

Grażyna Dębska¹, Katarzyna Strączek², Jolanta Sułek²

1. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

2. Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

POSTAWY MATEK WOBEC DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM

Autor korespondencyjny:

Grażyna Dębska, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, ul. Herlinga Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
e-mail: gdebska@afm.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Występowanie nieprawidłowych postaw rodzicielskich w stosunku do dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym zwiększa ryzyko niepowodzeń w prowadzonej rehabilitacji. Celem badania była ocena postaw matek w stosunku do dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Materiał i metody: Badaniem objęto 65 matek wychowujących dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym. W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Postaw Rodzicielskich wg M. Ziemskiej.

Wyniki: Postawy matek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym są zróżnicowane. Dominują postawy niepożądane dla skal górowanie i koncentracji (odpowiednio 61,5% oraz 55,4%), a dla skal bezradność oraz dystans pozytywne (odpowiednio 55,4% oraz 70,8%). Matki, których dzieci mają umiarkowany stopień niepełnosprawności i zaburzenia mowy mają wyższy wynik stenowy dla koncentracji (odpowiednio: średnia 5,17±1,88 i 5,33±1,85, mediana 5, zakres 1–9). Natomiast matki, których dzieci mają zaburzenie wzroku mają niższy wynik stenowy dla koncentracji jako postawy rodzicielskiej (średnia 3,92 ± 1,44, mediana 4, zakres 1–6).

Wnioski: Postawy matek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym są zróżnicowane i nie są zależne od stopnia niepełnosprawności i współtowarzyszących zaburzeń. Dominują postawy niepożądane dla skal górowanie i koncentracji, a pożądane dla skal bezradność oraz dystansu.

Słowa kluczowe: postawy matek, dziecko, mózgowie porażenie dziecięce

Wprowadzenie

Najnowsza definicja mózgowego porażenia dziecięcego (MPD), opisuje to pojęcie jako grupę trwałych zaburzeń rozwoju narządu ruchu i postawy, które powodują ograniczenie motoryki. Powodem są niepostępujące zaburzenia, pojawiające się w rozwoju układu nerwowego płodu lub niemowlęcia. Zaburzeniom motoryki w mózgowym porażeniu dziecięcym często towarzyszą zaburzenia czucia i percepcji, napady padaczkowe oraz wtórne problemy mięśniowo-szkieletowe [1]. Powyższe zaburzenia oraz duża częstotliwość występowania MPD (2 przypadki na 1000 urodzeń), stanowią problem nie tylko medyczny, ale również społeczny, zaburzający funkcjonowanie dziecka i całej rodziny.

Rozpoznanie u dziecka choroby czy też stwierdzenie niepełnosprawności, staje się zwykle czynnikiem zaburzającym dotychczasowy układ w rodzinie [2,3]. W opinii Popielickiego i wsp. [4] „urodzenie dziecka niepełnosprawnego powoduje zachwianie realizacji planów życiowych rodziców i całej rodziny, burzy oczekiwania względem nowo narodzonego potomka. Najczęściej emocje są tak silne, że dezorganizacji ulegają relacje między członkami rodziny i naturalny przebieg codziennego życia...”

Można wyróżnić wiele typowych reakcji rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym takich jak: poczucie winy, nadmierną koncentrację na kalectwie, rezygnację z podejmowania prób usprawniania dziecka.

Ziemska [5] badając postawy rodziców wobec dziecka, definiuje ją jako nabytą strukturą poznawczo-dążeńiowo-afektywną. Ukierunkowuje ona zachowanie się rodziców wobec dziecka, jest rozumiana jako utrwalona tendencja do reagowania w określony sposób w stosunku do dziecka. Wyróżnia dwie grupy postaw: postawy pożądane (pozytywne), prowadzące do prawidłowego rozwoju dziecka oraz postawy niepożądane (negatywne), zaburzające prawidłowy rozwój dziecka, prowadzące do zaburzeń zachowania i osobowości.

Do postaw pożądanych zalicza: akceptację, uznanie praw, rozumną swobodę, współdziałanie. Postawa współdziałająca polega na współdziałaniu, zainteresowaniu się sprawami dziecka oraz zaangażowaniu go w sprawy rodzinne, w zależności od możliwości rozwojowych. Postawa rozumnej swobody z kolei polega na dawaniu dziecku właściwej, rozważnej, odpowiedniej do wieku swobody. Postawa uznania praw, charakteryzuje się uznawaniem równych praw dziecka w rodzinie, bez przeceniania jego roli. Natomiast postawa akceptująca

polega na akceptowaniu dziecka takim, jakim ono jest w rzeczywistości, z jego fizycznymi i psychicznymi cechami i deficytami [5].

W grupie postaw rodzicielskich niepożądanych zdefiniowanych przez Ziemiakę [5] znajdują się: odtrącenie, nadmiernie wymaganie i chronienie, unikanie. Postawa unikająca charakteryzuje się brakiem zainteresowania dzieckiem i jego sprawami, brakiem opieki, obojętnością i zaniedbaniem uczuciowym. Postawa nadmiernie chroniąca polega na nadmiernej ochronie i troskliwości, ograniczającej swobodę i samodzielność, izolująca dziecko od życia w środowisku. Z kolei postawa nadmiernie wymagająca charakteryzuje się naginaniem dziecka do wymarzonego ideału, nadmiernymi wymaganiami, bez względu na możliwości, zdolności i wytrzymałość dziecka. Natomiast postawę odtrącającą charakteryzuje dezaprobatą ujawnianie uczuć negatywnych w stosunku do dziecka, ciągłe upominania, korygowanie go i karanie.

Na kształtowanie się postaw rodzicielskich oprócz samego faktu posiadania dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym mogą wpływać: ciężkość uszkodzeń układu nerwowego i postać mózgowego porażenia dziecięcego, fazy rozwojowe dziecka, czas trwania schorzenia, rezultaty długotrwałego leczenia, warunki materialno-bytowe, struktura rodziny, osobowość rodziców oraz ich stan psychosomatyczny, wiek, wykształcenie, pozycja zawodowa, doświadczenie emocjonalne, wzorce wychowawcze wyniesione z domu rodzinnego [3]. Pojawienie się nieprawidłowych postaw rodzicielskich zwiększa ryzyko niepowodzenia rehabilitacji, wystąpienia problemów wychowawczych i narastającej izolacji społecznej oraz braku akceptacji ograniczeń. Otwarte uznanie choroby w rodzinie pozwoli wytworzyć pozytywne relacje z rodziną i rówieśnikami, umożliwi niepełnosprawnemu dziecku realizację planów [2,3,6,7].

Cel pracy

Celem badania była ocena postaw rodzicielskich matek wobec dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym. Na podstawie celu ogólnego sformułowano problemy badawcze:

- 1) Jakie postawy przejawiają matki niepełnosprawnego dziecka?
- 2) Czy postawy przejawiane przez matki wobec niepełnosprawnego dziecka są uwarunkowane stopniem jego niepełnosprawności?

Material i metody

Badanie ankietowe przeprowadzono w 2012 roku i objęło nim 65 matek wychowujących dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym. Dane uzyskane z pierwszej części kwestionariusza pozwoliły na określenie danych demograficznych badanych oraz wieku dziecka i poziomu jego niepełnosprawności. Średnia

wieku badanych wynosiła 40,5 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z przedziału wiekowego od 41 do 50 lat: 49,2% (n = 32), w przedziale wiekowym od 31 do 40 lat było 35,4% (n = 23), od 21 do 30 było 9,2% (n = 6), a powyżej 50 lat – 6,2% (n = 4). Wykształcenie wyższe posiada 23% (n = 15), średnie 36,9% (n = 24), 33,8% (n = 22) ankietowanych ma wykształcenie zawodowe, a tylko 6,3% (n = 4) podstawowe. Grupa badana to przede wszystkim mieszkańcy wsi – 72,3% (n = 47), pozostali 27,7% (n = 18) to mieszkańcy miasta. Średni wiek dziecka badanych matek wynosi 10,5 roku, w tym nie objętych obowiązkiem szkolnym 6,1% (n = 4), w wieku szkolnym (szkoła podstawowa i gimnazjum) 89,2% (n = 58), powyżej 16 roku życia 4,7% (n = 3).

W badaniach zastosowano kwestionariusz postaw rodzicielskich wg Ziemskiej [5], który zawiera 41 twierdzeń. Wypełniając kwestionariusz badani wyrażali opinię wybierając skategoryzowane odpowiedzi: zdecydowanie słuszne, raczej słuszne, zdecydowanie błędne, raczej błędne. Kwestionariusz oparty jest na koncepcji postaw rodzicielskich, w którym występują cztery główne typy tzn. górowanie, bezradność, koncentracja, dystans. Analizując kwestionariusz przypisano punkty do uzyskanych odpowiedzi. Postawy rodzicielskie wyrażone zostały za pomocą wartości stenowych zgodnie z arkuszem obliczeniowym. Przyjęto następujące kryteria postawy: pozytywne (1–4 stena), umiarkowane (5–6 stena), negatywne (7–10 stena). Za pożądane wychowawczo przyjęto postawy pozytywne a za niepożądane – postawy umiarkowane i negatywne [5].

Analizę statystyczną zebranego materiału badawczego oparto na teście U Manna-Whitneya i ANOVA rang Kruskala-Wallisa z zastosowaniem testu post-hoc Bonferroniego, wykorzystując komputerowy pakiet statystyczny Statistica v. 7.1 firmy StatSoft oraz program Microsoft Excel 2007 firmy Microsoft.

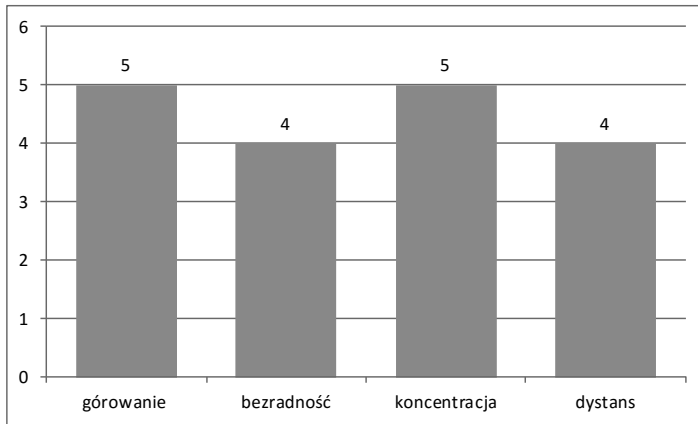
Wyniki

Na podstawie wyników kwestionariusza M. Ziemskiej, dokonano oceny postaw matek wobec dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym. Wartości średnie postaw w czterech skalach: górowanie, bezradność, nadmierna koncentracja i dystans, przedstawiono na rycinie nr 1.

W skali mierzącej górowanie i koncentrację wartości średnie wyniku stenowego wynosiły 5, co wskazuje na postawy niepożądane umiarkowane. Natomiast w bezradności i dystansie przejawiane postawy należą do przedziału pozytywnego (4 – górna granica średniej wartości stenowej). Na podstawie uzyskanych wyników, można stwierdzić, iż wśród matek dzieci z porażeniem mózgowym dominują postawy niepożądane dla skal górowanie i koncentracja, a dla skal bezradność oraz dystans pozytywne.

W skali mierzącej postawę górowania nad dzieckiem wyniki wskazują, że postawę niepożądaną wychowawczo reprezentuje 61,5% z tego 29,2% badanych

reprezentuje negatywną postawę w tej skali, natomiast 38,5% matek w skali górowania wykazuje postawę pożądaną (pozytywną) opartą na akceptacji dziecka oraz uznaniu jego praw.



Rycina 1. Postawy matek (wartości średnie wyniku stenowego).

W skali bezradności postawę niepożądaną przejawia 46,2%. Stosunek matek do dziecka jest unikający lub nadmiernie chroniący. Pozostali ankietowani (53,7%) współdziałają ze swoim dzieckiem i obdarzają go rozsądną swobodą, na co wskazuje pozytywna postawa w skali bezradności.

W skali koncentracji postawę niepożądaną (negatywną i umiarkowaną), charakteryzującą się nadmierną koncentracją uczuciową na dziecku i tendencją do przesadnej troski, uzyskało 55,4% ankietowanych. Postawę pożądaną wychowawczo (pozytywną) w tej skali zanotowano u 44,6% kobiet.

W skali dystansu u zdecydowanej większości respondentek (70,8%) zanotowano pozytywną postawę. Matki prezentujące postawę pozytywną skali dystansu mają bliski kontakt z dzieckiem, współdziałają z nimi i wymiana uczuć między nimi jest swobodna. W tej skali u 29,2% zanotowano postawy niepożądane (negatywne i umiarkowane) (Tab.1).

Tabela 1. Odsetek respondentek przejawiających postawy pożądaną i niepożądaną dla skal: górowanie, bezradność, koncentracja, dystans

Skala/grupa postaw	Pozytywne – pożądaną		Negatywne – niepożądaną		Umiarkowane – niepożądaną	
	Liczba osób	%	Liczba osób	%	Liczba osób	%
górowanie	25	38,5	19	29,2	21	32,3
bezradność	35	53,7	7	10,8	23	35,5
koncentracja	29	44,6	11	16,9	25	38,5
dystans	46	70,8	6	9,2	13	20,0

Najwięcej ankietowanych to matki dzieci z postacią mieszaną mózgowego porażenia dziecięcego – 52,3% (n = 34). Dzieci z postacią spastyczną stanowią 27,7% (n = 18), z obustronnym porażeniem połowicznym 13,8% (n = 9), a 4,2% (n = 4) to dzieci z postacią ataktyczną i dyskinetyczną (klasyfikacja szwedzka opracowana przez Hagberga).

W badanej grupie u dzieci w większości przypadków stwierdzono umiarkowany stopień niepełnosprawności 47,7% (n = 31), lekki 41,5% (n = 27) oraz znaczny 10,8% (n = 7). Niepełnosprawność intelektualna występuje u 73,8% (n = 48) dzieci badanych matek. W następnej kolejności występują zaburzenia mowy – 31 (47,69%), padaczka – 29 (44,61%) oraz zaburzenie wzroku – 16 (24,61%).

W dalszej analizie badano różnice pomiędzy wynikiem stenowym dla postaw rodzicielskich: górowania, bezradności, koncentracji i dystansu, a stopniem niepełnosprawności dziecka i współtowarzyszącymi mu zaburzeniami. Posługując się testem Kruskala-Wallisa stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikiem stenowym dla koncentracji jako postawy rodzicielskiej, a stopniem niepełnosprawności dziecka, $H(df = 2, n = 63) = 6,00, p = 0,0497$. Osoby, których dzieci mają umiarkowany stopień niepełnosprawności mają wyższy wynik stenowy dla koncentracji (średnia $5,17 \pm 1,88$, mediana 5, zakres 1–9) w porównaniu do rodziców dzieci z stopniem niepełnosprawności znacznym (średnia $3,57 \pm 0,98$, mediana 4, zakres 2–5). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wynikiem stenowym dla górowania, bezradności i dystansu jako postawy rodzicielskiej, a stopniem niepełnosprawności dziecka (odpowiednio: $p = 0,10, p = 0,07, p = 0,55$).

Posługując się testem U Manna-Whitneya stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikiem stenowym dla koncentracji jako postawy rodzicielskiej, a występowaniem zaburzenia mowy, $Z(n = 64) = -1,97, p = 0,049$. Osoby, których dzieci mają zaburzenie mowy mają wyższy wynik stenowy dla koncentracji jako postawy rodzicielskiej (średnia $5,33 \pm 1,85$, mediana 5, zakres 1–9) w porównaniu do rodziców dzieci bez zaburzeń mowy (średnia $4,45 \pm 1,65$, mediana 4, zakres 1–8). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wynikiem stenowym dla górowania, bezradności i dystansu jako postawy rodzicielskiej, a występowaniem zaburzenia mowy (odpowiednio: $p = 0,63, p = 0,22, p = 0,51$).

Posługując się testem U Manna-Whitneya stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy występowaniem zaburzenia wzroku, a wynikiem stenowym dla koncentracji jako postawy rodzicielskiej. $Z(n = 64) = 2,11, p = 0,035$. Osoby, których dzieci mają zaburzenie wzroku mają niższy wynik stenowy dla koncentracji jako postawy rodzicielskiej (średnia $3,92 \pm 1,44$, mediana 4, zakres 1–6) w porównaniu do rodziców dzieci bez zaburzeń wzroku (średnia $5,13 \pm 1,80$, mediana 5, zakres 1–9). Natomiast nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy występowaniem zaburzenia wzroku, a wynikiem stenowym dla

górowania, bezradności i dystansu jako postawy rodzicielskie (odpowiednio: $p = 0,64$, $p = 0,27$, $p = 0,13$).

Posługując się testem U Manna-Whitneya nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy występowaniem padaczki oraz niepełnosprawności intelektualnej, a przeciętnym wynikiem stenowym dla wszystkich czterech postaw rodzicielskich ($p < 0,05$).

Dyskusja

W analizowanym piśmiennictwie, poruszającym problematykę rodzin wychowujących dziecko przewlekle chore czy niepełnosprawne, zwraca się uwagę na występowanie wielu czynników stresogennych, które napotykają rodzice w realizacji funkcji rodzicielskich [8]. Lista sytuacji trudnych jest długa, począwszy od reakcji rodziny na diagnozę poprzez sytuację bytową, finanse, stan emocjonalny i psychiczny członków rodziny, relacje między rodzicami, stan zdrowia członków rodziny, stosunki pomiędzy rodzeństwem, zdolności adaptacyjne rodziny, relacje z najbliższymi i otoczeniem [8,9,10].

Wiele badań wskazuje, że niepełnosprawność dziecka zmienia nie tylko stan zdrowia i psychikę, ale i funkcjonowanie całej rodziny, poprzez wpływ na zmianę postaw rodziców do dziecka. Świadomość tych zmian, a także obarczenie dodatkowymi obowiązkami potencjalnie kształtuje postawę rodziców i to nie tylko względem dziecka, ale i otaczającego środowiska. Według Ziemskiej [5] postawy rodzicielskie są bardzo plastyczne i ulegają zmianom w miarę, jak zmienia się dziecko, które przechodzi przez różne etapy swojego rozwoju. Mogą balansować między przeciwległymi biegunami: od nadmiernej koncentracji i ochraniań do odrzucenia dziecka. Zmianie ulega przede wszystkim stopień i jakość dawanej dziecku swobody oraz nadzoru. W miarę dorastania maleje z czasem konieczność bliskiego kontaktu fizycznego, a wzrasta i rozbudowuje się więź psychiczna. Jeżeli natomiast rodzice wraz z rozwojem dziecka nie przyjmują postaw właściwych dla określonego okresu rozwoju, to prowadzi to do sytuacji konfliktowych, które powodują zaburzenia w rozwoju dziecka, a w dłuższym okresie czasu potęguje problemy wychowawcze. Postawy rodzicielskie mają również wpływ na zachowanie dzieci i mogą kształtować ich późniejszy stosunek do niepełnosprawności [5,11]. Ziemska [5] podzieliła typy postaw rodzicielskich następująco: typ niepożądany (postawa odtrącająca, postawa zbyt wymagająca, postawa unikająca i postawa nadmiernie chroniąca) oraz pożądany (postawa akceptująca, postawa uznania praw dziecka, postawa współdziałania, postawa rozumnej swobody).

Plompa [11] wyróżnił takie postawy jak: akceptacje – odrzucenie, wymaganie, autonomię, niekonsekwencję i ochraniać. Natomiast Borzyszkowska [za: 9] wyodrębniła następujące postawy rodziców wobec dzieci niepełnosprawnych: właściwy, zbyt łagodny i zbyt surowy oraz obojętny.

Badanie Szałowskiej i wsp. [12] wykorzystujące psychologiczne narzędzia standaryzowane do oceny postaw rodzicielskich oraz funkcjonowania emocjonalnego rodziców dzieci z przewlekłą chorobą nerek wykazało, że poziom lęku i objawów depresji jest wyższy u rodziców dzieci chorych w porównaniu z grupą zdrowych. Zaobserwowano w nim, że wraz z czasem trwania choroby zmniejszał się poziom lęku. Inne badania potwierdzają występowanie emocji negatywnych takich jak: przygnębienie, lęk, obniżenie nastroju, poczucie winy, trudności w koncentracji u rodziców dzieci z chorobą nowotworową, chorobami krwi, z autyzmem. U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym Wiśniewska i wsp., zbadali występowanie nasilenia negatywnych uczuć: lęku o przyszłość, poczucie krzywdy [13]. Natomiast Rosińczuk i wsp. zaobserwowali występowanie zmęczenia i osamotnienia u większości rodziców wychowujących dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym [2].

Wyniki badań własnych wskazują na zróżnicowane postawy matek do dzieci z porażeniem mózgowym. Dominują postawy niepożądane dla skal górowanie i koncentracja. Postawę taką cechuje surowość i bezwzględność w relacjach z dzieckiem, czyli zaznaczenie swej przewagi na dzieckiem poprzez nadmierne wymagania i odtrącenie oraz nadmierną koncentrację uczuciową na dziecku i tendencją do przesadnej troski. U jednej trzeciej badanych zanotowano postawy niepożądane w skali dystansu, wyrażające się poprzez odtrącenie, unikanie tworzenie dużego dystansu w kontakcie z dzieckiem, brak ciepła i czułości w okazywaniu uczuć. Natomiast dominuje postawa pożądana (pozytywna) oparta na akceptacji dziecka, współdziałaniu, obdarzaniu rozumną swobodą oraz uznaniu jego praw dla skal dystansu, a w mniejszym stopniu bezradności. Podobne wyniki z wykorzystaniem kwestionariusza Ziemskiej, uzyskano w badaniach Kózka, Dębska, Cepuch oraz Zych i wsp. [14,15,16,17,18].

Grupę badaną stanowili rodzice dzieci: z wadą serca, po przeszczepie szpiku kostnego, z zespołem Downa oraz żywieni pozajelitowo. W tych grupach podobnie jak w badaniach własnych przeważały postawy niepożądane (negatywne) w skali górowania i koncentracji. Natomiast dla skali bezradności uzyskano rozbieżne wyniki. Skala dystansu wypadła pozytywnie wśród wszystkich, z wyjątkiem matek dzieci z zespołem Downa, gdzie również była negatywna [16]. Rodzice dzieci z przewlekłą chorobą nerek częściej prezentowali ochraniającą postawę wobec dziecka, co oznacza nadmierną troskę, brak uświadamiania sobie potrzeby autonomii, doświadczenia swobody w porównaniu do rodziców zdrowych dzieci [12]. Różnice w postawie matek dzieci zdrowych i chorych badała Szabała [18], wykazując, że matki dzieci chorych na cukrzycę częściej górują, są bezradne i okazują dystans w relacjach z dzieckiem. Natomiast podstawa koncentracji nie różnicuje matek dzieci zdrowych i chorych na cukrzycę.

W badaniach własnych grupę badaną stanowiły tylko matki, więc trudno się odnieść do badań w których oceniano postawy ojców. Bardzo często w przypadku dziecka niepełnosprawnego rola ojców, jest ograniczona w procesie wy-

chowania i pomijania przy planowaniu opieki. Złożoność emocjonalnej sytuacji ojców potwierdzają badania przeprowadzone przez Kornas-Bielę [19]. Autorka badała ojców dzieci upośledzonych umysłowo i wykazała u nich reakcje depresyjne zazwyczaj maskowane postawą obojętności. Stwarzali oni pozory nie przejmowania się własną sytuacją, podczas gdy w istocie przeżywali rozpacz, poczucie beznadziejności i bezradność. Natomiast matka obciążona pielęgnacją i opieką nad dzieckiem, nieświadomie odsuwa go od rodziny. Wykazano u badanych matek: obciążenie opieką nad dzieckiem, poczucie beznadziejności i brak wiary w przyszłość oraz przeżywanie negatywnych uczuć w pierwszym okresie urodzenia dziecka [19,20]. Inne badanie Plompy [11] przeprowadzone w grupie rodziców dzieci z różnymi przewlekłymi chorobami, wykazało, że ojcowie bardziej przejawiali postawę autonomiczną i ochronną oraz mniej wymagającą. Matki prezentowały postawę bardziej autonomiczną, przy jednoczesnej postawie niekonsekwentnej. W badaniu Szałowskiej [12] wykazuje, że u matek dominowała postawa ochronna w stosunku do dziecka z rozpoznaną przewlekłą chorobą nerek.

W badanej grupie obok zróżnicowanego stopnia niepełnosprawności spowodowanej mózgowym porażeniem dziecięcym występują inne zaburzenia takie jak; zaburzenia mowy, wzroku, niepełnosprawność intelektualna. Rozkład zaburzeń w analizowanej grupie pokrywa z danymi źródłowymi np. częstotliwość występowania zeza wynosi 20–60%, upośledzenie umysłowe 40–60% [8,21,22].

W badaniach własnych w skali koncentracji postawy rodzicielskie matek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym są uwarunkowane stopniem niepełnosprawności, występowaniem zaburzeń mowy, wzroku. Matki dziecka z MPD z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, zaburzeniami mowy wykazują wyższy poziom w skali koncentracji, prezentując postawy niepożądane poprzez nadmierne chronienie i wymagania. Natomiast w stosunku dzieci z MPD z zaburzeniami wzroku matki prezentują postawę pozytywną, poprzez zrozumienie i uznanie praw.

Z analizowanego piśmiennictwa trudno jest jednoznacznie ocenić, czy istnieje zależność pomiędzy postawami rodzicielskimi matek, a stopniem jego niepełnosprawności i współistniejącymi zaburzeniami. Wyniki nie są jednoznaczne. Rosińczuk [2] zauważa, że choroba dziecka ma istotny wpływ na zmianę formy i metod wychowawczych, gdyż 50% rodziców zmieniła je, bądź dostosowała do niepełnosprawności dziecka. W badaniach własnych możemy zaobserwować podobną tendencję, gdyż matki w stosunku do dzieci z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności wykazują postawy niepożądane w skali koncentracji, w porównaniu do matek dzieci ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Wynik ten wskazuje, na to, że matki nadmiernie chronią i jednocześnie stawiają większe wymagania dziecku, u którego są większe szanse na poprawę sprawności i pokonywania ograniczeń. Również podstawę niepożądaną w skali koncentracji (nadmiernie chroniącą i wymagającą) prezentują matki dzieci z mózgowym porażen-

niem dziecięcym z jednoczesnym zaburzeniem mowy. W licznych opracowaniach zwraca się uwagę na to, że zaburzenia rozwoju dziecka chorego i niepełnosprawnego uwarunkowane są nie tylko parametrami samej choroby, ale i zmiennymi środowiska rodzinnego. Większa rola przypada zmiennym środowiskowym w występowaniu problemów psychologiczno społecznych u młodzieży chorej na cukrzycę, na co wskazują badania Żołnarczyk i wsp. [15]. W przypadku dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym udział czynników środowiska rodzinnego, a stopniem niepełnosprawności dziecka będzie sytuacją bardziej złożoną zwłaszcza w przypadku znacznych ograniczeń funkcjonalnych. Często podkreśla się, że o efektach wychowania nie decydują metody czy techniki wychowawcze, lecz właśnie charakter i formy stosunków między rodzicami a dziećmi. W pracy Bednarek [10], wykazano, że rodzice pomimo trudności w rozpoznaniu potrzeb dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym uzależniają swoje postępowanie od stopnia niepełnosprawności dziecka.

Wnioski

- Postawy rodzicielskie matek są zróżnicowane, częściej występują postawy niepożądane w skali górowania i koncentracji w porównaniu do skali bezradności i dystansu. W skali dystansu trzy czwarte badanych wykazuje postawę pozytywną
- Stopień niepełnosprawności dziecka i współtowarzyszących mu zaburzeń takich jak: padaczka, zaburzenia słuchu i mowy, upośledzenie umysłowe nie mają wpływu na postawy matek, za wyjątkiem postawy koncentracji, która dominuje wśród matek dzieci z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, zaburzeniami mowy i bez zaburzeń wzroku.

Podsumowując środowisko rodzinne w największym stopniu wpływa na zakres i jakość funkcjonowania dziecka z MPD. Potrafi stawić czoło pojawiającym się problemom, jeżeli ma potencjał wspomagający, tj. wewnętrzną spójność, zdolności adaptacyjne oraz wzorce komunikowania się między członkami rodziny i dobrą sytuację finansową. Dodatkowo, jak już wspomniano wcześniej przy opisie badań na temat funkcjonowania rodziny z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym, ważne jest, aby pamiętać, że taka sytuacja to zjawisko bardzo złożone. Tym bardziej, że postawy rodziców dziecka niepełnosprawnego nie mają cech stabilnych, ulegają wahaniom, zwłaszcza jeśli chodzi o ich ładunek emocjonalny.

Bibliografia

1. Gajewska E. *Nowe definicje i skale funkcjonalne w mózgowym porażeniu dziecięcym*, Neurologia Dziecięca. 2009; 18–68.
2. Rosińczuk J, Kołtuniuk A, Księżyc Wolniak M. *Rodzice dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym wobec problemów dnia codziennego*, Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne. 2013; 4 (2): 149–154.
3. Wiśniewska E. *Rodzina z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym w aspekcie teorii systemowej*, Neurologia Dziecięca. 2009; 35: 61–65.
4. Popielecki M, Zeman I. *Kryzys psychiczny w związku z pojawieniem się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego*. Szkoła Specjalna. 2000; 15.
5. Ziemska M. *Postawy rodzicielskie*. wyd. III, Warszawa 2009.
6. Kawczyńska-Butrym Z. *Rodzina. Koncepcje i przemiany rodziny* [w:] Taranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska-Butrym Z (red.). *Wybrane elementy socjologii*. Lublin 2003; 172–178.
7. Wawrzyn K. *Rola rodziny w procesie wychowawczym i terapeutycznym. Referat wygłoszony na Konferencji Naukowej pt.: Autyzm – wyzwania dla rodziny i społeczeństwa, Wrocław, 4–5 XII 2007*, Instytut Pedagogiki Specjalnej Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu, Wrocław 2007.
8. Kurpiel D. *Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania osób dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym o różnym zakresie niepełnosprawności*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2011.
9. Karwowska M. *Rodzice w trudnej sytuacji wychowania dziecka niepełnosprawnego intelektualnie* [w:] Janiszewska-Nieścioruk Z (red.). *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
10. Bednarek A, Bryczek M. *Trudności w realizacji opieki nad dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym*. Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu. 2012; 18 (4): 354–360.
11. Plompa M. *Skala postaw rodzicielskich*. Warszawa 2008; 59, 101–104.
12. Szałowska D, Pilarz E, Tkaczyk M. *Postawy rodzicielskie oraz funkcjonowanie emocjonalne rodziców dzieci z przewlekłą chorobą nerek*. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*. 2013; 9 (3): 276–281.
13. Wiśniewska E, Kułak W. *Psychospołeczne funkcjonowanie rodziny z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym*. *Przegląd Pediatryczny*. 2010; 40: 218–225.
14. Kózka M, Perek M, Łudzik K. *Wiedza i postawy rodziców z rozpoznaną wadą serca*. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2009; 17 (2): 79–85.
15. Kózka M, Perek M, Gruszecka-Kruszecka A. *Postawy rodziców wobec dzieci po przeszczepie szpiku kostnego*. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2011; 19 (1): 5–12.
16. Dębska G, Potok H, Cisoń-Apanasewicz U. *Postawy rodziców wobec dziecka z zespołem Downa* [w:] Seń M, Dębska G (red.). *Zagrożenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży*, t. 2. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011; 67–77.
17. Cepuch G, Perek M, Foryś Z, Seń M. *Postawy rodzicielskie matek wobec dzieci żywionych pozajelitowo* [w:] Seń M, Dębska G (red.). *Zagrożenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży*, t. 2. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011; 55–67.

18. Zych BE, Cepuch G. *Postawy rodziców wobec dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2015; 4 (53): 28–32.
19. Szabała B. *Rodzina dziecka z cukrzycą*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej, Lublin 2009.
20. Kornas-Biela D (red.). *Oblicza ojcostwa*. KUL, Lublin 2003.
21. Kwaśniewska G. *Rola i znaczenie wsparcia społecznego dla rodzin wychowujących dziecko niepełnosprawne* [w:] Macierz A, Janiszewska-Nieścioruk Z, Ochoczenko H (red.). *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i w środowisku lokalnym*. Zielona Góra 2001: 114.
22. Kwolka A (red.). *Rehabilitacja medyczna*. Urban & Partner 2013: 411–413.

Attitudes of mothers towards a child with cerebral palsy

Abstract

Introduction: Abnormal parental attitudes towards a child with cerebral palsy increase the risk of setbacks in rehabilitation. The aim of the study was to assess the attitudes of mothers in relation to a child with cerebral palsy.

Materials and methods: The study involved 65 mothers bringing up a child with cerebral palsy. The questionnaire of parental attitudes by M. Ziemska was used in the study.

Results: Among mothers of children with cerebral palsy, it was found that the mothers are more often characterized by inadequate parenting attitudes in the following scales: predominance and concentration (respectively 61.5 % and 55.4 %), whilst in the scale of helplessness and distance relatively more mothers are characterized by the right attitude (respectively 55.4 % and 70.8 %).

Mothers whose children have a moderate degree of disability and speech disorders achieve a higher sten score for concentration (respectively: mean 5.17 ± 1.88 and 5.33 ± 1.85 , median 5, range 1–9). Mothers whose children suffer from visual impairment achieve a lower sten score for concentration as parental attitude (mean 3.92 ± 1.44 , median 4, range 1–6).

Conclusions: Analysis of the research results proved that the attitude of mothers bringing up a child with cerebral palsy vary and are not dependent on the degree of disability of the child and concomitant disorders.

Key words: attitudes of mothers, a child, cerebral palsy