznej kulturze. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
61. Mazur, J., Woynarowska, B. (2021). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w kontekście sytuacji rodzinnej - przegląd badań. *Medycyna Praktyczna - Pediaatria*, 3, strony 10-18.
62. Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. (2000). The structure of anxiety symptoms in children: A test of the multisynndrome model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(5), 543-553.
63. Namysłowska, I. (2004). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
64. Nęcka, E. i Stocki, R. (1999). Jak pisać prace z psychologii. Poradnik dla studentów i badaczy. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
65. Obuchowska, I. (1999). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
66. Odachowska-Rogalska E. (2022), *Dziecko pod wpływem traumy. Poradnik dla nauczycieli, psychologów, pedagogów, placówek oświatowych i poradni psychologicznych*, Warszawa: UNICEF Polska, www.unicef.pl, data pobrania 05.05.2025.
67. Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
68. Olson, D. (2009). Kwestionariusz FACES IV i Model Kołowy. Badanie walidacyjne. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
69. Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64-80.
70. Oster, G. i Gould, P. (1999). *Rysunek w psychoterapii*. Gdańsk: Gdańskie Wydaw-

nictwo Psychologiczne.

71. Paluchowski, W. (2007). Diagnostyka psychologiczna. Proces-narzędzia-standardy. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
72. Pawlak P (2025)., Trauma wczesnodziecięca a zaburzenia dysocjacyjne, Psychiatria po Dyplomie 2025, <https://podyplomie.pl> data pobrania 11.05.2025.
73. Piotrowska, K. (2019). Wpływ traumy rodzinnej na zachowanie dzieci w wieku przedszkolnym. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
74. Pisula, E. (2007). Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju. Warszawa: Wydawnictwo UW.
75. Pisula, E. (2012). Małe dziecko z trudnościami w rozwoju. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
76. Popko, S. (2021). Analiza plastycznych wypowiedzi dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Łódź: Wydawnictwo Edukacyjne.
77. Pszczoła, A. (2018). Rodzina w kryzysie - wpływ negatywnych doświadczeń na dziecko. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
78. Radlak K., (2022) Afonia, Portal Fizjoterapeuty, Wrocław 2022, fizjoterapeuty.pl data pobrania 10.05.2025.
79. Rogoza, R. (2019). Psychometryczna charakterystyka Skali Lęku u Dzieci SCAS - adaptacja polska. Psychologia Rozwojowa, 24(3), 55-67.
80. Sack, M. i Radzik, T. (2016). Depresja dziecięca – objawy, przyczyny, leczenie. W: D. Wendorff , Wczesna interwencja psychologiczna. Kraków: Wydawnictwo Impuls st. 115-130.
81. Seligman, M. (2007). Optymizmu można się nauczyć. Warszawa: Media Rodzina.
82. Seligman, M., Walker, E. i Rosenhan, D. (2003). Psychopatologia. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
83. Skoczeń, I., Rogoza, R., Rogoza, M., Ebesutani, C., Chorpita, B. (2019). Structure, reliability, and construct validity of the Polish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. Assessment, 26(8), 1492–1503.
84. Skoczek, A. (2017). Przyczynek w sprawie etiologii mutyzmu. Neurolingwistyka Praktyczna, 3, 29-35.
85. Słowik, M. i Romanik, E. (2023). Gdy słowa nie wystarczą...-wytyczne do opieki nad dziećmi w wieku 0-6 lat po traumie. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka 23, 1; 52-74.

86. Spence, S. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297.
87. Stasiuk, K. (2018). *Zaburzenia depresyjne - teoria i praktyka terapeutyczna*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
88. Świdarska, K. (2015). *Zaburzenia emocjonalne w rodzinach dzieci z niepełnosprawnością*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
89. van der Kolk, B. (2018). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Warszawa: ctwo Czarna Owca.
90. Weiss, M. i Comer, J. (2012). *Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI-2): Technical Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems Inc.
91. Werner, E. i Johnson, J. (2004). Risk and resilience in children of alcoholics: A longitudinal prospective study. *Development and Psychopathology*, 16(4), 931-967.
92. WHO. (2021). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimate*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
93. Wojciechowska, K. i Sobieszczyk, M. (2021). Wybrane możliwości współpracy środowiska rodzinnego i przedszkolnego. W A. Karpińska, K. Borawska-Kalbarczyk i A. Szwarc, *Edukacja w przestrzeni społecznej - paradygmaty zmian*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, st. 257-271.
94. Wolańczyk, T., Komender, J. (2014). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
95. Wójcik, M., Racinowski, D. (2011). Lęk dziecięcy w ujęciu kontekstualnym. *Psychologia Rozwojowa*, 16(4), 49-60.
96. Wygotski, L. (2021). *Psychologia dziecka w kontekście rozwoju społecznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
97. Yin, R. (2018). *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie, metody i zastosowania*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
98. Zarzycka, B. i Rękosiewicz, M. (2014). Czynniki rodzinne i środowiskowe jako predyktory zaburzeń lękowych u dzieci. *Psychoterapia*, 2(169), 65-74.
99. Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży CDI 2™, poradnia.diesmei.pl, data pobrania : 15.05.2025.
100. Zimbardo, P. i Gerrig, R. (2020). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.



ISBN 978-83-68761-19-1