



Wartości rodzinne i zaangażowanie rodzicielskie w rodzinach z przewlekle chorym dzieckiem

Family values vs parental involvement in families with a chronically ill child

Katarzyna Kamila Wałęcka-Matyja^a ✉

^a Prof. ucz. dr hab. Katarzyna Kamila Wałęcka-Matyja, <https://orcid.org/0000-0001-8222-729X>

Institut Psychologii, Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki

✉ Autor korespondencyjny: katarzyna.walecka@now.uni.lodz.pl

Abstrakt: *Wstęp:* Celem badań było określenie zróżnicowania w zakresie wartości rodzinnych i zaangażowania rodzicielskiego w grupach rodziców wychowujących przewlekle chore dziecko i zdrowe dziecko. Ponadto sprawdzono, czy wartości rodzinne pozwalają prognozować zaangażowanie rodzicielskie.

Metoda: Badania przeprowadzono metodą CAWI w grupie 160 osób dorosłych, z których 64 (40%) wychowywały przewlekle chore dziecko. Wykorzystano narzędzia badawcze o dobrych właściwościach psychometrycznych: Skalę Familizmu, Kwestionariusz Zaangażowania Rodzicielskiego oraz ankietę.

Wyniki: Stwierdzono, że matki i ojcowie wychowujący przewlekle chore dziecko osiągnęli istotnie statystycznie wyższe nasilenie wartości wyrażającej się w dążeniu do niezależności i samowystarczalności niż rodzice zdrowych dzieci. Matki wychowujące przewlekle chore dziecko uzyskały istotnie statystycznie wyższe nasilenie wyników w zakresie zaangażowania rodzicielskiego ogólnego, walencyjnego oraz behawioralnego niż matki wychowujące zdrowe dziecko. Ojcowie wychowujący przewlekle chore dziecko cechowali się niższym nasileniem wyników w zakresie zaangażowania rodzicielskiego ogólnego, poznawczo-emocjonalnego i behawioralnego. W grupie rodziców wychowujących zdrowe dziecko wraz ze wzrostem nasilenia wartości podkreślającej znaczenie osiągnięć materialnych malało nasilenie zmiennej zaangażowanie rodzicielskie ogólne. *Wnioski:* Rezultaty badań uzupełniają dotychczasową wiedzę z zakresu wybranych psychologicznych uwarunkowań funkcjonowania rodziców dzieci przewlekle chorych.

Słowa kluczowe: choroba przewlekła, dziecko, wartości rodzinne, zaangażowanie rodzicielskie

Abstract: *Introduction:* The aim of the study was to determine the differences in family values and parental involvement in groups of parents raising a chronically ill child and a healthy child. In addition, it was checked whether family values allow predicting parental involvement. *Method:* The study was conducted using the CAWI method in a group of 160 adults, of whom 64 (40%) had a chronically ill child. Research tools with good psychometric properties were used: Familism Scale, Parental Involvement Questionnaire and a questionnaire. *Results:* It was found that mothers and fathers raising a chronically ill child achieved a statistically significantly higher intensity of the value expressed in striving for independence and self-sufficiency than parents of healthy children. Mothers raising a chronically ill child obtained statistically significantly higher scores in terms of general, valence and behavioural parental involvement than mothers raising a healthy child. Fathers raising a chronically ill child were characterized by lower scores in terms of general parental involvement, cognitive-emotional and behavioural involvement. In the group of parents raising a healthy child, as the value emphasizing the importance of material achievements increased, the intensity of the general parental involvement variable decreased. *Conclusions:* The results of the study complement the existing knowledge on selected psychological conditions of chronically ill children's parents' functioning.

Keywords: chronic disease, child, family values, parental involvement

Wprowadzenie

Obraz współczesnej rodziny stale i dynamicznie podlega zmianom. Model rodziny tradycyjnej stopniowo przekształcił się w model, który określa rodzinę jako nuklearną, partnerską, egalitarną. Złożoną z dwóch pokoleń, które zamieszkują samodzielnie i w taki sposób też prowadzą gospodarstwo domowe. W modelu tym kontakty rodzinne ograniczają się do najbliższych krewnych. Familiolodzy twierdzą, że współczesna ro-

dzina stanowi grupę intymną, zamkniętą, oddzielającą własne sprawy od szeroko ujmowanych problemów społecznych. Typową cechą rodziny nuklearnej jest podjęcie pracy zawodowej przez obu małżonków, co ma szczególne znaczenie w przypadku kobiet. Wzrasta bowiem ich niezależność ekonomiczna, ale też i społeczna (Szlendak, 2015). Obserwuje się występujący w większym nasileniu niż dotychczas

wzrost realizacji potrzeb osobistych poszczególnych członków rodziny. Działania skierowane na podwyższenie poziomu edukacji, dbałość o samorozwój czy realizowanie hobby to jedne z wielu potrzeb indywidualnych. W diadzie małżeńskiej ujawnia się dążenie do wymiany spostrzeżeń, poglądów, doświadczeń w wyniku czego małżonek traktowany jest jako osoba równa, posiadająca własne potrzeby, cele życiowe i aspiracje. Zasady, jak i normy w rodzinie stają się bardziej relatywne, a podejmowanie decyzji staje się możliwe w przypadku każdego jej członka, a nie tylko głowy rodziny, za którą zwykle uważano męzczyznę (Sikorski, 2021).

Mimo zachodzących zmian w życiu i funkcjonowaniu rodziny jej rola nie uległa zmianie. Przyjmuje się, że stanowi ona najważniejsze środowisko, wprowadzające jednostkę w system społeczny. Rodzina odpowiada za rozwój człowieka i stanowi grupę, z którą się identyfikuje. Jako element społeczeństwa gwarantuje jego ciągłość poprzez aspekt biologiczny, utrwalanie historii i kultywowanie tradycji. Zaznacza się, że życie rodzinne, choć toczy się w relatywnie stałych ramach podlega wpływom czynników zewnętrznych (XX i Janicka, 2021).

Przeobrażenia zachodzące w różnych obszarach życia rodzinnego zmieniają sposób funkcjonowania całych rodzin, jak i ich poszczególnych członków, np. w zakresie pełnionych ról, stylu życia, warunków ekonomicznych czy uznawanej hierarchii wartości. Zmiany te przyczyniły się do powstania nowych koncepcji macierzyństwa i ojcostwa (Sikorska, 2009).

1. Rodzicielstwo

Współcześnie rodzice częściej niż dotychczas wykazują tendencję do podejmowania wspólnych decyzji, działań oraz wspierania się. Rodzicielstwo zajmuje szczególne miejsce wśród innych ról w rodzinie, ze względu na złożoność i odpowiedzialność, a także intensywne doświadczanie zarówno sukcesów wychowawczych, jak i niepowodzeń. Rodzicielstwo rozpatrywane z perspektyw interakcyjnej i systemowej pozwala przyjąć następujące założenia. Pierwsze odnosi się do znaczenia wzajemnych oddziaływań między rodzicami a dzieckiem, istotnie kształtują-

cych przebieg rozwoju obu stron. Drugie założenie wskazuje, że zarówno między zachowaniami członków rodziny występują wzajemne zależności oraz że na funkcjonowanie rodziny wpływa także system społecznych stosunków środowiskowych w jakim żyje rodzina z dzieckiem.

Dziecko stanowiąc wartość autoteliczną, poprzez bycie w rodzinie stanowi źródło poczucia spełnienia i miłości. Pełnienie roli matki czy ojca wiąże się z niezastępowalnymi przeżyciami stwarzającą płaszczyznę osobowej autokreacji człowieka dorosłego. Rodzicielstwo bowiem kształtuje nieokreśloną w pełni, czasem nieprzewidywalną, ale i fascynującą oraz niepowtarzalną rzeczywistość w ludzkim życiu (Wąsiński, 2020).

W opinii Bakiera i Stelter (2010) wyjątkowość rodzicielstwa wynika z dwupodmiotowego znaczenia. To, w jaki sposób dorośli pełnią role rodzicielskie oddziałuje na rozwój potomstwa, a także stanowi czynnik modyfikujący przebieg zmian rozwojowych w ich życiu. Pełnienie roli matki czy ojca stanowi komponent tożsamości dorosłych, który wpływa na pozarodzicielskie obszary funkcjonowania (Bakiera i Stelter, 2010).

Jak wskazują Jackiewicz i Białecka-Pikul (2019) w naukach społecznych badacze najczęściej posługują się dwoma terminami określającymi pełnienie roli rodzica, tj. rodzicielstwo (ang. parenthood) i oddziaływanie rodzicielskie (ang. parenting) (Jackiewicz i Białecka-Pikul, 2019). Ciekawą koncepcję, łączącą płaszczyznę wzajemnego oddziaływania rodziców i dzieci w ujęciu ekologicznym (por. Bronfenbrenner, 1993) zaproponowała Bakiera (2013). Realizowanie roli rodzicielskiej autorka wiąże z zaangażowaniem, rozumianym jako ukierunkowanie działań wobec kogoś, poświęcanie komuś uwagi i uznanie zadań, w które jednostka się włącza, za istotne dla jej fundamentalnych wartości. To działanie o szczególnym znaczeniu, w którym rodzic koncentruje czynności poznawcze, emocjonalne i ewaluatywne na obiekcie zaangażowania (Bakiera, 2013). W ujęciu Bakiera *zaangażowanie w rodzicielstwo* stanowi nabytą skłonność do długotrwałej koncentracji aktywności i przeżyć z nią związanych na roli matki/ojca, co przejawia się w akceptacji roli i konstruktywnym nastawieniu wobec rodzicielstwa (Bakiera, 2013).

Autorka zwraca uwagę na jakość opieki rodzicielskiej wyrażanej przez umiejętność stawiania się responsywnym. Dostrzeganie i prawidłowa interpretacja potrzeb oraz adekwatne reagowanie na nie wpływają na kształtowanie się stylu przywiązania oraz na odczuwany przez dziecko poziom bezpieczeństwa. Podkreśla również, że ważnym obszarem aktywności rodziców jest dostrzeganie rozwoju dziecka, wspieranie jego autonomii, a nade wszystko jego wychowanie (Bakiera, 2013). Zaangażowane rodzicielstwo ujawnia również określony sposób myślenia, przeżywania, wartościowania i działania wobec dziecka, w tym gotowość rodziców do zmiany aktywności w zależności od fazy rozwojowej dziecka (Bakiera, 2014). Na zaangażowanie rodzicielskie składają się trzy aspekty, czyli zaangażowanie walencyjne, zaangażowanie behawioralne oraz zaangażowanie poznawczo-emocjonalne. *Zaangażowanie walencyjne* określa doniosłość rodzicielstwa w systemie wartości jednostki. *Zaangażowanie behawioralne* ujawnia działania świadczące o trosce osoby dorosłej o warunki i przebieg rozwoju dziecka. *Zaangażowanie poznawczo-emocjonalne* dotyczy skoncentrowania myśli, uwagi, wyobraźni, pamięci na roli matki/ojca oraz emocjonalnego przeżywania sytuacji rodzicielskich i wydarzeń istotnych dla dziecka (Bakiera, 2013).

2. Rodzicielstwo w rodzinie z chorym przewlekle dzieckiem

Pojawienie się w rodzinie dziecka z chorobą przewlekłą stanowi wydarzenie nienormalne, nieoczekiwane i na ogół spostrzegane negatywnie. Różnicuje ono proces przystosowania się do roli rodzica dziecka zdrowego w porównaniu do przystosowania się do roli rodzica dziecka z chorobą przewlekłą¹ (Kaliszewska, 2022). W rodzinie dochodzi do zasadniczych zmian w jej funkcjonowaniu, role rodzinne ulegają reorganizacji, tak jak relacje wewnątrzrodzinne (Hartley i in., 2011; Weryszko i Wejmer, 2022). Pojawiające się trudności mogą obejmować zaburzenia w komu-

nikacji małżeńskiej, ograniczone poczucie spójności rodziny czy osłabianie zdolności adaptacyjne członków systemu rodzinnego (Liberska i Matuszewska, 2012). Relacje między rodzicami a dziećmi może cechować mniejsze zaangażowanie i większa liczba negatywnych doświadczeń (Kościelska, 2011).

Za główne źródło tych zmian uznaje się występowanie kryzysu psychologicznego. Pisula (2007) wskazuje na doznanie szoku, wielkiego smutku, który towarzyszy diagnozie chorego dziecka, ale także na przeżywanie żałoby po niespełnieniu marzeń o wychowywaniu zdrowego dziecka. W ujęciu de Barbaro występują cztery główne źródła stresu rodzinnego. Autor zalicza do nich: rodzający się kontakt jednego członka rodziny z wpływami pozarodzinnymi, zmianę etapu życia rodziny, pozarodzinne źródło stresu oddziałujące na rodzinę oraz napięcie skoncentrowane wokół problemów ocenianych przez rodzinę jako szczególnie dotkliwe (Barbaro, 1997, s. 52). Typ sytuacji stresowej wymieniony jako ostatni odnosi się do sytuacji psychologicznej rodziny z przewlekle chorym dzieckiem. Choroba, rozumiana jako stresor, przyczynia się do ujawnienia się reakcji emocjonalnej wzbudzając poczucie beznadziejności i bezradności. Często łączy się ona z doświadczaniem poczucia słabości i winy (Świętochowski, 2014).

Z badań wynika, że ojcowie częściej niż matki radzą sobie ze stresem stosując mechanizmy obronne, jak: ucieczka od problemów, dystansowanie się, zaprzeczanie. Z kolei matki będąc silniej związanymi z dziećmi mimo choroby przewlekłej akceptują je i aktywnie angażują w proces leczenia (Maciarz, 2006). Nie oznacza to, że nie ponoszą kosztów psychologicznych. W badaniach nad rodzicami opiekującymi się dziećmi z zespołem Downa to matki częściej niż ojcowie odczuwały wyższy poziom stresu i depresji, a niższą satysfakcję płynącą z uczestnictwa w życiu rodzinnym (Olsson i Hwang, 2001; Zuba, 2021). Zaznacza się, że można wyróżnić takie sfery funkcjonowania, w których to ojcowie przeżywają silniejszy stres związany z wychowaniem dziecka niż matki. Problematyczne może być dla nich kształtowanie

¹ Według Komisji Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia choroby przewlekłe są określane jako zaburzenia lub odchylenia od normy, mające jedną lub więcej cech charakterystycznych. Zalicza się do nich: trwałość, połączenie z inwalidztwem, powodowanie nieodwracalne zmian o charakterze patologicznym, konieczność specjalistycznego postępowania rehabilitacyjnego albo według oczekiwań długotrwały nadzór, obserwację lub opiekę (Pilecka, 2002).

więzi emocjonalnej z przewlekle chorym dzieckiem, szczególnie jeśli to syn. Syn z niepełnosprawnością obniża bowiem wartość ojca, bardziej niż córka. Uważa się, że te trudności mogą wynikać z podłoża kulturowego. Przyjmuje się, że u ojców proces nabywania tożsamości rodzicielskiej i realizowania roli rodzica w większym stopniu zależy od tego czy dziecko spełnia ich oczekiwania i wyobrażenia. Ojcostwo podlega bowiem ocenie społecznej a rola ojca to powód do dumy i możliwość realizacji siebie (Stelter, 2009). Z kolei w innych badaniach stwierdzono, że pełnienie roli rodzica dziecka przewlekle chorego jest uważane przez rodziców za wyjątkowe, bo zostało przypisane przez Boga (Hastings i in., 2005).

Przegląd bogatej literatury przedmiotu pozwala sformułować wniosek, że proces adaptacji do diagnozy dziecka ma charakter indywidualny i przebiega w różnym czasie. Poczucie żaloby może nawet na stałe wpisać się w doświadczenia rodziców z przewlekle chorym dzieckiem, a poziom ich stresu rośnie wraz z osiąganiem przez nie kolejnych etapów rozwojowych, jak rozpoczęcie edukacji czy dojrzewania płciowego (Dyson, 1996). Ponadto rodzice dzieci z przewlekle chorobą doświadczają wielu ograniczeń związanych z czynnikami społecznymi oraz kulturowymi. Powodują one konieczność zmagania się trudnościami hamującymi rozwój dziecka, jak i z własnymi zawiedzionymi oczekiwaniami wobec rodzicielstwa. W rodzinie z przewlekle chorym dzieckiem czas wolny staje się dla rodziców wyjątkową wartością. Nieubłagalnie bowiem pochłania go choroba, angażując mnóstwo rodzicielskiej energii i zasobów materialnych. W takich warunkach pełnienie roli rodzica łączy się ze specyficznymi, dodatkowymi trudnościami (Kręcisiz-Plis, 2020; Łukasik, 2020). Rodzice zmuszeni są także mierzyć się z barierami odnoszącymi się do oczekiwania normalności ze strony otoczenia społecznego (Broberg, 2011). Należy podkreślić, że rodzice dziecka z przewlekle chorobą realizują wiele dodatkowych ról, takich jak nauczyciel, rehabilitant, pielęgniarz stanowiących dla nich obciążenie psychiczne i fizyczne (Jazłowska i Przybyła-Basista, 2019). W odpowiedzi na bodziec stresowy rodzina powinna potrafić przejawiać zdolność do zmian, umiejętność wytwarzania nowych wzorów interakcji, przeformułować role

i zdania pełnione przez poszczególnych członków rodzin nie przywiązując się do tego, co obowiązywało dotąd (Barbaro, 1997). Uważa się, że to, w jaki sposób rodzina poradzi sobie ze stresem warunkuje wiele, pozostających we wzajemnych zależnościach czynników. Wśród najważniejszych wymienia się specyfikę problemów zdrowotnych, swoiste potrzeby dzieci, poziom ich funkcjonowania i przystosowania, cechy członków rodziny oraz przyjęty przez rodzinę systemem wartości oraz przekonań.

3. Wartości rodzinne

Wartości rozwijają się i realizują w zależności od wieku jednostki, jej okresu rozwojowego i środowiska życia. K. Popielski wyróżnia osiem kroków prowadzących do wyboru i utrwalania wartości. Zalicza do nich następujące: odkrywanie wartości, akceptacja wartości, klasyfikacja wartości, krystalizacja wartości, puryfikacja wartości, internalizacja wartości, lokalizacja wartości oraz realizacja wartości (Popielski, 2008, s. 161).

Pierwszoplanową i najważniejszą rolę w transmisji wartości przypisuje się rodzinie. Kulturowane w rodzinie wartości i tradycje obowiązujących w danej społeczności, ale także przekazywanie hierarchii norm i wartości wykreowanych przez rodzinę staje się elementem struktur poznawczych jednostki. Sprzyja temu życzliwa i harmonijna atmosfera rodzinna, a także pozytywne przeżycia emocjonalne. Przekaz wartości obejmuje dwa procesy. Pierwszy z nich odnosi się do płaszczyzny wewnątrz diady małżeńskiej. Polega na modyfikowaniu wartości moralnych małżonków na skutek zachodzącej między nimi interakcji. Drugi typ przekazu uwzględnia relacje rodzice-dzieci i działa na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Rodzice kształtują system wartości dzieci, a i dzieci wpływają na zmiany zachodzące w systemie wartości rodziców (Rostowska, 2001).

W niniejszej pracy pojęcie *wartości rodzinne* (ang. familism) zostało ujęte jako centralna wartość kulturowa związana ze wsparciem rodzinnym, lojalnością, silnymi, pozytywnymi więziami rodzinnymi oraz poczuciem zobowiązania wobec rodziny (Christophe i in., 2022). Przyjęto, że familizm zawiera pięć wy-

miarów: szacunek, wsparcie rodzinne, religia, sukces materialny i osiągnięcia oraz indywidualizm. Szacunek to wartość rodzinna przejawiająca się w dążeniu do podtrzymywania prawidłowych relacji międzygeneracyjnych oraz kształtowania u dzieci autorytetu rodziców. Wsparcie rodzinne to wymiar wartości, której fundamentem jest pragnienie podtrzymywania bliskich relacji oraz pomagania członkom rodziny. Religia to wartość odnosząca się do wiary w wyższą moc. Wartość określana jako sukces materialny i osiągnięcia odnosi się do doceniania sukcesu rozumianego jako posiadanie pieniędzy i innych dóbr materialnych, zdobywanych na drodze konkurencji. Ostatnim z wymienionych wymiarów wartości rodzinnych stanowi indywidualizm, którego domenami są niezależność i samowystarczalność (XX, 2020).

Z uwagi na przyjęte założenie, że wartości uznawane przez człowieka określają jego dążenia, potrzeby i cele familizm może stanowić *zasób rodzinny*. Pod tym pojęciem ujmowane są wszelkie pozytywne potencjały rodziny. Egzemplifikację stanowi klasyfikacja zasobów rodzinnych opracowana przez H. McCubbina (1980). Autor wskazuje na trzy główne grupy zasobów. Pierwszą z nich stanowią osobiste zasoby członków danej rodziny. Drugą – wewnętrzne zasoby rodziny jako systemu. Natomiast do ostatniej z wyróżnionych grup zasobów zalicza zewnętrzne systemy wsparcia rodziny (McCubbin, 1980, za: Ładyżyński, 2019).

W badaniach nad rolą familizmu często podkreśla się jego buforującą przed stresem, ochronną dla zdrowia psychicznego rolę. Zauważono, że ogólne korzyści płynące z wysokiego nasilenia familizmu wiążą się z obniżeniem poziomu napięcia, przy jednoczesnym podwyższeniu dobrego samopoczucia i stanu zdrowia. Familizm ujemnie łączy się z samotnością, objawami depresji i somatycznymi (Corona i in., 2017; Santiago i in., 2020). W badaniach nad pochodzącymi ze społeczności latynoskiej rodzicami dzieci z zaburzeniami psychicznymi, których cechowało niskie nasilenie familizmu zauważono występowanie silnego związku między stygmatyzacją afiliacyjną rodzica a doświadczaniem stresu rodzicielskiego. Uzyskany wynik potwierdza, że familizm może działać jako bufor chroniący opiekunów dzieci z zaburzeniami psychicznymi (Martin i in., 2022).

Reasumując dotychczasowe rozważania w podjętym temacie zauważono, że publikacje psychologiczne, w których autorzy odnosili się do problematyki badań nad rodzinami z przewlekle chorymi dziećmi obejmują swym zakresem dwa główne kierunki. W pierwszym z nich podejmuje się próbę scharakteryzowania trudności w pełnieniu roli rodzica przewlekle chorego dziecka, poszukiwania przyczyn stresu, wzorców radzenia sobie z napięciem i wieloma ograniczeniami (Broberg, 2011; Jazłowska i Przybyła-Basista, 2019; Kościelska, 2011; Liberska i Matuszewska, 2012; Olsson i Hwang, 2001; Zuba, 2021; Żelichowska i Zawadzka, 2019). Z kolei drugi kierunek badań jest skoncentrowany na określeniu zasobów dziecka, jego rodziców, rodzeństwa, rodziny ujmowanej jako całość, które mogą ułatwiać proces adaptacji do trudnej sytuacji życiowej. Opiera się on na zasadniczych filarach psychologii pozytywnej i dotyczy poszukiwania czynników facylitujących kształtowanie pozytywnego i zaangażowanego rodzicielstwa (Bakiera i Stelter, 2010; Corona i in., 2017; Ładyżyński, 2019; Stelter, 2009).

W rezultacie dokonanej kwerendy obszernej literatury przedmiotu sformułowano wniosek, że w badaniach psychologicznych nad rodzicielstwem w obliczu przewlekłej choroby dziecka nie odniesiono się w pełni do wiedzy psychologicznej ukazującej wszystkie płaszczyzny życia rodzinnego. Jednym z obszarów wymagającym eksploracji naukowej jest zagadnienie wartości rodzinnych i wyjaśnienie jego znaczenia dla zaangażowania się w rodzicielstwo.

4. Cele badań

Ustalono dwa cele badań. Pierwszy z nich odnosił się do określenia wartości rodzinnych oraz wymiarów zaangażowania rodzicielskiego rodziców dzieci z chorobą przewlekłą. Natomiast drugi cel dotyczył oszacowania zależności między wartościami rodzinnymi a wymiarami zaangażowania rodzicielskiego. Sformułowano dwa pytania badawcze.

1. Czy występuje zróżnicowanie w zakresie wartości rodzinnych między rodzicami przewlekle chorych dzieci i rodzicami wychowującymi zdrowe dzieci?

2. Czy występuje zróżnicowanie w zakresie zaangażowania rodzicielskiego między rodzicami przewlekle chorych dzieci i rodzicami wychowującymi zdrowe dzieci?
3. Czy wartości rodzinne pozwalają prognozować zaangażowanie rodzicielskie?

Na podstawie literatury przedmiotu sformułowano następujące hipotezy badawcze.

Hipoteza 1: Występuje zróżnicowanie w zakresie wartości rodzinnych w grupach rodziców przewlekle chore dzieci i rodziców wychowujących zdrowe dzieci.

Hipoteza 1a: Występuje zróżnicowanie w zakresie wartości rodzinnych w porównywanych grupach matek.

Hipoteza 1b: Występuje zróżnicowanie w zakresie wartości rodzinnych w porównywanych grupach ojców.

Hipoteza 2: Występuje zróżnicowanie w zakresie zaangażowania rodzicielskiego w grupach rodziców przewlekle chorych dzieci i rodziców wychowujących zdrowe dzieci.

Hipoteza 2a: Występuje zróżnicowanie w zakresie zaangażowania rodzicielskiego w porównywanych grupach matek.

Hipoteza 2b: Występuje zróżnicowanie w zakresie zaangażowania rodzicielskiego w porównywanych grupach ojców.

Hipoteza 3: Wymiary wartości rodzinnych pozwalają prognozować zaangażowanie rodzicielskie w grupie rodziców wychowujących zdrowe dziecko.

Hipoteza 4: Wymiary wartości rodzinnych pozwalają prognozować zaangażowanie rodzicielskie w grupie rodziców wychowujących przewlekle chore dziecko.

5. Metoda

5.1. Osoby badane

Uczestnikami badań były osoby dorosłe ($N = 160$), rodzice o średniej wieku 37,5 lat, posiadający co najmniej jedno dziecko. Rozkład płci w grupie był zbliżony, 96 kobiet (60%) i 64 mężczyzn (40%). Ze względu na stan zdrowia dziecka wyróżniono dwie grupy porównawcze. Pierwszą stanowili rodzice wychowujący przewlekle chore dziecko ($n = 64$; 40%). W tej grupie było 59,4% kobiet ($n = 38$) oraz 40,6% mężczyzn ($n = 26$). Średnia wieku wynosiła 38,9 lat ($SD = 8,48$). Druga grupa składała się z rodziców zdrowych dzieci ($n = 96$, 60%), w tym z 60,4% kobiet ($n = 58$) i 39,6% mężczyzn ($n = 38$). Średnia wieku wynosiła 36,5 lat ($SD = 7,24$). W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę badanych osób.

5.2. Procedura i materiały

Badania przeprowadzono w 2021 roku z użyciem metody CAWI (*ang.* Computer Assisted Web Interview). Badani mieli możliwość skontaktowania się z osobą prowadzącą badania poprzez podany adres mailowy². Badanych poinformowano o naukowym celu badań oraz poproszono wyrażenie zgody na ich przeprowadzenie. Zaznaczono, że są one anonimowe, zgodne z zasadami Kodeksu Etyki Pracownika Naukowego oraz że w dowolnym momencie można się wycofać z udziału, bez ponoszenia konsekwencji.

W analizie statystycznej wykorzystano program IBM SPSS 27, na licencji XX. Testem Shapiro-Wilka oszacowano normalność rozkładu zmiennych. Uzyskane rezultaty (rozkład zmiennych istotnie różnych od normalnego) wymagały zastosowania w analizach nieparametrycznego testu U-Manna-Whitneya, służącego do porównania mediany zmiennych zależnych (Brzeziński, 2022). W celu oszacowania czy wartości rodzinne pozwalają przewidywać sposób w jaki ujawnia się zaangażowanie rodzicielskie wykorzystano model regresji liniowej. Przyjęto poziom istotności $p = 0,05$ (Bedyńska i Cypriańska, 2013).

² Podziękowania dla pani Hanny Wilczyńskiej, uczestniczki prowadzonego przeze mnie seminarium magisterskiego na kierunku psychologia.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy rodziców

Zmienne		N	%
Płeć	kobieta	96	60.0%
	mężczyzna	64	40.0%
Miejsce zamieszkania	wieś	64	40.0%
	miasto	96	60.0%
Wykształcenie	podstawowe	4	2.5%
	zawodowe	32	20.0%
	średnie	48	30.0%
	wyższe	76	47.5%
Stan cywilny	panna/ kawaler	6	3.8%
	mężatka/ żonaty	108	67.5%
	rozwidziona/ rozwidziony	4	2.5%
	związek partnerski	42	26.3%
Status zawodowy	student	14	8.8%
	pracująca/y	118	73.8%
	bezrobotna/y	8	5.0%
	zasiłek ZUS lub inny	26	16.3%
Liczba dzieci	jedno	54	33.8%
	dwoje	62	38.8%
	troje	44	27.5%
Liczba dzieci chorych przewlekle	brak	96	60.0%
	jedno	60	37.5%
	dwoje	4	2.5%
Rodzaj choroby przewlekłej	nie dotyczy	96	60.0%
	zaburzenie genetyczne	20	12.5%
	całościowe zaburzenia rozwoju	10	6.3%
	zaburzenia neurologiczne	34	21.3%

W badaniach zastosowano dwa narzędzia psychologiczne, o dobrych właściwościach psychometrycznych, tj. Skalę Familizmu oraz Kwestionariusz Zaangażowania Rodzicielskiego oraz ankietę socjodemograficzną.

Skala Familizmu w opracowaniu XX (2020) została wykorzystana do pomiaru nasilenia wymiarów familizmu u osób dorosłych. Skala mierzy wartości kolektywistyczne (szacunek, wsparcie rodzinne, religia) oraz wartości indywidualistyczne (sukces materialny i osiągnięcia, indywidualizm). Skala Familizmu zawiera 44 stwierdzenia, do których badany ustosunkowuje się na 5 stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 5 – „zdecydowanie się zgadzam”. Wartości wskaźników zgodności wewnętrznej mierzone współczynnikiem α -Cronbacha mieszczą się w przedziale 0,95-0,63 (XX, 2020).

Kwestionariusz Zaangażowania Rodzicielskiego opracowany przez Bakierę (2013) pozwala oszacować zaangażowanie rodzicielskie wobec (dzieci) w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz adolescencji. Służy do badania osób dorosłych, które udzielają odpowiedzi na 7-punktowej skali Likerta, ustosunkowując się do 34 pozycji. Pomiar dotyczy zaangażowania rodzicielskiego ujmowanego ogólnie oraz jego trzech wymiarów, tj. zaangażowania walencyjnego, zaangażowania behawioralnego oraz zaangażowania poznawczo-emocjonalnego (Bakiera, 2013). Wartości współczynnika rzetelności α -Cronbacha są wysokie i mieszczą się w przedziale 0,86–0,84.

Ankieta socjodemograficzna służyła do zebrania następujących danych: płeć i wiek osoby badanej, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny, status zawodowy, liczba posiadanych dzieci, stan zdrowia dzieci i typ problemów zdrowotnych dziecka.

6. Rezultaty

6.1. Statystyki opisowe

W tabeli 2 zaprezentowano statystyki opisowe rozpatrywanych w badaniu zmiennych psychologicznych.

Otrzymane wyniki wskazują, że rozpatrywane zmienne psychologiczne (tab. 2) cechuje rozkład znacząco odbiegający od normalnego. W związku z tym w analizie wykorzystano nieparametryczny test U Manna-Whitneya.

6.2. Wartości rodzinne w badanych grupach rodziców

W pierwszym kroku sprawdzono, czy występuje zróżnicowanie w zakresie wartości rodzinnych w grupach rodziców wychowujących przewlekle chore dziecko i zdrowe dziecko. Analizy przeprowadzono w grupach rodziców wychowujących dzieci o różnym stanie zdrowia (tab. 3) oraz osobno w grupach matek (tab. 4) i ojców (tab.5). W tabeli 3 przedstawiono rezultaty dotyczące porównania wartości rodzinnych rodziców wychowujących dziecko przewlekle chore i rodziców wychowujących zdrowe dziecko.

Analizując otrzymane wyniki (tab.3) zauważono występowanie jednej istotnej statystycznie różnicy w zakresie wymiaru indywidualizm ($U = 1964,00; p < 0,001$). Rodzice wychowujący dziecko z chorobą przewlekłą ($n = 64$) osiągnęli istotnie statystycznie wyższe nasilenie wartości indywidualizm niż rodzice wychowujący zdrowe dziecko ($n = 96$). Stanowiło to uzasadnienie dla przyjęcia założeń hipotezy 1. Pozostałe dymensje wartości rodzinnych, tj. szacunek, wsparcie rodzinne, religia i sukces materialny i osiągnięcia nie różnicowały porównywanych grup rodziców. W tabeli 4 zawarto

rezultaty dotyczące porównania wartości rodzinnych matek wychowujących przewlekle chore dziecko i matek wychowujących zdrowe dziecko.

Otrzymano wynik wskazujący na występowanie jednej statystycznie istotnej różnicy między porównywanymi matkami ($U = 758,00; p < 0,01$). Dotyczyła ona wymiaru indywidualizm. Matki wychowujące przewlekle chore dziecko ($n = 38$) charakteryzowały się istotnie większym nasileniem tej wartości niż matki wychowujące zdrowe dziecko ($n = 58$). Pozostałe wymiary wartości rodzinnych, tj. szacunek, wsparcie rodzinne, religia i sukces materialny i osiągnięcia nie różnicowały badanych grup kobiet. Tym samym potwierdzono zasadność hipotezy 1a.

Zanotowano występowanie jednej istotnej statystycznie różnicy między porównywanymi grupami ojców ($U = 266,00; p < 0,01$). Odnosiła się ona do wymiaru indywidualizm. Mężczyźni wychowujący przewlekle chore dziecko ($n = 26$) cechowali się istotnie większym nasileniem tej wartości niż mężczyźni wychowujący dziecko zdrowe ($n = 38$). Pozostałe wymiary wartości rodzinnych, tj. szacunek, wsparcie rodzinne, religia oraz sukces materialny i osiągnięcia nie różnicowały badanych grup mężczyzn. Otrzymane wyniki potwierdzają założenie hipotezy 1b.

Tabela 2. Statystyki opisowe zmiennych psychologicznych

Zmienne	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Sukces i osiągnięcia	160	23.21	8.52	12.00	51.00	21.00	0.90	< 0.001 ***
Indywidualizm	160	20.68	2.62	10.00	25.00	21.00	0.93	< 0.001 ***
Szacunek	160	43.71	14.22	22.00	70.00	45.50	0.93	< 0.001 ***
Wsparcie rodzinne	160	19.15	5.85	7.00	28.00	21.00	0.91	< 0.001 ***
Religia	160	18.36	10.07	7.00	34.00	20.00	0.84	< 0.001 ***
Zaangażowanie walencyjne	160	61.96	7.58	29.00	70.00	65.00	0.83	< 0.001 ***
Zaangażowanie behawioralne	160	61.95	9.10	35.00	70.00	65.00	0.82	< 0.001 ***
Zaangażowanie poznawczo-emocjonalne	160	86.84	10.72	53.00	98.00	89.50	0.88	< 0.001 ***
Zaangażowanie ogólne	160	210.75	25.42	131.00	238.00	220.50	0.87	< 0.001 ***

N – liczebność; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *Min* – minimum; *Maks* – maksimum; *Me* – mediana; *W* – statystyka testu Shapiro-Wilka; *p* – istotność testu Shapiro-Wilka; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 3. Wartości rodzinne w porównywanych grupach rodziców

Wartości rodzinne	Stan zdrowia dziecka	U	p	Me
Sukces i osiągnięcia	zdrowe	2886.00	0.516	21.50
	chore			21.00
Indywidualizm	zdrowe	1964.00	< 0.001 ***	20.00
	chore			22.00
Szacunek	zdrowe	2874.00	0.490	47.00
	chore			37.00
Wsparcie rodzinne	zdrowe	2956.00	0.685	21.50
	chore			20.50
Religia	zdrowe	2860.00	0.453	20.50
	chore			11.00

U- wartość testu U Manna-Whitneya; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; Me – mediana

Tabela 4. Wartości rodzinne w porównywanych grupach matek

Wartości rodzinne	Stan zdrowia dziecka	U	p	Me
Sukces i osiągnięcia	zdrowe	1096.00	0.964	23.00
	chore			21.00
Indywidualizm	zdrowe	758.00	0.009 **	20.00
	chore			21.00
Szacunek	zdrowe	1010.00	0.490	46.00
	chore			43.00
Wsparcie rodzinne	zdrowe	1036.00	0.619	22.00
	chore			21.00
Religia	zdrowe	1062.00	0.760	20.00
	chore			12.00

U- wartość testu U Manna-Whitneya; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; Me – mediana

6.3. Zaangażowanie rodzicielskie w badanych grupach rodziców

W kolejnym kroku rozpatrywano, czy występuje zróżnicowanie w zakresie zaangażowania rodzicielskiego w grupach rodziców wychowujących przewlekle chore dziecko i zdrowe dziecko. Analizy przeprowadzono w grupach rodziców (tab.6) oraz osobno w grupach

Tabela 5. Wartości rodzinne w porównywanych grupach ojców

Wartości rodzinne	Stan zdrowia dziecka	U	p	Me
Sukces i osiągnięcia	zdrowe	436.00	0.426	20.00
	chore			21.00
Indywidualizm	zdrowe	266.00	0.002 **	21.00
	chore			22.00
Szacunek	zdrowe	448.00	0.529	50.00
	chore			36.00
Wsparcie rodzinne	zdrowe	406.00	0.228	21.00
	chore			20.00
Religia	zdrowe	434.00	0.406	24.00
	chore			10.00

U- wartość testu U Manna-Whitneya; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; Me – mediana

matek (tab. 7) i ojców (tab.8). W tabeli 6 przedstawiono wyniki dotyczące porównania zaangażowania rodzicielskiego w grupach rodziców wychowujących przewlekle chore dziecko i rodziców wychowujących zdrowe dziecko.

Otrzymane rezultaty nie pozwalają stwierdzić istotnych statystycznie różnic w zakresie zaangażowania rodzicielskiego między grupami rodziców wychowujących przewlekle chore dziecko ($n = 64$) a wychowującymi zdrowe dziecko ($n = 96$). Tym samym hipoteza 2 nie została potwierdzona. W tabeli 7 przedstawiono wyniki badania, dotyczące porównania zaangażowania rodzicielskiego matek wychowujących przewlekle chore dziecko i matek wychowujących zdrowe dziecko.

Przedstawione w tabeli 7 wyniki badań pozwalają stwierdzić występowanie istotnych statystycznie różnic w zakresie zaangażowania walencyjnego, $U = 646,00$; $p < 0,01$, zaangażowania behawioralnego, $U = 772,00$; $p < 0,05$ oraz zaangażowania ogólnego, $U = 752,00$; $p < 0,01$. Matki przewlekle chorego dziecka ($n = 38$) cechowało większe nasilenie zaangażowania walencyjnego, behawioralnego oraz na wymiarze ogólnym niż matki wychowujące zdrowe dziecko ($n = 58$). Zmienna zaangażowanie poznawczo-emocjonalne nie różnicowała istotnie porównywanych grup kobiet. Uzyskane wyniki potwierdzają hipotezę 2a. W tabeli 8 przedstawiono

Tabela 6. Zaangażowanie rodzicielskie w porównywanych grupach rodziców

Zaangażowanie	Stan zdrowia dziecka	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Me</i>
Walencyjne	zdrowe	2570.00	0.079	64.50
	chore			65.50
Behawioralne	zdrowe	3024.00	0.866	64.50
	chore			66.00
Poznawczo-emocjonalne	zdrowe	3046.00	0.928	89.00
	chore			89.50
Ogólne	zdrowe	2922.00	0.601	218.00
	chore			222.50

U - wartość testu U Manna-Whitneya; *p* - istotność; *Me* - mediana

Tabela 7. Zaangażowanie rodzicielskie w porównywanych grupach matek

Zaangażowanie	Stan zdrowia dziecka	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Me</i>
Walencyjne	zdrowe	646.00	0.001 **	61.00
	chore			67.00
Behawioralne	zdrowe	772.00	0.012*	66.00
	chore			68.00
Poznawczo-emocjonalne	zdrowe	850.00	0.058	85.00
	chore			95.00
Ogólne	zdrowe	752.00	0.009 **	205.00
	chore			229.00

U - wartość testu U Manna-Whitneya; * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001; *Me* - mediana

rezultaty badania, dotyczące porównania zaangażowania rodzicielskiego ojców wychowujących przewlekle chore dziecko i ojców wychowujących zdrowe dziecko.

Zauważono, że wystąpiły istotne statystycznie różnice w zakresie zaangażowania behawioralnego, $U = 312,00$; $p < 0,05$, zaangażowania poznawczego, $U = 298,00$; $p < 0,01$ oraz zaangażowania ogólnego, $U = 308,00$; $p < 0,01$. Stwierdzono, że ojcowie wychowujący przewlekle chore dziecko ($n = 26$) cechowali się mniejszym nasileniem zaangażowania na wymiarach behawioralnym, poznawczo-emocjonalnym i ogólnym niż ojcowie wychowujący dziecko zdrowe ($n = 38$). Tym samym hipotezę 2b uznano za słuszną.

Tabela 8. Zaangażowanie rodzicielskie w porównywanych grupach ojców

Zaangażowanie	Stan zdrowia dziecka	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Me</i>
Walencyjne	zdrowe	388.00	0.146	66.00
	chore			59.00
Behawioralne	zdrowe	312.00	0.013 *	64.00
	chore			57.00
Poznawczo-emocjonalne	zdrowe	298.00	0.007**	91.00
	chore			85.00
Ogólne	zdrowe	308.00	0.011*	221.00
	chore			204.00

U - wartość testu U Manna-Whitneya; * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001; *Me* - mediana

6.4. Wartości rodzinne a zaangażowanie rodzicielskie

Ostatni rozpatrywany w pracy problem badawczy odnosił się do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy preferowanie określonych wartości rodzinnych pozwala prognozować zaangażowanie w rolę rodzicielską. Zastosowano model regresji liniowej, w którym zmienną objaśnianą była zmienna zaangażowanie rodzicielskie w wymiarze ogólnym. Natomiast zmienne objaśniające stanowiły wymiary wartości rodzinnych (szacunek, wsparcie rodzinne, religia, indywidualizm, sukces materialny i osiągnięcia). Analizy przeprowadzono osobno dla grup rodziców wychowujących przewlekle chore dziecko i wychowujących zdrowe dziecko. Rezultaty przedstawiono w tabelach 9 i 10. W tabeli 9 zawarto wyniki analizy regresji przeprowadzonej w grupie rodziców ze zdrowym dzieckiem

Otrzymane rezultaty pozwalają stwierdzić, że zmienna sukces materialny i osiągnięcia wyjaśniała 63% wariancji zmiennej zaangażowanie rodzicielskie ogólne ($R^2 = 0,63$). Zauważono występowanie słabej, ujemnej zależności zaangażowania rodzicielskiego ogólnego od wartości sukces materialny i osiągnięcia. Oznacza to, że u rodziców zdrowych dzieci wraz ze wzrostem nasilenia wartości sukces materialny i osiągnięcia maleje nasilenie zmiennej zaangażowanie rodzicielskie ogólne. Pozostałe wartości rodzinne, tj. szacunek, wsparcie rodzinne, religia,

indywidualizm okazały się nieistotne statystycznie. Tym samym potwierdzono zasadność hipotezy 3. W tabeli 10 przedstawiono wyniki analizy regresji przeprowadzonej w grupie rodziców z przewlekle chorym dzieckiem.

Opisując rezultaty (tab. 10) otrzymane w grupie rodziców wychowujących przewlekle chore dzieci nie stwierdzono występowania statystycznie istotnych zależności między wymiarami wartości rodzinnych a zaangażowaniem rodzicielskim ujmowanym ogólne rodziców. Tym samym założenie hipotezy 4 nie zostało przyjęte.

Dyskusja wyników

Dzieci i młodzież cierpiące z powodu chorób o charakterze przewlekłym są do czterech razy bardziej narażone na wystąpienie nieprawidłowości w psy-

chospołecznym funkcjonowaniu niż dzieci zdrowe. Pilecka (2002) wyjaśnia, że wynika to głównie ze specyficznych wymagań, którym dziecko i jego rodzina starają się sprostać. Przyjmując szerszą perspektywę (por. teoria ekologiczna Bronfenbrennera, 1993) specyficzne wymagania dotyczą także osób z bliższego (np. rówieśnicy z klasy szkolnej, sąsiedztwo) oraz dalszego otoczenia (np. nauczyciele, lekarze, rehabilitanci). Stan współczesnej wiedzy psychologicznej pozwala twierdzić, że rodzina w obliczu choroby wielokrotnie potrafi uruchomić siły sprzyjające procesowi zdrowienia (Świętochowski, 2014). Tym samym zwiększa szansę przewlekle chorego dziecka na powrót do środowiska. Jednocześnie ułatwia to członkom rodziny poradzenie sobie z psychicznymi skutkami choroby (Żelichowska i Zawadzka, 2019).

Dotychczas w literaturze opisującej sytuację rodzin z przewlekle chorymi dziećmi omawiano zagadnienia odnoszące się do: postaw rodzicielskich,

Tabela 9. Wyniki analizy regresji w grupie rodziców ze zdrowym dzieckiem

Zmienna zależna	Model				Współczynniki regresji			
	R^2	F	df	p	predyktor	β	t	p
Zaangażowanie rodzicielskie ogólne	0.63	18.99	86	< 0.001 ***	Stała		5.31	< 0.001 ***
					Szacunek	-0.35	-1.78	0.078
					Sukces i osiągnięcia	-0.20	-2.08	0.041*
					Indywidualizm	0.10	1.17	0.245
					Religia	0.01	0.08	0.936
				Wsparcie rodzinne	0.10	0.60	0.553	

R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 10. Wyniki analizy regresji w grupie rodziców z przewlekle chorym dzieckiem

Zmienna zależna	Model				Współczynniki regresji			
	R^2	F	df	p	predyktor	β	t	p
Zaangażowanie rodzicielskie ogólne	0.43	6.19	54	< 0.001 ***	Stała		5.82	< 0.001 ***
					Szacunek	-0.57	-1.64	0.107
					Sukces i osiągnięcia	-0.21	-1.07	0.287
					Indywidualizm	-0.07	-0.46	0.647
					Religia	0.15	0.54	0.592
				Wsparcie rodzinne	0.37	1.60	0.115	

R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

wartości życia małżeńskiego, atmosfery współżycia w rodzinie, struktury społecznej rodziny, czasami badano też cechy osobowościowe rodziców, przyjmując, że im większe zaburzenia w obrębie tych właściwości środowiska rodzinnego, tym większe zachodzą zaburzenia w procesach wychowania i opieki nad chorymi przewlekle dziećmi (Weryszko i Wejmer, 2022). W niewielu opracowaniach o charakterze empirycznym odnoszono się do wartości rodzinnych rozpatrywanych jako zasób i traktowanych jako predyktor zaangażowania w rolę rodzicielską. W związku z tym podjęto badania mające na celu uporządkowanie i uzupełnienie wiedzy psychologicznej z tego obszaru.

Zaprezentowane w pracy rezultaty badań wskazują na występowanie różnicowania w zakresie wartości rodzinnych oraz zaangażowania rodzicielskiego w dwóch grupach rodziców, tj. wychowujących przewlekle chore dzieci i zdrowe dzieci. Stwierdzono także, że wartości rodzinne pozwalają prognozować zaangażowanie w rolę rodzicielską, ale tylko w grupie rodziców wychowujących zdrowe dzieci.

Dokonując opisu i interpretacji uzyskanych wyników w pierwszej kolejności odniesiono się do zagadnienia wartości rodzinnych w porównywanych grupach rodziców. Wymiar wartości rodzinnych, rozumiany jako przejawianie dążenia do bycia niezależnym i samowystarczalnym (indywidualizm) osiągnął wyższe nasilenie w grupach rodziców przewlekle chorych dzieci, zarówno wśród matek i ojców w porównaniu do matek i ojców zdrowych dzieci. Interpretując uzyskany wynik można przywołać specyfikę funkcjonowania rodziny z przewlekle chorym dzieckiem i wyzwania, którym stara się sprostać (por. Byra, Prachomiuk, 2018; Prachomiuk, 2018; Żelichowska i Zawadzka, 2019). Uważa się, że dążenie do niezależności, w świetle pojęcia wartości rodzinnych można rozumieć jako, np. kształtowanie przekonania o poleganiu na sobie w rozwiązywaniu problemów, zdolność do uczenia się o chorobie dziecka i sposobach świadczenia mu jak najlepszej pomocy oraz leczenia, podejmowanie wysiłku w poszukiwaniu wysoko płatnej pracy, by środki finansowe pokrywały wydatki na leczenie, a jednocześnie zapewniały pozostałym członkom rodziny godny byt czy przejawianie innych tego

typu zachowań świadczących o priorytetyzacji samowystarczalności, ale rozpatrywanej w kontekście profitów płynących do środowiska rodzinnego. Wskazuje się, że rodzice chorych dzieci doskonałą się w pełnieniu swej roli, co objawia się m.in. większą zdolnością do autorefleksji, umiejętnością oceny swoich działań, nadawaniu im określonego znaczenia zarówno z perspektywy własnej, jak i objętego opieką dziecka. Kształtują w ten sposób konstrukt metarodzicielstwa (Mitchell i Lashewicz, 2016; Parchomiuk, 2018).

Rozpatrując rezultaty porównań w zakresie zaangażowania rodzicielskiego w grupach rodziców wychowujących przewlekle chore dziecko i zdrowe dziecko zauważono, że otrzymane wyniki nie różniły się istotnie statystycznie. Zaznacza się, że mieściły się one w przedziale wyników wskazujących na bardzo wysokie nasilenie zaangażowania rodzicielskiego (odpowiednio 222,5 i 218,0 punktu). Przyjmuje się, że wysokie nasilenie zaangażowania rodzicielskiego wskazuje na występowanie trwałej i silnej motywacji do podejmowania i utrzymywania określonej aktywności i koncentracji na niej. Zaangażowany rodzic działa i uważa za ważne to, co robi (Bakiera, 2013). Przyjmuje się, że pełnienie roli rodzicielskiej dla badanych z obu porównywanych grup stanowiło wartość, element poprawiający pozytywne postrzeganie własnej osoby. Szczegółowe analizy porównawcze przeprowadzone w grupach matek wychowujących przewlekle chore dziecko i zdrowe dziecko oraz ojców wychowujących przewlekle chore dziecko i zdrowe dziecko pozwoliły stwierdzić różnicowanie w zakresie zaangażowania rodzicielskiego. Matki przewlekle chorych dzieci cechowały się wyższym nasileniem poczucia doniosłości rodzicielstwa w systemie wartości oraz podejmowały więcej działań świadczących o trosce o warunki i przebieg rozwoju dziecka niż matki wychowujące zdrowe dzieci. Cechowało je także wyższe nasilenie zaangażowania w rolę rodzicielską niż matki zdrowych dzieci. Badane matki nie różniły się natomiast w zakresie skoncentrowania myśli, uwagi, wyobraźni, pamięci na roli matki oraz w emocjonalnego przeżywania sytuacji rodzicielskich i wydarzeń istotnych dla dziecka. Wyjaśniając otrzymany wynik można odnieść się do badań, w których zauważono, że choroba

postrzegana przez matki jako wyzwanie wiąże się z szukaniem przez nie sposobów poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją, z uczestniczeniem w procesie leczenia, angażowaniu się we współpracę z lekarzami (Czuba, 2021). Sformułowany wniosek ma charakter wstępny i wymaga potwierdzenia w dalszych badaniach. Z kolei ojcowie przewlekle chorych dzieci cechowali się niższym nasileniem działań świadczących o trosce o warunki i przebieg rozwoju dziecka oraz niższym nasileniem skoncentrowania myśli, uwagi, wyobraźni, pamięci na roli ojca oraz emocjonalnym przeżywaniem sytuacji rodzicielskich i wydarzeń istotnych dla dziecka. Ujawniali także niższy stopień zaangażowania w rolę rodzicielską niż ojcowie wychowujący zdrowe dziecko. Zaznacza się, że w zakresie uznawania doniosłości wartości rodzicielstwa w systemie wartości jednostki porównywane grupy ojców nie różniły się. Poszukując wyjaśnienia otrzymanych rezultatów badań odniesiono się do literatury przedmiotu, w której wskazuje się na zdystansowanie się ojców w stosunku do przewlekle chorych dzieci wynikające m.in. z realizowania funkcji materialnej rodziny, niskiej satysfakcji z życia rodzinnego, niezadowolenia z relacji z małżonką/partnerką czy trudności w adaptacji do roli rodzica przewlekle chorego dziecka (Łukasik, 2020). Badania nad rodzinami z dzieckiem z zespołem Downa wskazują, że rodziny prawie zawsze muszą ponosić koszty związane z przewleklą chorobą (diagnoza, leczenie, rehabilitacja) we własnym zakresie (99,2% ankietowanych rodzin). Respondenci deklarowali, że jest to czasem wydatek rzędu ponad 1000 zł miesięcznie (14,8%), a najczęściej wynosi on 300-1000 zł na miesiąc (55,9% badanych) (Bartnikowska, 2022). W innych badaniach psychologicznych odnoszących się do określenia nasilenia zaangażowania rodzicielskiego matek i ojców dzieci oraz adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym oraz znacznym z zespołem Downa okazało się, że matki dzieci z zespołem Downa z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej cechowało większe nasilenie zaangażowania rodzicielskiego ($M = 198,36$; $SD = 18,03$) niż ojców ($M = 157,51$; $SD = 19,30$) (Kaliszewska, 2022).

Odnosząc się do ostatniego podjętego w pracy problemu badawczego, którego istotą było określenie predykcyjnej roli wartości rodzinnych w stosunku do zaangażowania w rolę rodzicielską istotne statystycznie zależności zauważono jedynie w grupie rodziców wychowujących zdrowe dzieci. Uzyskane wyniki badań własnych pozwalają stwierdzić, że jedna z wartości rodzinnych, tj. sukces materialny i osiągnięcia pozwala prognozować zaangażowanie rodzicielskie. Sformułowano wniosek, że u rodziców zdrowych dzieci wraz ze wzrostem nasilenia wartości sukces materialny i osiągnięcia maleje nasilenie zmiennej zaangażowanie rodzicielskie ogólne. Uzasadniając uzyskany rezultat można odwołać się do danych zawartych w raporcie HAYS z 2019 roku *Kobiety na rynku pracy. Kompetencje i Różnorodność. Oszacowano, że prawie 50% pracowników firm łączy życie rodzinne i zawodowe. Jak się okazuje aż 64% ankietowanych kobiet i 46% mężczyzn napotkało bariery w pracy zawodowej, związane z pogodzeniem tych dwóch ról. Do najczęściej wymienianych trudności z realizacją roli rodzica zaliczane są wyjazdy służbowe, nieelastyczny czas pracy, nadgodziny czy absencja w pracy wynikająca z powtarzających się chorób młodszych dzieci³. Czynniki te przyczyniają się do ograniczenia czasu, który rodzice mogą spędzić z dziećmi i do osłabienia ich zaangażowania w pełnienie roli rodzicielskiej. Wymaga ona bowiem poświęcenia czasu na sprawowanie systematycznej opieki nad dzieckiem, pomaganie mu w odrabianiu lekcji, organizowaniu wolnego czasu czy towarzyszeniu w podejmowanych przez nie aktywnościach (aspekt behawioralny roli rodzica). Zaangażowany rodzic zna kolegów i koleżanki dziecka, organizuje mu urodziny, emocjonalnie dostraja się do przeżyć dziecka, odczuwa jego radość, smutek czy rozczarowanie (aspekt poznawczo-emocjonalny). Co istotne, zaangażowany rodzic przypisuje wysoką ważność wykonywanym przez siebie obowiązkom na rzecz dziecka (walencyjny aspekt roli rodzica). Rodzicom ceniącym sukces ujmowany jako zdobywanie pieniędzy i innych dóbr materialnych, osiągniętych na drodze konkurencji trudno jednocześnie realizować się w roli zaangażowanego rodzica.*

3 <https://www.gov.pl/web/demografia/rodzicielstwo-i-praca--jak-wesprzec-pracujacych-rodzicow> (dostęp: 19.12.2022)

W krytycznej ocenie przeprowadzonych badań własnych wskazuje się na kilka ograniczeń. Pierwszym z nich jest przekonanie, że zaangażowanie rodzicielskie jest uwarunkowane wieloma czynnikami, które nie były rozpatrywane w pracy. W związku z tym udzielone odpowiedzi na podjęte kwestie nie mogą być uznane za wyczerpujące. Więcej informacji można było uzyskać łącząc podejście ilościowe z jakościowym, co mogłoby dodać głębi sformułowanym wnioskom. W kolejnych badaniach interesujące może okazać się włączenie rodzeństwa chorych przewlekle dzieci. Interesujące wydaje się także zbadanie rodziców o zróżnicowanym stopniu zaangażowania rolę rodzicielską, bowiem pod tym względem analizowane grupy były homogeniczne.

Uzyskane rezultaty badań mają wartość aplikacyjną dla rodziców z badanych grup oraz dla specjalistów pracujących z rodzinami. Rozmowy

o znaczeniu wartości rodzinnych i podnoszenie świadomości na temat roli i sposobów zaangażowania rodzicielskiego mogą przyczyniać się lepszemu funkcjonowaniu rodzin, radzenia sobie z zdaniami oraz poszukiwaniu sfer wolnych od problemów. Psychologowie wyrażają zgodny pogląd, że dla zdrowia rodziny ujmowanej jako całość istotne jest osiągnięcie homeostazy między wyzwaniem choroby przewlekłej a aktywnością członków rodziny. W rodzinach, w których członkowie dążą do minimalizowania skutków przewlekłej choroby dziecka na system rodzinny pojawia się szansa na znormalizowanie życia rodzinnego. Uważa się, że do osiągnięcia sukcesu w tym zakresie w dużym stopniu przyczyniają się umiejętności zdobywania i posługiwania się wiedzą o chorobie, dbałość o zachowanie spójności rodziny i wartości rodzinnych (Czuba, 2021).

Bibliografia

- Bakiera, L. (2013). Zaangażowane rodzicielstwo: problemy definicyjne, wskaźniki i pomiar. *Społeczeństwo i Rodzina*, 36(3), 16–29.
- Bakiera L. (2014). Zaangażowane rodzicielstwo na tle współczesnej rodziny. *Kultura i Edukacja*, 2(102), 147–172.
- Bakiera, L., Stelter, Ż. (2010). Rodzicielstwo z perspektywy rodziców dziecka pełnosprawnego i niepełnosprawnego intelektualnie. Zalety i wady życia w rodzinie i poza rodziną. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 20, 131–151.
- Bartnikowska, U. (2022). Poszukiwanie rodzin adopcyjnych/zastępczych dla dzieci z niepełnosprawnością z wykorzystaniem mediów społecznościowych – głos profesjonalistów. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, XLI(4), 229–246. <https://doi.org/10.17951/lrp.2022.41.4.229-246>
- Barbaro de, B. (1997). Struktura rodziny. (W:) B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, 45–55. Kraków: Wyd. Collegium Medicum UJ.
- Bedyńska, S., & Cypryańska, M. (2013). *Statystyczny drogowskaz. Praktyczne wprowadzenie do wnioskowania statystycznego*. Wydawnictwo Akademickie Sedno: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.
- Broberg, M. (2011). Expectations of and reactions to disability and normality experienced by parents of children with intellectual disability in Sweden. *Child: Care, Health and Development*, 37(3), 410–417. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01198.x>
- Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings. (In:) R.H. Wozniak & K.W. Fischer (eds.), *Development in context: Acting and thinking in specific environments*, 3–44. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Brzeziński, J. (2022). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Byra, S., Parchomiuk, M. (2018). Pozytywne zmiany w percepcji matek dzieci z niepełnosprawnością – struktura i uwarunkowania. *Niepełnosprawność*, 30, 324–342.
- Christophe, N.K., & Stein, G.L. (2022). Facilitating the study of familism across racial/ethnic groups: Creation of the Short Attitudinal Familism Scale. *Journal of Family Psychology*, 36(4), 534–544. <https://doi.org/10.1037/fam0000954>
- Corona, K., Campos, B., & Chen, C. (2017). Familism Is Associated With Psychological Well Being and Physical Health: Main Effects and Stress-Buffering Effects. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 39(1), 46–65. <https://doi.org/10.1177/0739986316671297>
- Czuba, B. (2021). Psychologiczne i medyczne aspekty oddziaływań wobec dziecka przewlekle chorego psychosomatycznie i jego rodziny. *Edukacja – Terapia – Opieka*, 3, 207–217. <https://doi.org/10.52934/eto.144>
- Dyson, L. (1996). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 267–279. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(1997\)102%3C0267:FAMOSC%3E2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(1997)102%3C0267:FAMOSC%3E2.0.CO;2)
- Hartley, S., Barker, E., Sletzer, M., Greenberg, J., Floyd, F. (2011). Marital satisfaction and parenting experiences of mothers and fathers of adolescents and adults with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(1), 81–95. <https://doi.org/10.1352%2F1944-7558-116.1.81>
- Hastings, R.P., Kovshoff, H., Ward, J.N., Espinosa, F., Brown, T., Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of preschool children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 665–644.
- Jackiewicz, M., Białecka-Pikul, M. (2019). Kompetencja rodzicielska. Użyteczny konstrukt w badaniach nad rolą rodzicielskich oddziaływań w rozwoju dziecka. *Psychologia Rozwojowa*, 24(1), 9–26. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.19.006.10597>

- Jazłowska, A., Przybyła-Basista, H. (2019). Doświadczanie stresu i odnajdywanie pozytywnych aspektów w kontekście dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. *Dziecko Krzywdzone*, 18(2), 76–105. <https://dziekokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/713> (dostęp: 05.12.2022).
- Kaliszewska, K. (2022). Zaangażowanie rodzicielskie matek i ojców osób z niepełnosprawnością intelektualną z zespołem Downa w cyklu życia rodzin. *Polskie Forum Psychologiczne*, XXVII, 2, 160–181. <https://doi.org/10.34767/PFP.2022.02.02>
- Kręcisz-Plis, E. (2020). Zaangażowanie rodzicielskie a percepcja doświadczeń rodziców dziecka z chorobą przewlekłą. *Niepełnosprawność*, 37, 265–287.
- Kościelska, M. (2011). *Odpowiedzialni rodzice. Z doświadczeń psychologa*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Liberska, H., Matuszewska, M. (2011). Model rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. (W:) H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju*, 41–66. Warszawa: Difin.
- Ładyżyński, A. (2019). Odkrywanie zasobów rodziny w poradnictwie i w procesie terapii. *Horyzonty Wychowania*, 18(45), 35–45.
- Łukasik, D. (2020). Niepełnosprawność dziecka a funkcjonowanie rodziny. *Studia Gdańskie*, 47, 271–283. <https://doi.org/10.26142/stgd-2020-037>
- Maciarz, A. (2006). *Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Martin, A.M., Marin, D.G., McIntyre, L.L., & Neece, C. (2022). Familism and Parenting Stress in Latinx Caregivers of Young Children with Developmental Delays. *The Family Journal*, 30(3), 411–418. <https://doi.org/10.1177/10664807211052480>
- Mitchell, J.L., Lashewicz, B. (2016). Generative fathering: a framework for enriching understandings of fathers raising children who have disability diagnoses. *Journal of Family Studies*, 25(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1212727>
- Olsson, M.B., Hwang, C.P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535–543.
- Parchomiuk, M. (2018). Życie z dzieckiem niepełnosprawnym. Wielowymiarowość przystosowania się rodziców. *Wychowanie w Rodzinie*, XVII(1), 305–322. <https://doi.org/10.34616/wwr20181.305.322>
- Pilecka, W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pisula, E. (2007). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Popielski, K. (2008). *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Rodzicielstwo i praca – jak wesprzeć pracujących rodziców? (za:) <https://www.gov.pl/web/demografia/rodzicielstwo-i-praca-jak-wesprzec-pracujacych-rodzicow> (dostęp: 01.12.2022).
- Rostowska, T. (2001). System wartości rodziców i dzieci jako zadanie rozwojowe. (W:) D. Biela (red.), *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, 217–229. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Santiago, C.D., Ros, A.M., Distel, L.M.L., Papadakis, J.L., Torres, S.A., Brewer, S.K., Fuller, A.K., Bustos, Y. (2020). Family Coping among Mexican-Origin Immigrants: Links to Child Mental Health. *Journal of Child and Family Studies*, 29(1), 182–194.
- Sikorska, M. (2009). *Nowa matka nowy ojciec. O nowym układzie sił w polskich rodzinach*. Warszawa: WAI P Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Sikorski, W. (2021). *Psychologia relacji wewnątrz rodzinnych. Komunikowanie się i psychoterapia*. Warszawa: Difin.
- Stelter, Ż. (2009). *Rodzina z dzieckiem niesprawnym intelektualnie jako wartość*, (za:) <https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/12727/1/Rodzina%20z%20dzieckiem%20niesprawnym%20intelektualnie%20jako%20warto%C5%9B%E2%80%A6.pdf> (dostęp: 06.12.2022).
- Szlendak, T. (2015). *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa: Wyd. PWN.
- Świętochowski, W. (2014). Choroba przewlekła w systemie rodziny. (W:) I. Janicka, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny*, 387–419. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wałęcka-Matyja, K. (2020). Familizm – pojęcie, pomiar i znaczenie dla zdrowia psychicznego. *Psychiatria Polska*, 54(4), 791–806. <https://doi.org/10.12740/PP/108993>
- Wałęcka-Matyja, K., Janicka, I. (2021). *Rodzina jako wartość: Analiza psychologiczna wartości rodzinnych*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Wąsiński, A. (2020). Biografie małżeńskie i rodzinne rozpatrywane w perspektywie autokreacji do rodzicielstwa. *Roczniki Pedagogiczne*, 12(48), 47–66. <https://doi.org/10.18290/rped20123-3>
- Weryszko, M., Wejmer, I. (2022). Postawy rodzicielskie matek wychowujących synów z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3(51), 1–12. <https://doi.org/10.34766/fetr.v3i51.1108>
- Zuba, L. (2021). *Depression and Quality of Life in Parents with Chronically Ill Children*, (from:) https://scholarworks.boise-state.edu/under_showcase_2021/31/ (access: 19.12.2022).
- Żelichowska, J., Zawadzka, B. (2019). Choroba przewlekła dziecka jako sytuacja trudna dla rodziny, wymagająca wsparcia na poziomie lokalnym. *Chowanna*, 53(2), 225–245.