

Człowiek w całokształcie życia: rodzina – edukacja – praca

JUSTYNA TREPKA-STAROSTA

Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach

JOLANTA STAROSTA

Uniwersytet Śląski w Katowicach

ZNACZENIE UCZESTNICTWA W GRUPACH WSPARCIA W POWRODZIE DO RÓWNOWAGI PSYCHICZNEJ OSÓB PO DOŚWIADCZENIU STRATY DZIECKA

Strata dziecka jest niewątpliwie jednym z najtrudniejszych doświadczeń w życiu dorosłego człowieka. Rodzi bunt i niezgodę rodziców oraz otoczenia. Mając na uwadze rozważania teoretyczne dotyczące przeżywania procesu żałoby, trudności z nim związane oraz czynniki wpływające czy utrudniające doświadczanie utraty, wiemy, że przeżywanie straty dziecka jest bardzo obciążające dla całej rodziny. Może powodować trudności zdrowotne, a kiedy przejdzie w stan chroniczny wskutek przeżytej traumy, może także dojść do trwałej zmiany osobowości czy innych zaburzeń psychicznych. Warto zatem sprawdzić, czy udział w grupach wsparcia wpływa na przeżywanie żałoby po śmierci dziecka. Jeżeli tak, to w jaki sposób?

Twierdzi się, że wsparcie odgrywa korzystną rolę dla zdrowia. Niezależnie od stresu daje poczucie przynależności, które działa wzmacniająco. Oznacza to, że osoby otoczone wsparciem są zdrowsze od tych, które wsparcia nie mają (Sęk, Cieślak, 2011, s. 25). Najbardziej popularną hipotezą dotyczącą wsparcia jest hipoteza buforowa, według której wsparcie społeczne (istniejące, spostrzegane i otrzymane) „działa jako bufor wobec zagrożenia patologią, gdyż obniża występujące napięcie stresowe i umożliwia przewyciężenie trudności, włącza się w złożony mechanizm stresu i radzenia sobie, osłabiając jego negatywne skutki” (Sęk, Cieślak, 2011, s. 26). Dzięki wsparciu poznawczemu osoby doświadczające kryzysu mają także szansę zmienić ocenę swoich kompetencji, uzyskać wgląd we własne możliwości, zwiększyć poczucie zaradności, co w konsekwencji może mieć wpływ na zmianę oceny wtórnej stresu na taką, która decyduje

o skutecznym radzeniu sobie (Sęk, Cieślak, 2011). Solomon i in. (1987) zwrócili uwagę, że ma to szansę tylko wtedy, gdy świadczona profesjonalna pomoc będzie wpływała na podwyższenie poczucia własnej skuteczności osób doświadczających kryzysu. Jak się okazało, „zbyt dużo wsparcia działa obciążająco i deprymująco” (Sęk, Cieślak, 2011, s. 26). Zgodnie z modelem mobilizacji wsparcia, im silniejszy stres przeżywamy, tym bardziej poszukujemy i oczekujemy wsparcia (Sęk, Cieślak, 2011). Stwierdzono też, że najlepszym źródłem wsparcia społecznego w sytuacjach kryzysowych, w których ważną sprawą jest wypracowanie sobie realistycznej oceny sytuacji i samego siebie, własnych uczuć i myśli, są osoby w podobnej sytuacji, z podobnym problemem (Sęk, Cieślak, 2011). Stąd pojawia się założenie, że wsparcie otrzymywane w grupach wsparcia powinno wpływać pozytywnie na radzenie sobie z żałobą po stracie dziecka. Ważnym aspektem jest także to, że źródła wsparcia zmieniają swoje znaczenie w miarę upływu czasu działania sytuacji trudnej. „W pierwszym okresie żałoby osoby korzystają najbardziej ze wsparcia rodzinnego, które jednak bardzo szybko przestaje być adekwatne do zmieniającej się dynamiki żałoby i radzenia sobie ze stratą” (Bankoff, 1983, s. 829). Często wspomina się o wsparciu społecznym jako jednym z najistotniejszych czynników wspomagających proces przeżywania żałoby. W najcięższych rodzajach śmierci zarówno Kübler-Ross, jak i Sanders zwracają szczególną uwagę na grupy wsparcia. Zdaniem auterek ta forma pomocy jest korzystna dla rodziców po stracie.

Jednym z celów badań własnych jest zatem sprawdzenie i określenie związku pomiędzy udziałem w grupach wsparcia a procesem radzenia sobie z żałobą po stracie dziecka. Osoby badane odpowiadały wprost, co sądzą o udziale w grupach wsparcia, w jakim zakresie grupy mogą pomóc rodzicom po stracie dziecka. Miały określić, czy osoby korzystające z grup wsparcia potrafią lepiej, tj. bardziej efektywnie korzystać ze wsparcia społecznego, czy mają wyższe umiejętności poszukiwania i korzystania ze wsparcia niż osoby, które w grupach nie uczestniczyły.

Celem tej pracy jest również ocena, czy osoby, które brały udział w grupach wsparcia, będą miały wyższy poziom sensu życia. Według Sanders (2001) rodzice po śmierci dziecka mają szansę nauczyć się „żyć bardziej autentycznie; z codziennymi zdarzeniami dającymi możliwość uczestniczenia w przygodzie, którą jest życie; a co najważniejsze z przeżyciami, które stymulują do tego, by dzielić się miłością, talentami i specjalnymi uzdolnieniami ze wszystkimi ludźmi, którzy mogą ich potrzebować” (Sanders, 2001, s. 181).

Powyższe dane stały się podstawą do postawienia pytań badawczych i przyjęcia przedstawionych pytań i hipotez badawczych.

PYTANIA I HIPOTEZY BADAWCZE

Celem przeprowadzonych badań jest uzyskanie odpowiedzi na pytania i hipotezy dotyczące udziału w grupach wsparcia i jego roli w procesie przeżywania żałoby po stracie dziecka oraz przyjrzenie się sposobom radzenia sobie ze stratą przez rodziców.

Pytania podzielono na grupy tematyczne.

Grupa 1: grupy wsparcia a proces przeżywania żałoby po stracie dziecka

1. Czy istnieją różnice w zakresie subiektywnej oceny aktualnego etapu żałoby pomiędzy rodzicami, którzy korzystali i nie korzystali z udziału w grupach wsparcia?
 - 1.1. Czy osoby, które korzystały z grup wsparcia, różnią się w poziomie doświadczania objawów depresji w porównaniu z grupą osób niekorzystających z tej formy pomocy?
 - 1.2. Czy osoby, które uczestniczyły w grupach wsparcia, różnią się pod względem poczucia sensu życia względem osób, które nie korzystały z tej formy pomocy?

Hipoteza 1: osoby biorące udział w grupach wsparcia radzą sobie lepiej z sytuacją przeżywania żałoby niż osoby niebiorące w nich udziału.

Grupa 2: porównanie grupy badawczej i kontrolnej w zakresie umiejętności korzystania ze wsparcia społecznego

2. Czy osoby uczestniczące w grupach wsparcia wykazywały się lepszymi umiejętnościami w zakresie korzystania z sieci wsparcia społecznego niż osoby nieuczestniczące w grupach wsparcia?
 - 2.1. Czy osoby, które uczestniczyły w grupach wsparcia, różnią się pod względem poszukiwania wsparcia społecznego od osób, które nie skorzystały z tej formy pomocy?
 - 2.2. Czy osoby, które uczestniczyły w grupach wsparcia różnią się pod względem zapotrzebowania na wsparcie społeczne od osób, które nie korzystały z tej formy pomocy?

Hipoteza 2: osoby biorące udział w grupach wsparcia otrzymują większe wsparcie społeczne niż osoby niebiorące w nich udziału.

Grupa 3: poczucie sensu życia i wiara w Boga po stracie dziecka

3. Czy po śmierci dziecka wiara w Boga ulega zmianie?
 - 3.1. Czy po śmierci dziecka zmienia się poczucie sensu życia u rodziców?
 - 3.2. Czy po śmierci dziecka następuje u rodziców zmiana priorytetów życiowych?

Hipoteza 3: po śmierci dziecka wiara w Boga ulega zmianie.

Zostanie przeprowadzona analiza mająca na celu zbadanie, czy istnieje związek pomiędzy udziałem w grupach wsparcia a poszczególnymi elementami cechującymi powrót do równowagi psychicznej po śmierci dziecka.

ZMIENNE I ICH WSKAŹNIKI

Utrata dziecka – za utratę dziecka przyjmuje się „sytuację rodzica, który z powodu śmierci utracił swoje dziecko” (Krzyżanowski i in., 2005, s. 128). Utrata dziecka dotyczy zarówno poronienia, śmierci w okresie ciąży, przy porodzie, jak również śmierci dorosłego dziecka (czyli osoby pełnoletniej).

Żałoba – w niniejszej pracy przyjęto, że żałoba to „żał po stracie, to złożona i długotrwała reakcja na utratę bliskiej osoby zaczynająca się od zaprzeczania, a zakończona pogodzeniem się z utratą” (Dodziuk, 2001).

Wsparcie społeczne – przyjęto definicję wsparcia społecznego w ujęciu funkcjonalnym: „wsparcie społeczne to rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej [...]” (Sęk, Cieślak, 2011).

Grupa wsparcia to grupa ludzi doświadczających podobnych problemów, takich jak: alkoholizm, choroby somatyczne, psychiczne, współzależnienie. Poprzez udział w spotkaniach grupy świadczą sobie wzajemną pomoc przez rozmowę, aktywne słuchanie, doświadczanie podobnych trudności.

Za wcześniejsze doświadczenia uznaje się wszelkie trudne doświadczenia życiowe, które zaszły do 2 lat przed utratą dziecka. Zaliczać do nich będziemy kryzysy małżeńskie, rozwojowe, wcześniejsze utraty, zmiany życiowe (zmianę stanu cywilnego, pracy, miejsca zamieszkania), pojawienie się nowego członka rodziny, poważne choroby i inne ważne doświadczenia wskazane przez badanych.

Filozofia życiowa, wiara – w przeżywaniu żałoby po stracie dziecka według Sanders (2001) ważnym i pomocnym czynnikiem jest filozofia życiowa oparta na wierze w Boga.

OPIS NARZĘDZI BADAWCZYCH

W celu określenia aktualnego **poziomu depresji** u badanych zastosowano Skalę Depresji Becka (BDI). Skala składa się z 21 pytań, na które pacjent samodzielnie udziela odpowiedzi. Poziom depresji obliczany jest z uzyskanej po zsumowaniu liczby punktów. Istnieją różne normy, jednak ogólnie przyjmuje się następującą punktację:

- 0-11 pkt – brak depresji,
- 12-26 – łagodna depresja,
- 27-49 – umiarkowanie ciężka depresja,
- 50-63 – bardzo ciężka depresja.

Wsparcie społeczne zostało zbadane Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego. Składa się on z trzech części: (1) sieci wsparcia, w której wypisuje się aktualną sieć wsparcia danej osoby, (2) ośmiu pytań dotyczących poszczególnych osób z wypisanej

sieci wsparcia, oraz (3) trzech pytań dotyczących straty ważnych osób w ciągu ostatniego roku (rzetelność: 0,91 alfa Crombacha). Ponadto w celu bardziej precyzyjnego zbadania wsparcia społecznego zastosowano 17 pytań z Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego BSSS (tłum. A. Łuszczynska, M. Kowalska, R. Schwarzer & U. Schulz, 2002), badającej wsparcie emocjonalne, instrumentalne, zapotrzebowanie na wsparcie oraz poszukiwanie wsparcia (rzetelność: 0,80 alfa Crombacha).

Poczucie sensu życia zostało zbadane kwestionariuszem PIL autorstwa J. Crumbaugh i L. Maholika (rzetelność: 0,70 alfa Crombacha), przetłumaczonym przez Z. Płużek. Kwestionariusz składa się z 20 twierdzeń, na które badany udziela odpowiedzi, zaznaczając nasilenie danego twierdzenia (odpowiedzi są zaznaczane w porządku malejącym od 7 do 1 lub wzrastającym od 1 do 7; cyfra 4 jest neutralna).

Osoby badane wypełniały także ankietę zawierającą informacje socjodemograficzne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie, zatrudnienie, stan cywilny, zamieszkanie, liczba posiadanych dzieci oraz daty śmierci dziecka/dzieci, wiek dzieci i przyczyny zgonu. Kwestionariusz zawierał łącznie 29 pytań, z czego część była zamknięta (15 pytań), część otwarta (2 pytania), a część mieszana, dająca możliwość wypowiedzi własnych (12 pytań). W powyższym kwestionariuszu badany udzielał odpowiedzi na pytania dotyczące żaloby, problemów, z jakimi borykają się rodzice w czasie jej trwania, okresu 2 lat poprzedzającego stratę dziecka pod kątem ważnych wydarzeń rodzinnych. Kolejna grupa pytań dotyczyła korzystania z profesjonalnej pomocy po śmierci dziecka przez osobę badaną, a także jej partnera (ojca lub matkę dziecka), stanu zdrowia osoby badanej, dolegliwości psychosomatycznych i psychicznych, takich jak depresja. Ponadto badany wypowiadał się na temat grup wsparcia w formie otwartej, oceniając również ich sensowność, jak również zakres, w jakim ta forma pomocy może być adekwatna dla osieroconych rodziców. Następną część pytań dotyczyła relacji małżeńskiej (partnerskiej) po śmierci dziecka, stażu małżeństwa. Ostatnia część poświęcona była wierze w Boga, zmianie priorytetów życiowych po stracie dziecka, wierze w życie po śmierci.

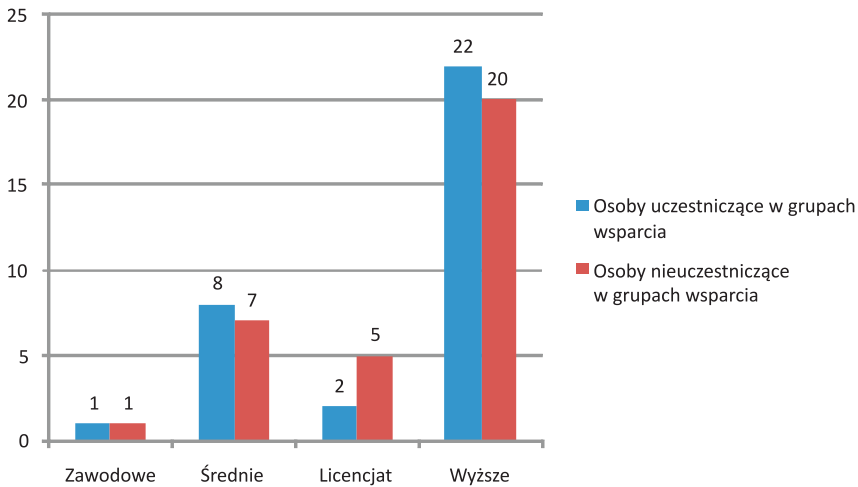
CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ

Badania zostały przeprowadzone w latach 2015-2017. Miejscem badań były ośrodki terapii, szpitale ginekologiczno-położnicze, ośrodki leczenia bezpłodności oraz ośrodki adopcyjno-wychowawcze (dla tych osób, które podejmowały decyzję wiążącą się z chęcią przysposobienia dziecka i uczestniczyły w procesie kwalifikacji), znajdujące się na terenie centralnej i południowej Polski.

Doboru próby dokonano w sposób celowy. Przebadano 66 osób w wieku od 27 do 63 lat. Średnia wieku wyniosła 38 lat. Udział w badaniu wzięło 18 mężczyzn i 48 ko-

biet. W związku małżeńskim było 55 osób, 4 w stanie wolnym, w konkubinacie 5 osób i 2 osoby rozwiedzione. Badane osoby miały od 0 do 4 dzieci. Wiek dziecka w chwili śmierci wynosił od 0 do 32 lat. Spośród badanych 33 osoby uczestniczyły w grupach wsparcia (grupa badawcza), a kolejne 33 osoby nie uczestniczyły w grupach wsparcia (grupa kontrolna).

Szczegółowe dane osób badanych przedstawiono na wykresach 1-3.



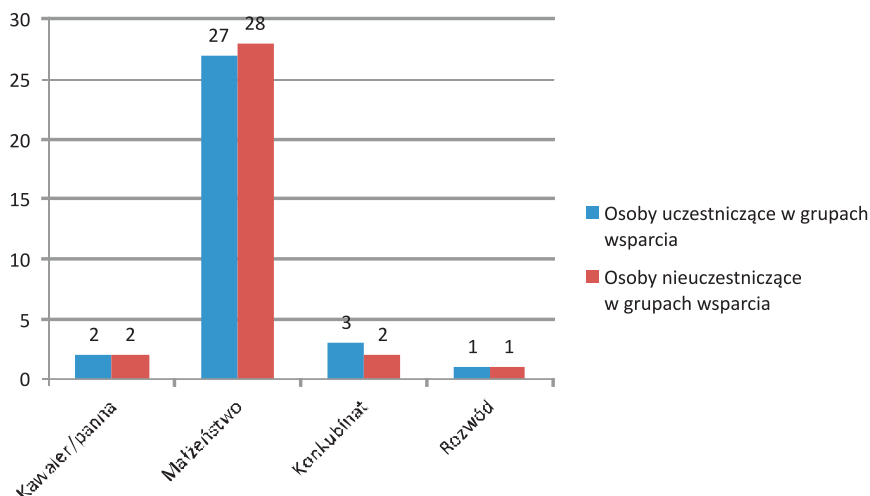
Wykres 1. Wykształcenie osób badanych

Źródło: badania własne.

Na przedstawionym wykresie widać, że w badaniu dominowały osoby z wykształceniem wyższym (42) i wyższym zawodowym (7), 15 osób miało wykształcenie średnie, a 2 zawodowe. Na cały etat zatrudnionych w chwili badania było 40 osób, czyli niecałe 61% badanych, a na pół etatu 4 osoby. Własną działalność prowadziły 3 osoby, 9 było na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym. W trybie zmianowym pracowała 1 osoba, 1 była na rencie. Na emeryturze pozostawały 3 osoby, a bezrobotnych było 5 osób.

Zdecydowana większość respondentów żyła w małżeństwie (wykres 2), 4 osoby były stanu wolnego, 5 żyło w konkubinacie, a 2 osoby były rozwiedzione.

Następnie sprawdzono różnice pomiędzy grupami w zakresie wieku dziecka w chwili śmierci. Średni wiek dziecka w chwili śmierci wynosił niecałe 5 lat. Większość badanych straciła dzieci małe (85%), 15% – dzieci dorosłe, także w wyniku samobój-

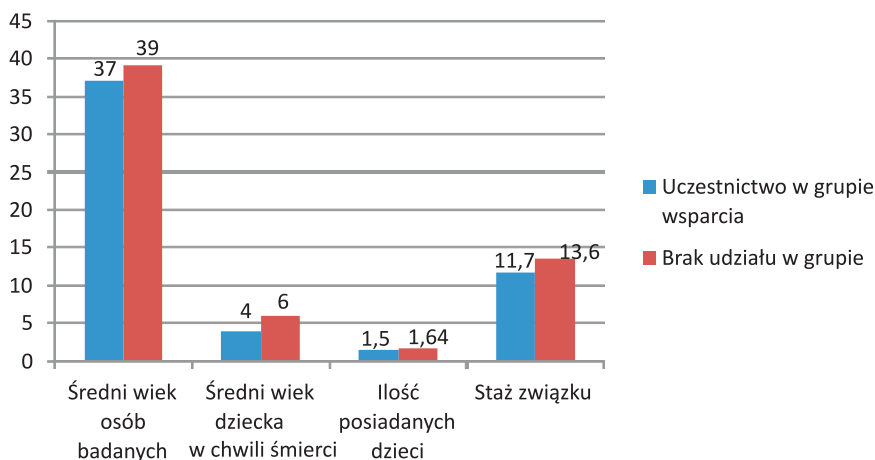


Wykres 2. Stan cywilny osób badanych

Zródło: badania własne.

stwa. Różnica pomiędzy grupami była niewielka – 18% osób, które korzystały z udziału w grupach wsparcia, straciło dorosłe dzieci, a 12% osób, które nie skorzystały z tej formy pomocy. Zanalizowano także przyczyny śmierci dzieci badanych – 39 dzieci zmarło wskutek poronienia, niewydolności macicy, wad rozwojowych, wcześniactwa czy okoliczności okołoporodowych, 17 z powodu chorób nowotworowych, utonięcia, choroby, w tym 3 z powodu sepsy, a u pozostałej trójki dzieci nie ustalono przyczyny śmierci. Jeżeli chodzi o dzieci pełnoletnie, to główną przyczyną ich śmierci były wypadki komunikacyjne. Jedno dziecko zmarło w wyniku wstrząsu anafilaktycznego, a 3 w wyniku śmierci samobójczej.

Badane grupy rodziców korzystających i niekorzystających z udziału w grupach wsparcia pod wieloma względami były bardzo do siebie podobne. Wykres 3 pokazuje główne różnice pomiędzy nimi. Średni wiek osób badanych, które uczestniczyły w grupach wsparcia, wyniósł 37 lat, a rodziców niekorzystających z tej formy pomocy – 39 lat. Staż związku u osób niekorzystających z grup wsparcia był nieco wyższy i wynosił niecałe 14 lat (niecałe 12 lat u osób korzystających z grup). Liczba posiadanych dzieci była bardzo zbliżona – średnio około półtora dziecka posiadała 1 osoba po stracie. Wiek dziecka w chwili śmierci również był bardzo zbliżony w obu badanych grupach i wynosił odpowiednio niecałe 4 i 6 lat dla osób korzystających i niekorzystających z udziału w grupach wsparcia.



Wykres 3. Podstawowe różnice pomiędzy grupami badawczymi
Źródło: badania własne.

ANALIZA I INTERPRETACJA UZYSKANYCH WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

1. Analiza jakościowa

a. Żałoba

Analiza wyników pod względem jakościowym dotycząca problemów, które zdaniem respondentów najczęściej dotyczą rodziców po stracie, wskazuje, że 74% badanych boryka się z problemami psychicznymi, 53% z małżeńskimi, ze zdrowotnymi 39% i 36% z rodzinnymi. Badani mogli wskazywać kilka odpowiedzi w zależności od stopnia występowania trudności. W mniejszej intensywności wskazywali na problemy emocjonalne (6%).

Deklarowany przez badanych aktualny etap przeżywania żałoby został przedstawiony w tabeli 1 i średnio wynosił (w skali od 0 do 10) 6,45 punktów. Średnia faza przeżywanego żałoby u osób uczestniczących w grupach wsparcia wyniosła 6,94, podczas gdy u osób niekorzystających z tej formy pomocy – 5,97.

Na pytanie: czego najbardziej brakowało Tobie (lub brakuje) w okresie żałoby?, rodzice w pierwszej kolejności wskazali, że brakowało im zrozumienia (62%), następnie porozmawiania o zmarłym dziecku (42%), przeżywania smutku (18%). Wsparcia emocjonalnego brakowało ok. 10% badanych.

Następnie sprawdzono, czy badane grupy różnią się pod względem czasu, jaki upłynął od śmierci dziecka. Wyniki zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 1. Aktualna faza przeżywanej żałoby

Etap żałoby	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Korzystanie z grup	33	3,00	10,00	6,9394	1,93551
Brak udziału w grupach wsparcia	33	0,00	10,00	5,9697	3,13732
Cała badana grupa	66	0,00	10,00	6,4545	2,63224

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Czas, jaki upłynął od śmierci dziecka

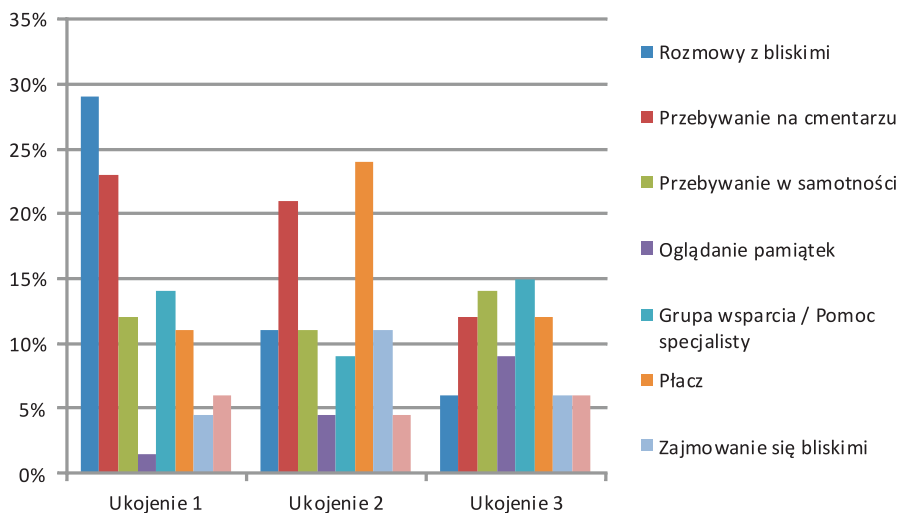
Wyszczególnienie	N	Minimum (w latach)	Maksimum (w latach)	Średnia (w latach)	Odchylenie standardowe
Dzieci małe/poronienie	56	0,10	11,00	2,8768	1,9765
Dorosłe/samobójstwo	10	1,00	10,50	3,4500	2,9416
Udział w grupach wsparcia	33	0,10	5,50	2,2030	1,24511
Brak udziału w grupach wsparcia	33	0,10	11,00	3,7242	2,5501

Źródło: badanie własne.

Można zauważyć, że u rodziców korzystających z udziału w grupach wsparcia czas, który upłynął od śmierci dzieci, był znacznie krótszy. Natomiast u rodziców, którzy stracili dzieci dorosłe i stracili dzieci w wyniku śmierci samobójczej, czas był nieco dłuższy w porównaniu z rodzicami po poronieniu czy stracie małego dziecka.

Pytano rodziców także o to, co przynosiło im ulgę w najtrudniejszych chwilach po stracie dziecka. Każdy rodzic mógł zaznaczyć 3 odpowiedzi w kolejności od najistotniejszej. Wyniki przedstawiono na wykresie 4.

Największe ukojenie w trudnych chwilach żałoby dawały rodzicom w pierwszej kolejności: rozmowy z bliskimi (29%), następnie przebywanie na cmentarzu (23%) i przebywanie w samotności (12%). Udział w grupie wsparcia i profesjonalna pomoc pomagała 14% badanym. W drugiej kolejności jako czynnik przynoszący ulgę 24% rodziców wskazywało płacz, 21% przebywanie na cmentarzu i 9% udział w grupach wsparcia czy profesjonalną pomoc, w trzeciej kolejności zaś: 15% udział w grupach wsparcia i profesjonalną pomoc, 14% badanych wskazało przebywanie w samotności, 12% przebywanie na cmentarzu i płacz. Należy także podkreślić, że pod pojęciem innych rodzice mieli możliwość rozwinięcia tej odpowiedzi i napisania, co im pomagało



Wykres 4. Co przynosiło ulgę osieroconym rodzicom?

Źródło: badanie własne.

w okresie żałoby. Głównie byli to inni rodzice po stracie dziecka, forum internetowe dla osieroconych rodziców, rozmowy z duchownym oraz praca zawodowa.

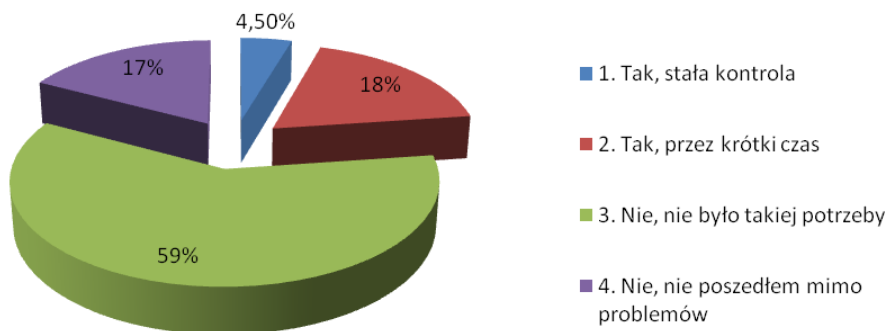
b. Profesjonalna pomoc

Po śmierci dziecka z pomocy psychologa skorzystało łącznie ok. 23% rodziców, z psychologa i psychiatry 9%, z udziału w grupie wsparcia 50%. 26% badanych uznało, że nie było potrzeby korzystania z profesjonalnej pomocy, a 9%, że nie ma zaufania do profesjonalistów. Po pomoc w ciągu pierwszych 6 miesięcy zgłosiła się ponad połowa respondentów, z czego prawie 29% w ciągu pierwszego miesiąca od straty.

Jeżeli chodzi o partnerów osób badanych, którymi w większości byli mężczyźni, to z pomocy psychologa skorzystało 12%, z wizyty u psychiatry 1 osoba, a z wizyty u psychologa i psychiatry 3 osoby. W grupie wsparcia uczestniczyło 26% małżonków (partnerów). 33% uznało, że nie było takiej potrzeby, a 23%, że nie ma zaufania do specjalistów. W ciągu pierwszych 6 miesięcy od śmierci dziecka z pomocy profesjonalnej skorzystało 35% partnerów osób badanych.

Zadowolonych z uzyskanej pomocy było łącznie 60% respondentów, w tym 97% rodziców, którzy skorzystali z udziału w grupach wsparcia. 6% nie było usatysfakcjonowanych wizytą u specjalisty.

Ogółem, farmakologicznie leczyło się lub nadal pozostaje pod stałą kontrolą psychiatryczną prawie 23% badanych, 59% nie miało takiej potrzeby, a prawie 17% nie



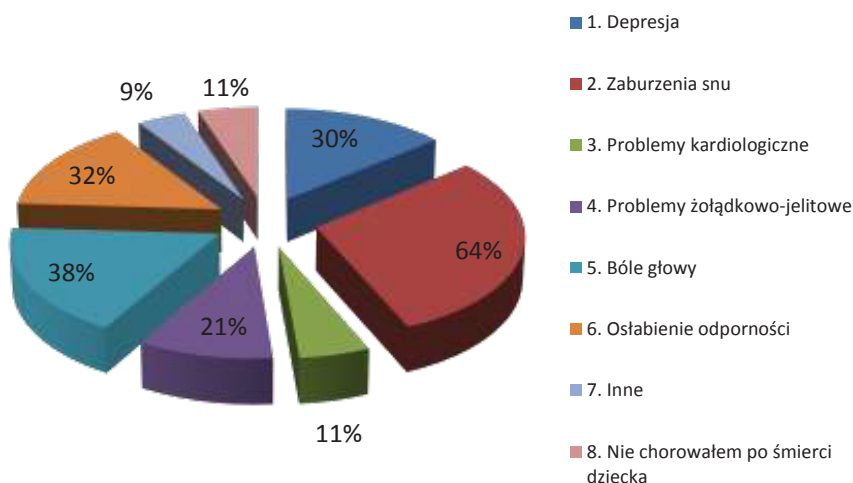
Wykres 5. Leczenie farmakologiczne

Źródło: badania własne.

udało się do lekarza mimo problemów. Ze zwolnienia lekarskiego po śmierci dziecka nie skorzystało 64% respondentów (35% owszem, na różny okres – od 2 tygodni do kilku miesięcy).

c. Sytuacja zdrowotna badanych

Poniżej zaprezentowano sytuację zdrowotną badanych rodziców po stracie dziecka (wykres 6). Można zauważyć, że najczęściej (64%) cierpieli oni na zaburzenia snu, w tym bezsenność, nadmierną senność, płytki sen czy koszmary senne. 38% cierpiało na bóle głowy, 30% na depresję, 21% na problemy żołądkowo-jelitowe, 11% nie chorowało po śmierci dziecka, 9% na osłabienie odporności.



Wykres 6. Sytuacja zdrowotna badanych

Źródło: badania własne.

d. Grupy wsparcia

Zapytano badanych, co sądzą o grupach wsparcia. Większość osób (78% wszystkich badanych, w tym: 97% rodziców w nich uczestniczących i 61% rodziców, którzy nie skorzystali z udziału w grupach) stwierdziła, że są bardzo pomocne. W swoich wypowiedziach badani argumentowali między innymi, że: *tylko rodzic po stracie może zrozumieć taką sytuację; w grupie można liczyć na zrozumienie; rozmowy z ludźmi, którzy przeżyli śmierć dziecka tak jak my, dają emocjonalną ulgę; można otrzymać tam bezpłatną pomoc specjalisty, otrzymać zrozumienie i zobaczyć, że nie jesteśmy sami; pomagają przejść etapy żałoby wspólnie z innymi rodzicami po stracie.*

Interesujące wydaje się to, że podobnie oceniają grupy wsparcia osoby w nich uczestniczące oraz rodzice, którzy nie skorzystali z tej formy pomocy. Pozostałe osoby (28%) nie miały zdania. Analiza oceny znaczenia udziału w grupach wsparcia na skali (od 0 do 10) oceniana była bardzo wysoko na 8-10 punktów.

Ponadto sprawdzono liczbę osób w sieci wsparcia osób badanych. Osoby korzystające z grupy wsparcia miały nieznacznie więcej osób w sieci wsparcia niż pozostali rodzice po stracie. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Liczba osób w sieci wsparcia

Wyszczególnienie	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Korzystanie z grup	33	3,00	8,00	6,2121	1,67253
Brak udziału w grupach wsparcia	33	1,00	8,00	5,3636	1,81690
Cała badana grupa	66	1,00	8,00	5,7879	1,78468

Źródło: badanie własne.

e. Zmiana priorytetów życiowych

Ponieważ doświadczenie śmierci własnego dziecka może stać się zjawiskiem granicznym, mającym wpływ na zmianę priorytetów życiowych u rodziców, w badaniach poruszono tę kwestię. Większość rodziców (prawie 70%) deklaruje zmianę priorytetów życiowych. Wśród ich wypowiedzi przeważa skupienie się na życiu jako takim, rodzinie, dzieciach, mniej trosk o sprawy materialne. Wiara w Boga zmieniła się łącznie u 55% badanych, z czego pogłębiła się u 23%, a zmniejszyła u 32% respondentów. Brak zmian w tym obszarze stwierdza 45% rodziców. 65% osób wierzy w życie po śmierci, 3% – nie. Kolejnych 32% nie wie, czy takowe życie istnieje. 93% wszystkich osób, w tym 100% badanych korzystających z udziału w grupach wsparcia, uważa, że ich życie mimo straty dziecka ma sens.

ANALIZA STATYSTYCZNA I INTERPRETACJA UZYSKANYCH WYNIKÓW BADAŃ

Poniżej zaprezentowano wyniki badań własnych oraz ich interpretację, zgodnie z kolejnością postawionych pytań i hipotez.

1. Związek pomiędzy udziałem w grupach wsparcia a procesem przeżywania żałoby po śmierci dziecka

1. Czy istnieją różnice w zakresie subiektywnej oceny aktualnego etapu żałoby pomiędzy rodzicami, którzy korzystali i nie korzystali z udziału w grupach wsparcia? W celu weryfikacji postawionego pytania przeprowadzono test porównania średnich t Studenta dla 2 prób niezależnych z poprawką Levene'a na niejednorodność wariancji. Porównano osoby, które korzystały z grup wsparcia ($n = 33$; $M = 6,94$; $SD = 1,93$) oraz niemające takich doświadczeń ($n = 33$; $M = 5,97$; $SD = 3,14$). Wynik okazał się nieistotny statystycznie, $t(53,277) = -1,511$, $p < 0,137$, i świadczy o tym, że nie ma różnicy pod względem subiektywnej oceny etapu żałoby w zależności od doświadczenia udziału w grupie wsparcia.

W celu sprawdzenia różnic pomiędzy badanymi w zakresie czasu, który upłynął od śmierci dziecka, przeprowadzono test porównania średnich U Manna-Whitneya. Porównano osoby, które korzystały z grup wsparcia ($n = 33$; $M = 2,20$; $SD = 1,24$) oraz niemające takich doświadczeń ($n = 33$; $M = 3,72$; $SD = 2,55$). Wynik okazał się istotny statystycznie, $U = 334,00$; $p < 0,006$. Oznacza to, że u osób, które nie korzystały z grupy wsparcia, czas, jaki upłynął od śmierci dziecka, był istotnie dłuższy.

- 1.1. Czy osoby, które korzystały z grup wsparcia, różnią się w poziomie doświadczania objawów depresji w porównaniu z grupą osób niekorzystających z tej formy pomocy?

W celu weryfikacji postawionego pytania przeprowadzono test porównania średnich t Studenta dla 2 prób niezależnych z poprawką Levene'a na niejednorodność wariancji. Porównano osoby, które korzystały z grup wsparcia ($n = 33$; $M = 10,24$; $SD = 7,47$) oraz niemające takich doświadczeń ($n = 33$; $M = 12,76$; $SD = 11,84$). Wynik okazał się nieistotny statystycznie, $t(53,994) = 1,032$, $p < 0,307$, i świadczy o tym, że nie ma różnicy pod względem poziomu depresji w zależności od doświadczenia udziału w grupie wsparcia.

- 1.2. Czy osoby, które uczestniczyły w grupach wsparcia różnią się pod względem poczucia sensu życia niż osoby, które nie skorzystały z tej formy pomocy?

W celu weryfikacji postawionego pytania przeprowadzono test porównania średnich t Studenta dla 2 prób niezależnych z poprawką Levene'a na niejednorodność wariancji. Porównano osoby, które korzystały z grup wsparcia ($n = 33$; $M = 104,18$; $SD = 17,02$) oraz niemające takich doświadczeń ($n = 33$; $M = 99,09$; $SD = 22,71$). Wynik okazał się nieistotny statystycznie, $t(59,330) = -0,865$, $p < 0,391$, i świadczy

o tym, że nie ma różnicy pod względem poczucia sensu życia w zależności od doświadczenia udziału w grupie wsparcia.

Hipoteza 1: osoby biorące udział w grupach wsparcia radzą sobie lepiej z sytuacją przeżywania żałoby niż osoby niebiorące w nich udziału.

Celem niniejszej pracy było zbadanie i określenie związku pomiędzy udziałem w grupach wsparcia a procesem radzenia sobie z żałobą po stracie dziecka. Uważa się, że po śmierci dziecka wsparcie, które otrzymuje rodzina, wpływa pozytywnie na proces przeżywania żałoby (Davies, 1999). Ze względu na literaturę dotyczącą wsparcia społecznego przyjęto założenie, że udział w grupach wsparcia pomaga lepiej, tj. bardziej świadomie, przeżyć żałobę i szybciej ją zakończyć (Sęk, Cieślak, 2011, s. 16). Hipoteza ta została częściowo potwierdzona. Brak różnic w wynikach pomiędzy grupami w zakresie aktualnego poziomu przeżywania żałoby oraz poziomu depresji jest pozytywnym wskaźnikiem, gdyż u rodziców uczestniczących w grupach wsparcia czas, jaki upłynął od śmierci dziecka, był istotnie krótszy. Z analizy jakościowej wynika, że osoby doświadczające najcięższych rodzajów śmierci dzieci (śmierć samobójcza dziecka, utrata więcej niż jednego dziecka oraz śmierć dorosłego jedynaka) były w grupie korzystających ze spotkań w grupach wsparcia. Oznacza to, że osoby zagrożone większą psychopatologią z powodu doznanej traumy znajdowały się właśnie w tej grupie rodziców po stracie. Można zatem przypuszczać, że grupa rodziców uczestniczących w spotkaniach grup wsparcia powinna mieć gorsze wyniki z racji trudniejszej utraty dziecka i krótszego okresu czasu, jaki upłynął od straty dziecka, a jednak ich wyniki nie różniły się od pozostałych osób po stracie. Należy także zwrócić uwagę na to, że 78% wszystkich badanych, w tym 97% rodziców korzystających z udziału w grupach wsparcia, uznało, że udział w grupie wsparcia jest pomocny w przeżywaniu żałoby. Zatem uzyskane wyniki wskazują, że w procesie przeżywania żałoby grupy wsparcia są pomocne.

Ponadto brak różnic w zakresie poziomu sensu życia świadczy o tym, że grupa porównawcza nie była pozbawiona wsparcia: część osób korzystała z innej profesjonalnej formy pomocy (psychologa czy psychiatry), część miała własną grupę odniesienia na forum internetowym, jeszcze inni korzystali ze wsparcia osoby duchownej, rodziny, partnera czy innego rodzica po stracie. To z pewnością miało znaczenie w przedmiotowych badaniach, gdyż wsparcie społeczne jest istotne samo w sobie (Sęk, Cieślak, 2011). W badaniach nad analizą sieci wsparcia strukturalnego pojawiło się kilka ważnych aspektów, z których najistotniejsza okazała się dostępność wsparcia. Można zatem uznać, że udział w grupach wsparcia jest pomocny, ale nie niezbędny w celu poradzenia sobie ze stratą dziecka.

Kolejnym założeniem było, że osoby uczestniczące w grupach wsparcia będą miały niższy poziom depresji od osób, które w tych grupach nie uczestniczyły. Założenie

wydawało się słuszne z wielu względów. Sama możliwość konstruktywnego omawiania doświadczanego cierpienia powinna wpłynąć na obniżenie napięcia i w konsekwencji poprawić samopoczucie osób doświadczających tak bolesnej straty. Wynik dotyczący różnic w poziomie depresji pomiędzy badanymi grupami okazał się nieistotny statystycznie. Część wyników wskazuje, że to właśnie w grupie uczęszczającej na spotkania grup wsparcia występowało więcej osób, które borykały się z depresją po śmierci dziecka. Jednak w chwili badania (kwestionariuszem BDI), po zakończonej już pracy grupowej, występował brak różnic między badanymi w zakresie poziomu depresji. Ponieważ rodzice, którzy doświadczyli najcięższych rodzajów śmierci dzieci, znajdowali się w grupie osób korzystających z udziału w grupach wsparcia, oraz czas, który upłynął od śmierci dzieci, był istotnie krótszy w porównaniu z grupą kontrolną, brak różnic w zakresie poziomu depresji jest pozytywnym wskaźnikiem. Oznacza to, że osoby, które doświadczyły większej traumy, nie różnią się w poziomie depresji w chwili badania, w porównaniu z pozostałymi rodzicami po stracie dziecka. Istnieje jednak pewna sprzeczność w uzyskanych wynikach. Różnice, które wyszły w ankiecie (wskazujące, że osoby nieuczestniczące w grupach wsparcia istotnie rzadziej cierpią na depresję), nie pokrywają się z wynikami z kwestionariusza do badania depresji BDI (wskazującego brak różnic w poziomie depresji pomiędzy grupami). Oznacza to, że rodzice uczestniczący w grupach wsparcia na pewnym etapie trwania żałoby cierpieli z powodu depresji subiektywnie mocniej niż pozostali rodzice po stracie. Jest to zgodne z tym, że właśnie w tej grupie rodzice doświadczyli obiektywnie najcięższych rodzajów śmierci dziecka (śmierć jedynaka czy śmierć samobójcza dziecka). Natomiast w momencie przeprowadzenia badań porównanie wyników uzyskanych kwestionariuszem BDI (określającego poziom depresji w momencie badania) wyraźnie pokazuje brak różnic pomiędzy grupami. Można uznać, że powyższe różnice występowały na wcześniejszych etapach żałoby lub że rodzice po udziale w grupach wsparcia mają większy wgląd we własne uczucia czy emocje i potrafią trafniej je nazywać.

Następne pytanie dotyczyło poziomu sensu życia. Miał on być wyższy u osób korzystających z grup wsparcia, czego nie potwierdziły wyniki badań. Jednak rodzice uczestniczący w grupach wsparcia na pytanie, czy ich życie ma sens, odpowiedzieli twierdząco w 100%. Osoby, które nie skorzystały z tej formy pomocy, odpowiedziały tak w 92%. Zgodnie z koncepcją Frankla (1978), w której wartości związane z sensem życia ujawniają się w tzw. tragicznej triadzie: cierpieniu, winie i śmierci (Popielski, 1987, s. 104), brak różnic między badanymi grupami oznacza, że doświadczenia związane ze śmiercią dziecka w podobny sposób wpływają na rodziców, a sam udział w grupach wsparcia nie jest zmienną różnicującą badanych w tym aspekcie.

Wyniki uzyskane w tej grupie pytań pokazują nam pozytywny wpływ udziału w grupach wsparcia na proces radzenia sobie z żałobą po stracie.

2. Wsparcie społeczne z perspektywy udziału w grupach wsparcia lub nieskorzystania z tego typu pomocy

2. Czy osoby uczestniczące w grupach wsparcia wykazywały się lepszymi umiejętnościami w zakresie korzystania z sieci wsparcia społecznego niż osoby nieuczestniczące w grupach wsparcia?

2.1. Czy osoby, które uczestniczyły w grupach wsparcia, różnią się pod względem poszukiwania wsparcia społecznego od osób, które nie korzystały z tej formy pomocy?

W celu weryfikacji pytania przeprowadzono test porównania średnich *t* Studenta dla dwóch prób niezależnych. Test jednorodności wariancji Levene'a wykazał równość wariancji. Porównano osoby, które korzystały z grup wsparcia ($n = 33$; $M = 13,75$; $SD = 3,00$) oraz niemające takich doświadczeń ($n = 33$; $M = 14,6$; $SD = 3,52$). Wynik okazał się nieistotny statystycznie, $t(64) = 1,128$; $p < 0,263$. Nie ma różnicy pod względem poszukiwania wsparcia w zależności od doświadczenia udziału w grupie wsparcia.

2.2. Czy osoby, które uczestniczyły w grupach wsparcia, różnią się pod względem zapotrzebowania na wsparcie społeczne od osób, które nie skorzystały z tej formy pomocy?

W celu weryfikacji postawionego pytania przeprowadzono test porównania średnich *t* Studenta dla 2 prób niezależnych. Test jednorodności wariancji Levene'a wykazał równość wariancji. Porównano osoby, które korzystały z grup wsparcia ($n = 33$; $M = 11,36$; $SD = 2,64$) oraz niemające takich doświadczeń ($n = 33$; $M = 11,60$; $SD = 2,47$). Wynik okazał się nieistotny statystycznie, $t(64) = 0,385$; $p < 0,702$. Nie ma różnicy pod względem zapotrzebowania na wsparcie w zależności od doświadczenia udziału w grupie wsparcia.

2.3. Czy osoby, które uczestniczyły w grupach wsparcia, różnią się pod względem poziomu spostrzeganego dostępnego wsparcia społecznego od osób, które nie skorzystały z tej formy pomocy?

W celu weryfikacji przeprowadzono test porównania średnich *U* Manna-Whitneya. Porównano osoby, które korzystały z grup wsparcia ($n = 33$; $M = 26,5$; $SD = 5,4$) oraz niemające takich doświadczeń ($n = 33$; $M = 27,7$; $SD = 3,82$) pod względem poziomu zmiennej spostrzegane wsparcie społeczne (emocjonalne i instrumentalne). Wynik okazał się nieistotny statystycznie, $U = 489,5$; $p < 0,477$.

Nie ma różnicy pod względem spostrzeganego dostępnego wsparcia w zależności od doświadczenia udziału w grupie wsparcia. W tabeli 6 wskazano wyniki testu *U* Manna-Whitneya dla grup wyróżnionych ze względu na uczestnictwo w grupach wsparcia w zmiennych spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne i spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne.

Tabela 4. Spostrzegane dostępne wsparcie społeczne

Zmienna	U	p
BSSS emocjonalne	473,0	0,35
BSSS instrumentalne	498,5	0,54

Źródło: badania własne.

Wyniki nie są istotne statystycznie.

2.4. Czy osoby, które uczestniczyły w grupach wsparcia, będą miały większą liczbę osób w sieci wsparcia społecznego niż osoby, które nie skorzystały z tej formy pomocy?

W celu weryfikacji pytania przeprowadzono test porównania średnich t Studenta dla dwóch prób niezależnych. Test jednorodności wariancji Levene'a wykazał równość wariancji. Porównano osoby, które korzystały z grup wsparcia ($n = 33$; $M = 6,21$; $SD = 1,67$) oraz niemające takich doświadczeń ($n = 33$; $M = 5,36$; $SD = 1,81$). Wynik okazał się nieistotny statystycznie, znajduje się jednak na poziomie trendu statystycznego $t(64) = -1,974$; $p < 0,053$. Nie ma różnicy pod względem liczby osób w sieci wsparcia w zależności od doświadczenia udziału w grupie wsparcia, choć istnieje duże prawdopodobieństwo, że przy większej próbie badawczej takowe różnice by wystąpiły.

Hipoteza 2: osoby biorące udział w grupach wsparcia otrzymują większe wsparcie społeczne niż osoby niebiorące w nich udziału.

Drugim pytaniem głównym było sprawdzenie, czy osoby, które uczestniczyły w grupach wsparcia, będą miały wyższy poziom umiejętności w zakresie korzystania ze wsparcia społecznego niż osoby, które nie skorzystały z tej formy pomocy.

Struktury wsparcia społecznego (zasoby wsparcia) istnieją niezależnie od sytuacji trudnej, są kształtowane w toku rozwoju psychospołecznego człowieka w całym cyklu jego życia (Bruhn, Philips, 1987). W odpowiedzi na potrzeby, które pojawiają się jako konsekwencja stresujących wydarzeń, takich jak bezrobocie, choroba, kryzys osobisty lub szczególne obciążenia życiowe, mamy możliwość skorzystania ze wsparcia społecznego aktualizowanego (Sęk, Cieślak, 2011). W tej sytuacji wyznacznikami wsparcia stają się relacje społeczne i sieci wsparcia. Jednak „wsparcie społeczne nie jest równoznaczne z integracją społeczną i grupą społeczną, zależy raczej od cech jakościowych i ilościowych tych struktur społecznych” (Knoll, Schwarzer, 2011, s. 23) Przyjęto zatem założenie, że osoby biorące udział w grupach wsparcia będą potrafiły bardziej efektywnie poszukiwać wsparcia niż osoby, które z nich nie skorzystały. Jednak wyniki badań pokazują brak różnic pomiędzy badanymi grupami.

Kolejne pytanie dotyczyło założenia, że osoby uczestniczące w grupach wsparcia miały wyższy poziom zapotrzebowania na wsparcie społeczne niż osoby, które nie skorzystały z tej formy pomocy. Okazało się, że nie ma różnic pomiędzy zapotrzebowaniem na wsparcie między badanymi grupami. Wynika z tego, iż rodzice po stracie cechują się podobnym zapotrzebowaniem na wsparcie, co jest zgodne z założeniami teoretycznymi (Sęk, Cieślak, 2011). W związku z tym sam udział w grupach wsparcia nie jest wystarczającą zmienną mogącą różnicować rodziców ze względu na zapotrzebowanie na wsparcie. Innymi słowy, rodzice, którzy nie skorzystali ze spotkań w grupach wsparcia, nie mieli niższego zapotrzebowania na wsparcie. Mogli jedynie poszukiwać wsparcia w innych źródłach.

Następne pytania miały sprawdzić, czy osoby uczestniczące w grupach wsparcia będą się różniły od pozostałych rodziców po stracie w zakresie poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego (wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego) oraz czy będą się różniły pod względem liczby osób w sieci wsparcia. Na oba pytania uzyskano negatywne odpowiedzi, wskazujące na brak różnic pomiędzy badanymi. Jednak wyniki dotyczące liczby osób w sieci wsparcia znajdowały się w granicach trendu statystycznego ($p < 0,053$), co może oznaczać, że przy większej próbie badawczej wyniki byłyby istotne statystycznie.

Powyższe wyniki można interpretować zgodnie z modelem mobilizacji wsparcia (Sęk, Cieślak, 2011). Model ten zakłada, że im silniejszy stres przeżywamy, tym bardziej poszukujemy i oczekujemy wsparcia. Ponieważ strata dziecka jest niewątpliwie bardzo dużym czynnikiem stresowym i jest postrzegana jako najtrudniejsze doświadczenie życiowe, osoby niekorzystające z grup wsparcia poszukiwały wsparcia tak samo jak rodzice biorący udział w spotkaniach grup wsparcia. Ponadto z analizy jakościowej kwestionariusza własnego można było zauważyć, że obie grupy poszukują wsparcia także w Internecie. Kontakt z innymi rodzicami po stracie przynosił ulgę badanym (wyniki jakościowe). Część osób szukała wsparcia u osób duchownych. Wskazuje to na silną potrzebę wsparcia, jego poszukiwanie w różnych źródłach i umiejętność jego uzyskania. Należy jeszcze raz podkreślić, że prowadzone badania dotyczyły dwóch grup: rodziców po stracie, którzy wzięli udział w spotkaniach grup wsparcia i takich, którzy nie skorzystali z tej formy pomocy. Jednak ta druga grupa rodziców miała swoją własną sieć wsparcia społecznego, która odgrywała rolę podobną do grupy wsparcia. Oprócz tego część z tych rodziców korzystała z pomocy profesjonalistów: psychologa, psychiatry, psychologa i psychiatry równolegle. To mogło mieć wpływ na wyniki badań dotyczące wsparcia.

3. Wpływ śmierci dziecka na zmianę dotyczącą wiary i priorytetów życiowych

3. Czy po śmierci dziecka wiara w Boga ulega zmianie?

W celu udzielenia odpowiedzi na powyższe pytanie przeprowadzono test chi-kwadrat. Porównano, czy liczba osób, która doświadczyła subiektywnej zmiany w wierze w Boga ($n = 36$), różni się znacząco od liczby osób, które nie doświadczyły zmiany ($n = 30$). Wynik nie jest istotny statystycznie $\chi^2(1, N = 66) = 0,545; p < 0,460$.

3.1. Czy po śmierci dziecka zmienia się poczucie sensu życia u rodziców?

W celu weryfikacji postawionego pytania przeprowadzono test chi-kwadrat. Porównano, czy liczba osób, która doświadczyła subiektywnej zmiany poczucia sensu życia ($n = 61$), różni się znacząco od liczby osób, które nie doświadczyły zmiany ($n = 5$). Wynik jest istotny statystycznie $\chi^2(1, N = 66) = 47,515; p < 0,000$. Oznacza to, że po śmierci dziecka u rodziców zmienia się poczucie sensu życia.

3.2. Czy po śmierci dziecka następuje u rodziców zmiana priorytetów życiowych?

W celu udzielenia odpowiedzi na powyższe pytanie przeprowadzono test chi-kwadrat. Porównano, czy liczba osób, która doświadczyła subiektywnej zmiany priorytetów życiowych ($n = 44$), różni się znacząco od liczby osób, które nie doświadczyły zmiany ($n = 22$). Wynik jest istotny statystycznie $\chi^2(1, N = 66) = 7,333; p < 0,007$. Oznacza, że po śmierci dziecka następuje u rodziców zmiana priorytetów życiowych.

Kolejne pytanie miało na celu sprawdzić, czy po śmierci dziecka wiara w Boga ulega zmianie. Wyniki okazały się nieistotne statystycznie. Hipoteza nie została potwierdzona. Z analizy jakościowej wynika, że wiara w Boga zmniejszyła się u 32% respondentów, a zwiększyła u 23%. Średnia wieku osób, u których wiara uległa zmniejszeniu, wynosi 38,9 lat, a u rodziców, u których się zwiększyła, wynosi 40,4 lat. U pozostałych 45% badanych, u których nie doszło do żadnych zmian w tej kwestii, średnia wieku wynosiła 36,9 lat. Można zauważyć, że u nieco starszych osób wiara uległa zwiększeniu, w najmłodszej grupie wiekowej nic nie uległo zmianie.

Następnie sprawdzono, czy rodzice istotnie częściej doświadczają zmiany poczucia sensu życia po stracie dziecka. Wyniki okazały się istotne statystycznie. Po śmierci dziecka następuje zmiana poczucia sensu życia bez względu na uczestnictwo w grupach wsparcia czy też nieskorzystanie z tej formy pomocy.

Ostatnie pytanie dotyczyło sprawdzenia, czy rodzice po stracie dziecka istotnie częściej doświadczają zmiany priorytetów życiowych. Wyniki okazały się istotne statystycznie. Hipoteza została potwierdzona. Z analizy jakościowej wynika, że aż 67% badanych deklarowało ich zmianę.

Wyniki wskazujące na zmianę poczucia sensu życia oraz zmianę priorytetów życiowych po śmierci dziecka są zgodne z literaturą przedmiotu. Teoria Dezintegracji

Pozytywniej wskazuje na możliwość przewartościowania życia czy ustalenia nowych priorytetów. W tym ujęciu każde, nawet bardzo bolesne doświadczenie, może stać się okazją do rozwoju osobistego. Natomiast śmierć najogólniej umożliwia przewartościowanie życia, ustalenie nowych priorytetów, wyrwanie się z niewoli konsumpcjonizmu (Dąbrowski, 1975). „Sens życia może i powinien być odnaleziony przez człowieka w każdej konkretnej sytuacji życiowej. Pomocą w jego odnalezieniu jest sumienie” (Popielski, 1987, s. 103). W tym rozumieniu to nie człowiek zadaje pytanie o sens życia, „ale życie stawia człowiekowi pytania, na które ma odpowiedzieć w poczuciu odpowiedzialności za swoje istnienie. Człowiek nie tyle nadaje sens swojemu życiu, co go odszukuje i przyjmuje” (Popielski, 1987, s. 103). Według Frankla sens życia zyskujemy dzięki temu, że urzeczywistniamy wartości poprzez: (1) działanie, kształtowanie świata, (2) przeżywanie świata i (3) cierpienie, znoszenie losu (Frankl, 1978, za: Popielski, 1987). Wood i Milo (2001) stwierdziły, że śmierć dziecka miała pozytywny wpływ na światopogląd badanych ojców po stracie oraz na rozwój ich życiowych celów. Według Sanders zakończenie żałoby jest możliwe tylko wtedy, gdy zmienia się „cały wewnętrzny system pojęciowy człowieka” (Sanders, 2001, s. 161). Osoby badane prawie w 70% dokonały zmiany priorytetów życiowych, jednak tylko u połowy badanych powyższa zmiana dotyczyła również kwestii związanych z wiarą w Boga.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI KOŃCOWE

Przedmiotem badań niniejszej pracy było sprawdzenie związku pomiędzy udziałem w grupach wsparcia a procesem przeżywania żałoby u rodziców po stracie dziecka. Tematyka badań była bardzo trudna. Rodzice w żałobie należą do mało dostępnej grupy badawczej, która niechętnie kontaktuje się z osobami spoza ich kręgu. W praktyce także znaczne ograniczenie organizacji, które zajmują się profesjonalnym (czyli opartym na odpowiedniej metodologii, pod nadzorem profesjonalistów) prowadzeniem grup wsparcia. Wciąż brakuje specjalistycznej wiedzy, jak postępować z takimi rodzicami. Praca z rodzicem po stracie jest trudna z wielu powodów. Żałoby nie da się obejść czy przeskoczyć w czasie. Jej etapy są burzliwe, często połączone z ogromnymi wybuchami rozpacz, złości, nienawiści do świata i ludzi mających żyjące dzieci, także do osób pomagających. Kontakt ze śmiercią i towarzyszenie w żałobie wymaga też własnego ustosunkowania się do tematyki życia i śmierci, konfrontacji z lękiem przed śmiercią. To również ma wpływ na znaczną niechęć do współuczestniczenia w takim procesie. Tym bardziej wyniki prezentowane w tej pracy zasługują na uwagę. Ponieważ dostęp do grupy badawczej był utrudniony, została przebadana minimalna liczba rodziców. Mimo to niektóre wyniki są bardzo wyraźne i istotne oraz mogą stać się punktem wyjścia do kolejnych badań. Na ich podstawie można wyciągnąć wniosek: **udział**

w grupach wsparcia ma pozytywny wpływ na proces przeżywania żałoby po stracie dziecka, jednak nie jest niezbędny do poradzenia sobie ze stratą dziecka (istotne jest wsparcie społeczne).

Wsparcie ma duże znaczenie. Po śmierci dziecka występuje wzmożona potrzeba poszukiwania wsparcia i chęć jego otrzymania. Bowlby (1988) i in. twierdzą, że o preferencji wyboru wsparcia „decydują doświadczenia rozwojowe z okresu tworzenia się systemu przywiązania, poczucie bezpieczeństwa i niskie zagrożenie dla samooceny” (Sęk, Cieślak, 2011, s. 49). Istotne jest aktualizowane wsparcie społeczne, „które odpowiada na potrzeby, pojawiające się jako konsekwencja stresowych wydarzeń, takich jak choroba, kryzys osobisty lub szczególne obciążenia życiowe” (Sęk, Cieślak, 2011, s. 13). Na podstawie przeprowadzonych badań należy uznać, że nie ma konieczności, aby każdy rodzic po stracie uczestniczył w grupach wsparcia, mimo iż udział w grupach wsparcia jest pomocny w radzeniu sobie ze stratą. Jeżeli rodzic ma dobrze działającą naturalną sieć wsparcia społecznego, dobrą więź z partnerem, przyjaciela, sąsiadkę lub inną osobę, która wspiera i współodczuwa to, czego doświadcza w trudnym okresie żałoby, lub bezpieczniejsze jest dla niego znalezienie wsparcia w Internecie wśród innych rodziców po stracie, to prawdopodobnie prędzej lub później poradzi sobie z utratą dziecka. Mimo że grupy są bardzo korzystne dla małżeństwa, niwelują poczucie napiętnowania i osamotnienia, są połączone z psychoedukacją, co zwiększa świadomość rodziców w tematyce żałoby, uczuć i pojawiających się emocji, to można przeżyć żałobę i poradzić sobie ze stratą bez takiej pomocy. Są osoby, które bardziej niż pozostali rodzice po stracie powinni rozważyć swój udział w spotkaniach grup wsparcia. Będą to rodzice, którzy doświadczą cięższych rodzajów śmierci dzieci – śmierci samobójczej dziecka, śmierci jedynaka, śmierci wszystkich dzieci, traumatycznego wypadku czy też nieposiadający naturalnej sieci wsparcia społecznego.

Niewątpliwie udział w profesjonalnych grupach wsparcia daje szansę na lepsze zrozumienie przeżywania etapów żałoby, umiejętność rozumienia siebie i doświadczanych uczuć, minimalizuje ryzyko utrwalania patologicznych zachowań utrudniających rodzicom powrót do równowagi psychicznej.

LITERATURA

- Adamczak, M., Sęk, H., Świrydowicz, T. (1995). *Pomoc psychologiczna w opiece terminalnej i okresie żałoby. Zeszyty Interwencji Kryzysowej*, 5, 7–24.
- Aleksandrowicz, J. (1997). *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10) – psychopatologia, diagnostyka, leczenie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 121–134.
- Aries, P. (1989). *Człowiek i śmierć*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

- Bankoff, E. (1983). Social Support and Adaptation to Widowhood. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 4, s. 827–839.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bruhn, J.G., Phillips, B.U. (1987). A developmental basis for social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 10 (3), s. 213–229.
- Cieślak, R., Elias, A. (2011). Wsparcie społeczne a osobowość. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Corden, A., Sloper, P., Sainsbury, R. (2001). *Financial effects for families after the death of a disabled or chronically ill child: a neglected dimension of bereavement*. Social Policy Research Unit, New York: University of York, 199–204.
- Davis, M.H., (1999). *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dąbrowski, K. (1975). *Trud istnienia*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Domański, M., Truś, K. (1998). Gdy umrze dziecko. *Lekarz Rodzinny*, 6, 60.
- Dodziuk, A. (2001a). *Nie bać się śmierci*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Dodziuk, A. (2001b). *Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Fijewski, P. (1998). *Tajemnica pustki wewnętrznej. Praca zbiorowa*. Warszawa: [brak wydawnictwa].
- Folkman, S., Lazarus R. [brak roku]. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 26, 309–317.
- Frankl, V. (1978). *Nieuświadomiony Bóg*. Warszawa: Wydawnictwo IW PAX.
- Greenglass, E. (2011). Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Greenstone, J., Leviton, S. (2004). *Interwencja Kryzysowa*. Gdańsk: Wydawnictwo GWP.
- Heszen-Niejodek, I. (1995) (red.). *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Herbert, M. (2005). *Żałoba w rodzinie. Jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom*. Gdańsk: GWP.
- James, R., Gilliland, B. (2004). *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: PARPA.
- Keirse, M. (2004). *Smutek strata żałoba*. Radom: Polwen.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2011). „Prawdziwych przyjaciół...” Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Krasuska, M., Stanisławek, A., Lechicka, J. (2002). Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci. *Psychoonkologia*, 6(3), 65–69.
- Krzyżanowski, D., Różańska, O., Chybicka, A., Mess, E. (2005), Osierocenie osób dorosłych po stracie bliskiej osoby. *Onkologia Polska*, 8, 3.
- Kübler-Ross, E. (2007). *Dzieci i śmierć*. Poznań: Media Rodzina.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Pytania i odpowiedzi na temat śmierci i umierania*. Warszawa: Laurum.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*. Warszawa: MT Biznes.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja Kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Łuszczynska, A. (2011). Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Mandal, E. (2004). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Wydanie drugie zmienione. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Mandal, E. (2003). *Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Mandal, E. (2007) (red.). *W kręgu gender*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ostrowska, A. (2005). *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ogryzko-Wiewiórowska, M. (1994). *Rodzina i śmierć*. Lublin: Wydawnictwo M. Curie Skłodowskiej.
- Pindel, R. (2008). *Gdy umiera ktoś bliski*. Kraków: Dom Wydawniczy „Rafael”.
- Popielski, K. (2008). *Psychologia egzystencji. Wartość w życiu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Popielski, K. (1987) (red.). *Człowiek – pytanie otwarte*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Rams, M. (2003). Kiedy umiera dziecko. *Psychologia i Rzeczywistość*, 3, 28–33.
- Sadowska-Krawczenko, I., Korbal, P. (2005). Śmierć noworodka – jak pomóc rodzicom. *Postępy Neonatologii*, 1(7), 139–140.
- Sanders, C. (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei*. Gdańsk: GWP.
- Sanders, C. (1989). *Grief: The morning after*. New York: John Wiley & Sons.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2014) (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Sęk, H. (2011). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: L. Ciepiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 49–67.
- Strelau, J., Doliński, Z. (2008). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna*. Gdańsk: GWP.
- Trobisch, I. (2006). *Ucząc się żyć po utracie ukochanej osoby*. Częstochowa: Pomoc: Wydawnictwo Misjonarzy Krwi Chrystusa.
- Wood, J., Milo, E. (2001). Father's grief when a disabled child dies. *Death Studies*, 25, s. 635–661.

ZNACZENIE UCZESTNICTWA W GRUPACH WSPARCIA W POWROTCIE DO RÓWNOWAGI PSYCHICZNEJ OSÓB PO DOŚWIADCZENIU STRATY DZIECKA

STRESZCZENIE: Celem podjętych badań było sprawdzenie i określenie związku pomiędzy udziałem w grupach wsparcia a procesem radzenia sobie z żalobą po stracie dziecka. Wiodącymi podstawami teoretycznymi uczyniono koncepcję przeżywania żaloby według Sanders (2001) oraz koncepcję wsparcia społecznego według Sęka i Cieślaka (2011). W celu weryfikacji postawionych hipotez przebadano grupę 66 rodziców po stracie dziecka w wieku od 27 do 63 lat, z czego połowa uczestniczyła w profesjonalnych grupach Wsparcia. Wsparcie społeczne zostało zbadane Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego oraz Berlińską Skalą wsparcia Społecznego (BSSS), mierzącą wsparcie emocjonalne, instrumentalne, zapotrzebowanie na wsparcie oraz poszukiwanie wsparcia. Poczucie sensu życia zostało zmierzone kwestionariuszem PIL autorstwa J. Crumbaugh'a i L. Maholika. W celu określenia poziomu depresji u badanych zastosowano Skalę Depresji Becka (BDI). Dowiedziono, iż udział w grupach wsparcia jest pomocny w zakresie radzenia sobie ze stratą dziecka, ale nie jest niezbędny w tym procesie, tzn., że można poradzić sobie z utratą dziecka bez korzystania z tej formy pomocy. Udział w grupach wsparcia pozytywnie wpływa na relację małżeńską osieroconych rodziców, jak również prowadzi do obniżenia występowania objawów depresyjnych. W badaniach ukazały się korzyści wynikające ze wsparcia społecznego, jego dostępności i adekwatności. Nie udało się odnaleźć istotnych różnic pomiędzy udziałem w grupach wsparcia a wzrostem poziomu sensu życia, a także wpływu śmierci dziecka na zmiany w zakresie wiary w Boga. Znajomość czynników mających wpływ

na radzenie sobie ze stratą dziecka, lepsze zrozumienie zjawiska jakim jest żałoba, oraz roli udziału w spotkaniach grupy wsparcia, mogą pozwolić na określenie dalszych obszarów problemowych i wprowadzenie działań, mających na celu zapobieganie patologizacji procesu żałoby czy utrwalaniu zachowań utrudniających rodzicom powrót do zdrowia.

SŁOWA KLUCZOWE: strata, żałoba, wsparcie, grupa wsparcia, sens życia, radzenie sobie.

SIGNIFICANCE OF PARTICIPATION IN SUPPORT GROUPS IN PSYCHOLOGICAL RECOVERY AFTER EXPERIENCING THE LOSS OF A CHILD

SUMMARY: This paper discusses issues related to grief after the death of the child, participation in support groups and its role in the process of coping with loss. The aim is to present how participation in support groups affects the difficult process of mourning. The theoretical basics in this study were: conception of grief process by Sanders (2001) and social support by Sęk and Cieślak (2011). To verify the hypothesis the quantitative research was conducted on a group of 66 parents between the ages of 27 to 63 years old. Half of the group participated in support groups and the other half did not. The social support was analyzed with the use of Social Support Questionnaire and Berlin Social Support Scale (BSSS). The sense of meaning of life was explored by the PIL scale. Beck Depression Inventory was used to estimate depression stage. The result of the research showed that participation in the support groups is helpful, but not crucial for the individuals in the process of grief. Nevertheless the exercise of support groups has some benefits – it has positive influence on relationship between married couple and it reduces syndromes of depression. Research showed that social support is significant for people in grief. The results of the study didn't show relevance between participation in support groups and increase of sense of meaning of life. The research results didn't prove any influence on adjustments of faith after losing the child. It considers the role and benefits of support groups, predisposition of orphaned to choose adequate forms of assistance as well as recommendations for people who can help them.

KEYWORDS: death of the child, mourning, coping with loss, support group, social support.