

Ogólny stan zdrowia, poczucie koherencji oraz style radzenia sobie ze stresem rodziców uczestniczących w „Warsztatach dla rodziców dzieci nadpobudliwych”

General health, sense of coherence and coping styles in parents participating in Workshops for Parents of Hyperactive Children

Agnieszka Pisula¹, Anita Bryńska¹, Stanisław Wójtowicz²,
Tomasz Srebnicki¹, Tomasz Wolańczyk¹

¹ Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego

² Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej

Summary

Aim. The assessment of changes in the general health, sense of coherence and stress coping styles in parents of children and adolescents with ADHD, participating in 12-week Workshops for Parents of Hyperactive Children.

Material. The experimental group included 186 mothers and 139 fathers (parents of 199 children); the reference group included 23 mothers and 19 fathers (parents of 24 children), attending 1–2 standard medical visits within a 12-week period (treatment as usual).

Method. Parents from both groups were assessed twice using (1) *the General Health Questionnaire* (GHQ), (2) *the Life Orientation Questionnaire* (SOC-29), and (3) *the Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS).

Results. (1) The experimental group showed a significant improvement in the severity of somatic symptoms and anxiety/insomnia in mothers and the general well-being of mothers and fathers. We observed the influence of workshops on manageability and reduction of the emotion-oriented coping in mothers; (2) the participation in the workshops was associated with a statistically significant effect (mostly moderate) in relation to general health of mothers, while TAU was mostly associated with a low or insignificant effect.

Conclusions. The assessed form of interventions improves the functioning of parents of children with ADHD.

Słowa kluczowe: ADHD, funkcjonowanie rodziców, warsztaty rodzicielskie

Key words: ADHD, the functioning of parents, workshops for parents

Wprowadzenie

Kompleksowe podejście do leczenia dziecka z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* – ADHD) wymaga zastosowania interwencji ukierunkowanych na rodziców i nauczycieli [1], gdyż objawy ADHD znacząco utrudniają funkcjonowanie nie tylko dziecka, ale także jego otoczenia. Rodzice dzieci z ADHD są grupą narażoną na występowanie różnego rodzaju problemów w zakresie zdrowia psychicznego. Podkreśla się częstsze diagnozy zespołów depresyjnych u matek dzieci z ADHD w porównaniu z matkami dzieci zdrowych [2], wysoki poziom napięcia emocjonalnego i przeżywanego stresu oraz bardziej nasilone problemy w relacjach partnerskich [3]. W grupach ojców dzieci z ADHD częściej stwierdza się nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe i konfliktowe relacje z matką dziecka oraz samym dzieckiem [3]. Co więcej, matki i ojcowie dzieci z ADHD zgłaszają brak satysfakcji związanej z wypełnianiem swoich ról oraz rodzicielstwem, a także mniejsze poczucie wpływu w porównaniu z rodzicami dzieci zdrowych [4].

Jak się wydaje, wiedza na temat specyfiki funkcjonowania rodziców dzieci z ADHD, jak również czynników je modyfikujących jest niezwykle ważna. Metaanaliza 26 badań Barlow i Coren [5] wykazała, że uczestnictwo rodziców dzieci z ADHD w warsztatach rodzicielskich wpłynęło znacząco na poprawę ich zdrowia psychospołecznego, szczególnie w zakresie samooceny, objawów depresyjnych oraz relacji między małżonkami. Stwierdzono także wzrost poczucia kompetencji rodziców oraz satysfakcji związanej z rodzicielstwem [6–8].

Cele badania

Celem badania była ocena zmian w zakresie ogólnego stanu zdrowia, poczucia koherencji oraz stylów radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci i młodzieży z ADHD, którzy uczestniczyli w „Warsztatach dla rodziców dzieci nadpobudliwych” [9].

Material

Badaniem objęto 209 matek i 158 ojców (łącznie $n = 367$) będących rodzicami 223 dzieci i młodzieży z rozpoznaniem ADHD, ustalonym przez lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży zgodnie z kryteriami DSM-IV-TR [10]. Kryterium wyłączenia stanowiło stwierdzenie u dziecka poważnych zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego (np. duża depresja, schizofrenia, zaburzenia ze spektrum autyzmu). Do uczestnictwa w warsztatach zapraszani byli wszyscy rodzice, którzy w latach 2002–2014 zgłaszali się do poradni z powodu obecności zespołu nadpobudliwości psychoruchowej u swoich dzieci. Postępowanie takie jest zgodne z europejskimi wytycznymi NICE (National Institute for Health and Care Excellence) [1] dotyczącymi kompleksowego leczenia ADHD. Decyzję o uczestnictwie w programie podjęli rodzice 199 dzieci i młodzieży (grupa eksperymentalna z interwencją – Grupa.Int). Pacjenci, których rodzice nie wzięli udziału w warsztatach, byli dalej objęci opieką w poradni. W czasie, gdy były prowadzone warsztaty, uczestniczyli w 1–2 standardowych wizytach lekarskich, w których trakcie lekarz

oceniał aktualny stan pacjenta, dopytywał się o bieżące problemy i wdrażał interwencje o charakterze psychoedukacyjnym (grupa odniesienia; *treatment as usual* – Grupa.TAU).

Grupę.Int stanowiło 186 matek i 139 ojców. Średni wiek matek wynosił 38,9 roku ($SD = +/-6,6$), a średni wiek ojców 41,1 roku ($SD = +/-7,5$). W przeważającej części uczestniczące w warsztatach matki miały wykształcenie wyższe (46,2%) lub średnie (40,9%) – wraz z wykształceniem wyższym zawodowym (0,5%) oraz pomaturalnym (3,2%) stanowi to 90,8% badanych. Wykształcenie podstawowe miało 0,5% matek, a zawodowe 8,1%. Z kolei w grupie ojców uczestniczących w warsztatach stwierdzono następującą strukturę wykształcenia: wykształcenie wyższe (34,5%) lub średnie (40,3%) wraz z wykształceniem pomaturalnym (1,4%) oraz podyplomowym (0,7%) posiada 76,9% badanych; wykształcenie zawodowe osiągnęło 17,3% ojców, w wypadku 2,2% grupy nie uzyskano danych na ten temat. Średni wiek dzieci rodziców z Grupy.Int wynosił 10,1 roku ($SD = +/-2,4$), przy czym 88,9% grupy stanowili chłopcy ($n = 177$), a 11,1% dziewczęta ($n = 22$).

Do Grupy.TAU zaliczono 23 matki i 19 ojców. Średni wiek matek wynosił 39,7 roku ($SD = +/-5,5$), a ojców 41,2 lat ($SD = +/-5,0$). Matki w przeważającej części miały wykształcenie wyższe (66,7%) lub średnie (12,5%). Wykształcenie zawodowe lub podstawowe miało 8,2% matek. Ojcowie mieli przede wszystkim wykształcenie wyższe (61,1%) lub zawodowe (27,7%). Wykształcenie podstawowe stwierdzono u 5,5% badanych, podobnie jak średnie (5,5%). Średni wiek dzieci rodziców z Grupy.TAU wynosił 10,0 lat ($SD = +/-0,8$), przy czym 79,2% grupy stanowili chłopcy ($n = 19$), a 20,8% dziewczęta ($n = 5$).

Metoda

Narzędzia badawcze

1. *Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia-28 (General Health Questionnaire – GHQ-28)* [11] w polskiej wersji językowej, o dobrych właściwościach psychometrycznych (wysoki współczynnik zgodności wewnętrznej oraz zadowalająca stabilność bezwzględna; trafność potwierdzona metodą porównań międzygrupowych oraz analiz czynnikowych) [12], do oceny stanu zdrowia psychicznego. Zawiera cztery skale, z których każda obejmuje 7 pytań: A – Symptomy/skargi somatyczne, B – Niepokój, bezsenność, C – Zaburzenia funkcjonowania; D – Objawy depresji. Osoba badana odpowiada na pytania, wybierając jedną z podanych możliwości („lepiej niż zwykle”, „tak (samo) jak zwykle”, „gorzej niż zwykle”, „znacznie gorzej niż zwykle”), punktowanych jako: 0-0-1-1. Wynik ogólny będący sumą punktów uzyskanych za odpowiedzi na wszystkie pytania (maks. 28 pkt) jest odnoszony do norm stenowych. Opierając się na badaniach trafności kryterialnej, punkt odciążenia ustalono na poziomie 5/6 stenu. Jest on podstawą identyfikacji osób prezentujących zaburzenia psychiczne.
2. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (Sense of Coherence – SOC-29)* [13] w polskiej wersji językowej, o satysfakcjonujących właściwościach psychometrycznych (bardzo wysoki współczynnik zgodności wewnętrznej) [14], do oceny poczucia koherencji. Zawiera 29 stwierdzeń odnoszących się do trzech podskal:

- (1) poczucia zrozumiałości (11 stwierdzeń), (2) zaradności (10 stwierdzeń) oraz (3) sensowności (8 stwierdzeń). Badany w 7-stopniowej skali (od 1 do 7) zaznacza, jak często występuje dane nastawienie. Analizie poddawany jest wynik ogólny (w przedziale 29–203 pkt), czyli nasilenie poczucia koherencji, definiowane jako niskie poczucie koherencji (51–100 pkt), przeciętne (101–152 pkt) oraz wysokie poczucie koherencji (powyżej 152 pkt). Przyjmuje się, że osoby zdrowe i prawidłowo funkcjonujące zazwyczaj osiągają wynik w zakresie 120–130 pkt, a wyniki zbliżone do maksymalnych (200 pkt) uznawane są za mało wiarygodne [15].
3. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (Coping Inventory for Stressful Situations – CISS)* [16] w polskiej wersji językowej, o dobrych właściwościach psychometrycznych (wysoki współczynnik zgodności wewnętrznej oraz zadowalająca stabilność bezwzględna; wykazana trafność czynnikowa) [17], do oceny stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Składa się z 48 stwierdzeń dotyczących zachowań podejmowanych w sytuacjach stresowych. Badany określa w 5-stopniowej skali (od 1 do 5) częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie. Wyniki ujmowane są w trzech skalach, takich jak: (1) styl skoncentrowany na zadaniu, (2) styl skoncentrowany na emocjach, (3) styl skoncentrowany na unikaniu, przyjmujący dwie formy: angażowania się w czynności zastępcze i poszukiwania kontaktów towarzyskich. Każda ze skal składa się z 16 pozycji (podskale „angażowanie się w czynności zastępcze” oraz „poszukiwanie kontaktów towarzyskich” liczą odpowiednio 8 i 5 pozycji), dla których punktacja zawiera się w przedziale 16–80 pkt. Porównanie wyników uzyskanych dla poszczególnych podskal pozwala na określenie dominującego stylu radzenia sobie ze stresem (wynik uzyskany w jednej ze skal jest wyższy od wyników w pozostałych dwóch skalach).

Procedura i przebieg badania

Po poinformowaniu o celach i przebiegu badania oraz uzyskaniu zgody uczestników na badanie w czasie pierwszego spotkania warsztatowego rodzice z Grupy.Int otrzymali zestaw kwestionariuszy: (1) *Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia* GHQ, (2) *Kwestionariusz Orientacji Życiowej* SOC-29 oraz (3) *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych* CISS, z prośbą o dokonanie samooceny przez rodzica. Powtórna ocena została przeprowadzona po ukończeniu cyklu warsztatów. Rodziców z Grupy.TAU poddano takiej samej, dwukrotnej ocenie po pierwszej wizycie w poradni i po 12 tygodniach.

Program „Warsztatów dla rodziców dzieci nadpobudliwych” [9] przeznaczony jest do pracy z grupą rodziców (pary rodzicielskie lub pojedynczy rodzice) i łączy w sobie elementy psychoedukacji z ćwiczeniem metod behawioralnych oraz oddziaływań poznawczych. Główne realizowane cele to: (1) zwiększenie poziomu wiedzy rodziców na temat ADHD, nauka skutecznego wydawania poleceń i dostosowywania wymagań do możliwości dziecka; (2) wprowadzenie zmian w systemie wychowawczym – zapoznanie rodziców z zasadami terapii behawioralnej, analizą zachowań według schematu ABC (*Antecedents-Behaviour-Consequence*) i mechanizmami warunkowania sprawczego, nauka ignorowania drobnych zachowań niepożądanych, ustalania zasad zachowania, wzmocnienia pochwałami zachowań pożądaných oraz konsekwentnego reagowania na

zachowania niepożądane; (3) nauka metod poprawiających relację rodzic–dziecko, w tym zauważanie właściwych zachowań i kompetencji dziecka, wspólne spędzanie czasu; (4) opanowanie umiejętności postępowania w tzw. impulsywnym wybuchu; (5) nauka analizy myśli automatycznych rodziców, metod redukcji stresu rodzicielskiego, dostrzegania własnych potrzeb, planowania czasu; (6) omówienie zasad współpracy ze szkołą.

Warsztaty realizowano według podręcznika, w którym zawarto informacje dotyczące struktury i tematyki spotkań oraz ćwiczenia i materiały dla rodziców. Zajęcia odbywały się przez 12 tygodni, raz w tygodniu i trwały 2 godziny. Uczestniczyli w nich rodzice (w liczbie maks. 15 osób) – pary rodzicielskie bądź tylko matki lub ojcowie. Treści przekazywano ustnie, w formie prezentacji multimedialnych lub zapisywano na tablicy. Wykorzystywano aktywne metody pracy (dyskusja, odgrywanie ról, ćwiczenie nowych umiejętności). Trenerami prowadzącymi było 11 osób (6 psychologów i 5 lekarzy). Cykl spotkań, do którego trenerzy byli przydzielani losowo, był prowadzony przez dwie osoby: terapeutę i koterapeutę. Głównym prowadzącym (terapeutą) była osoba wcześniej uczestnicząca w 10-godzinny szkoleniu i posiadająca doświadczenie warsztatowe (prowadziła wcześniej jako główny terapeuta co najmniej 3 cykle warsztatów). Koterapeutą była osoba wcześniej uczestnicząca w 10-godzinny szkoleniu oraz w co najmniej jednym cyklu spotkań jako obserwator. Praca terapeutów była poddawana superwizji co trzy sesje (łącznie 4 razy w ciągu całego cyklu). Dodatkowo terapeuci mieli zapewnioną możliwość stałego kontaktu z superwizorem przypisanym do danego cyklu spotkań.

Zastosowane metody statystyczne

Dla zmiennych nominalnych różnice analizowano z użyciem testu Chi kwadrat na poziomie ogólnego rozkładu i testu *t*-Studenta. W związku z małą liczebnością prób i przy założeniu, że w badanej populacji może nie być spełnione założenie rozkładu normalnego oraz jednorodności wariancji, w analizie zastosowano nieparametryczny test kolejności par Wilcozona. Dla zmiennych powiązanych wykonano testy parametryczne *t*-Studenta. Oceny równoważności grupy dokonano testem Manna–Whitneya. Jako istotne przyjęto *p* na poziomie: $p < 0,05$, $p < 0,01$ lub $p < 0,001$. Oceniono siłę efektu oddziaływania (*ES*). Dla zmiennych parametrycznych (korzystając z różnicy średnich) obliczono *d*-Cohena, a dla zmiennych nieparametrycznych korzystano ze wzoru $R = Z / \sqrt{N}$. Obliczony wynik był interpretowany według klasyfikacji Cohena: 0,0–0,1 nieznaczący, 0,1–0,3 mały, 0,3–0,5 umiarkowany oraz 0,5–1,0 duży, znaczący [18].

Wyniki

Rodzice z Grupy.Int uczestniczyli łącznie w 32 cyklach szkoleniowych. Były to przeważnie matki (63%), pary uczestniczące wspólnie we wszystkich spotkaniach stanowiły około 15%, kolejne 15% to pary rodzicielskie uczestniczące naprzemiennie w spotkaniach (tzn. na części spotkań pojawiała się tylko matka, a na innych ojciec). Ponieważ od części rodziców uzyskiwano niepełny pakiet kwestionariuszy, stąd też grupy w poszczególnych analizach nie są równoliczne.

Kwestionariusz GHQ: pomiar 1 i pomiar 2

Po odniesieniu wyników całkowitych do norm [19] stwierdzono, że rodzice z Grupy.Int uzyskali podczas pomiaru 1 wyniki odpowiadające 5 stenowi (wynik średni), podczas pomiaru 2 – odpowiadające 4 stenowi (wynik niski). Wykazano istotną statystycznie zmianę w zakresie wyniku całkowitego GHQ w wypadku matek i ojców z Grupy.Int oraz dodatkowo istotne zmiany dla podskal „Skargi somatyczne”, „Niepokój i bezsenność” oraz „Zaburzenia funkcjonowania” wśród matek z Grupy.Int (tab. 1). W grupie ojców różnice stwierdzone dla podskal „Skargi somatyczne” oraz „Niepokój i bezsenność” nie osiągnęły istotności statystycznej.

Wynik całkowity dla matek z Grupy.TAU podczas pomiaru 1 odpowiadał 5 stenowi i pozostał na tym poziomie (choć z tendencją do obniżenia się). Z kolei ojcowie z Grupy.TAU uzyskali w obu pomiarach wynik całkowity na poziomie wyników średnich (6 sten oraz 5 sten). W wypadku rodziców z Grupy.TAU nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian pomiędzy pomiarami dla wyniku całkowitego GHQ oraz wykazano istotną zmianę w odniesieniu do podskali „Objawy depresji” wśród matek z Grupy.TAU (tab. 1).

Tabela 1. **Ogólny stan zdrowia mierzony kwestionariuszem GHQ – oceny matek i ojców w grupie eksperymentalnej z interwencją oraz w grupie odniesienia leczonej as usual**

GHQ	Matki				Ojcowie		
	Pomiar	N	Mediana (SD)	p	N	Mediana (SD)	p
Wynik całkowity	1	114	23,0 (13,7)	<0,001	59	18,4 (8,8)	0,009
	2	114	17,5 (10,7)		59	15,2 (8,2)	
Symptomy somatyczne	1	114	6,2 (3,7)	<0,001	59	4,2 (2,7)	0,169
	2	114	4,4 (3,3)		59	3,6 (2,6)	
Niepokój, bezsenność	1	113	6,8 (4,1)	0,003	59	5,1 (3,1)	0,178
	2	113	5,3 (3,8)		59	4,6 (3,2)	
Zaburzenia funkcjonowania	1	107	7,7 (2,3)	0,001	58	7,5 (2,0)	0,254
	2	107	6,4 (3,0)		58	7,1 (2,2)	
Objawy depresji	1	107	2,8 (3,6)	0,123	58	1,5 (2,9)	0,260
	2	107	2,0 (2,9)		58	1,7 (2,6)	
Grupa.TAU	Pomiar	N	Mediana (SD)	p	N	Mediana (SD)	p
Wynik całkowity	1	21	23,0 (13,7)	<0,001	15	18,4 (8,8)	0,009
	2	21	17,5 (10,7)		15	15,2 (8,2)	
Symptomy somatyczne	1	21	6,9 (3,4)	0,073	15	4,7 (2,7)	0,257
	2	21	5,6 (3,7)		15	3,8 (3,0)	
Niepokój, bezsenność	1	21	7,1 (4,0)	0,932	15	5,6 (3,0)	0,750
	2	21	7,2 (4,1)		15	5,5 (2,9)	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zaburzenia funkcjonowania	1	21	8,6 (3,0)	0,279	15	8,1 (1,8)	0,389
	2	21	8,1 (2,6)		15	7,7 (2,4)	
Objawy depresji	1	21	2,4 (2,8)	0,012	15	1,3 (2,2)	0,720
	2	21	1,8 (3,1)		15	1,5 (2,2)	

Kwestionariusz SOC-29: pomiar 1 i pomiar 2

Matki z Grupy.Int w obu pomiarach uzyskały wyniki całkowite na poziomie niskich wartości wyników przeciętnych. Pomimo że poziom ogólnego poczucia koherencji w tej grupie matek wzrósł, zmiana ta nie była istotna statystycznie. Istotną statystycznie zmianę wśród matek z grupy z interwencją w pomiarze 2 stwierdzono dla podskali „Poczucie zaradności”. Z kolei ojcowie z Grupy.Int w obu pomiarach uzyskali wyniki całkowite na poziomie wyników przeciętnych. W pomiarze 2 wynik całkowity uległ nieistotnemu statystycznie obniżeniu. Istotną statystycznie zmianę stwierdzono w podskali „Poczucie sensowności” (tab. 2).

W wypadku matek z Grupy.TAU nie zaobserwowano istotnych statystycznie zmian pomiędzy pomiarami w zakresie wyniku całkowitego (niskie wartości wyników przeciętnych) oraz dla poszczególnych podskal SOC-29. W wypadku ojców z Grupy.TAU zaobserwowano istotne statystycznie obniżenie wyniku całkowitego SOC-29 oraz w podskalach „Poczucie zaradności” i „Poczucie sensowności” (tab. 2). W pomiarze 1 ojcowie z Grupy.TAU uzyskali wyniki całkowite na poziomie wyników przeciętnych, a w pomiarze 2 na poziomie niskich wartości wyników przeciętnych.

Tabela 2. Poczucie koherencji mierzone kwestionariuszem SOC-29 – oceny matek i ojców w grupie eksperymentalnej z interwencją oraz w grupie odniesienia leczonej as usual

SOC-29	Matki				Ojcowie		
	Pomiar	N	Mediana (SD)	p	N	Mediana (SD)	p
Poczucie zrozumiałości	1	81	48,0 (9,0)	0,364	47	48,1 (8,4)	0,628
	2	81	48,6 (8,5)		47	48,8 (11,2)	
Poczucie zaradności	1	81	39,5 (10,6)	0,025	47	51,7 (7,7)	0,750
	2	81	41,7 (7,0)		47	51,5 (7,5)	
Poczucie sensowności	1	81	44,8 (9,2)	0,590	47	44,0 (6,6)	0,003
	2	81	45,3 (7,5)		47	42,1 (6,2)	
Wynik całkowity	1	81	132,3 (23,0)	0,052	47	143,8 (19,9)	0,485
	2	81	135,6 (19,3)		47	142,4 (20,8)	
Grupa.TAU	Pomiar	N	Med. (SD)	p	N	Med. (SD)	p
Poczucie zrozumiałości	1	20	46,9 (10,5)	0,920	15	46,5 (6,7)	0,182
	2	20	47,3 (10,6)		15	42,7 (6,1)	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Poczucie zaradności	1	20	41,7 (8,6)	0,936	15	50,7 (7,5)	<0,001
	2	20	42,0 (8,8)		15	40,5 (3,4)	
Poczucie sensowności	1	20	43,8 (9,2)	0,619	15	41,4 (6,8)	<0,001
	2	20	42,5 (8,6)		15	29,5 (3,1)	
Wynik całkowity	1	20	132,4 (25,2)	0,939	15	138,7 (19,0)	0,001
	2	20	131,7 (24,8)		15	112,7 (7,5)	

Kwestionariusz CISS: pomiar 1 i pomiar 2

Matki z Grupy.Int w pomiarze 1, w porównaniu z ojcami z tej samej grupy oraz rodzicami z Grupy.TAU, uzyskały najwyższy wynik w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany w zakresie tego wyniku w pomiarze 2. Wśród matek z Grupy.Int w pomiarze 2 stwierdzono z kolei istotne statystycznie obniżenie wyniku dla emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem. Wśród ojców z Grupy.Int obniżenie wyniku w pomiarze 2 dla emocjonalnego stylu radzenia sobie nie osiągnęło istotności statystycznej (tab. 3). W wypadku matek z Grupy.TAU zaobserwowano istotne statystycznie zmiany pomiędzy pomiarami, tj. zmniejszenie nasilenia strategii angażowania się w czynności zastępcze i nasilenie strategii poszukiwania kontaktów towarzyskich (tab. 3).

Tabela 3. Style radzenia sobie ze stresem mierzone kwestionariuszem CISS – oceny matek i ojców w grupie eksperymentalnej z interwencją oraz w grupie odniesienia leczoney as usual

CISS	Matki				Ojcowie		
	Grupa.Int	Pomiar	N	Mediana (SD)	p	N	Mediana (SD)
Zadaniowy	1	94	59,8 (7,7)	0,623	48	58,1 (7,3)	0,703
	2	94	60,2 (6,8)		48	57,8 (7,0)	
Emocjonalny	1	94	44,1 (10,7)	0,010	47	38,6 (8,4)	0,118
	2	94	41,6 (10,7)		47	37,2 (8,6)	
Unikowy	1	94	37,1 (7,6)	0,933	48	37,0 (7,6)	0,261
	2	94	37,2 (7,3)		48	36,1 (7,0)	
Angażowanie się w czynności zastępcze	1	94	15,4 (4,5)	0,904	48	16,0 (4,8)	0,487
	2	94	15,4 (4,5)		48	15,6 (4,1)	
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	1	94	15,2 (3,9)	0,898	48	14,1 (3,1)	0,554
	2	94	15,2 (3,9)		48	13,9 (2,9)	
Grupa.TAU	Pomiar	N	Mediana (SD)	p	N	Mediana (SD)	p
Zadaniowy	1	20	57,5 (6,5)	0,881	15	54,6 (9,6)	0,180
	2	20	57,2 (9,5)		15	56,9 (9,0)	
Emocjonalny	1	20	43,8 (10,0)	0,112	15	37,3 (8,9)	0,641
	2	20	42,3 (10,7)		15	38,3 (9,8)	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Unikowy	1	20	38,4 (8,6)	0,684	15	34,5 (6,5)	0,143
	2	20	37,8 (8,3)		15	36,5 (8,0)	
Angażowanie się w czynności zastępcze	1	20	17,2 (6,4)	0,098	15	15,4 (4,4)	0,301
	2	20	15,3 (5,4)		15	16,5 (4,2)	
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	1	20	14,7 (4,0)	0,020	15	13,1 (3,8)	0,432
	2	20	15,7 (4,1)		15	13,7 (3,7)	

Ocena efektu oddziaływania

Oceny efektu oddziaływania dokonano wobec zmiennych z kwestionariusza GHQ, dla których uzyskano zmiany istotne statystycznie. W ocenie matek uczestnictwo w interwencji przyniosło istotny statystycznie efekt (najczęściej umiarkowany) w odniesieniu do ogólnego stanu zdrowia matek. Oddziaływania typu *as usual* wiązały się w większości z efektem małym lub nieznaczącym (tab. 4).

Tabela 4. **Efekt oddziaływania interwencji lub spotkań *as usual* w odniesieniu do ogólnego stanu zdrowia matek mierzonego kwestionariuszem GHQ**

Typ pomiaru	Czynnik	D	r	Efekt oddziaływania według Cohena
GHQ matki Grupa.Int	A: Symptomy somatyczne	0,49	0,25*	Umiarkowany,
	B: Niepokój, bezsenność	0,31	0,19*	Umiarkowany
	C: Zaburzenia funkcjonowania	0,43	0,23*	Umiarkowany
	D: Objawy depresji	0,22	0,10*	Mały
GHQ matki Grupa.TAU	A: Symptomy somatyczne	0,36	-0,27*	Umiarkowany
	B: Niepokój, bezsenność	-0,02	-0,01*	Nieznaczący
	C: Zaburzenia funkcjonowania	0,17	-0,16*	Nieznaczący
	D: Objawy depresji	0,21	-0,39*	Mały

* $p < 0,05$

Dyskusja

Do oceny wybrano zmienne dotyczące funkcjonowania psychospołecznego rodziców, badane we wcześniejszych pracach [20–22]. Nie oceniano postaw rodzicielskich, metod wychowawczych, poziomu wiedzy rodzica na temat ADHD czy też obecności u rodzica objawów psychopatologicznych. Wybór narzędzi był podyktowany przede wszystkim dostępnością ich standaryzowanych polskich wersji językowych. W piśmiennictwie można odnaleźć przykłady zbliżonych zastosowań kwestionariuszy SOC-29, GHQ oraz CISS [21].

W zakresie ogólnego stanu zdrowia rodziców z grupy eksperymentalnej zaobserwowano istotną poprawę wyników całkowitych, a wśród matek również nasilenia skarg somatycznych, niepokoju/bezsenności oraz zaburzeń funkcjonowania. Na istotne zmiany

w podskali zaburzeń funkcjonowania GHQ, ale także podskali objawów depresyjnych, wskazują wyniki badań Pattersona i wsp. [21], przeprowadzonych w grupie rodziców uczestniczących w treningu umiejętności rodzicielskich. Być może stosunkowo niski wynik dla objawów depresyjnych w badaniu własnym oraz brak zmiany ich nasilenia pomiędzy pomiarami jest efektem zgłaszania przez rodziców licznych skarg somatycznych, które mogą towarzyszyć depresji. Poprawa mierzona kwestionariuszem GHQ może pośrednio świadczyć o zmniejszeniu nasilenia stresu rodzicielskiego. Obserwacje te korespondują z wynikami metaanaliz badań oceniających poziom stresu rodziców uczestniczących w warsztatach rodzicielskich oraz ich percepcję zachowań dzieci z ADHD [20, 22].

Poziom ogólnego zrozumienia świata i otaczającej rzeczywistości (tzw. poczucie koherencji) wśród matek z obu ocenianych grup przed rozpoczęciem oddziaływań nie różnił się istotnie. Po zakończeniu warsztatów wśród matek z grupy eksperymentalnej stwierdzono istotną zmianę w zakresie poczucia zaradności (czyli subiektywnego dostrzegania w sobie i w otoczeniu zasobów pozwalających osiągnąć zamierzony cel). Najprawdopodobniej wynika ona z samego charakteru przeprowadzonych oddziaływań, gdzie główny nacisk był położony na uczenie rodziców nowych umiejętności, skutecznych w pracy z dzieckiem nadpobudliwym, a także zastosowanych metod utrwalania nabytych umiejętności (omawianie prac domowych, analizowanie wdrożonych metod postępowania, wzmacnianie rodziców i ich adaptacyjnych zachowań). Wśród rodziców z grupy eksperymentalnej nie odnotowano jednak zmian w zakresie poczucia zrozumiałości (czyli poznawczego postrzegania zewnętrznosci jako spójnej i zrozumiałej) oraz poczucia sensowności (czyli przekonania, że warto angażować własne siły w zredefiniowane i stawiane przed sobą cele). Co ciekawe, w grupie ojców zaobserwowano istotne obniżenie wyniku dla poczucia sensowności. W kontekście definicji Antonovsky'ego [13], gdzie poczucie sensowności odzwierciedla gotowość do poświęcenia się i zaangażowania w działanie, a więc odnosi się w pewnym zakresie do poziomu motywacji jednostki, uzyskane wyniki wydają się trudne do zinterpretowania.

Wśród matek z grupy eksperymentalnej bardzo wysoki wyjściowy wynik w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem (uważanego za najbardziej adaptacyjny) po zakończeniu warsztatów nie uległ zmianie. Istotnemu zmniejszeniu uległ natomiast wynik w zakresie stylu emocjonalnego (zdecydowanie mniej adaptacyjnego). Można przypuszczać, że obserwacja ta odzwierciedla ogólną poprawę funkcjonowania matek, gdyż właśnie tego rodzaju zmiana dotycząca stylu radzenia sobie ze stresem jest uważana za istotny wskaźnik np. obniżenia poziomu depresji [23]. Matki, pozyskując konkretne narzędzia wychowawcze służące efektywnemu radzeniu sobie z niepożądanymi i generującymi wysokie nasilenie stresu zachowaniami dzieci, czują się zdecydowanie bardziej sprawcze, mogą skutecznie działać, osiągać sukcesy, a zarazem mniej skupiać się na rozpamiętywaniu doświadczonego trudności.

Według McKee i wsp. [24] mniej przystosowawcze style radzenia sobie ze stresem pozostają w związku z większą pobłażliwością matek i ich nadmierną reaktywnością na zachowania dzieci, a także z bardziej represyjnymi metodami wychowawczymi. Mając na uwadze te obserwacje, można założyć, że obniżenie wyników w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie może pośrednio świadczyć o poprawie w zakresie stosowanych strategii wychowawczych. Co więcej, McKee i wsp. [24] podają, że warsztaty rodzi-

cielskie są skuteczne niezależnie od tego, jaki styl radzenia sobie ze stresem wyjściowo prezentują matki. Najprawdopodobniej w wypadku matek z nieadaptacyjnymi stylami radzenia sobie ze stresem warsztaty pozwalają na poznanie nowych sposobów działania, natomiast dla matek z zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem oraz tych, które głównie poszukują wsparcia społecznego, są one spójnym wzmocnieniem stosowanego przez nie sposobu rozwiązywania problemów. Być może wyjściowo dominujący w grupie eksperymentalnej styl zadaniowy zdecydował o braku zmiany w zakresie poszukiwania przez matki wsparcia społecznego, co jest zgodne z wynikami metaanalizy badań Barlow i Coren [5], gdzie również nie potwierdzono takiego efektu treningów rodzicielskich.

W wypadku matek z grupy odniesienia istotną zmianę wykazano w zakresie osłabienia strategii angażowania się w czynności zastępcze oraz nasilenia strategii poszukiwania wsparcia społecznego. Warto przypomnieć, że grupa ta wyjściowo charakteryzowała się mniej przystosowawczymi strategiami radzenia sobie ze stresem, co mogło mieć wpływ na odmowną decyzję dotyczącą uczestniczenia w warsztatach. Niemniej jednak wydaje się, że wprowadzenie interwencji leczniczej w ogóle, niekoniecznie warsztatowej, może wiązać się z normalizacją różnych aspektów funkcjonowania matek dzieci z ADHD.

Wśród ojców z grupy eksperymentalnej stwierdzono osłabienie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem, choć zmiana ta nie jest istotna statystycznie. Obserwacja ta jest jednak ważna, gdyż istnieje związek pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem przez ojca a stosowanymi metodami wychowawczymi i postrzeganiem problemów dziecka [24]. Wyniki prac badających wpływ warsztatów rodzicielskich na styl radzenia sobie i stosowane przez ojców strategie wychowawcze nie do końca są spójne. Wskazują wszakże na to, że ojcowie i ich dzieci odnoszą różne korzyści z takiej formy oddziaływań zarówno wtedy, gdy ojcowie uczestniczą w nich razem z matkami, jak i wtedy, kiedy uczestniczą w nich samodzielnie [25–27]. Obserwacje Fabiano i wsp. [28] dowodzą, że ojcowie uczestniczący w behawioralnym treningu rodzicielskim oraz spotkaniach o charakterze rekreacyjnym z udziałem własnych dzieci po zakończeniu programu kierowali do dziecka zdecydowanie mniej negatywnych komunikatów oraz znacznie częściej stosowali pochwały i zgłaszali mniejsze natężenie (wciąż zauważalnych) zachowań niepożądanych. Według Chronis i wsp. [29] to właśnie nauczenie się pozytywnych i skutecznych metod wychowawczych długofalowo poprawia funkcjonowanie dzieci z ADHD.

W świetle uzyskanych wyników dyskusyjna pozostaje kwestia, czy i jak zmiana samopoczucia i funkcjonowania rodziców uczestniczących w warsztatach rodzicielskich może wpłynąć na nasilenie objawów ADHD u dzieci. Opierając się na dostępnych danych, można stwierdzić, że uczestnictwo w warsztatach oznacza zmianę zachowań rodziców i zwiększa zakres rodzicielskiego wpływu na zachowania dzieci [6, 30, 31]. Według Lundahl i wsp. [32] oraz Skowron i Reinemann [33] tego typu oddziaływania w pierwszej kolejności zmieniają postawy i funkcjonowanie rodziców, natomiast Serketich i Dumas [34] podkreślają, że ich wpływ na zachowanie dzieci jest większy niż na zachowanie rodziców oraz ich samoocenę i nastrój. Niezależnie od tego wyniki metaanalizy 32 randomizowanych badań [6] dowodzą znaczącej siły oddziaływania warsztatów, przy czym efekt ten dotyczy przede wszystkim zwiększenia liczby pozytywnych metod wychowawczych

i redukcji metod negatywnych, bardziej pozytywnego widzenia siebie w roli rodzica, ale także redukcji nasilenia objawów nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń zachowania, poprawy umiejętności społecznych dzieci oraz w zakresie osiągnięć szkolnych.

Ograniczenia badania

Do badania zrekrutowano stosunkowo dużą grupę rodziców, choć niska liczebność grupy odniesienia, jak również grup ojców biorących udział w badaniu stanowi o jego ograniczeniach. Co więcej, konieczność wypełnienia ankiet niejednokrotnie budziła u respondentów duży niepokój i nieufność, z czym należy wiązać stosunkowo niski odsetek wypełnionych kwestionariuszy w pomiarze 1 (ok. 60%) oraz niski w pomiarze 2 (45%). Brak randomizacji umiejscawia prezentowane badanie wśród obserwacyjnych badań ekologicznych. Nie prowadzono także kontroli i analizy przyczyn rezygnacji z uczestnictwa w warsztatach, co może mieć wpływ na uzyskane wyniki. Ze względu na brak danych dotyczących funkcjonowania rodziny i jej statusu socjoekonomicznego ograniczona jest możliwość oceny wpływu zmiennych zakłócających. Jak się jednak wydaje, bardziej trafnymi metodami oceny zmian zachodzących w zakresie funkcjonowania i postaw rodziców uczestniczących w programie warsztatów mogłyby być te, które wyraźniej koncentrują się na sposobach radzenia sobie z zachowaniami dziecka i oceniają poziom rodzicielskiego stresu. W chwili planowania oraz rozpoczęcia badania nie dysponowano polskimi wersjami językowymi skal oceniających stres rodzicielski, kompetencje rodzicielskie czy też poziom koherencji w rodzinie.

Wnioski

Uczestnictwo w programie prowadzi, z umiarkowanym efektem, do poprawy w zakresie nasilenia objawów somatycznych, niepokoju/bezsensowności oraz ogólnego samopoczucia matek dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, ma także wpływ na ich poczucie zaradności i redukuje poziom emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem. Prowadzi też do poprawy w zakresie ogólnego samopoczucia ojców. Można zatem uznać, że taka forma oddziaływań wpływa przynajmniej krótkoterminowo na poprawę funkcjonowania rodziców dzieci z ADHD.

Piśmiennictwo

1. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adult clinical guidelines*. London: NHS; 2008.
2. Whalen CK, Henker BB. *The child with attention-deficit/hyperactivity disorder in family contexts*. W: Quay HC, Hogan AE. red. *Handbook of disruptive behavior disorder*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1999. S. 139–155.
3. Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L. *Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Res. Dev. Disabil. 2013; 34(3): 1036–1043.

4. Podolski CL, Nigg JT. *Parent stress and coping in relations to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problem*. J. Clin. Child Psychology 2001; 30(4): 503–513.
5. Barlow J, Coren E. *Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health*. Cochrane Database Syst. Rev. 2004; (1): CD002020.
6. Daley D, Oord van der S, Ferrin M, Danckaerts M, Döpfner M, Cortese S i wsp. *Behavioral interventions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2014; 53(8): 835–847.
7. Graf F, Grumm M, Hein S, Fingerle M. *Improving Parental Competencies: Subjectively Perceived Usefulness of a Parent Training Matter*. Journal of Child and Family Studies 2014; 23(1): 20–28.
8. McCart MR, Priester PE, Davies WH, Azen R. *Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis*. J. Abnorm. Child Psychol. 2006; 34(4): 527–543.
9. Wolańczyk T, Skotnicka M, Kołakowski A, Pisula A, Bryńska A. *Warsztaty dla rodziców dzieci nadpobudliwych*. Praca niepublikowana, do użytku wewnętrznego. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 1998.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: Author; 2000.
11. Goldberg DP, Hillier VF. *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Psychol. Med. 1979; 9(1): 139–145.
12. Makowska Z, Merecz D. *Polska adaptacja Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28*. W: Dudek B. red. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników Kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2001.
13. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
14. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29) A. Antonovsky'ego*. Przegląd Psychologiczny 1993; 36(4): 491–502.
15. Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego i depresją a mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej POChP*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(5): 731–748.
16. Endler NS, Parker JD. *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation*. J. Pers. Soc. Psychol. 1990; 58(5): 844–854.
17. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (CISS)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2005.
18. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. Goldberg DP, Williams P. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2001.
20. Lehner-Dua LL. *The effectiveness of Russell A. Barkley's parent training program on parents with school-aged children who have ADHD on their perceived severity of ADHD, stress, and sense of competence*. Doctoral dissertation. Available from ProQuest Dissertations and Theses Database. (UMI 3030505). 2001.

21. Patterson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. *Improving mental health through parenting programmes: Block randomised controlled trial*. Arch. Dis. Child. 2002; 87(6): 472–477.
22. Hoofdakker van den BJ, Veen-Mulders van den L, Sytema S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, Nauta MH. *Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: A randomized controlled study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2007; 46(10): 1263–1271.
23. Kroemeke A. *Dynamika objawów depresji po zawale serca – znaczenie zmian w poziomie nadziei*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 799–810.
24. McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WE, Friedman JL. *The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2004; 33(1): 158–168.
25. Danforth J. *Parent Training for Families of Children with Comorbid ADHD and ODD*. Int. J. Behav. Consult. Ther. 2006; 2(1): 45–64.
26. Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. *Efficacy of parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance*. J. Clin. Child Psychol. 1998; 27(1): 34–45.
27. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. *Combining parent and child training for young children with ADHD*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2011; 40(2): 191–203.
28. Fabiano GA, Chacko A, Pelham WE, Robb JA, Walker KS, Wymbs F i wsp. *A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Behav. Ther. 2009; 40(2): 190–204.
29. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Williams SH, Baumann BL, Kipp H i wsp. *Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Dev. Psychol. 2007; 43(1): 70–82.
30. Kaminski J, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. *A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness*. J. Abnorm. Child Psychol. 2008; 36(4): 567–589.
31. Sonuga-Barke EJS, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. *Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2001; 40(4): 402–408.
32. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. *A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effect*. Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(1): 86–104.
33. Skowron E, Reinemann DH. *Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis*. Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training 2005; 42(1): 52–71.
34. Serketich WJ, Dumas JE. *The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis*. Behav. Ther. 1996; 27(2): 171–186.

Adres: Tomasz Srebnicki
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63
e-mail: srebnicki@wp.pl

Otrzymano: 8.05.2018

Zrecenzowano: 2.07.2018

Otrzymano po poprawie: 6.08.2018

Przyjęto do druku: 16.08.2018