

Grażyna Dębska<sup>1</sup>, Katarzyna Strączek<sup>2</sup>, Jolanta Sułek<sup>2</sup>

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: odręczenie, 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 odręcającą 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.

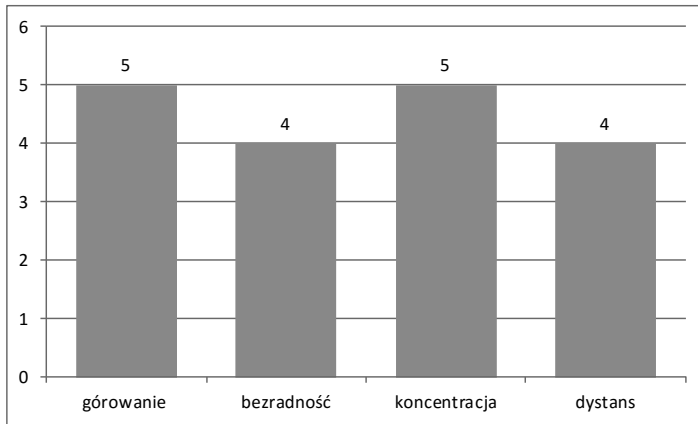
## Wyniki

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) opartą 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  $5.17 \pm 1.88$  and  $5.33 \pm 1.85$ , median 5, range 1–9). Mothers whose children suffer from visual impairment achieve a lower sten score for concentration as parental attitude (mean  $3.92 \pm 1.44$ , 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