

# Nasilenie lęku i zapotrzebowanie na wsparcie wśród matek hospitalizowanych dzieci

Beata Joanna Gietka<sup>1</sup>, Leszek Szewczyk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Choroba i hospitalizacja dziecka jest źródłem stresu, lęku i niepokoju dla najbliższej rodziny, powoduje bowiem zachwianie równowagi i harmonii życia rodzinnego. Główny ciężar opieki nad chorym dzieckiem spada zwykle na matkę. Jej kondycja psychiczna, rodzinne relacje oraz wzajemne wsparcie mają ogromny wpływ na stan dziecka i jego powrót do zdrowia.

**Cel.** Celem pracy była próba oceny poziomu niepokoju u matek, których dzieci są hospitalizowane, a także oceny poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego.

**Materiał i metody.** Do realizacji założonych celów wykorzystano ankietę opracowaną według własnego projektu. Nasilenie lęku mierzono za pomocą *Arkusza samopoznania* R. B. Cattella. Wsparcie społeczne badano przy użyciu *Berlińskich skal wsparcia społecznego*. Badania przeprowadzono w 2017 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie w Oddziale Dziecięcym. Grupę badaną stanowiło 59 kobiet, których dzieci były w trakcie hospitalizacji. Zebrany materiał badań opracowano statystycznie.

**Wyniki i wnioski.** Ze zgromadzonych danych wynika, jaki jest poziom niepokoju kobiet, których dzieci są hospitalizowane, i jakie wsparcie otrzymują. Zbadano, czy istnieje korelacja między poziomem lęku a wsparciem społecznym. Prześledzono zależności pomiędzy czasem pobytu i ilością hospitalizacji a wsparciem społecznym. Przeanalizowano zależność pomiędzy wiekiem dziecka, matki a poziomem lęku i wsparciem społecznym. Kobiety, których dzieci były hospitalizowane, charakteryzował przeciętny poziom niepokoju ogólnego oraz niepokoju jawnego i ukrytego. Najwyższe wyniki badane uzyskały w zakresie „aktualnie otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego”, najniższe w zakresie „wsparcia buforująco-ochronnego”. Im dłuższa była hospitalizacja, tym niepokój matek był większy. Czas pobytu w szpitalu nie miał wpływu na poziom wsparcia. Najmłodsze matki charakteryzował najwyższy poziom niepokoju. Natomiast wiek matek nie wpływał na poziom wsparcia. Matki dzieci najmłodszych (poniżej roku) wykazywały większy niepokój ogólny, jawny i ukryty.

► **Słowa kluczowe:** dziecko, matka, hospitalizacja, lęk, wsparcie.

## WPROWADZENIE

Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko w przypadkach, gdy leczenie ich nie może być bezpiecznie realizowane w warunkach domowych. Zmiana środowiska domowego na szpitalne jest zawsze stresująca dla dziecka, a także dla

jego rodziny. Chore dzieci mogą reagować regresją swoich zachowań, np. moczyć się<sup>67, 68, 69</sup>.

Reakcja dziecka na pobyt w szpitalu w dużej mierze zależy od:

- wieku i poziomu rozwoju biopsychospołecznego,
- odporności psychicznej na trudne sytuacje,
- wrażliwości układu nerwowego,
- rodzaju choroby i stosowanego leczenia,
- wcześniejszego doświadczenia związanego z hospitalizacją,
- długości pobytu w szpitalu,
- warunków pobytu w szpitalu,
- stosunku personelu do dziecka i do rodziny,
- postawy rodziców wobec dziecka i jego choroby,
- metod wychowawczych w rodzinie.

Niemowlę do 3. miesiąca życia rozpoznaje dotyk i zapach matki, barwę głosu oraz rytm pracy jej serca. Brak matki w otoczeniu skutkuje ogólną reakcją na zmianę środowiska oraz opieki. U dziecka dominuje niepokój, zmiana łaknienia, rytmu wydalania oraz snu.

Niemowlę między 3. a 6. miesiącem życia trudno adaptuje się do warunków szpitalnych, nie widząc matki, nieustająco płacze. Obecność matki w czasie hospitalizacji daje dziecku poczucie bezpieczeństwa, natomiast jej brak może skutkować silnym urazem psychicznym.

Dziecko między 6. a 18. miesiącem jeszcze bardziej przeżywa rozstanie z matką. W tym wieku dziecko jest silnie związane emocjonalnie ze swoją matką i każde jej zniknięcie z pola widzenia utożsamia z utratą na zawsze. W tym przedziale wiekowym u dziecka mogą pojawiać się lęki separacyjne. Na brak matki dziecko reaguje pobudzeniem psychoruchowym, płaczem oraz krzykiem.

Dla dziecka między 18. miesiącem a 3. r. życia rozstanie z matką jest najbardziej traumatyczne. Mogą nasilać się lęki separacyjne. W tym okresie dziecko może przejawiać zachowania agresywne, takie jak kopanie, bicie czy plucie, a także autoagresywne, takie jak rzucanie się na podłogę czy bicie głową o ścianę. Brak matki dziecko odbiera jako porzucenie.

W przypadku dzieci w wieku 4-7 lat hospitalizacja nie jest już tak dotkliwa jak wcześniej. Dzieci posiadające rodzeństwo i uczęszczające do przedszkola łatwiej znoszą rozłąkę z rodzicami. Potrafią nawiązywać kontakty z innymi dziećmi, rozmawiają z personelem oraz cierpliwie oczekują na powrót matki.

Dzieci w wieku szkolnym są bardziej niezależne od rodziców i łatwiej znoszą rozłąkę. Bez trudu nawiązują kontakty z rówieśnikami. U bardzo wrażliwych dzieci mogą jednak występować lęki separacyjne oraz regresja w zachowaniu.

<sup>67</sup> Cepuch G., Perek M. Modele opieki pielęgniarzkiej nad dzieckiem. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.

<sup>68</sup> Kowalczyk J. *Pediatrics – wybrane zagadnienia*. Wyd. Akademii Medycznej w Lublinie 2014.

<sup>69</sup> Lissauer T., Clayden G. *Pediatrics*. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.

W tym okresie niezbędne są częste odwiedziny rodziców, zwłaszcza w początkowych dniach hospitalizacji lub gdy pobyt w szpitalu bardzo się przedłuża.

U nastolatków choroba i hospitalizacja mogą wywoływać stany lękowe o charakterze depresyjnym. Młodzież na chorobę reaguje zwykle buntem lub agresją. Mimo częstych sprzeczek i utarczek słownych z rodzicami, a także wybuchów złości w stosunku do nich, bardzo potrzebują obecności i wsparcia swoich bliskich<sup>70, 71, 72, 73, 74</sup>.

### Choroba szpitalna

Choroba szpitalna to rodzaj silnego lęku separacyjnego. Długa hospitalizacja oraz brak opieki macierzyńskiej, która zaspakaja wszystkie emocjonalne potrzeby dziecka, może prowadzić do choroby szpitalnej zwanej inaczej chorobą sierocą lub hospitalizmem. Choroba ta dotyczy najmłodszych pacjentów do 3-4. roku życia, które w tym wieku są silnie związane emocjonalnie ze swoją matką. W sporadycznych przypadkach może też wystąpić u starszych bardzo wrażliwych dzieci, uzależnionych od matki. Charakter objawów choroby szpitalnej zależy od stopnia rozwoju dziecka. Obserwacje reakcji małych dzieci na rozłąkę z matką prowadził J. Bowlby. Wyróżnił on trzy etapy reakcji lękowej: faza protestu, faza rozpacz i faza wyparcia<sup>75</sup>.

**W fazie protestu** dziecko przeżywa silny lęk i niepokój, jest oszołomione, zagubione, nieustannie płacze, reaguje złością i krzykiem na wszelkie próby uspakajania i pocieszania przez inne osoby. Dziecko poszukuje w otoczeniu znaków obecności matki. Może stać w łóżeczku przez długie godziny nawołując matkę. Faza protestu może trwać od kilku godzin do kilku dni.

**W fazie rozpacz** aktywność dziecka słabnie, dziecko przestaje nawoływać matkę, zamyka się w sobie, staje się apatyczne i obojętne, traci także apetyt i źle sypia. Płacz dziecka staje się monotony i przerywany. Pozorny spokój dziecka mylnie interpretowany bywa jako przystosowanie do warunków szpitalnych. Następuje stopniowe pogarszanie stanu fizycznego, utrata ogólnej odporności oraz zahamowanie funkcji motorycznych. Faza rozpacz może trwać od kilku dni do kilku tygodni.

**W fazie wyparcia** (inaczej zubożenia, oddzielenia, izolacji) dziecko zaczyna okazywać zainteresowanie otoczeniem, uśmiecha się, interesuje się zabawą, poprawia się także jego apetyt i sen. Jest to okres tłumienia wcześniej okazywanych emocji oraz wypierania prawdziwych uczuć do matki, w czasie odwiedzin

<sup>70</sup> Brosowska B., Hofmann K. Zapobieganie chorobie sieroczej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 6/2009.

<sup>71</sup> Formański J. *Psychologia*. Wyd. PZWL. Warszawa 2003.

<sup>72</sup> Muscari M. *Pediatrya i pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. Czelej. Lublin 2005.

<sup>73</sup> Pawlaczyk B. *Pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. PZWL. Warszawa 2007.

<sup>74</sup> Wołowicka L. *Postępy pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*. Tom XV. Wyd. Akademii Medycznej w Poznaniu. Poznań 1999.

<sup>75</sup> Wolańczyk T., Komender J. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Wyd. PZWL. Warszawa 2005.

ignoruje rodziców, tym samym tuli się do obcych. Faza wyparcia może trwać kilka tygodni lub nawet kilka miesięcy. Jest to najtrudniejszy i nieodwracalny etap choroby. Dwa pierwsze etapy są odwracalne, charakterystyczne dla nich zachowania dziecka ustępują, gdy wróci do środowiska domowego. Trzeci etap niesie za sobą ryzyko powstania nieodwracalnego urazu emocjonalnego.

Wyżej opisane etapy rozwoju lęku separacyjnego pozwalają lepiej rozumieć sytuację i zachowania dziecka samotnie hospitalizowanego. U dzieci w wieku przedszkolnym skutki hospitalizacji nie są tak widoczne, gdyż w tym wieku dzieci stają się samodzielne, potrafią oczekiwać na matkę, dotyczy to zwłaszcza dzieci posiadających rodzeństwo oraz uczęszczających do przedszkola. U dzieci w wieku szkolnym objawy hospitalizmu raczej nie występują, co nie znaczy, że dziecko nie tęskni za matką, ale jest mu łatwiej znosić rozłąkę. Duży wpływ na to ma umiejętność nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, personelem oraz werbalizowanie swoich problemów i uczuć. Jednak długotrwałe leczenie szpitalne dzieci może wywoływać negatywne skutki. W literaturze opisywane są sytuacje związane z bezpośrednimi i odległymi skutkami hospitalizacji. Skutki bezpośrednie, jawne to drażliwość, zmienność nastroju, lęki dzienne i nocne oraz brak apetytu. Widoczne jest silne emocjonalne uzależnienie od matki. Może wystąpić także regresja zachowań i kontrolowania potrzeb fizjologicznych. Odległe skutki hospitalizacji związane są z doświadczeniami leczenia szpitalnego oraz czasową utratą matki jako obiektu bezgranicznej miłości. Następstwem może być brak zaufania do otoczenia, niepewność, a nawet wrogość<sup>66, 77</sup>.

Przeżycia emocjonalne i reakcje rodziców związane z chorobą dziecka

Główną przyczyną negatywnych reakcji emocjonalnych jest stres sytuacyjny. Lęk i niepokój to emocje, które zwykle towarzyszą człowiekowi w chorobie. Lęk zawsze ma związek z zagrożeniem, pełni on ważną rolę w życiu człowieka, bowiem ostrzega i ochrania przed niebezpieczeństwem. Lęk częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn.

W literaturze niewiele uwagi poświęcono problematyce rodzicielskiego lęku i niepokoju, związanych z chorobą dziecka. Hospitalizacja dziecka i konieczność wykonywania różnych bolesnych zabiegów czy badań diagnozujących chorobę to dla rodziców trudny czas. Towarzyszą im silne emocje, takie jak lęk, niepokój czy niedowierzanie. Najczęściej matki płaczą, a ojcowie próbują zachować opanowanie. Związane to jest z obawami dotyczącymi konsekwencji choroby<sup>78</sup>.

Wyodrębniono różne sposoby reagowania rodziców na chorobę dziecka. Są to:

- **zachowania konstruktywne** – prawidłowe, które służą zdrowiu i dobremu samopoczuciu dziecka,

<sup>76</sup> Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.

<sup>77</sup> Rokicka-Milewska R. ABC chorób wieku dziecięcego. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.

<sup>78</sup> Bętkowska-Korpała B., Gierowski J. Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2007.

- **zaprzeczanie choroby**, tj. niedopuszczanie do świadomości informacji o chorobie dziecka; rodzice prezentują wysoki poziom lęku,
- **zachowania depresyjno-pasywne**, tj. unikanie wizyt lekarskich, badań kontrolnych i zabiegów; typowe jest zamknięcie się w sobie rodziców, żal jest w tym przypadku dominującą emocją,
- **zachowania agresywno-roszczeniowe** – charakterystyczne są groźby pod adresem lekarzy, pielęgniarek oraz liczne żądania, rodzice są bardzo niecierpliwi
- **działania szczególnie** wyrażające się w niestrudzonej aktywności, czasem ofiarności rodziców, przy jednoczesnym oskarżaniu innych; często podłożem w tym przypadku jest silny lęk i poczucie winy,
- **poczucie winy** rodziców to dość często spotykana reakcja emocjonalna na chorobę, towarzyszy jej jednocześnie oskarżanie innych ludzi; jest to uczucie bardzo destruktywne, rodzice wymagają pomocy psychologicznej,
- **rytualizacje** to zachowania obniżające napięcie emocjonalne; czynności pielęgnacyjne dziecka traktowane i sprawowane jako obrzędy, wykonywane zawsze według tej samej kolejności; przewidywalność kolejnych kroków w postępowaniu podnosi poczucie bezpieczeństwa,
- **przeżywanie lęku**, często u matek przybiera rozmiar rozpacz,
- **niepokój i smutek** są następstwem kumulacji wszystkich obaw o zdrowie dziecka; przyczyną jest bezradność, zagrożenie dla dziecka lub też niespełnione oczekiwania; mogą utrzymywać się przez cały czas trwania choroby dziecka, jak również po wyleczeniu; niekiedy może dochodzić do załamania psychicznego któregoś z rodziców<sup>79</sup>, <sup>80</sup>.

Obecność matki przy hospitalizowanym dziecku to najskuteczniejszy sposób na zapobieganie negatywnym skutkom pobytu w szpitalu. Matka stanowi źródło wiedzy o małym pacjencie, jego przyzwyczajeniach. Rola matki w szpitalu to nie tylko bycie z dzieckiem, ale przede wszystkim współdziałanie w zabiegach higienicznych, karmieniu, organizacji czasu wolnego dziecka. Współuczestniczy ona także w niektórych zabiegach leczniczych, np. w fizykoterapii układu oddechowego czy rehabilitacji ruchowej. Stała obecność matki zaspokaja jedną z najważniejszych potrzeb dziecka, tj. potrzebę poczucia bezpieczeństwa, i ma pozytywny wpływ na jego stan emocjonalny.

Przy przyjęciu dziecka do szpitala należy zapoznać matkę z topografią i regulaminem oddziału oraz z kartą praw pacjenta. Matka zostaje także poinformowana o możliwości pozostania wraz z dzieckiem w trakcie hospitalizacji i o warunkach bytowych, jakie obecnie panują w oddziale. Matce zawsze należy okazywać zrozumienie dla jej obaw, udzielać wsparcia oraz włączać ją do pielęgnacji dziecka, wskazując zalety płynące z jej pobytu wraz z dzieckiem. Ciągła obecność matki

<sup>79</sup> Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M., Twarduś K. Modele pielęgnowania dziecka przewlekłe chorego. Wyd. PZWL. Warszawa 2011.

<sup>80</sup> Szajner-Milart I., Papierkowski A. Choroby wieku rozwojowego. Wyd. PZWL. Warszawa 1997.

przy dziecku (kołysanie, przytulanie) w dużym stopniu minimalizuje skutki leczenia szpitalnego oraz wspomaga prawidłowy rozwój dziecka<sup>81, 82, 83, 84, 85, 86, 87</sup>.

### Potrzeba wsparcia matek w trakcie choroby dziecka

Omawiając problem wsparcia świadczonego rodzinie z chorym czy niepełnosprawnym dzieckiem, A. Maciarz wyróżniła następujące rodzaje wsparcia:

- wsparcie **psychiczne**, inaczej emocjonalne bądź psychoemocjonalne,
- wsparcie **opiekuńczo-wychowawcze**,
- wsparcie **rehabilitacyjne**,
- wsparcie **socjalno-wychowawcze**<sup>88</sup>.

Choroba dziecka jest sytuacją trudną, która komplikuje życie całej rodziny. Dezorganizuje i zaburza harmonię życia rodzinnego, szczególnie wtedy, gdy niezbędna jest hospitalizacja dziecka. Na różne sposoby rodziny radzą sobie w sytuacji choroby. Zależy to od dostrzegania przez rodziców możliwości różnego rodzaju wsparcia społecznego. Matka najczęściej sprawuje opiekę nad chorym dzieckiem, dlatego ogromne znaczenie ma jej stan emocjonalny, który zawsze wywiera wpływ na dziecko. Szczególnie niekorzystny jest lęk i niepokój matki. Nie mniejszą rolę pełni także ojciec, który zwykle otacza troską żonę, dając jej tym samym wsparcie psychiczne. Rodzice, a zwłaszcza matki, lepiej radzą sobie z akceptowaniem choroby dziecka, jeśli między małżonkami są prawidłowe relacje i są dla siebie wzajemnym oparciem w trudnych chwilach<sup>89, 90</sup>.

Podsumowując – wsparcie emocjonalne jest potrzebne szczególnie matkom chorych dzieci i ma na celu złagodzenie negatywnych przeżyć i emocji. Jest wiele sposobów udzielania wsparcia. Wspieranie może przejawiać się w empatycznym okazywaniu współczucia, w pocieszaniu, akceptacji i w zrozumieniu przeżyć wspieranej osoby. Wsparcie może być także wynikiem fachowych oddziaływań psychoterapeutycznych wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Istotne

<sup>81</sup> Krawczyk M., Karp E. Pobyt dziecka z opiekunem w szpitalu w opinii opiekunów i personelu medycznego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 11/2001.

<sup>82</sup> Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.

<sup>83</sup> Makara-Studzińska M. *Komunikacja z pacjentem*. Wyd. Czelej. Lublin 2012.

<sup>84</sup> Mucha D. Dziecko w szpitalu – złagodzić szok. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 6/2010.

<sup>85</sup> Mucha D. Dziecko w szpitalu – złagodzić szok. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 6/2010.

<sup>86</sup> Wysocki M., Czerwionka-Szaflarska M. *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne – dziecko w zdrowiu i chorobie*. Wyd. Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Bydgoszcz 2004.

<sup>87</sup> Osiecka K. Realizacja potrzeb psychicznych dziecka w warunkach hospitalizacji. [www.polanki.republika.pl](http://www.polanki.republika.pl) [dostęp: 09.02.2017].

<sup>88</sup> Żurowska M. Wsparcie społeczne w sytuacji nieuleczalnej choroby dziecka. [www.psychologia.net.pl](http://www.psychologia.net.pl) [dostęp: 15.03 2017].

<sup>89</sup> Drózdż-Gessner Z. *Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego*. Wyd. Akademii Medycznej w Poznaniu 2006.

<sup>90</sup> Kubicka K., Kawalec W. *Pediatrica*. Tom 1. Wyd. PZWL. Warszawa 2000.

może być także wspieranie matek przez rodziców innych dzieci, którzy wcześniej sami byli wspierani w podobny sposób<sup>91, 92, 93, 94, 95</sup>.

## CEL

Celem pracy była próba oceny poziomu niepokoju matek, których dzieci są hospitalizowane, a także oceny poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego.

## MATERIAŁ I METODA

Do realizacji założonych celów zastosowano ankietę opracowaną według własnego projektu. Nasilenie lęku mierzono za pomocą *Arkusza samopoznania* R. B. Cattella. Wsparcie społeczne badano przy użyciu *Berlińskich skal wsparcia społecznego*. Badania przeprowadzono w 2017 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie w Oddziale Dziecięcym.

W badaniu wzięło udział 59 kobiet. 13,6% badanej grupy miało do 25 lat, 66,1% od 25 do 35 lat, zaś 20,3% powyżej 35 lat. Większość kobiet (81,4%) miała wykształcenie wyższe. Pozostałe to kobiety z wykształceniem średnim. 66,1% badanych kobiet było mieszkankami miast, zaś pozostałe 33,9% zamieszkiwało wieś. Większość kobiet korzystała z urlopu macierzyńskiego/wychowawczego. Zawodowo pracowało 25,4%, bezrobotnych było 16,9%, a jedna osoba była w trakcie nauki. Większość kobiet oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą lub bardzo dobrą, jako trudną – jedynie 3,4%. Jedno dziecko posiadało 42,4% kobiet, dwoje dzieci miało tyle samo osób, zaś 15,3% kobiet miało troje lub więcej dzieci. Większość hospitalizowanych dzieci miało poniżej 1 roku (61%). Nieco ponad połowę (55,9%) stanowili chłopcy. Większość dzieci przebywała w szpitalu od 2 do 5 dni (61%). Dla 44,1% dzieci był to pierwszy pobyt w szpitalu, dla 39% drugi, zaś 16,9% dzieci było hospitalizowanych trzeci lub kolejny raz. Najczęstszą reakcją dziecka na hospitalizację był spokój (61%), płacz (42,4%) i złość (28,8%).

Wsparcie społeczne badano za pomocą polskiej wersji *Berlińskich skal wsparcia społecznego* (BSSS, *Berlin Social Support Scales*), autorstwa Ralfa Schwarzera. Oryginalne narzędzie zawiera 6 niezależnych podskal. Do celów badań wykorzystano 38 pytań zawartych w 5 podskalach: I – spostrzegane dostępne wsparcie (8 pytań), II – zapotrzebowanie na wsparcie (4 pytania), III – poszukiwanie

<sup>91</sup> Rogala-Pawelczyk G., Kubajka-Piotrowska J., Kilarska M. *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*. Tom I. Wyd. Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2013.

<sup>92</sup> Szymanowska J. *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym. Pomoc i wsparcie społeczne*. Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana. Białystok 2008.

<sup>93</sup> Formański J. *Współczucie jako lekarstwo*. [www.nursing.com.pl](http://www.nursing.com.pl) [dostęp: 08.03.2017].

<sup>94</sup> Tobiasz-Adamczyk B. *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2002.

<sup>95</sup> Osiecka K. *Realizacja potrzeb psychicznych dziecka w warunkach hospitalizacji*. [www.polanki.republika.pl](http://www.polanki.republika.pl) [dostęp: 09.02.2017].

wsparcia (5 pytań), IV – aktualnie otrzymywane wsparcie (15 pytań), V – wsparcie buforująco-ochronne (6 pytań). Pierwsza i ostatnia podskala umożliwiają ocenę wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Pytania dotyczące wsparcia instrumentalnego zawarte są w IV podskali. Odpowiedzi udziela się w 4-punktowej skali szacunkowej. Wynik każdej podskali określa się w przedziale 1–4 punkty. Większa liczba punktów oznacza większe wsparcie społeczne.

Nasilenie lęku wśród badanej grupy mierzono za pomocą *Arkusza samopoznania* autorstwa R. B. Cattella, służącego do badania niepokoju jawnego i ukrytego. Z niepokoju jawnego osoba zdaje sobie sprawę. W niepokoju ukrytym symptomy są zakamuflowane tak, że jednostka nie uznaje ich za lęk, lecz za przejaw jakichś innych cech osobowości (odczuwanie zazdrości, pragnienie rozpoczynania życia na nowo, odczuwanie złości do ludzi). Bezpośrednim celem badań za pomocą *Arkusza samopoznania* jest pomiar poziomu niepokoju. Oryginalne narzędzie zawiera 40 pytań, z których połowa dotyczy symptomów niepokoju jawnego, druga zaś dotyczy niepokoju ukrytego. Obliczenia dla poszczególnych czynników przeprowadza się na wynikach surowych, a następnie zamienia na steny, co umożliwia ich porównywanie w poszczególnych skalach. Wyniki w przedziale od 1. do 3. stena uznaje się za niskie, przedział 4-7 to wyniki średnie, a 8-10 – wysokie. Ogólny niepokój (SN), niepokój ukryty (NU) i niepokój jawny (NJ) podawany jest w tabeli i interpretowany na podstawie wyników surowych.

Zebrany materiał opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics. Podano liczebność i procent wskazanych przez badanych kategorii odpowiedzi. W celu weryfikacji hipotez zastosowano odpowiednie procedury statystyczne. Dwie grupy porównano testem U Manna-Whitneya (*ang. Mann-Whitney U test*), który znany jest również jako test Wilcoxon-Manna-Whitneya (*ang. Wilcoxon Mann-Whitney test*). Test ten służy do weryfikacji hipotezy o nieistotności różnic pomiędzy medianami badanej zmiennej w dwóch populacjach (przy czym zakładamy, że rozkłady zmiennej są sobie bliskie). Do porównania więcej niż dwóch grup niezależnych zastosowano test ANOVA rang Kruskala-Wallisa. Jednoczynnikowa analiza wariancji dla rang Kruskala-Wallisa (Kruskal-Wallis one-way analysis of variance by ranks) jest rozszerzeniem testu U-Manna-Whitneya i służy do weryfikacji hipotezy o nieistotności różnic pomiędzy medianami badanej zmiennej w kilku ( $k \geq 2$ ) populacjach (przy czym zakładamy, że rozkłady zmiennej są sobie bliskie). Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności  $p < 0,05$ .

Dla określenia zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji rangowej Spearmana (*ang. Test of significance for Spearman's rank-order correlation coefficient*). Test ten służy do weryfikacji hipotezy o braku zależności monotonicznej pomiędzy badanymi cechami populacji. Im wartość współczynnika Spearmana ( $r_s$ ) jest bliższa 0, tym słabszą zależnością monotoniczną związane są badane cechy.

## WYNIKI

Najczęstsze odczucia kobiet związane z chorobą dziecka to: lęk, smutek (74,6%), bezradność (62,7%) oraz poczucie winy (27,1%) [tabela 1].

Tabela 1. Przeżycia emocjonalne matek związane z chorobą i hospitalizacją dziecka

Przeżycia emocjonalne w związku z chorobą i hospitalizacją dziecka	n	%
Lęk	44	74,6
Rozpacz	5	8,5
Smutek	44	74,6
Bezradność	37	62,7
Żal	8	13,6
Złość	5	8,5
Poczucie winy	16	27,1
Ogółem	159	-

Źródło: badania własne. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Jako źródło wsparcia badana grupa deklarowała najczęściej męża (86,4%) lub rodziców (74,6%). Ze wsparcia dalszej rodziny korzystało 23,7%, znajomych – 27,1%, a partnera – 10,2% (tabela 2).

Tabela 2. Źródła wsparcia, z których korzystała badana grupa w związku z chorobą dziecka

Źródło wsparcia w związku z chorobą dziecka	n	%
Mąż	51	86,4
Partner	6	10,2
Rodzice	44	74,6
Dalsza rodzina	14	23,7
Znajomi	16	27,1
Ogółem	131	-

Źródło: badania własne. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Przeanalizowano, jaki jest poziom niepokoju jawnego i niejawnego kobiet, których dzieci są hospitalizowane. W tym celu zastosowano *Arkusza samopoznania*. Kobiety, których dzieci były hospitalizowane, wykazywały średni poziom lęku jawnego (NJ=6,95), jak również podobny poziom lęku ukrytego (NU=6,15), co ilustruje tabela 3.

Tabela 3. Poziom niepokoju kobiet, których dzieci są hospitalizowane

<i>Arkusze samopoznania</i>	N	Min	Max	M	SD
SN	59	4.00	58.00	24.68	11.89
NU	59	0.00	28.00	11.66	6.15
NJ	59	2.00	30.00	13.02	6.95

Źródło: badania własne.

Przeprowadzone badania wykazały, że kobiety mające wyższy poziom niepokoju jawnego oraz ukrytego oraz wyższy poziom niepokoju ogólnego, uzyskały niższe wyniki w podskali „spozrzegane dostępne wsparcie”. Kobiety odczuwające większy niepokój ukryty uzyskały niższe wyniki w skali „aktualnie otrzymywane wsparcie informacyjne i emocjonalne” (tabela 4).

Tabela 4. Korelacja poziomu niepokoju ze wsparciem społecznym kobiet, których dzieci są hospitalizowane

BSSS	<i>Arkusze samopoznania</i>		
	SN	NU	NJ
Spoznane dostępne wsparcie	-,388** 0.002	-,347** 0.007	-,361** 0.005
• emocjonalne	-0.146 0.271	-0.118 0.373	-0.144 0.277
• instrumentalne	-,521** 0.000	-,482** 0.000	-,474** 0.000
Zapotrzebowanie na wsparcie	0.090 0.498	0.010 0.941	0.136 0.303
Poszukiwanie wsparcia	-0.202 0.124	-0.107 0.419	<b>0,280*</b> <b>0.032</b>
Aktualnie otrzymywane wsparcie	-0.142 0.284	-0.158 0.232	-0.132 0.321
• emocjonalne	-0.214 0.044	-0.209 0.113	-0.210 0.110
• instrumentalne	-0.065 0.623	-0.066 0.617	-0.059 0.658
• informacyjne	-0.221 0.092	-0.246 0.041	-0.192 0.145
Wsparcie buforujące-ochronne	0.143 0.281	0.095 0.476	0.143 0.279

Źródło: badania własne. Test rho-Spearmana.

W przypadku czasu hospitalizacji wykazano, że im dłuższy okres leczenia, tym niepokój ogólny i niepokój ukryty badanych kobiet jest wyższy (tabela 5).

Tabela 5. Zależność między czasem pobytu w szpitalu a niepokojem matek hospitalizowanych dzieci

Arkusze samopoznania	Czas hospitalizacji							
	1 dzień		2-5 dni		Powyżej 5 dni		Statystyka	
	M	SD	M	SD	M	SD	Chi <sup>2</sup>	p
SN	22.67	12.88	23.94	11.14	27.86	13.42	1.336	0.043
NU	9.11	6.01	11.56	6.24	13.57	5.77	2.857	0.040
NJ	13.56	7.73	12.39	6.19	14.29	8.52	0.359	0.836

Źródło: badania własne. Test Kruskala-Wallisa.

Wykazano, że kobiety, których dzieci przebywały w szpitalu trzeci lub kolejny raz, wykazywały tendencję do większego poszukiwania wsparcia społecznego niż kobiety, których dziecko przebywało w szpitalu pierwszy lub drugi raz (tabela 6).

Tabela 6. Zależność pomiędzy liczbą pobytów w szpitalu a wsparciem społecznym matek

BSSS	Liczba pobytów							
	Pierwszy		Drugi		Trzeci i kolejny		Statystyka	
	M	SD	M	SD	M	SD	chi <sup>2</sup>	p
Spostrzegane dostępne wsparcie	3.30	0.46	3.42	0.51	3.51	0.34	1.687	0.430
• emocjonalne	3.51	0.46	3.61	0.52	3.78	0.30	3.030	0.220
• instrumentalne	3.10	0.56	3.23	0.58	3.25	0.41	1.057	0.590
Zapotrzebowanie na wsparcie	3.12	0.62	3.14	0.64	3.40	0.29	1.953	0.377
Poszukiwanie wsparcia	3.02	0.63	3.00	0.61	3.56	0.40	7.303	0.026
Aktualnie otrzymywane wsparcie	3.53	0.46	3.47	0.42	3.55	0.26	0.979	0.613
• emocjonalne	3.71	0.45	3.60	0.47	3.72	0.36	1.239	0.538
• instrumentalne	3.64	0.56	3.64	0.51	3.83	0.28	1.022	0.600
• informacyjne	3.52	0.71	3.48	0.70	3.45	0.64	0.255	0.880
Wsparcie buforująco-ochronne	2.11	0.74	2.37	0.71	2.16	0.46	1.642	0.440

Źródło: badania własne. Test Kruskala-Wallisa.

Kobiety, których dziecko miało poniżej roku, wykazywały większy niepokój ogólny, jawny i ukryty niż kobiety mające dzieci starsze (tabela 7).

Tabela 7. Zależność pomiędzy wiekiem hospitalizowanych dzieci a poziomem niepokoju ich matek

Arkusz samopoznania	Wiek dziecka							
	Poniżej roku		1-3 lata		Powyżej 3 lat		Statystyka	
	M	SD	M	SD	M	SD	chi <sup>2</sup>	p
SN	27.11	11.96	24.25	11.00	13.14	6.31	9.078	0.011
NU	12.56	5.83	12.13	6.63	6.00	3.83	7.612	0.022
NJ	14.56	7.40	12.13	5.49	7.14	3.98	7.258	0.027

Źródło: badania własne. Test K Kruskala-Wallis.

Wykazano, że najwyższy poziom niepokoju jawnego charakteryzował badane w wieku do 25 lat. Średni poziom niepokoju dotyczył kobiet między 25. a 35. r. ż. Najniższy poziom niepokoju miały kobiety powyżej 35 lat (tabela 8).

Tabela 8. Wpływ wieku kobiet na odczuwany niepokój

Arkusz samopoznania	Wiek							
	Do 25 lat		25-35 lat		Powyżej 35 lat		Statystyka	
	M	SD	M	SD	M	SD	chi <sup>2</sup>	p
SN	30.00	8.82	24.77	11.70	20.83	13.66	4.554	0.103
NU	14.25	5.90	11.64	6.05	10.00	6.55	2.338	0.311
NJ	15.75	5.80	13.13	6.60	10.83	8.50	4.995	0.042

Źródło: badania własne. Test K Kruskala-Wallis.

## DYSKUSJA

Choroba dziecka zawsze powoduje zachwianie równowagi i harmonii w rodzinie, szczególnie wtedy, gdy konieczna jest hospitalizacja. Choroba jest źródłem stresu, lęku i niepokoju dla najbliższych. Główny ciężar opieki nad chorym dzieckiem spoczywa zwykle na matce. Jej kondycja psychiczna, relacje w rodzinie oraz wzajemne wsparcie mają ogromny wpływ na stan dziecka i jego powrót do zdrowia. Działają to na zasadzie lustra<sup>96</sup>.

W literaturze wiele miejsca poświęcono przeżyciom emocjonalnym rodziców w przypadku choroby przewlekłej i długotrwałej hospitalizacji dziecka. Można w niej znaleźć odniesienia do chorób nowotworowych, chorób przewlekłych związanych z niepełnosprawnością, które niejednokrotnie wymuszają ogromne zmiany w życiu rodzinnym. W przypadku np. zdiagnozowania u dziecka cukrzycy typu 1 występują różne reakcje matek i ojców. Zwykle w obliczu choroby dochodzi do wzmocnienia więzi i wzajemnego wsparcia. Niekiedy jednak rozpoznanie choro-

<sup>96</sup> Krywda-Rybska D., Zdun-Ryżewska A., Zach E. Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwanie hospitalizowanego. *Magazyn Pediatria i Medycyna Rodzinna* 8/2012.

by przewlekłej wymaga od matki zrezygnowania z pracy zawodowej, co powoduje pogorszenie sytuacji materialnej rodziny. Może wywoływać frustracje wszystkich członków rodziny, nasila się rywalizacja między dzieckiem chorym a pozostałymi zdrowymi, dochodzi do konfliktu, wzajemnego obwiniania się rodziców, pojawiają się pretensje, żale, w rodzicach mogą wyzwać się nieprawidłowe postawy rodzicielskie. W skrajnych przypadkach dochodzi do rozpadu rodziny<sup>97</sup>.

Natomiast znacznie mniej miejsca poświęcono w literaturze tzw. krótkotrwałej hospitalizacji, która także dezorganizuje życie rodzinne<sup>98</sup>. Wieloletnia praca w oddziale dziecięcym pozwoliła zwrócić uwagę na lęk i emocje towarzyszące matkom w związku z chorobą i hospitalizacją ich dzieci. W oparciu o spostrzeżenia podjęto decyzję o przeprowadzeniu badań wśród matek hospitalizowanych dzieci w miejscu pracy. Celem pracy badawczej była próba oceny poziomu niepokoju kobiet, których dzieci są hospitalizowane, a także poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego. Przyczyną leczenia szpitalnego dzieci badanych matek w większości przypadków były choroby układu oddechowego, pokarmowego oraz układu moczowego. Były to krótkotrwałe, zwykle pierwszorazowe hospitalizacje.

Badania przeprowadzone przez Krywdę-Rybską i wsp. dowodzą, że rodzice dzieci młodszych reagują większym stresem w przypadku krótkotrwałej hospitalizacji niż rodzice dzieci starszych. Ponadto na stres rodziców wpływa subiektywna ocena stanu zdrowia dziecka, tj. im cięższy stan dziecka, tym większy jest stres rodziców<sup>99</sup>.

Z badań własnych wynika, że kobiety, których dzieci były hospitalizowane, charakteryzował przeciętny poziom ogólnego niepokoju, jak również podobny poziom niepokoju jawnego i ukrytego. Kobiety, których dziecko miało poniżej roku, wykazywały większy niepokój ogólny, niepokój jawny i ukryty niż matki mające dzieci starsze. Wykazano natomiast, że najwyższy poziom niepokoju jawnego charakteryzował badane w wieku do 25 lat. Średni poziom niepokoju dotyczył kobiet między 25. a 35. rokiem życia. Najniższy zaś poziom niepokoju wykazywały kobiety powyżej 35 lat.

W literaturze niewiele uwagi poświęcono problematyce rodzicielskiego lęku i niepokoju wynikających z choroby dziecka. Uwaga skupiona jest raczej na objawach, leczeniu choroby, a także skutkach hospitalizacji dziecka<sup>100</sup>. Z badań własnych wynika, że najczęstsze odczucia kobiet związane z chorobą dziecka to lęk (74,6%), tyleż samo odczuwa smutek, a także bezradność (62,7%).

<sup>97</sup> Bakun M., Szewczyk L. Sposoby funkcjonowania rodziców dzieci chorych na cukrzycę.

<sup>98</sup> Krywda-Rybska D., Zdun-Ryżewska A., Zach E. Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwałe hospitalizowanego. *Magazyn Pediatria i Medycyna Rodzinna* 8/2012.

<sup>99</sup> Tamże.

<sup>100</sup> Krywda-Rybska D., Zdun-Ryżewska A., Zach E. Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwałe hospitalizowanego. *Magazyn Pediatria i Medycyna Rodzinna* 8/2012.

Podobne wyniki uzyskała Dudziak w badaniach przeprowadzonych w 2013 roku w tym samym oddziale szpitalnym. Badania potwierdziły, iż najczęściej rodzicom hospitalizowanych dzieci towarzyszyło poczucie bezradności wobec choroby, a także przygnębienie, lęk<sup>101</sup>.

Badania własne umożliwiły przeanalizowanie zależności między czasem pobytu w szpitalu oraz liczbą hospitalizacji dzieci a poziomem lęku ich matek. W przypadku czasu hospitalizacji wykazano, że im dłuższy okres leczenia szpitalnego tym niepokój ogólny i niepokój ukryty badanych kobiet są wyższe. Ponadto nie wykazano wpływu liczby pobytów dziecka w szpitalu na poziom niepokoju u matek. Z uzyskanych danych można wywnioskować, iż najczęstszą reakcją dziecka na hospitalizację był spokój (61%), płacz (42,4%) oraz złość (28,8%).

Zainteresowano się także źródłami wiedzy matek na temat choroby, leczenia i pielęgnowania dziecka. W badaniach Dudziak większość rodziców (78%) deklarowała czerpanie wiedzy na ten temat z Internetu i tyle samo od innych rodziców chorych dzieci<sup>102</sup>.

W badaniach własnych uzyskano odmienne wyniki. Badane kobiety najczęściej wskazywały lekarza (89,8%), pielęgniarkę (69,5%), nieco mniej – media (62,7%) jako źródła informacji na temat choroby, leczenia i pielęgnowania dziecka. Porównywalne wyniki badań otrzymały Stefaniak i Wójcik<sup>103</sup>. Ich ankietowani podobnie wskazali na lekarza, a na drugim miejscu na pielęgniarkę jako źródła informacji i zaleceń dotyczących pielęgnowania dziecka po wypisie ze szpitala. Jeszcze inne wyniki uzyskała Marć<sup>104</sup>. W jej badaniach rodzice podali, że najwięcej informacji o stanie zdrowia dziecka uzyskali od pielęgniarek. Badania Bilickiej i wsp.<sup>105</sup> również wykazały, że po zakończonym leczeniu rodzice dziecka oczekiwali od pielęgniarek udzielenia wskazówek co do dalszego postępowania i dokładnego wyjaśnienia wszystkich zagadnień związanych z wypisem do domu.

Obecnie w większości przypadków matki decydują się na pobyt z dzieckiem w szpitalu. W zmaganiach z chorobą oczekują od personelu nie tylko możliwie najlepszego leczenia, pielęgnowania, ale także życzliwości i otuchy<sup>106</sup>. Wsparcie emocjonalne (okazywanie zrozumienia, współczucia, podtrzymywanie na duchu) jest bardzo istotne zarówno dla chorego, jak i dla opiekuna. Nie mniej ważne jest także wsparcie informacyjne, tj. udzielanie porad, wskazówek i informacji pomoc-

<sup>101</sup> Dudziak K. Ocena wiedzy rodziców na temat chorób u dzieci, a nasilenie ich niepokoju. Praca magisterska. Lublin 2015.

<sup>102</sup> Tamże.

<sup>103</sup> Stefaniak K., Basa A., Wójcik R. Oczekiwania rodziców dzieci hospitalizowanych wobec pielęgniarki. *Magazyn Pielęgniarstwo Polskie* 3/2009.

<sup>104</sup> Marć M. Zakres komunikowania się pomiędzy pielęgniarką a rodzicami dziecka hospitalizowanego. *Magazyn Zdrowie Publiczne* 3/2003.

<sup>105</sup> Bilicka D., Korbińska M., Popow A., Szewczyk M. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 1/2009.

<sup>106</sup> Szreter T. *Intensywna terapia dzieci*. Wyd. PZWL. Warszawa 2002.

nych w rozwiązywaniu problemów, których w trakcie leczenia dziecka rodzi się mnóstwo na każdym etapie choroby<sup>107</sup>.

Głównym źródłem wsparcia dla matki w trakcie hospitalizacji dziecka jest ojciec i dziadkowie. Potwierdzają to wyniki badań własnych, w których kobiety najczęściej deklarowały męża (86,4%) oraz swoich rodziców (74,6%) jako źródła wsparcia. Z przeprowadzonych analiz wynika, że kobiety mające wyższy poziom niepokoju jawnego i ukrytego oraz wyższy poziom niepokoju ogólnego, uzyskały niższe wyniki w zakresie „spozstrzegane dostępne wsparcie”. Natomiast matki odczuwające większy niepokój jawny uzyskały wyższe wyniki w obszarze „poszukiwanie wsparcia”. Z kolei matki odczuwające większy niepokój ukryty miały niższe wyniki w obrębie „aktualnie otrzymywane wsparcie emocjonalne i informacyjne”.

Czas pobytu w szpitalu nie miał wpływu na poziom wsparcia społecznego. Wykazano natomiast, że kobiety, których dzieci przebywały w szpitalu trzeci lub kolejny raz, wykazywały tendencję do większego poszukiwania wsparcia społecznego aniżeli matki, których dziecko było hospitalizowane pierwszy lub drugi raz.

Przegląd literatury przedmiotu pozwala sformułować wniosek, że niezbędnym warunkiem zapewnienia właściwej opieki chorym dzieciom i ich rodzicom, a także pomocy w psychicznym przezwyciężaniu choroby jest współpraca całego zespołu terapeutycznego. Według Jakubik i wsp.<sup>108</sup> kluczową rolę odgrywa pielęgniarka. Ona bowiem odpowiedzialna jest za proces pielęgnowania. Istotą pielęgnowania jest pomaganie dziecku i wspieranie jego rodziców w celu przywracania i umacniania zdrowia dziecka. Potwierdzają to także badania Marc<sup>109</sup>. Badania Jakubik i wsp. pokazują, iż ponad połowa rodziców oczekuje od pielęgniarki pomocy w opiece nad dzieckiem, odpowiedzi na wszystkie nurtujące ich pytania w związku z chorobą dziecka. Podobne wyniki badań otrzymała również Stefaniak i wsp.<sup>110</sup>. Prezentują one oczekiwania rodziców hospitalizowanych dzieci w stosunku do pielęgniarki: potrzebę omówienia i wyjaśnienia przez pielęgniarkę wszelkich, zwłaszcza niezrozumiałych dla rodziców kwestii. Głównym czynnikiem wpływającym na postrzeganie pielęgniarki jako źródła informacji dla pacjentów jest staż pracy w zawodzie.

Na zainteresowanie zasługują również badania Łukasik i wsp.<sup>111</sup>, których celem było między innymi poznanie wiedzy i opinii rodziców na temat ich praw w opiece nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. Analizowano znajomość praw zapi-

<sup>107</sup> Rogala-Pawelczyk G., Kubajka-Piotrowska J., Kilarska M. *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*. Tom I. Wyd. Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2013.

<sup>108</sup> Jakubik M., Kierys A., Bednarek A. *Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych*. *Problemy Pielęgniarstwa* 19 (4)/2011.

<sup>109</sup> Marć M. *Zakres i charakter komunikowania się pielęgniarki z rodzicami dziecka hospitalizowanego*. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2/2005.

<sup>110</sup> Sułcecki J., Sęk H., Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wyd. Naukowe PWN. Warszawa 2005.

<sup>111</sup> Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. *Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu*. *Magazyn Problemy Pielęgniarstwa* 2/2010.

sanych w *Europejskiej karcie praw dziecka w szpitalu*, jak również postępowania rodziców pozostających z dzieckiem w trakcie pobytu w oddziale. Istotne było także określenie, w jakim zakresie i w jakie czynności rodzice angażują się w opiece nad dzieckiem. Wyniki okazały się wręcz zaskakujące, gdyż zdecydowana większość rodziców (75%) przyznała, iż nie zna treści *Europejskiej karty praw dziecka w szpitalu*, jednocześnie 91% badanych znało procedurę postępowania rodziców pozostających z dzieckiem na oddziale. Mimo znajomości przepisów szpitalnych rodzice respektowali tylko te zalecenia, które im odpowiadały. Pomimo takich wyników badań Łukasik i wsp. twierdzą, że nie należy rodziców postrzegać jako przeszkody w pracy personelu, ponieważ są bardzo pomocni w opiece nad dzieckiem, dają mu poczucie bezpieczeństwa, łagodząc w ten sposób negatywne skutki hospitalizacji. Wskazują natomiast na potrzebę poszerzenia edukacji rodziców i opiekunów na temat ich praw i obowiązków w szpitalu. Dostrzegają również, że pobyt rodziców na oddziale, ze względu na ograniczenia lokalowe, stwarza różne trudności w organizacji pracy. Podobne wyniki badań otrzymała także Puczkowska i wsp.<sup>112</sup>. Respondenci w ich badaniach w przeważającej większości (75%) nie znali regulaminu oddziału i nie znali praw wynikających z *Karty praw pacjenta*.

W badaniach własnych otrzymano odmienne wyniki. Znajomość praw pacjenta deklarowało 91,5% badanych matek, natomiast organizację pracy w oddziale bardzo dobrze oceniła ponad połowa ankietowanych (59,3%), niewiele mniej (35,6%) oceniło ją dobrze. Niejednokrotnie w rozmowach w czasie hospitalizacji matki pozytywnie wyrażały się na temat stworzonych warunków, pobytu i przebiegu leczenia szpitalnego. Podobne wyniki badań otrzymały także Krawczyk i Karp<sup>113</sup>. Ponad 70% ich respondentów pozytywnie oceniło swój pobyt z dzieckiem w szpitalu, wskazując szczególnie na kompetentny personel i fachową pomoc. Jednakże wskazywali na konieczność poprawy warunków bytowych dla opiekunów w oddziale, bo to sprawiało im najwięcej niedogodności. Na zainteresowanie zasługują również wyniki badań Kurowskiej i Żurek<sup>114</sup>. Badania miały na celu określenie poczucia koherencji i poziomu wsparcia społecznego okazywanego matkom hospitalizowanych dzieci. Matki w zdecydowanej większości zadowolone były z warunków panujących w oddziale dziecięcym (83,75%), jak też z życzliwości personelu (75%), wsparcia od zespołu terapeutycznego oczekiwało ponad 66% ankietowanych. Z badań tych wynika, że kobiety uzyskały najwięcej wsparcia informacyjnego, w drugiej kolejności instrumentalnego, natomiast na niższym poziomie otrzymały wsparcie emocjonalne.

Badania tego typu mogą mieć ogromne znaczenie i zasadniczy wpływ na polepszanie jakości opieki nad hospitalizowanym dzieckiem, sprawowanej przez matki

<sup>112</sup> Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu. *Magazyn Problemy Pielęgniarstwa* 2/2010.

<sup>113</sup> Krawczyk M., Karp E. Pobyt dziecka z opiekunem w szpitalu w opinii opiekunów i personelu medycznego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 11/2001.

<sup>114</sup> Kurowska K., Żurek D. Poczucie koherencji a wsparcie społeczne okazywane matkom hospitalizowanych dzieci. *Magazyn Nowiny Lekarskie* 2/2011.

w ścisłej współpracy z całym zespołem terapeutycznym. Analiza piśmiennictwa wskazuje, jak ważne jest stałe podnoszenie standardów i poprawa warunków lokalowych na oddziałach dziecięcych, a także edukacja, wspieranie i zachęcanie rodziców do właściwej opieki nad dziećmi w szpitalu. Należy dążyć do doskonalenia komunikacji interpersonalnej między zespołem terapeutycznym a rodzicami/opiekunami hospitalizowanego dziecka, dużo rozmawiać, zawsze okazywać cierpliwość i zrozumienie dla zgłaszanych przez rodziców obaw, na wszystkie pytania odpowiadać wyczerpująco, posługując się zrozumiałym językiem. Należy także zachęcać pozostałych członków rodziny do tego, aby w miarę możliwości starali się zastępować pozostającą z dzieckiem matkę, ponieważ także ona potrzebuje wsparcia i wytchnienia w trudnej opiece nad chorym dzieckiem, co ma ogromny wpływ na jej równowagę i zmniejszenie nasilenia lęku.

## WNIOSKI

1. Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:
2. Kobiety, których dzieci były hospitalizowane charakteryzował przeciętny poziom ogólnego niepokoju (SN), niepokoju ukrytego (SU), a także niepokoju jawnego (NJ).
3. Najwyższe wyniki badane uzyskały w zakresie „aktualnie otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego”, najniższe w zakresie „wsparcia buforująco-ochronnego”.
4. Kobiety mające wyższy poziom niepokoju jawnego i ukrytego oraz wyższy poziom niepokoju ogólnego uzyskały niższe wyniki w podskali „spozstrzegane dostępne wsparcie”.
5. Kobiety odczuwające większy niepokój jawny uzyskały wyższe wyniki w zakresie „poszukiwanie wsparcia”.
6. Kobiety odczuwające większy niepokój ukryty uzyskały niższe wyniki w skali „aktualnie otrzymywane wsparcie informacyjne i emocjonalne”.
7. Czas pobytu w szpitalu wpływa na poziom niepokoju badanych kobiet. Im dłuższy okres leczenia tym niepokój ogólny i niepokój ukryty badanych kobiet były wyższe.
8. Czas pobytu w szpitalu nie wpływa na poziom wsparcia społecznego.
9. Liczba pobytów w szpitalu nie wpływa na poziom niepokoju badanych kobiet.
10. Liczba pobytów w szpitalu wywiera wpływ na wsparcie społeczne. Matki dzieci hospitalizowanych trzeci bądź kolejny raz wykazywały tendencję do większego poszukiwania wsparcia społecznego niż kobiety, których dziecko przebywało w szpitalu pierwszy lub drugi raz.
11. Kobiety najmłodsze – do 25 lat – charakteryzował najwyższy poziom niepokoju jawnego.
12. Wiek kobiet nie miał wpływu na poziom wsparcia społecznego.

13. Wiek dziecka wpływa na niepokój matki. Matki mające dziecko w wieku poniżej roku charakteryzowały się większym niepokojem ogólnym oraz niepokojem jawnym i ukrytym niż matki mające dzieci starsze.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bakun M., Szewczyk L. Sposoby funkcjonowania rodziców dzieci chorych na cukrzycę typu 1. *Magazyn Endokrynologia Pediatria* 9/2010.
2. Bętkowska-Korpała B., Gierowski J. *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2007.
3. Bilicka D., Korbińska M., Popow A., Szewczyk M. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 1/2009.
4. Brosowska B., Hofmann K. Zapobieganie chorobie sierocej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 6/2009.
5. Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M., Twarduś K. *Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego*. Wyd. PZWL. Warszawa 2011.
6. Cepuch G., Perek M. *Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem*. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.
7. Dróżdż-Gessner Z. *Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego*. Wyd. Akademii Medycznej w Poznaniu 2006.
8. Dudziak K. *Ocena wiedzy rodziców na temat chorób u dzieci a nasilenie ich niepokoju*. Praca magisterska. Lublin 2015.
9. Formański J. *Psychologia*. Wyd. PZWL. Warszawa 2003.
10. Jakubik M., Kierys A., Bednarek A. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. *Problemy Pielęgniarstwa* 19 (4)/2011.
11. Kowalczyk J. *Pediatrics – wybrane zagadnienia*. Wyd. Akademii Medycznej w Lublinie 2014.
12. Krawczyk M., Karp E. Pobyt dziecka z opiekunem w szpitalu w opinii opiekunów i personelu medycznego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 11/2001.
13. Krywda-Rybska D., Zdun-Ryżewska A., Zach E. Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwale hospitalizowanego. *Magazyn Pediatryki i Medycyna Rodzinna* 8/2012.
14. Kubicka K., Kawalec W. *Pediatrics*. tom 1 Wyd. PZWL. Warszawa 2008.
15. Kurowska K., Żurek D. Poczucie koherencji a wsparcie społeczne okazywane matkom hospitalizowanych dzieci. *Magazyn Nowiny Lekarskie* 2/2011.
16. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.
17. Lissauer T., Clayden G. *Pediatrics*. Wyd. Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2009.
18. Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. *Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu*. *Magazyn Problemy Pielęgniarstwa* 2/2010.

19. Makara-Studzińska M. *Komunikacja z pacjentem*. Wyd. Czelej. Lublin 2012.
20. Marć M. Zakres komunikowania się pomiędzy pielęgniarką a rodzicami dziecka hospitalizowanego. *Magazyn Zdrowie Publiczne* 3/2003.
21. Motyka M. *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2002.
22. Muscari M. *Pediatrya i pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. Czelej. Lublin 2005.
23. Pawlaczyk B. *Pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. PZWL, Warszawa 2007.
24. Puczkowska E., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Wasilewska A., Kułak W. Ocena stopnia zadowolenia matek z opieki na oddziale pediatrycznym. *Magazyn Pediatrya Polska* 3/2005.
25. Radzikowski A., Banaszekiewicz A. *Pediatrya*. Wyd. Medipage. Warszawa 2008.
26. Rokicka-Milewska R. *ABC chorób wieku dziecięcego*. Wyd. PZWL. Warszawa 2012.
27. Sheridan Ch., Radmacher S. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla medycznego modelu zdrowia*. Wyd. Instytutu Psychologii Zdrowia PTP. Warszawa 1998.
28. Suchecki J., Sęk H., Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wyd. Naukowe PWN. Warszawa 2005.
29. Szreter T. *Intensywna terapia dzieci*. Wyd. PZWL. Warszawa 2002.
30. Szymanowska J. *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym. Pomoc i wsparcie społeczne*. Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana. Białystok 2008.
31. Tobiasz-Adamczyk B. *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2002.
32. Wołowicka L. *Postępy pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia. Tom XV*. Wyd. Akademii Medycznej w Poznaniu. Poznań 1999.
33. Wysocki M., Czerwionka-Szaflarska M. *Pediatrya i pielęgniarstwo pediatryczne – dziecko w zdrowiu i chorobie*. Wyd. Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Bydgoszcz 2004.
34. Źródło internetowe – [www.cdz.pl](http://www.cdz.pl) Pobyt rodzica w szpitalu [05.03.2017 godz. 16:10].
35. Źródło internetowe – [www.polanki.republika.pl](http://www.polanki.republika.pl) Osiecka K. Realizacja potrzeb psychicznych dziecka w warunkach hospitalizacji [09.02.2017 godz. 18:00].
36. Źródło internetowe – [www.polanki.republika.pl](http://www.polanki.republika.pl) Zalewska H. Dziecko w szpitalu [05.03.2017 godz. 16:00].
37. Źródło internetowe – [www.psychologia.net.pl](http://www.psychologia.net.pl) Żurowska M. Wsparcie społeczne w sytuacji nieuleczalnej choroby dziecka [15.03 2017 godz. 18:00].

## Intensity of anxiety and demand for support of mothers of hospitalized children

Beata Joanna Gietka<sup>1</sup>, Leszek Szewczyk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** Child's disease and hospitalization are a source of stress, fear and anxiety for the closest family, because it causes a disturbance in the balance and harmony in family life. The main burden of care of an ill child usually falls on the mother. Her psychological condition, family relations, and mutual support exert a great effect on the child's condition and restoration of health.

**Objective.** The objective of the study was an attempt to assess the level of anxiety in mothers whose children are hospitalized, and what is the level of the received social support.

**Materials and Method.** In order to achieve the assumed goals, a questionnaire designed by the author was applied. The intensity of anxiety was measured using the Cattell's IPAT anxiety scale, while social support was investigated by means of the Berlin Social Support Scales. The study was conducted in 2017, in the Paediatric Ward of the Regional Specialist Hospital in Lublin. The study group included 59 women, whose children were hospitalized. The collected material was analyzed statistically.

**Results.** The collected data showed the level of anxiety of the examined women and the social support received by women whose children were hospitalized. Anxiety was correlated with social support. Relationships were investigated between duration of hospital stay and number of hospitalizations, and social support. Also, the relationship was analyzed between the age of the child, mother, and level of anxiety and social support.

**Conclusions.** Women whose children were hospitalized were characterized by a mediocre level of total anxiety and overt and covert anxiety. The respondents obtained the highest results with respect to 'currently received emotional and instrumental support', while the lowest – in 'protective buffering'. The longer the hospitalization, the greater the anxiety of the mothers. The duration of hospitalization had no effect on the level of support. The youngest mothers were characterized by the highest level of anxiety. However, the age of the mother exerted no effect on the level of support. Mothers of children aged under 1 year showed a greater total and overt and covert anxiety.

► **Keywords:** child, mother, hospitalization, anxiety, support.