



„OJCIEC – MĘŻCZYZNA - CZŁOWIEK WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA”

Mgr Beata Papuda- Dolińska – PFK

Z wykształcenia magister pedagogiki specjalnej ze specjalnością tyflopedagogiki, magister pedagogiki wczesnoszkolnej oraz licencjat pedagogiki opiekuńczej. Absolwentka podyplomowych studiów „Nauczanie języka angielskiego na poziomie wczesnoszkolnym”. Aktualnie doktorantka w Zakładzie Psychopedagogiki Specjalnej UMCS. Uczestniczka wielu konferencji o tematyce edukacyjnej, w tym międzynarodowych. Współautorka publikacji *Z nieobecny ojcem w tle* w czasopiśmie „Psychologia w szkole” 2011. Została wyróżniona przez Rektora UMCS za bardzo dobre wyniki w nauce podczas studiów. Jako stypendystka programu The Lifelong Learning Programme – Erasmus ukończyła kurs pedagogiczny „Tomorrow's Education Today” w Holandii, gdzie odbyła również praktyki nauczycielskie. Od roku prowadzi firmę „Panda For Kids” o profilu edukacyjnym zajmującą się organizowaniem i prowadzeniem zajęć z j. angielskiego dla dzieci w wieku przedszkolnym. Interesuje się zagadnieniami dyskryminacji osób niepełnosprawnych, inkluzją w edukacji uczniów w niepełnosprawnością wzrokową, problemami współczesnego ojcostwa, dydaktyką języka angielskiego.

Rola ojca w procesie wychowania dziecka została ujęta w badaniach i doceniona w dyskursie naukowym stosunkowo niedawno. Dotychczas analizom podlegały relacje i problemy będące udziałem matki i dziecka, tak jakby ojciec był „niewidzialnym” członkiem rodziny, a jego rola wychowawcza znikoma i niewiele znacząca. W kontekście ojcostwa w rodzinach wychowujących dziecko niepełnosprawne pozycja ojca była jeszcze bardziej marginalizowana także na płaszczyźnie instytucjonalnej – terapeuci i specjaliści nie dostrzegali bowiem w jego osobie potencjału wychowawczego, opiekuńczego czy rewalidacyjnego w takim zakresie, w jakim akcentowało się te walory u matek. Jak pokazuje praktyka życia codziennego i nieliczne badania naukowe, sytuacja ojców dziecka z niepełnosprawnością jest bardzo złożona i odbierana przez nich jako trudna. Silne i często negatywne

emocje określają kształt, jaki w nieustannym procesie opiekuńczo – wychowawczym przybierają ich postawy względem dziecka, a nietypowe problemy i sytuacje reorganizują dotychczasowe życie całego systemu rodzinnego oraz redefiniują samo ojcostwo i jego istotę. Według H. Cudaka¹ rolę rodzicielską należałoby rozumieć jako „swoiste, w miarę stałe zachowanie rodziców – oczekiwane przez dzieci”. Stałość ojcowskiego wzoru zachowania jest ustanawiana przez pewne nadrzędne obszary funkcjonowania w sferach: psychologicznej, społecznej czy kulturowej. Ojcostwa w swoim wymiarze pedagogicznym nie można zatem odrywać od kontekstów kulturowych, genderowych – stąd też męskość i funkcjonowanie w rolach płciowych będą kategoriami szerszymi. Ojcostwo jako ustalony i praktykowany wzorzec zachowania będzie także wypadkową cech oso-

¹ H. Cudak, *Szkice z badań nad rodziną*, WSP, Kielce 1995, s. 148.

bowościowych, funkcją realizowania się ojca jako człowieka.

SYTUACJA OJCÓW W RODZINACH Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM

Powszechnie uważa się, że rodzic powinien kochać swoje dziecko bezwarunkowo, a miłość ta objawia się naturalnie i instynktownie. Rzeczywistość pokazuje, że nie wszystkim rodzicom zaakceptowanie swojego dziecka takim, jakie jest przychodzi z łatwością, istnieje wiele powodów, dla których są w stanie je odtrącić, unikać, lekceważyć – jednym z nich może być niepełnosprawność. Dziecko niepełnosprawne może nie odpowiadać skonstruowanym przed jego urodzeniem oczekiwaniom rodziców, stąd też budowanie pozytywnego stosunku wobec niego wymaga nieraz czasu i wysiłku. Ponadto lansowany przez społeczeństwo komercyjny system wartości spychający na margines jednostki „nieproduktywne” stawia rodziców dziecka niepełnosprawnego w sytuacji konfliktowej. Przeżywają sprzeczne uczucia identyfikując się z potrzebami dziecka stojąc w opozycji do wartości cenionych w społeczeństwie². Akceptację dziecka i radość rodzicielstwa przycmiewają trudności w postaci niewiedzy, braku doświadczeń i umiejętności wychowywania dziecka specjalnej troski. I. Obuchowska pisze, że „(...) doświadczenia wyniesione z własnego domu rodzinnego, jak również rutyna zdobyta w trakcie wychowywania dzieci zdrowych, w przypadku wychowywania dzieci niepełnosprawnych są niewystarczające³”. Nawet dla doświadczonych rodziców koniecznością może być

ustosunkowanie się na nowo wobec stosowanych praktyk wychowawczych oraz swych uczuć. Przyjęcie prawidłowych postaw wobec dziecka niepełnosprawnego jest elementem niezwykle ważnym, pierwszym, początkowym etapem pomysłnego procesu rehabilitacji. Jego brak nie tylko nie ułatwia, ale wręcz blokuje jakiegokolwiek pozytywne zmiany. To właśnie akceptująca postawa rodzicielska jest zrębem, głównym budulcem właściwych relacji dziecko – rodzic i z niej też wynika prawidłowy dobór metod i technik wychowawczych. Jednak kumulacja innych problemów: ekonomicznych, związanych z postawami otoczenia, ze zmuszonym procesem leczenia i rehabilitacji mogą utrudniać akceptację dziecka, co się wiąże z wyzwoleniem w rodzicach innych nieprawidłowych względem niego postaw. M. Ziemska definiuje postawę rodzicielską jako „nabytą strukturę poznawczo - uczuciowo – wolicjonalną ukierunkowującą zachowanie się rodziców wobec dziecka⁴”. Ponadto zdaniem autorki zachowania rodziców względem dziecka, aby zostały uznane za postawę muszą posiadać pewne cechy: zawierać ładunek uczuciowy, który determinuje działanie w stosunku do dziecka, stałość komponentu emocjonalnego, plastyczność – uzależnioną od rozwoju i zmian zachodzących w dziecku. Cytowana definicja pokazuje, że nabywanie postaw rodzicielskich ma charakter procesualny, wynika z uczenia się i zdobywania doświadczeń życiowych. Ponadto każdy z komponentów może rozwijać się w różnym stopniu, a więc ważne dla powstania pełnej i zintegrowanej postawy

² M. Kościelska, *Rodziny dzieci niepełnosprawnych*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1998, s. 83.

³ I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1991, s. 109.

⁴ M. Ziemska, *Rodzina i dziecko*, PWN, Warszawa 1979, s. 169.

jest to, aby pogląd, działanie i ekspresja funkcjonowały paralelnie. Postawa rodzicielska nie jest więc konstruktem stałym i niezmiennym, podlega modyfikacjom ze względu na dynamikę w rodzinnym systemie.

JAKOŚCIOWE BADANIA WŁASNE

Odmienność zadań przypisanych do roli ojca w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym oraz mnogość sytuacji trudnych może mieć związek z postawami rodzicielskimi prezentowanymi przez ojców. W badaniu tychże postaw wzięło udział 10 ojców wychowujących dziecko z niepełnosprawnością, którzy wypełnili kwestionariusz M. Ziemskiej oraz uczestniczyli w wywiadach indywidualnych. Kwestionariusz składał się z 41 pytań, wobec których respondenci ustosunkowywali się wybierając odpowiedź na czterostopniowej skali. Pytania proponowane przez M. Ziemską wynikają z koncepcji postaw rodzicielskich jej autorstwa. Twierdzenia zostały przyporządkowane do czterech skal: górowanie, bezradność, koncentracja, dystans, będących głównymi typami zaburzeń

kontakty z dzieckiem. Uzyskanie wysokich wyników, w przeliczeniu na wartości stenowe w obrębie określonych skal wskazuje na występowanie u rodzica danego typu postawy negatywnej. Uzyskiwanie wyników niskich jedynie sugeruje występowanie właściwych postaw rodzicielskich, narzędzie nie jest przeznaczone do ich identyfikacji i pomiaru.

Badana grupa jest bardzo zróżnicowana pod względem wieku czy typu niepełnosprawności dziecka. Przyczyną tego jest fakt, że jedynym kryterium doboru mężczyzn do badania było samo posiadanie dziecka z niepełnosprawnością. Grupa badanych jak i ich dzieci została scharakteryzowana z uwzględnieniem podstawowych danych w poniższej tabeli.

Oprócz podstawowych danych zawartych w tabeli każdy przypadek wymaga omówienia go w kontekście bardziej szczegółowych informacji uzyskanych podczas indywidualnego wywiadu z badanym. Interpretacja odpowiedzi pochodzących z kwestionariusza M. Ziemskiej wzbogacona o swobodne wypowiedzi ojców podczas wywiadu indywidualnego ujawniła różnorodność i swoistą oso-

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

L.P.	Wykształcenie	Wiek	Typ niepełnosprawności dziecka	Liczba dzieci	Miejsce zamieszkania	Płeć dziecka	Wiek dziecka
1	wyższe	32	Autyzm	1	Miasto	Ch.	5
2	zawodowe	36	MPD	2	Wieś	Ch.	5
3	średnie	36	MPD	1	Miasto	Dz.	8
4	wyższe	40	MPD	2	Wieś	Ch.	7
5	wyższe	29	MPD	1	Miasto	Dz.	4
6	zawodowe	38	Rdzeniowy zanik mięśni	1	Miasto	Ch.	6
7	zawodowe	37	Upośledzenie umysłowe	2	Wieś	Ch.	9
8	zawodowe	48	Niedostuch	2	Wieś	Dz.	23
9	wyższe	35	Zespół Downa	2	Miasto	Ch.	7
10	średnie	46	Uszkodzenie mózgu	3	Miasto	Dz.	17

bliwość obrazów ojcostwa w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym.

OBRAZ 1. OJCOWSKA MIŁOŚĆ „NIE ODWZAJEMNIONA” W OBLICZU WYCHOWYWANIA DZIECKA AUTYSTYCZNEGO.

Pierwszy z badanych mężczyzn jest trzydziestodwuletnim ojcem autystycznego chłopca. Syn ma 5 lat, autyzm zdiagnozowano u niego gdy rozpoczął edukację w przedszkolu. We wcześniejszych fazach rozwoju rodzice nie zauważali u niego niepokojących objawów. Około 2 roku życia chłopiec zaczął przejawiać pewne nietypowe zachowania: nie reagował na swoje imię, oddalał się od rodziców i innych ludzi, a z czasem pojawiało się ich więcej: opóźniona mowa, przywiązanie do tych samych bajek, zabaw, rzeczy, brak zainteresowania ludźmi. W przedszkolu dziecko nie brało udziału w zajęciach, nie rysowało, nie śpiewało, nie bawiło się w zabawy zespołowe, nie potrafiło za pomocą słów wyrazić swoich potrzeb. Początkowo synem większość czasu opiekował się ojciec z niewielką pomocą babci. Taki podział opieki nad dzieckiem wynikał z czasu pracy i zawodu rodziców: matka jest pielęgniarką i w pracy spędza dużą ilość czasu, ojciec część pacy wykonuje w domu - jest zatrudniony w agencji reklamowej.

Badany uzyskał niskie wyniki w skalach „górowanie” i „bezradność”. Chłopiec nie jest więc wychowywany przy użyciu nadmiernego rygoru, surowego karania – wobec dziecka autystycznego te metody zwykle nie przynoszą oczekiwanego rezultatu. Badany ojciec nie jest też bezradny wobec zachowań dziecka, niezdolny do kierowania nim czy też wpływania

na nie. Przeciętne wyniki pojawiły się jednak w skali „dystans”. Punktowane odpowiedzi w zakresie tej skali mogą być tłumaczone specyfiką funkcjonowania dziecka z autyzmem. Badany uznał za raczej błędne stwierdzenie „dzieciom można zostawić swobodę przychodzenia i wychodzenia z domu bez opowiadania się” – nieoczekiwane i nieprzewidywalne zachowania takiego dziecka wymagają podwyższonej kontroli, nadzoru i postępowania według planu. Jako raczej słuszne respondent określił zdanie: „spędzanie z dzieckiem czasu po pracy to dobry odpoczynek”. Badany ojciec nie był do końca przekonany co do słuszności tego stwierdzenia, gdyż ze względu na specyfikę swojej pracy jest w stanie wykonywać ją jednocześnie opiekując się dzieckiem w domu. Tego typu „podwójne” obciążenie obowiązkami może być stresujące i męczące. Ponadto wspominał on o częstym wstawaniu w nocy, gdyż chłopiec czasami budzi się i nie może zasnąć aż do rana. Zabawa z dzieckiem autystycznym jest szczególnie trudnym zadaniem, nie ma w niej bowiem ustalonych reguł, często jest oparta na wielokrotnym powtarzaniu tej samej czynności – niewiele ma więc wspólnego z odpoczynkiem dla osoby dorosłej. Tę obciążającą sytuację nieustannie wzmacnia niemożność wypracowania sobie przez rodzica wyraźnego obrazu swojego dziecka - ojciec czy matka nie mogą być do końca pewni, że naprawdę dobrze je znają. „Paradoksy w funkcjonowaniu prowadzą do tego, że zachowanie dziecka jest trudne do przewidzenia nawet w zwykłych, codziennych sytuacjach. Dzięki rozwojowi w pewnych obszarach stworzone zostają pozory normalności. Sprawia to, że stres

⁵ E. Pisula, *Dzieci z autyzmem*, [w:] I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1991, s. 312.

z powodu zaburzeń jest jeszcze większy (...)⁵. Rodzice dzieci autystycznych narażeni są ponadto na doświadczanie tzw. „miłości nie odwzajemnionej”⁶, gdyż dziecko takie, na skutek zaburzenia, może ich traktować instrumentalnie, nie zauważać, nie nawiązywać kontaktu wzrokowego. Wyniki otrzymane za pomocą kwestionariusza M. Ziemskiej zwracają uwagę na nadmierną koncentrację uczuciową na dziecku przebadanego ojca – jego odpowiedzi wskazują bowiem na wysoki wynik w skali „koncentracja”. Autorka narzędzia nadmierną koncentrację rodziców na dziecku charakteryzuje w następujący sposób: „[...] uczuciowa nierozłączność, pełne zaabsorbowanie dzieckiem, tak dalece, że ojciec czy matka istnieją niemal wyłącznie w roli rodzica, a cały dom obraca się wokół dziecka”⁷. Taką postawę można tłumaczyć zaburzeniem funkcjonowania dziecka, niemniej jednak wyręczenie go i ograniczanie jego samodzielności może utrwalać deficyty rozwojowe. Badany za raczej słuszne uznał stwierdzenia: „delikatne dziecko wymaga specjalnej ochrony przed innymi dziećmi” czy też „dbałość o dziecko wymaga dawania mu drogich owoców i różnych drogich rzeczy”. Oczywiście autyzm może być w tym przypadku czynnikiem łagodzącym i usprawiedliwiającym takie podejście – dziecko ma problemy w relacjach z innymi dziećmi, może być przez nie dyskryminowane, izolowane a specjalna dieta jest dosyć kosztowna. Bardziej jednak skuteczne i właściwe jest podejście zupełnie przeciwne – nie ochrona

dziecka przed rówieśnikami, ale zachęcanie do kontaktu z nimi, nie obdarowywanie go drogimi rzeczami, zabawkami, ale objaśnianie mu najprostszych elementów rzeczywistości. Postawa nadmiernej koncentracji w społecznym postrzeganiu przypisywana jest głównie matkom zaś badania empiryczne wykazują występowanie bardziej pozytywnych postaw wobec dziecka z autyzmem u rodziców płci żeńskiej⁸. Poglądy wychowawcze badanego mężczyzny są dowodem na to, że ojcowie również potrafią nadmiernie poświęcać się sprawom dziecka. W kontekście analizowanego przypadku sytuacja ta może wynikać z podziału obowiązków w rodzinie wyznaczonych, elementem strukturalnym rodziny, jakim jest praca rodziców. To właśnie ojciec więcej czasu spędza w domu, a na nim spoczywa większość obowiązków opiekuńczych i wychowawczych. Za zrozumiały uważa on też stały lęk matki, że dziecku może się coś stać, tym samym przyznaje sobie prawo do takiego lęku. Badania E. Pisuli⁹ dotyczące poziomu lęku u rodziców dzieci autystycznych dowodzą wyższego poziomu generalnego lęku u tej grupy, co z kolei może obniżać odporność rodzica na stres. Nieprzewidywalność zachowań dziecka z autyzmem powoduje, że każda czynność niesie ze sobą pewien stopień ryzyka. Nawet jeśli w pewnym sensie nadmiernie chroniącą, skoncentrowaną postawę ojca da się usprawiedliwić szczególną sytuacją wynikającą z zaburzenia rozwojowego dziecka to nadal ten rodzaj postawy pozostaje błędny: „(...) nie ma

⁶ M. Kościelska, *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa 1995, s. 62.

⁷ M. Ziemska, *Postawy rodzicielskie*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1973, s. 56.

⁸ M. Al Sayyed Obaid, *Parental Attitudes towards Autistic Child*, “European Journal of Social Sciences” 2012, Vol. 31 No.1, s. 109.

⁹ E. Pisula, *Stres Rodzicielski związany z wychowaniem dzieci autystycznych i z zespołem Downa*, [w:] „Psychologia Wychowawcza”, 1993, nr 1.

potrzeby, dla której istotę wychowania dzieci niepełnosprawnych należałoby ujmować odmiennie niż czyni się to w odniesieniu do dzieci zdrowych”¹⁰.

OBRAZ 2. BEZSILNOŚĆ OJCA W OBLICZU WYCHOWANIA DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM.

Badany ojciec pięcioletniego dziecka z porażeniem mózgowym ma 36 lat i zawodowe wykształcenie. Choroba dziecka objawia się poprzez czterokończynowy niedowład i znacznymi trudnościami w mowie. Zaburzenia postawy i ruchów dotyczą całego ciała: głowy, tułowia i kończyn. Lekarze orzekli ciężki stopień mózgowego prążenia. Chłopiec nie utrzymuje postawy pionowej może tylko leżeć i z pomocą siedzieć.

Odpowiedzi badanego ojca wskazują na niski wynik w skali „górowanie”, przeciętny w skali „dystans” i wysoki w skalach „koncentracja i „bezradność”. Bezradność związana jest z uległym nastawieniem rodzica, co zdaniem M. Ziemskiej¹¹ wiąże się z postępowaniem nacechowanym miękkością, nieudolnością czy niezdolnością do kierowania dzieckiem przy nielicznych i zbyt łagodnych żądaniach. Respondent za zdecydowanie słuszne uznał stwierdzenie: „właściwie to nie wiadomo, kiedy być stanowczym i nieustępliwym wobec dziecka”, a za raczej słuszne: „właściwie to nie wiadomo, jaki jest najlepszy sposób wychowywania dzieci”, „jeśli jest się dość stanowczym dzieci nie wejdą na głowę”. Przyznanie racji tym stwierdzeniom wskazuje na pewną rodzicielską bezsilność jeśli chodzi o sposoby postępowania

z dzieckiem. Ojciec ten nie jest do końca przekonany jakie metody wychowania są efektywne, twierdzi, że stanowczość i stawianie wymagań pomagają utrzymać dyscyplinę i wymusić na dziecku posłuszeństwo. Według A. Dąbrowskiej „(...) niepowodzenia dziecka w terapii lub słabe efekty w zestawieniu z ogromnym zaangażowaniem i zmęczeniem rodziców mogą burzyć nadzieję oraz wyobrażenie dotyczące samodzielnego życia dziecka w przyszłości i stać się czynnikiem ryzyka pojawienia się rezygnacji, myślenia życzeniowego i unikania”¹². Poczucie rodzicielskiej bezradności nieustannie towarzyszy codziennemu wychowywaniu dziecka z MPD, rodzic nie jest w stanie nic zrobić by mu pomóc – wie też, że nikt wokół niego, czy to rodzina, przyjaciele czy profesjonaliści również nie sprawią, że dziecko nagle zacznie sprawnie chodzić, samodzielnie funkcjonować. Wychowawczej bezradności towarzyszy w tym przypadku wysoka koncentracja na dziecku i jego sprawach. Połączenie tych dwóch postaw może okazać się szczególnie negatywne w skutkach, gdyż w pewnym sensie wzajemnie się one wzmacniają. Koncentracja na dziecku, skupienie swoich wysiłków na nim przy braku oczekiwanych skutków wzmacnia bezradność i odwrotnie – nieumiejętność znalezienia właściwych sposobów wpływu na dziecko nasuwa najprostsze formy obcowania z nim: opieka przeradzająca się w nadopiekuńczość. Te negatywne postawy znajdują swoje wyjaśnienie w typie niepełnosprawności dziecka – niemal całkowity brak samodzielności, niemożność

¹⁰ E. Muszyńska, *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych*, [w:] I. Obuchowska, *Dziecko...op. cit.*, s. 108.

¹¹ M. Ziemska, *op. cit.*, s. 56.

¹² A. Dąbrowska, *Poczucie koherencji u rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] „Psychiatria Polska” 2007, nr 2, s. 197.

jasnej komunikacji, konieczność pomocy lub wykonywania pewnych czynności za dziecko mogą w całości usprawiedliwiać zauważone u badanego podejście. Niemniej jednak wychowywanie dziecka czy chorego, czy zdrowego opiera się na tych samych normach. Zasady wychowawcze stosowane u pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym powinny być takie same, jak u dzieci bez porażen. „Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym oprócz kompleksowej rehabilitacji ruchowej wymagają specjalnej opieki, okazywania uczuć, ale bez nadmiernej troskliwości, która mogłaby ograniczyć samodzielność i niezależność dziecka”¹³. W literaturze opisywana jest sytuacja rodziców wychowujących dziecko z MPD jako niezwykle obciążająca: poczucie winy, nadmierna koncentracja na niepełnosprawności, rezygnacja z podejmowania prób usprawniania dziecka. Rodzice nie potrafią poradzić sobie z problemem i oni sami potrzebują pomocy w odzyskaniu równowagi w stosunkach ze światem i w przystosowaniu się do swojej trudnej sytuacji.

OBRAZ 3. OJCIEC ZAGUBIONY WOBEC DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM.

Respondent z kolejnego analizowanego przypadku jest ojcem ośmioletniej dziewczynki z MPD. Badany ma 36 lat i średnie wykształcenie, nie pracuje, na co dzień zajmuje się opieką nad swoim jedynym dzieckiem, dziewczynka nie ma rodzeństwa. Dziecko urodziło się jako wcześniak. Mózgowe porażenie dziecięce ujawnia się u niej w postaci porażenia kończyn, przez co nie jest w stanie stać ani siedzieć sa-

modzielnie, ani raczkować. Zaburzeniom towarzyszą częste napady padaczkowe oraz zaburzenia mowy – dziecko potrafi wypowiedzieć tylko kilka wyrazów. Rehabilitacją dziewczynki zajmuje się cały sztab terapeutów: ortopeda, neuropediatra, fizjoterapeuci, hipoterapeuta, oligofrenopeda. Ojciec przyznaje, że wciąż ma nadzieję, że dziecko zacznie chodzić samodzielnie, wówczas opieka nad nią nie byłaby tak obciążająca. Dzieckiem zajmuje się sam cały dzień, żona wraca z pracy wieczorem i gdy tylko może również angażuje się opiekę nad nim.

Odpowiedzi badanego wskazują na przeciętne wyniki w skalach „górowanie”, „koncentracja” i „dystans” oraz na wysokie w skali „bezradność”. Niemniej jednak punktacja w każdej ze skal jest bardzo zbliżona. W jaki sposób jest więc możliwe przejawianie wszystkich, niejednokrotnie skrajnych elementów postaw względem dziecka? M. Ziemska¹⁴ zwraca uwagę, że przy postawach niepożądanych wychowawczo zachowanie rodziców wskazuje czasem na pewną ambiwalencję między niektórymi typami zaburzeń kontaktu z dzieckiem. Wytlumaczenie w tym konkretnym przypadku zdaje się leżeć w specyfice sytuacji rodzin wychowujących dziecko z mózgowym porażeniem. Postawy rodziców uzależnione są od objawów postępu i regresji w rozwoju dziecka – nie mogą więc być stabilne, ale ulegają wahaniom w zależności od stanu dziecka. „Doświadczanie silnego lęku (np. przed zaprzepaszczeniem szans) niejednokrotnie prowadzi do poczucia bezradności i braku kontroli, a to z kolei może przyczyniać się do zakłóceń percepcji kompetencji rodzicielskich”¹⁵. Dynamika postaw

¹³ R. Michałowicz, *Mózgowe porażenie dziecięce*, PZWL, Warszawa 1993, s. 445.

¹⁴ M. Ziemska, *op. cit.*, s. 64.

¹⁵ A. Dąbrowska, *op. cit.*, s. 190.

uwarunkowana jest przechodzeniem dziecka przez różne fazy rozwoju, a także w dużym stopniu zależy od różnego typu istniejących i zmieniających swoje natężenie zaburzeń w rozwoju psychicznym i fizycznym u dziecka. Postęp w zakresie motoryki może napawać optymizmem tak, że rodzic przyzwala dziecku na większą samodzielność, regres w tym aspekcie i zaburzenia mowy mogą wywoływać jednak bezradność czy nawet dystans, odpowiedzialność za rehabilitację wyzwala rygoryzm i surowość. Jedyną jednak skalą, w której badany uzyskał wynik wysoki jest „bezzradność”. Za raczej słuszne uznał on stwierdzenie „właściwie to nie wiadomo, jaki jest najlepszy sposób wychowywania dzieci”, co wskazuje na pewną wychowawczą bezsilność. Bezzradność u ojców wychowujących dziecko z MPD jest w pewnym sensie usprawiedliwiona i zrozumiała – ich starania nie przynoszą często oczekiwanych rezultatów, wysiłki nie są doceniane przez dziecko, pojawiają się problemy z egzekwowaniem poleceń, gdyż nie są one przez nie dobrze rozumiane. Z drugiej strony bezzradność oznacza poddanie się, zaniechanie pewnych dążeń, rezygnację z wysiłków – a to nie rokuje pozytywnie dla rozwoju dziecka z zaburzeniami. Pojawienie się nieprawidłowych postaw rodzicielskich zwiększa ryzyko niepomyślnych rezultatów prowadzonej rehabilitacji. Według badaczy problematyki rodzin wychowujących dziecko z MPD rola obojga rodziców w procesie opieki i rehabilitacji jest pierwszoplanowa i nadrzędna wobec działań instytucji i specjalistów. To właśnie rodzicom, ich zaangażowaniu i wytrwałości przypisuje się sukces leczenia i poprawę funkcjonowania takiego dziecka¹⁶. Rola rodziciel-

ska, zarówno matki jak i ojca w takim rozumieniu rozszerza swoje znaczenie o nowe obszary: nie tylko stanowi źródło opieki i miłości, ale także wsparcia i nieustannej pomocy, tym samym może być traktowana zarówno jako powinność jak i satysfakcjonujące wyzwanie.

OBRAZ 4. OJCIEC (NAD)OPIEKUŃCZY WOBEC DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM.

Badany z kolejnego przypadku to czterdziestoletni ojciec dziecka z MPD. Chłopiec ma 7 lat i jego zaburzenie klasyfikuje się do diplegii spastycznej. Stopień nasilenia objawów jest większy w obrębie kończyn dolnych – dziecko nie chodzi samodzielnie, porusza się na wózku. W zakresie mowy występują tylko niewielkie zaburzenia artykulacji. Badany posiada wyższe wykształcenie, pracuje jako nauczyciel historii w liceum. Jeżeli ma tylko możliwość przywozi chłopca do ośrodka rehabilitacyjnego czy też do przedszkola. Dzieckiem opiekuje się matka, nie pracuje zawodowo. Starszy syn, zdaniem badanego ojca również pomaga rodzicom w wielu sytuacjach, ma 15 lat i uczęszcza do trzeciej klasy gimnazjum.

Odpowiedzi badanego ojca wskazują na wyniki przeciętne w każdej ze skal. Górną granicę przedziału wyników przeciętnych uzyskał w skalach „bezzradność” i „koncentracja” natomiast dolną w skalach „górowanie i dystans”. Postawy rodzicielskie mężczyzny względem niepełnosprawnego dziecka nie są zatem skumulowane wokół jednego wzoru postępowania czy jednego typu zaburzeń kontaktu z dzieckiem. Pojawiają się natomiast pewne błędne postawy cząstkowe charakteryzowane przez określone

¹⁶ Zob. R. Michałowicz, *Op. cit.*; E. Mazanek, *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wychowanie i nauczanie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.

zachowania rodzica względem dziecka. Badany za zdecydowanie słuszne uznał stwierdzenie „zbyt dużo swobody psuje dziecko”, co jest wskaźnikiem pewnych elementów postawy dominującej. Być może jednak odpowiedź ta wynika z braku możliwości pozostawienia swobody dziecku niesamodzielnemu na skutek choroby, choć z drugiej strony niepozostawienie marginesu wolnej przestrzeni pozbawia je autonomiczności, blokuje jego dążenie do podejmowania inicjatywy i w konsekwencji hamuje rozwój. Respondent popiera także zdanie, że stały lęk matki o bezpieczeństwo dziecka jest czymś zupełnie zrozumiałym. W kontekście tego przypadku kiedy to matka przebywa cały czas z dzieckiem, nawet podczas zajęć w przedszkolu jego zdanie wydaje się uzasadnione. Trudno stwierdzić czy nieustanna obecność matki przy dziecku jest wyrazem nadopiekuńczości czy też dziecko rzeczywiście nie jest w stanie poradzić sobie bez jej pomocy. Uznanie za błędne przez badanego ojca stwierdzenie „czasem trzeba pozwolić dziecku robić coś bez nadzoru rodziców” potwierdza silne skupienie rodzica na dziecku i ścisłą kontrolę jego zachowań. Złożony charakter niepełnosprawności w przypadku osób z mózgowym porażeniem wymaga zwiększonej ilości opieki, ale nie więcej niż jest to niezbędne, ponieważ może to wytworzyć w dziecku poczucie zależności, niższej samooceny. Badania nad jakością życia osób niepełnosprawnych wykazały, że osoby z MPD osiągnęły najniższe wyniki w ocenie jakości życia¹⁷. W tym zakresie duża rola rodziców aby zauważyć i wzmacniać te sfery życia, czy nawet pojedyncze czynności, które dziecko jest w stanie samodzielnie

wykonać, by dać mu odczuć, że jest ważne i wartościowe. Jednym z rodzajów niewłaściwego postępowania wychowawczego jest nadmierna koncentracja uwagi na kalectwie i zaburzonych czynnościach dziecka przy zaniedbywaniu innych sfer. Przy nieco nadopiekuńczym podejściu badany ojciec przyznaje się do pewnej wychowawczej bezradności uważając, że trudniej jest mu niż innym rodzicom wychowywać dziecko. Niemniej jednak, odpowiedzi ojca sugerują prawidłowe podejście do dziecka, mimo nielicznych błędnych postaw cząstkowych. Doskonałym dopełnieniem charakterystyki postaw wychowawczych respondenta będą jego słowa: „nie można być rodzicem idealnym, szczególnie w sytuacji kiedy trudno być rodzicem w ogóle”.

OBRAZ 5. NIEZGODA OJCA NA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECKA.

Analiza kolejnego przypadku przedstawia dwudziestodwuletniego ojca dziewczynki z niepełnosprawnością. Dziecko ma 4 lata, urodziło się przedwcześnie, przeszło wylew oraz niedotlenienie mózgu i z tego powodu cierpi na MPD. Dziewczynka jeszcze nie chodzi, nie siedzi samodzielnie, zaczyna raczkować mimo tego potrafi już wykonać wiele rzeczy, opanowała czynności samoobsługowe. Ojciec wraz z żoną i dzieckiem jeżdżą na turnusy rehabilitacyjne trzy, cztery razy w roku. Na co dzień dzieckiem zajmuje się matka, nauczycielka z zawodu, która obecnie jest na rocznym urlopie. Ojciec ma wykształcenie wyższe i pracuje w firmie przetwórczej. Jak podkreślał w wywiadzie jest pozytywnie nastawiony co do przyszłych osiągnięć dziecka, które jego zdaniem mimo choroby rozwija się bardzo szybko. Wierzy, że sys-

¹⁷ Zob. U. Dębska, *Poczucie jakości życia osób niepełnosprawnych i ich opiekunów. Doniesienie z badań*, [w:] Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska, *Jakość życia a niepełnosprawność*, UMCS, Lublin 2006.

tematyczna rehabilitacja będzie w stanie sprawić, że dziewczynka zacznie chodzić bez problemów

W odpowiedziach badanego pojawiły się takie, które wskazują na występowanie pewnych symptomów niewłaściwych postaw rodzicielskich. Wyniki niskie badany ojciec uzyskał w skali „górowanie” oznaczającej tendencję do ograniczeń i surowości. W skalach „bezradność” i „dystans” wyniki przeciętne i w skali „koncentracja” pojawiły się wyniki wysokie. Silne zaabsorbowanie dzieckiem przejawia się w trzech komponentach postawy nadmiernie opiekuńczej. W aspekcie poznawczym pojawiły się przekonania, że dziecko powinno być stawiane w domu na pierwszym miejscu, w emocjonalnym – uczucia jak stały lęk matki, że dziecku może się coś stać jako reakcja zupełnie zrozumiała i behawioralnym – zachowania takie jak dbałość o dziecko wyrażana daniem drogich rzeczy, owoców i nie spuszczenie dziecka z oczu w celu uniknięcia spodziewanych kłopotów. Troskliwość rodzica uwidacznia się także w stosowaniu wszelkich możliwych metod terapii, co jest faktem pozytywnym z perspektywy możliwości, jakie niosą one dla rozwoju córki. „Zaangażowanie rodziców w proces rehabilitacji dziecka znacznie zwiększa jego efektywność, zarówno z perspektywy widzenia dziecka jak i rodzica¹⁸”. Z drugiej strony niespełnione nadzieje związane z progresem rozwojowym dziecka powodują wraz z jego wiekiem coraz większy ból emocjonalny¹⁹. Ojciec wydaje się więc bardzo

kochać swoje dziecko, jednak oznaki niewłaściwej postawy pokazywać mogą, że dziecko nie jest w pełni akceptowane wraz ze swoją niepełnosprawnością. Poświęcanie czasu, pieniędzy, zapisywanie dziecka na coraz to nowe „zabiegi naprawcze” to objawy tego dążenia do „normalności” dziecka za wszelką cenę. Z drugiej strony czy to źle, że chce pomóc jej przez to stać się samodzielną w dorosłym życiu, stać się maksymalnie na jej możliwości zdrowym człowiekiem? Otóż wydaje się, że tego typu koncentracja rodziców na dziecku niepełnosprawnym, którego niepełnosprawność może być w określonym stopniu korygowana jest w pewnym sensie wy tłumaczalna. Ważne jest, żeby znaleźć równowagę między staraniami rodzica a możliwościami dziecka, by nie czuło się przeciążone obowiązkami i zadaniami ani przytłoczone wymaganiami i troską ojca. Umożliwianie dziecku prawidłowego rozwoju nie odbywa się poprzez stwarzanie cieplarnianych warunków, usługiwanie, ułatwianie czynności trudnych wręcz przeciwnie, z marginesem rozsądku jest to nadanie mu prawa do błędu, przyzwolenie na samodzielną pomyłkę i pozostawienie swobody działania oraz uczuciowej niezależności. I. Obuchowska twierdzi, że rodzice, którym brak odpowiedniej wiedzy na temat właściwości rozwoju dziecka z danym rodzajem niepełnosprawności, często popełniają błędy w ocenie możliwości do osiągnięcia poziomu samodzielności – przeceniają lub nie doceniają możliwości dziecka²⁰. W przypadku bada-

¹⁸ M. Sekułowicz, *Problemy funkcjonowania matek i ojców dzieci z niepełnosprawnością – analiza narracji*, [w:] Z. Palak, A. Bujnowska, A. Pawlak, *Edukacyjne i rehabilitacyjne konteksty rozwoju osób z niepełnosprawnością w różnych okresach ich życia*, UMCS, Lublin 2010, s. 50.

¹⁹ P. A. Britner et al., *Stress and coping: A comparison of self-report measures of functioning in families of young children with cerebral palsy or no medical diagnosis*, „Journal of Child and Family Studies” 2003, 12, 3: 335–348.

²⁰ I. Obuchowska, *op. cit.*, s. 115.

nego ojca można zauważyć przecenianie samodzielności w zakresie wykonywania czynności typu chodzenie, poruszanie się a przy tym jego podejście stwarza ryzyko niedoceniaenia samodzielności w sterowaniu własnym postępowaniem w przyszłości przez córkę. Niemniej jednak, tego typu motywacja do „usprawniania” dziecka jest przypisywana ojcom jako wyraz obawy o przyszłość swoją i dziecka. „Ojcowie koncentrują się na sprawach związanych z przyszłością dziecka i jego potencjalnych możliwościach, matki na sprawach związanych z codzienną opieką”²¹.

OBRAZ NR 6. NIEPEWNOŚĆ OJCA W SYTUACJI POSTĘPUJĄCEJ CHOROBY DZIECKA.

Respondent z analizowanego przypadku nr 6 ma 38 lat i wykształcenie zawodowe. Jego dziecko – sześciolatek chłopiec cierpi na rdzeniowy zanik mięśni. Jest to choroba genetyczna, dziedziczona jako cecha autosomalna recesywna, do tej pory nie ma skutecznego sposobu leczenia. W konsekwencji choroby dziecko nie jest w stanie samodzielnie stać ani chodzić przy czym rozwój intelektualny opisywany jest jako bardzo dobry. Dziecko ma problemy z oddychaniem, swobodną mową, porusza się na specjalnym wózku. Choroba cały czas postępuje, czego skutkiem są coraz poważniejsze zaburzenia oddychania. Dzieckiem na co dzień zajmuje się opiekunka, rodzice pracują 8 godzin dziennie. Ojciec zapytany o główne problemy związane z opieką nad dzieckiem mówił o obawach o dzień następną, gdyż nigdy nie może być

pewny czy „jutro” stan dziecka będzie lepszy czy gorszy.

U badanego ojca przeciętne wyniki pojawiły się w skalach „górowanie” i „koncentracja”, wysokie zaś w skalach „bezradność” i „dystans”. Trzeba jednak przyznać, że sytuacja rodzica wychowującego dziecko nieuleczalnie chore jest szczególnie specyficzna i trudna, co prowadzić może do ambiwalencji w uczuciach wobec dziecka. „W miarę wzrostu zagrożenia zdrowia i życia dziecka u ojców (w przeciwieństwie do matek) następuje nasilenie się uczuć negatywnych do chorego dziecka, przy równoczesnym takim samym poziomie uczuć pozytywnych, co w rezultacie powoduje wzrost uczuć ambiwalentnych”²². Wizja postępów choroby, świadomość i możliwość przewidzenia jej przebiegu odbiera wszelkim rodzicielskim wysiłkom radości i poczucia dalekosiężnego sensu. Stąd też wynikać może wychowawcza bezradność i nieudolność kierowania i opieki nad takim dzieckiem. Dlatego badany raczej przyznaje stwierdzeniu, że właściwie nie wiadomo, jaki jest najlepszy sposób wychowywania dzieci i kiedy być stanowczym i nieustępliwym wobec dziecka. Nie wiadomo – bo wychowywanie dziecka nie poruszającego się samodzielnie, nie mówiącego prawie wcale, wobec którego istnieje obawa, że nie dożyje następnego dnia jest dużo bardziej skomplikowane i wymaga postępowania według zupełnie innych reguł. „Rodzice przemęczeni opieką pielęgnacyjną nad ciężko chorym dzieckiem (...) ulegają stanom zubożenia wobec niego i zdarza się, że je zaniedbują”²³.

²¹ E. Wiśniewska, *Rodzina z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym w aspekcie teorii systemowej*, [w:] „Neurologia Dziecięca”, 2009, nr 18, s. 64.

²² F. Buczyński, *Funkcjonowanie ojców w sytuacji zagrożenia życia ich dziecka*, [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001, s. 392.

²³ E. Janion, *Więzi emocjonalne w rodzinach dzieci przewlekle chorych*, [w:] Z. Palak i in., *Jakość życia...*, op. cit., s. 255.

Te trudności, którym tak niełatwo jest sprostać mogą być przyczyną wychowawczego dystansu. Jeżeli badany przyznaje, że nie wie jak ma wychowywać swoje dziecko to jedną z możliwych reakcji na taką sytuację jest wycofywanie się z tego wychowywania. Być może dlatego cały dzień spędza w pracy i przejawia zachowania wskazujące na dystans względem dziecka. Jak pisze M. Ziemska²⁴ kontakt z dzieckiem przy nadmiernym dystansie ograniczony jest do minimum, rodzic jest powściągliwy, obojętny, nie przejawiający uczuć dla dziecka. Badany za raczej błędne uznał stwierdzenie, że spędzanie z dzieckiem czasu po pracy to dobry odpoczynek. Opieka nad dzieckiem niemal całkowicie niesamodzielnym może okazać się bardzo trudna i męcząca niemniej jednak jeżeli dziecko darzy się miłością nawet tak wyczerpujące zadanie może być źródłem pozytywnych przeżyć. W badaniach nad więziami emocjonalnymi w rodzinach dzieci przewlekłe chorych wykazano, że najczęściej występuje tylko przeciętna więź emocjonalna łącząca ojców z dziećmi²⁵. Autorka za przyczynę tego uznaje niedostatki we wzajemnych kontaktach wynikające z dużej ilości czasu przebywania poza domem, konieczności pracy zarobkowej ojców. Niemniej jednak funkcjonowanie dziecka na poziomie normy intelektualnej pozwala na wzajemną wymianę myśli, komunikację, świadome budowanie relacji uczuciowej. Poczucie niepewności jutra zastąpione troską o dzisiaj i radością ojca z każdej chwili spędzonej wspólnie z dzieckiem z pewnością zosta-

nie przez nie odczytane jako wyraz miłości i motywacja do walki z chorobą.

OBRAZ 7. OJCIEC SAMOTNIE WYCHOWUJĄCY DZIECKO Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM.

Przypadek numer 7 opisuje sytuację 37 - letniego ojca, którego syn jest upośledzony umysłowo w stopniu umiarkowanym; dodatkowym zaburzeniem, jakie zdiagnozowano jest nadpobudliwość psychoruchowa. Ojciec ma wykształcenie zawodowe, nie pracuje, opiekuje się synem i jego rok starszą siostrą, matka pracuje za granicą od około pół roku. Badany jest w trakcie postępowania rozwodowego. Jak wynika z informacji podanych przez ojca, córka jest bardzo pomocna w sprawach szkolnych, dużo czasu spędza bawiąc się z bratem.

W zakresie żadnej z negatywnych postaw rodzicielskich określanych przy pomocy kwestionariusza M. Ziemskiej badany nie uzyskał wyników wysokich. Pojawiły się natomiast wyniki przeciętne w skali „bezradność” i „koncentracja”. Nieco podwyższony poziom koncentracji na dziecku może być poniekąd wynikiem sytuacji ojca: większość czasu przebywa w domu, ponieważ nie pracuje, głównie sam wychowuje syna zatem on stanowi centrum jego wysiłków i wokół niego obracają się wszystkie codzienne sprawy. Fakt, że to właśnie ojciec zajmuje się wychowywaniem dzieci i prowadzeniem domu jest dosyć nietypowy. W literaturze²⁶ podkreślana jest dominująca rola i zaangażowanie matek w opiekę nad dzieckiem upośledzonym i emocjonal-

²⁴ M. Ziemska, *op. cit.*, s. 56.

²⁵ E. Janion, *op. cit.*, s. 250.

²⁶ M. Kościelska, *Oblicza upośledzenia*, PWN, warszawa 1995; I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1991; T. Gałkowski, *Problemy rodzin upośledzonych umysłowo*, [w:] „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne”, 1978, nr 6.

na lub nawet fizyczna „dezercja” ojców w takiej sytuacji. Mężczyzna z analizowanego przypadku jest przykładem, że ojcowie również są w stanie rzetelnie i całkiem właściwie wypełniać wychowawcze i domowe obowiązki. Wydaje się więc, że obok ogółu „matek – terapeutek” istnieje może mniejsza i przez to niestety pomijana w badaniach grupa „ojców – terapeutów”. Badacze zagadnienia prezentują interesującą interpretację sytuacji często spotykanej w rodzinach z dzieckiem upośledzonym, nazywając ją rodzajem „niewyrównania”²⁷. Ma to miejsce wówczas kiedy rodzic wykazuje nadmierną koncentrację na dziecku lub w rodzinie istnieje nierówny podział obowiązków związanych z dzieckiem. Autorzy wyróżniają „niewyrównanie” pojawiające się w diadzie małżeńskiej. Jedno z rodziców całkowicie poświęca się opiece nad dzieckiem, rezygnują z ważnych dla siebie potrzeb i aspiracji tym samym wywołując stan niewyrównania w relacji z partnerem. Ten z kolei reaguje poczuciem zagubienia, wyrzutami sumienia wprowadzając w zachwianie rodzinny system. Gdy sytuacja ta utrzymuje się przez czas dłuższy, może to w konsekwencji doprowadzić do opuszczenia rodziny oraz rozpadu związku. Drugi rodzaj niewyrównania może dotyczyć relacji z dzieckiem niepełnosprawnym. Może bowiem dochodzić do dysproporcji między poświęceniem rodziców a reakcją dziecka na to poświęcenie. Nadmiar tej jednokierunkowej troski oraz opieki dziecko może odczuwać jako przytłaczający go ciężar i zobowiązanie rodzące poczucie winy, gdyż bardzo trudne do rewanżu. Zmaganie się z trudnościami w wychowywaniu takiego dziecka i wspieraniu jego rozwoju przy braku oka-

zywania wdzięczności i reagowaniu, co prawda nieświadomym negatywizmem czyni sytuację jeszcze bardziej trudną z perspektywy ojca. Niektóre elementy tego typu relacji mogą występować w rodzinie badanego ojca, szczególnie jeśli chodzi o relację małżeńską. Jednakże jego postawa wychowawcza wskazuje na istnienie prawidłowych relacji z dzieckiem upośledzonym umysłowo, które niełatwo poddaje się zabiegom wychowawczym i jest przykładem obalającym stereotyp egoistycznych ojców uciekających od wychowawczej odpowiedzialności w sytuacji kryzysowej.

OBRAZ 8. OJCIEC NA UBOCZU.

Przypadek ósmy skupia się na opisie 48 letniego murarza- ojca dorosłej już córki. Ma ona 23 lata i cierpi na głęboki obustronny niedosłuch czuciowo - nerwowy. Jest po operacji wszczepienia implantu ślimakowego. Badany ojciec wspomina, że od około 3 roku życia zaczęła mieć problemy z mową i reagowaniem na dźwięki. Bardzo zależało mu, żeby dziecko rozumiało mowę dlatego mimo wszystko porozumiewali się za pomocą języka mówionego, gestów – nie chciał, aby komunikowała się tylko za pomocą migania. Dziewczynka nosiła aparaty słuchowe i uczęszczała do szkół masowych. W wieku 17 lat zdecydowała się na wszczepienie implantu ślimakowego. Dzięki temu słyszy znacznie lepiej i wciąż uczy się funkcjonowania po zmianie. Respondent wspomina o znacznej poprawie w mowie swojej córki od momentu operacji. Oprócz niej wraz żoną wychowywali dwudziestoletniego syna, który obecnie studiuje poza miejscem zamieszkania jednak zdaniem badanego

²⁷ U. Jagieła, J. Jagieła, *System rodzinny dziecka z zaburzeniami rozwoju intelektualnego*, [w:] A. Siedlack – Szwed, *Wybrane zagadnienia pedagogiki specjalnej*, WSP, Częstochowa 2003, s. 77.

ma słabszy niż dawniej, ale wciąż bardzo dobry kontakt z siostrą.

Odpowiedzi na pytania mieszczące się w skali „górowanie” i „koncentracja” wskazują na wyniki przeciętne, natomiast w zakresie skal „bezradność”, „dystans” pojawiają się wyniki wysokie. Sytuacja ta może być uwarunkowana specyfiką funkcjonowania rodzin słyszących rodziców i niesłyszącego dziecka. Więź i bliskie relacje z dzieckiem budowane są przez proces wzajemnej komunikacji. Kiedy występują zakłócenia w tym obszarze, w omawianym przypadku powodowane głuchotą, tworzenie rodzinnych relacji wymaga reorganizacji środków – jednym z nich jest interakcja w postaci rozmowy i wzajemnego rozumienia. Relacja ojciec - dorosła córka w tym kontekście może być obciążona dodatkowymi trudnościami. Nie tylko problemy w zakresie komunikacji, ale także naturalny proces dojrzewania i dystansowania się dziecka wobec rodzica może być w tym zakresie znaczący. „Kierowani lękiem przed własnymi reakcjami na rozwijającą się seksualność córki, ojcowie często odsuwają się, gdy dziewczęta stają się kobietami²⁸. Każda z niewłaściwych postaw rodzicielskich sytuuje się po przeciwnej stronie najważniejszego dla rozwoju dziecka nastawienia rodzica – akceptacji. Brak akceptacji dla niepełnosprawności córki mógł spowodować zakłócenia we wzajemnej komunikacji nie bez wpływu pozostające w stosunku do relacji ojciec - dziecko. K. Krako-

wiak zwraca uwagę, że „Status dziecka jako członka rodziny, która je akceptuje komunikuje się z nim skutecznie, przy użyciu dostępnych dla niego środków językowych, jest jednym z najważniejszych czynników rozwoju osobowości i warunkuje uspołecznienie się dziecka”²⁹. Dodatkowym problemem rodziców posiadających dziecko z zaburzeniem słuchu jest brak jakichkolwiek doświadczeń w tym nietypowym sposobie wychowywania, brak wiedzy o funkcjonowaniu osoby niesłyszącej, przy którym są zmuszeni w szybkim tempie zdobyć nowe informacje i wypracować sposoby funkcjonowania i metody wychowywania. Badany przyznaje się do bezradności w aspekcie wychowawczym: za zdecydowanie słuszne uznając zdanie, że właściwie nie wiadomo, jaki jest najlepszy sposób wychowywania dzieci. Wraz z rozwojem dziecka ku dorosłości rola opieki ustępuje miejsca wychowaniu, ale w tym przypadku ojciec zdaje się opieką, nieadekwatnymi do wieku zasadami kompensować braki w umiejętnościach wychowawczych opartych na bliskim kontakcie, rozmowie, zrozumieniu. „Pomyślny rozwój dziecka z wadą słuchu zależy od tego, w jaki sposób jest ono wychowywane w początkowym okresie życia”³⁰. W przypadku rodziców dzieci z zaburzeniem słuchu ich prawidłowe podejście jest niezwykle ważne z punktu rewalidacji dziecka, to oni odgrywają dużą rolę w procesie początkowej rehabilitacji i uczenia dziecka sprawnego funkcjonowania w świecie dźwięków.

²⁸ D. Krok, K. Rychtarczyk, *Wpływ relacji z ojcem na percepcję wizerunku ciała u kobiet w wieku późnej adolescencji*, [w:] D. Krok, P. Landwójtowicz, *Rodzina w nurcie współczesnych przemian*, Uniwersytet Opolski, Opole 2010, s. 232.

²⁹ K. Krakowiak, *W sprawie kształcenia języka dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem. Komunikacja językowa i jej zaburzenia*. T. 14, UMCS, Lublin 1998, s. 21.

³⁰ W. Pietrzak, *Dzieci z wadą słuchu*, [w:] I. Obuchowska, *Dziecko...op. cit.*, s. 372.

OBRAZ NR 9. MIŁOŚĆ I AKCEPTACJA OJCA WOBEC DZIECKA Z ZESPOŁEM DOWNA.

Przypadek numer 9 opisuje 35 - letniego ojca wspólnie z żoną wychowującego dwoje dzieci. Ojciec posiada wyższe wykształcenie, jest inżynierem w firmie budowlanej. Jeden z jego młodszych synów urodził się z Zespołem Downa. Jest to choroba genetyczna, której jednym z objawów jest upośledzenie umysłowe. Chłopiec ma 7 lat i obecnie uczęszcza do I klasy masowej szkoły podstawowej. Dziecko ma upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym, co objawia się problemami w kontakcie werbalnym: niewyraźna mowa, posługiwanie się pojedynczymi słowami, zdaniami. Mimo to jednak chłopiec jest bardzo żywy, ruchliwy, nadpobudliwy, ale pogodnie usposobiony do otoczenia. Obydwoje rodziców pracuje, ale jak twierdzi badany, dzielą się obowiązkami opieki nad dziećmi, przy czym, dzięki temu, że mieszkają w sąsiedztwie dziadków często korzystają z ich pomocy.

Badany ojciec zdaje się nie przejawiać postaw górowania i dominacji nad dzieckiem, gdyż w tej skali wyniki otrzymane na podstawie jego odpowiedzi mieszczą się w granicach poziomu niskiego. W stopniu przeciętnym pojawiają się zachowania wskazujące na dystans, bezradność i nadmierną koncentrację. Postawy cząstkowe mieszczące się skali „koncentracja”, którym badany przyznał rację to przekonanie, że „dziecko powinno być stawiane w domu na pierwszym miejscu”, „delikatne dziecko wymaga specjalnej ochrony” lub „stały lęk matki, że dziecku może się coś stać jest czymś zrozumiałym”. Takie przekonania z pew-

nością dzieli większość kochających rodziców, a w przypadku rodziców dziecka niepełnosprawnego zwiększony lęk czy bardziej skoncentrowana troska wydają się zrozumiałe i uzasadnione. Najwyższy wynik pojawił się w skali „dystans”. Wnioskując po odpowiedziach ojca wydaje się, że ogranicza swój nadzór i jest zwolennikiem przyznawania dużej dozy swobody dzieciom. Trudno stwierdzić czy ta postawa jest powodowana świadomą chęcią oddziaływania wychowawczego w taki właśnie, zamierzony sposób, czy raczej wynika z braku czasu na poświęcenie się sprawom wychowawczym. Ojciec większość czasu spędza w pracy, a w sytuacjach kiedy sprawuje bezpośrednią opiekę nad chłopcem dużo wygodniej zdaje się przyzwolić na pewne zachowania dziecka niż z nimi walczyć. Dziecko, jak twierdzi ojciec, jest nadpobudliwe i sprawia trudności wychowawcze w domu i w szkole, ale uważa to za pozytywny objaw chęci życia i zachowanie zgodne z dziecięcą naturą. Badania nad postawami rodziców dzieci mongoidalnych w pokazują, że większość rodziców wykazuje postawy akceptujące wobec dziecka z zespołem Downa³¹. Istnieje kilka obiektywnych powodów dla których dzieci z zespołem Downa spotykają się z większą rodzicielską akceptacją niż dzieci z innymi zaburzeniami rozwoju. Po pierwsze przyczyny powstania zespołu Downa nie zależą bezpośrednio od rodziców; nie są oni w stanie przewidzieć choroby, dlatego jeśli znają mechanizm powstawania zaburzenia nie będą się wzajemnie obarczali odpowiedzialnością i zaakceptują istniejący *status quo*³². Po drugie osobowość dziecka

³¹ Zob. S. Kowalik, „Upośledzenie umysłowe. Teoria i praktyka rehabilitacji”, PWN, Warszawa 1989; J. Kruk – Lasocka, „Rodzina i jej dziecko upośledzone umysłowo”, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1991.

³² B. Stratford, *Zespół Downa*, PZWL, Warszawa 1993, s. 145.

z zespołem Downa: pogodne usposobienie, życzliwość, umiejętność okazywania uczuć, wdzięczność sprzyjają postawom akceptacji i miłości. Trzecim powodem jest zwykle starszy wiek rodziców, przez co mają więcej czasu, który mogą poświęcić wychowaniu i opiece nad dzieckiem. W przypadku rodziców odrzucających dziecko z zespołem Downa z kolei przyczynami mogą być: łatwość diagnozy zespołu Downa – rodzice dowiadują się o upośledzeniu dziecka zanim zdążyli się do niego przywiązać, wygląd zewnętrzny dziecka wyraźnie sygnalizujący zaburzenie, mnogość zaburzeń towarzyszących. Niemniej jednak, mimo pewnych symptomów dystansu rodzicielskiego, badany ojciec wydaje się należeć do większości rodziców w pełni akceptujących swoje dziecko. Odczuwanie miłości rodzica, zaspokojenie potrzeby przynależności i świadomość swojej wartości dla takich dzieci niejednokrotnie może okazać się najbardziej skuteczną terapią.

OBRAZ 10 OJCIEC ODTRĄCAJĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECKA.

Przypadek numer 10 opisuje ojca siedemnastoletniej córki z uszkodzeniem mózgu. Badany ma 46 lat i pracuje od wielu lat jako taksówkarz w dużym mieście. Matka od niedługo czasu nie pracuje. Niepełnosprawna dziewczyna urodziła się zdrowa, jej mózg uległ uszkodzeniu w skutek urazu mechanicznego - upadku i silnego uderzenia w głowę przed ukończeniem 2 roku życia. Dziecko rozwijało się prawidłowo w zakresie sprawności motorycznej, rozwój fizyczny przebiegał bez zakłóceń. Uszkodzenie mózgu objawia się upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym, zaburzeniu uległa także mowa. Dziewczynka mówi

bardzo niewyraźnie, bełkotliwie i bezładnie - tylko rodzice są w stanie ją zrozumieć. Większość czasu spędza bawiąc się na osiedlowym placu zabaw z dziećmi dużo młodszymi od siebie. Ojciec twierdzi, że kocha córkę taką, jaka jest, choć miewał momenty załamania, gdy była młodsza i jej zachowania nie dało się w żaden sposób kontrolować. Teraz jedynym jego zmartwieniem jest obawa o jej przyszłość i o to, co się z nią stanie, gdy on lub jego żona nie będą już w stanie się nią opiekować. Mimo, że fizycznie jest sprawna i zdolna do wykonywania czynności typu: gotowanie, sprzątanie nie jest w stu procentach świadoma ich konieczności, w jednej chwili może podjąć jakąś czynność i za moment wybiec z domu i zapomnieć co miała do zrobienia. W pewnym stopniu jest samodzielna, ale wymaga wskazówek, pouczeń i przypomnień ze strony opiekuna.

Respondent odpowiadając na pytania zawarte w kwestionariuszu M. Ziemskiej uzyskał niskie wyniki w skali „koncentracja”, co oznacza, że raczej nie wykazuje oznak postawy nadopiekuńczej wobec swojego dziecka. Wyniki przeciętne znajdują się natomiast w skalach „górowanie” i wysokie w skali „dystans” a więc mogą pojawiać się w jego oddziaływaniu wychowawczym pewne zachowania częściowe wchodzące w skład tych skal. Górowanie oznacza tendencję do ograniczeń i surowości, wymuszania pewnych zachowań środkami karania. Badany ojciec za raczej słuszne uważa, że „dziecko powinno bez dyskusji słuchać starszych” czy też „ruchliwość i niecierpliwość dziecka należy ukrać”. Takie podejście może być w pewnym sensie tłumaczone specyfiką funkcjonowania niepełnosprawnej dziewczyny. Mimo, że osiągnęła już wiek

dorastania bez kontroli ze strony dorosłych nie jest w stanie logicznie postępować, być może skuteczne są jedynie surowe komunikaty rodzica. Z drugiej strony zmuszanie do pożądanых zachowań, egzekwowanie pewnych wymagań poprzez przymus, surowość i kary nawet jeśli przemawiają i wpływają na zachowania dziecka to zostawiają ślad w jego rozwoju emocjonalnym, ponieważ czuje ono presję i krytyczny stosunek rodzica. Przeciętny poziom pojawił się także w skali „bezradność”. Ojciec ów nie jest pewny co do tego, jaki jest najlepszy sposób wychowywania dzieci, czy też kiedy być stanowczym i nieustępliwym wobec dziecka. Ponadto czuje, że trudniej mu niż innym rodzicom wychowywać własne dziecko. Poczucie bezradności w tym zakresie wydaje się być wręcz wpisane w wychowywanie dziecka niepełnosprawnego, zrozumiałym jest fakt, że jest to zadanie trudne, nietypowe stąd też rodzicom takim przysnaje się większe prawo do niewiedzy czy pomyłki. Niestety w przypadku właśnie tych rodziców niewiedza czy pomyłka może nieść znacznie poważniejsze konsekwencje, dlatego zarówno matka jak i ojciec powinni świadomie poszukiwać i wspólnie wypracowywać odpowiednie metody postępowania. Wyniki wysokie zaś znalazły się w skali „dystans”. Nieregulowany czas pracy i częsta nieobecność ojca w domu mogą sprawiać, że nie jest on głęboko zaangażowany w sprawy dziecka. Uważa on, że dawanie rad i wskazówek jest najczęściej stratą czasu, a spędzanie czasu z dzieckiem po pracy nie jest najlepszym odpoczynkiem. Pewne symptomy dominacji przy współistnieniu z dystansem uczuciowym tworzą postawę odtrącającą³³. Dziecko bywa

odczuwane jako ciężar, opieka uważana jako przekraczająca siły rodzica. Kierowanie dzieckiem za pomocą rozkazów i rygoryzmu jest w pewnym sensie wygodne dla ojca, ponieważ wymaga minimalnego nakładu czasu i wysiłku z jego strony. Nie wnika on w motywy zachowania dziecka, nie stara się zrozumieć jego indywidualnych potrzeb i specyfiki postępowania, więc aby osiągnąć żądane zachowanie zmusza je do niego. W kontekście dystansu objawiającego się permissywnością ojca, sytuacja taka nie powinna dziać się zbyt często. Dopóki dziecko jest z daleka od niego, bawi się poza domem i niczego nie wymaga jest w porządku. Problem pojawia się gdy trzeba podjąć wychowawczą decyzję i zacząć działać jak ojciec. Akceptacja i kochanie dziecka, ale z daleka, z dystansu nie pomagają córce, nawet jeśli jest już prawie dorosła, czuć się pewnie i bezpiecznie. To rodzice, poza rehabilitacją ze strony profesjonalistów, powinni włożyć ogrom pracy, by dziecko rozwijało się i stawało samodzielne. Jak pisze E. Muszyńska „(...) zaniechanie wysiłków wychowawczych, niezależnie od towarzyszącej mu postawy wobec dziecka, prowadzi do utrwalenia bądź pogłębienia się niepełnosprawności dziecka”³⁴. Pozostawienie córki samej sobie, wypuszczenie jej z domu i obserwowanie jak bawi się z dużo młodszymi dziećmi może sprawiać, że przejmuje ona dziecięce zachowania, rozwojowo się uwsteczniając. Niemniej jednak, takie zachowanie może być dla ojca formą odpoczynku od dziecka, od problemów związanych z wychowaniem, od obaw o jej przyszły los. A może jest to ucieczka od porażki jako rodzica, od nieumiejętności lub nawet niechęci bycia ojcem.

³³ M. Ziemska, *op. cit.*, s. 61.

³⁴ E. Muszyńska, *Ogólne problemy...*, *op. cit.*, s. 109.

PODSUMOWANIE

Postawy rodzicielskie ojców w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym mogą być różnorodne - są bowiem warunkowane wieloma czynnikami takimi jak wiek ojca i dziecka, sytuacja rodzinna, struktura rodziny, typ niepełnosprawności dziecka. Oprócz czynników determinujących postawy rodzicielskie na płaszczyźnie mikro, a więc zamkniętych w obrębie funkcjonowania systemu rodzinnego istnieją wpływy pochodzące z szerszych obszarów: społecznych, kulturowych, instytucjonalnych. Ta mnogość czynników określa kierunek, w którym zmierzają postawy rodzicielskie ojców względem ich dziecka z niepełnosprawnością, który dla każdego z nich jest odmienny. Można dzięki temu dostrzec pewien relatywizm tych postaw – te, których występowanie podlegałoby krytyce u ojców dzieci prawidłowo funkcjonujących, praktykowane przez ojców dziecka z zaburzeniami bywają uzasadnione albo przynajmniej zrozumiałe. Niemniej jednak postawy właściwe opierają się na bezwarunkowej akceptacji – to ona jest celem, do którego dążyć powinny wszelkie rodzicielskie starania. O tę akceptację trudniej w sytuacji, kiedy obraz dziecka odbiega od oczekiwań oraz jest sprzeczny ze społecznymi ideałami. Z drugiej strony prawidłowe postawy rodzicielskie ojców są nie do przecenienia w procesie rehabilitacji i prawidłowym rozwoju dziecka. Męska duma, oczekiwania, honor w kontekście ojcostwa w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym powinny podporządkować się naczelnej dla ojca – mężczyzny i wreszcie człowieka umiejętności bycia szczęśliwym i obdarzania tym uczuciem swoich najbliższych w sytuacji tu i teraz,

bez względu na nietypowe czy niesprzyjające okoliczności.

STRESZCZENIE

Problemy, emocje, odczucia ojców dzieci z niepełnosprawnością w kontekście dotychczasowych badań naukowych oraz w powszechnej opinii społecznej zdają się być drugoplanowe, niezauważane i pomijane. Ich reakcja na chorobę dziecka nie jest tak jasno wyrażona jak ma to miejsce w przypadku matek, nie oczekuje się też od nich tak silnego zaangażowania w tę trudną sytuację. W rzeczywistości ich przeżycia są równie silne, jedynie pozostałości po tradycyjnym obrazie „silnego mężczyzny” nakazują powściągliwość w wyrażaniu tego bólu. Akceptująca postawa ojca wobec dziecka jest zrębnym, głównym budulcem właściwych relacji i z niej też wynika dobór metod i technik wychowawczych. Jednak kumulacja innych problemów: ekonomicznych, związanych z postawami otoczenia, z załamaniem oczekiwań, ze żmudnym procesem leczenia i rehabilitacji mogą utrudniać akceptację dziecka, co wiąże się z wyzwoleniem nieprawidłowych względem niego postaw. Niniejszy artykuł przedstawia analizę postaw wychowawczych określonych przy użyciu kwestionariusza M. Ziemskiej oraz danych uzyskanych w wywiadzie u grupy dziesięciu ojców wychowujących dziecko niepełnosprawne. Otrzymane rezultaty zwrócą uwagę na specyfikę sytuacji ojców posiadających dziecko z niepełnosprawnością, na ich ustosunkowanie się względem tego dziecka oraz wskażą dodatkowy wymiar roli ojca jako jedno z pól realizowania się także jako mężczyzna i człowiek.

ABSTRACT

A father - a man - a human in the face of child's disability.

Problems, emotions, feelings of fathers of children with disabilities in the context of existing research and public opinion seem to be minor, unnoticed and ignored. Their reaction to the child's illness is not as clearly expressed as it is in the case of mothers, it is not expected from them as a strong commitment to this difficult situation. In fact, their experiences are equally strong, only relics of the traditional image of the "strong man" dictate restraint in expressing their pain. Father's accepting attitude towards the child is foundations of the proper relationship and it also shows the selection of educational methods and techniques. However, the accumulation of other problems: economic, environment-related attitudes, collapse of expectations, the laborious process of treatment and rehabilitation may hinder acceptance of the child, which is associated with incorrect attitudes towards him. This article presents a qualitative analysis of a group of ten fathers' attitudes towards their disabled child with using questionnaire of M. Ziemska. The data is supplemented with information obtained in the interview. Results will pay attention to the specific situation of fathers bringing up a child with a disability, their attitude towards the child and identify the additional dimension of the role of the father as one of the fields of self-realization as a man and human.

BIBLIOGRAFIA

- P. A. Britner et al., *Stress and coping: A comparison of self-report measures of functioning in families of young children with cerebral palsy or no medical diagnosis*, "Journal of Child and Family Studies" 2003, 12.
- F. Buczyński, *Funkcjonowanie ojców w sytuacji zagrożenia życia ich dziecka*, [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001.
- H. Cudak, *Szkice z badań nad rodziną*, WSP, Kielce 1995.
- A. Dąbrowska, *Poczucie koherencji u rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] „Psychiatria Polska” 2007, nr 2.
- U. Dębska, *Poczucie jakości życia osób niepełnosprawnych i ich opiekunów. Doniesienie z badań*, [w:] Z. Pałak, A. Lewicka, A. Bujnowska, *Jakość życia a niepełnosprawność*, UMCS, Lublin 2006.
- T. Gałkowski, *Problemy rodzin upośledzonych umysłowo*, [w:] „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne”, 1978, nr 6.
- U. Jagieła, J. Jagieła, *System rodzinny dziecka z zaburzeniami rozwoju intelektualnego*, [w:] A. Siedlaczek – Szwed, *Wybrane zagadnienia pedagogiki specjalnej*, WSP, Częstochowa 2003.
- E. Janion, *Więzi emocjonalne w rodzinach dzieci przewlekle chorych*, [w:] Z. Pałak i in., *Jakość życia a niepełnosprawność*, UMCS, Lublin 2006.
- M. Kościelska, *Rodziny dzieci niepełnosprawnych*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologicznej – Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1998.
- M. Kościelska, *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa 1995.
- S. Kowalik, *„Upośledzenie umysłowe. Teoria i praktyka rehabilitacji”*, PWN, Warszawa 1989.
- K. Krakowiak, *W sprawie kształcenia języka dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem. Komunikacja językowa i jej zaburzenia*. T. 14, UMCS, Lublin 1998.

D. Krok, K. Rychtarczyk, *Wpływ relacji z ojcem na percepcję wizerunku ciała u kobiet w wieku późnej adolescencji*, [w:] D. Krok, P. Landwójtowicz, *Rodzina w nurcie współczesnych przemian*, Uniwersytet Opolski, Opole 2010.

J. Kruk – Lasocka, *„Rodzina i jej dziecko upośledzone umysłowo”*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1991.

R. Michałowicz, *Mózgowe porażenie dziecięce*, PZWL, Warszawa 1993.

E. Mazanek, *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wychowanie i nauczanie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.

I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1991.

Z. Palak, A. Bujnowska, A. Pawlak, *Edukacyjne i rehabilitacyjne konteksty rozwoju osób z niepełnosprawnością w różnych okre-*

sach ich życia, UMCS, Lublin 2010.

E. Pisula, *Dzieci z autyzmem*, [w:] I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1991.

E. Pisula, *Stres Rodzicielski związany z wychowaniem dzieci autystycznych i z zespołem Downa*, [w:] „Psychologia Wychowawcza”, 1993, nr 1.

B. Stratford, *Zespół Downa*, PZWL, Warszawa 1993, s. 145.

M. Al Sayyed Obaid, *Parental Attitudes towards Autistic Child*, “European Journal of Social Sciences” 2012, Vol. 31 No.1.

E. Wiśniewska, *Rodzina z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym w aspekcie teorii systemowej*, [w:] „Neurologia Dziecięca”, 2009, nr 18.

M. Ziemska, *Postawy rodzicielskie*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1973.

M. Ziemska, *Rodzina i dziecko*, PWN, Warszawa 1979.



Koncert kolęd - Szczecin 02.01.2013