

Alina Stosor

Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi

Szkoła Podstawowa Specjalna nr 40 w Zabrze

DOI: <https://doi.org/10.59444/2024MONredJanr7>

POCZUCIE SATYSFAKCJI Z ŻYCIA A GOTOWOŚĆ RODZICÓW DO AKTYWNEGO UDZIAŁU W REHABILITACJI DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Sense of life satisfaction and parents' readiness to active participation in the rehabilitation of a disabled child

Abstract: The subject of the article is the sense of life satisfaction of parents of children with disabilities in the context of their activity in the process of child rehabilitation. The concept of life satisfaction based on modern concepts of happiness is discussed. Then, the problem of functioning of the family of a disabled child was presented. In the further part of the article methodological assumptions and research results are presented. The work ends with conclusions and postulates for pedagogical practice.

Keywords: sense of satisfactions with life, family of children with disabilities, rehabilitation, parental activity in child therapy

Wprowadzenie

Często nauczyciele, terapeuci oraz sami rodzice zadają sobie pytanie czy rodzic dziecka z niepełnosprawnością powinien być aktywny w procesie jego rehabilitacji? A jeśli tak, to w jakiej formie? Czy powinien być osobą wiodącą i podejmującą decyzje co do form i metod terapii oraz realizującą ją samodzielnie, czy może powinien pozostawić wybór najważniejszych sposobów pracy z dzieckiem specjalistom, a sam ograniczyć się do wykonywania ich zaleceń w domu? Czy może powinien terapię i realizację rehabilitacji pozostawić wyłącznie specjalistom, a sam powinien być po prostu zwyczajnym rodzicem zajmującym się opieką nad dzieckiem i wykonywaniem codziennych czynności domowych i pracą zawodową? Czy wzięcie na siebie dodatkowej odpowiedzialności za rozwój dziecka, co niewątpliwie wiąże się z dodatkowym obciążeniem dla rodzica, wpływa pozytywnie czy negatywnie na odczuwanie przez niego satysfakcji z życia? Czy wiek i płeć mają znaczenie w aktywności rodziców w procesie rehabilitacji dziecka?

Ponadto, czy to na matkach w głównej mierze spoczywa ciężar odpowiedzialności za rehabilitację dziecka z niepełnosprawnością?

Z pewnością wczesny okres rozwojowy dziecka ze względu na swoją specyfikę wymaga tego, aby rodzice, w szczególności matka, zaangażowali się w działania praktyczne wobec dziecka. Dotychczasowe badania naukowe wskazują, że wejście przez rodziców w rolę rehabilitanta oraz ich zaangażowanie w proces terapii decyduje często o pozytywnych wynikach rehabilitacji (Konarska 2013, Barłóg 2019).

Wielu rodziców pozytywne emocje wobec dziecka z niepełnosprawnością czerpie z własnej aktywności w procesie jego terapii. Niektórzy badacze podkreślają nadrzędną rolę rodzica w rehabilitacji dziecka. Andrzej Twardowski wskazuje jako jeden z wielu argumentów za włączaniem rodziców do działań rehabilitacyjnych na to, że wczesne angażowanie rodziców i innych członków rodziny w proces terapii dziecka niesie istotny walor profilaktyczny. Sprzyja to wytworzeniu korzystnych relacji między nim a pozostałymi członkami rodziny. Pozwala też rodzicom poznać możliwości dziecka i urealnić oczekiwania wobec niego (Twardowski 2014).

Z kolei dla innych rodziców dzieci z niepełnosprawnością to ich własna aktywność życiowa, czyli aktywność zawodowa i spędzanie wolnego czasu poza domem, wpływa pozytywnie na ich stan emocjonalny i przyczynia się do obniżenia stresu, a także sprzyja wysokiemu poczuciu satysfakcji z życia (Truszkowska-Wojtkowiak 2012, Komorowska 2018).

Niniejsze opracowanie ma na celu zbadanie zależności pomiędzy zadeklarowaną przez rodziców aktywnością w rehabilitacji własnego dziecka a poczuciem ich satysfakcji z życia, a także zmiennymi socjodemograficznymi takimi jak wiek i płeć.

Czym jest poczucie satysfakcji z życia?

Dążenie do szczęścia i satysfakcji z życia jest podstawową potrzebą człowieka. Poczucie szczęścia dla każdej osoby będzie prawdopodobnie wiązać się z innymi czynnikami. Dla jednych szczęście będzie się kojarzyć z sukcesem, bogactwem, dla innych ze zdrowiem, dla jeszcze innych z udanym życiem rodzinnym.

Już w starożytności greccy filozofowie próbowali zdefiniować pojęcie szczęścia i satysfakcjonującego życia poprzez analizę wiodących nurtów: eudajmonizmu i hedonizmu, gdzie pierwszy z nich poczucie szczęścia utożsamiał z doskonałością jednostki, drugi zaś z niekończącym się pasmem pozytywnych doznań (Tatarkiewicz 1979).

Janusz Czapiński, twórca cebulowej teorii szczęścia, terminu „szczęście” używa zamiennie z terminami „dobrostan psychiczny” oraz „dobrostan subiektywny”. Uważa on, że dążenie do szczęścia i satysfakcjonującego życia jest głównym, chociaż niekoniecznie świadomym celem ludzkich dążeń. Szczęście w jego teorii porównywane jest do cebuli,

a to metaforyczne porównanie ma na celu ukazanie warstwowej budowy szczęścia, gdzie najgłębszą warstwą jest wola życia, pośrednia odpowiada subiektywnie doświadczanej wartości własnego życia, a najbardziej zewnętrzna to bieżące doświadczenie afektywne oraz zależne od nich satysfakcje cząstkowe odnoszące się do konkretnych aspektów życia (pracy, rodziny, finansów, warunków mieszkaniowych, sposobów wypoczynku itp.) (Czapiński 2017).

Inni przedstawiciele psychologii pozytywnej (Ryff, Singer 2002) określają satysfakcjonujące życie w dwóch aspektach: jako stan psychiczny – przeżywanie szczęścia oraz posiadanie wartościowych osiągnięć życiowych. Odczuwanie szczęścia jest wyrazem globalnej oceny własnego życia, która wynika z satysfakcji z własnych dokonań oraz rodzajem emocjonalnych reakcji na zdarzenia. Zatem szczęście jest tym wyższe, im większa jest satysfakcja z życia oraz im więcej jest przeżywanych przyjemności i mniej uczuć negatywnych.

Satysfakcja z życia to pojęcie wielowymiarowe, subiektywne i złożone. Na bazie psychologii personalistyczno-egzystencjalnej satysfakcję z życia można określić jako sposób, w który człowiek doświadcza życia i w jakim stopniu jest szczęśliwy za sprawą takiego, a nie innego sposobu życia. Zatem jest to świadomość subiektywnej oceny własnego życia w odniesieniu do posiadanego systemu wartości, wzorca lub ideału (Straś-Romanowska 2010).

Podsumowując rozważania nad satysfakcją z życia i szczęściem, można stwierdzić, że dostępne w literaturze koncepcje szczęścia odnoszą się przede wszystkim do subiektywnego stanu emocjonalnego związanego z realizacją życiowych osiągnięć.

Funkcjonowanie rodziny dziecka z niepełnosprawnością

Każda rodzina jest systemem stanowiącym całość. Jakikolwiek zmiany w zakresie jednego elementu w tym systemie mają wpływ na pozostałe (Wałęcka-Matyja, Kurpiel 2015). Pojawienie się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością zaburza jej prawidłowe funkcjonowanie i jest szczególnie trudną emocjonalnie oraz społecznie sytuacją życiową dla rodziców. Zaadaptowanie się do nowej sytuacji jest złożonym procesem i ewoluuje w czasie. Procesowi temu towarzyszy wiele emocji i uczuć, które Małgorzata Kościelska dzieli na cztery kategorie: lęk, żaloba, wrogość, miłość. Te emocje zmieniają swoje natężenie oraz intensywność i w efekcie prowadzą do mniej lub bardziej pełnego pogodzenia się z sytuacją życiową (Kościelska 1995).

Adaptacja rodziców do sytuacji niepełnosprawności dziecka jest również przedmiotem rozważań A. Twardowskiego, który procesy adaptacyjne rodziców dzieci z niepełnosprawnością dzieli na cztery okresy ich przeżyć emocjonalnych:

- szoku;
- kryzysu emocjonalnego;
- pozornego przystosowania się do nowej sytuacji;
- konstruktywnego przystosowania się (Twardowski 1991).

Konsekwencje pojawienia się dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie Amadeusz Krause przyporządkowuje do trzech grup. Pierwsza grupa następstw dotyczy zaburzenia struktury i funkcji rodziny, gdy rodzice poszukują przyczyn niepełnosprawności dziecka, obwiniają się wzajemnie, doświadczają poczucia krzywdy i odczuwają lęk przed przyszłością, reakcją rodziny lub środowiska. Drugą konsekwencją pojawienia się dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie jest pogorszenie się jej sytuacji materialnej, co w znaczący sposób wpływa na funkcjonowanie rodziny jako całości oraz poszczególnych jej członków. Trzecia konsekwencja odnosi się do wymiaru społecznego funkcjonowania rodziny oraz reakcji środowiska na pojawienie się dziecka z niepełnosprawnością. Pomimo zmieniających się postaw wobec niepełnosprawności, w dalszym ciągu rodziny wychowujące dziecko z niepełnosprawnością mogą czuć się izolowane, gdyż wciąż w przestrzeni społecznej funkcjonują stereotypy silnie uzależnione kulturowo wobec tej grupy rodzin. Krause nazywa to zjawisko syndromem „upośledzonej rodziny” (Krause 2010).

Niepełnosprawność dziecka w znaczący sposób wpływa również na relacje między rodzicami oraz jakość ich związku. Przeżywany stres może niekorzystnie wpływać na klimat emocjonalny w rodzinie i osłabiać więzi między małżonkami, co w efekcie może wywołać zagrożenia dla związku takie jak: przenoszenie na partnera złości i rozczarowania związanych z problemami w rozwoju dziecka, obwinianie go za niepełnosprawność dziecka, zmęczenie wynikające z czynności opiekuńczych, różnice w poglądach na temat właściwego postępowania wobec dziecka, nierówny podział obowiązków, zbyt mało czasu na rozwijanie i pielęgnowanie związku (Pisula 2010).

Zdaniem A. Krause (2010) funkcjonalność systemu rodzinnego dotkniętego niepełnosprawnością dziecka w największym stopniu uzależniona jest od ilości otrzymanego wsparcia. Optymalne wsparcie powinno obejmować trzy obszary: poznawczy, behawioralny i emocjonalny. W obszarze poznawczym należy budować wiedzę rodziców na temat niepełnosprawności dziecka, jego przyczynach, możliwościach terapii oraz wsparcia instytucjonalnego. W obszarze behawioralnym należy nauczyć rodziców tego, jak opiekować się dzieckiem i jak pracować z nim na co dzień oraz jak zorganizować życie rodzinne, aby członkowie rodziny jak najmniej odczuwali obciążenia związane z opieką nad dzieckiem z niepełnosprawnością. W obszarze emocjonalnym rodzina powinna otrzymać wsparcie w zakresie radzenia sobie z negatywnymi emocjami, utrzymywania właściwych relacji pomiędzy jej członkami oraz zaakceptowania

nieodwracalnych aspektów niepełnosprawności u dziecka (Kawczyńska-Butrym 1998, Kościelska 1998, Marat 2015).

Wraz z rozwojem dziecka rodzina staje przed dylematem, jak pokierować dorosłym życiem swego dziecka z niepełnosprawnością. Czy kontynuować rehabilitację w ramach zamkniętego systemu instytucjonalnego, czy umożliwić dziecku samodzielną drogę życiową. W Polsce najczęściej wybieraną opcją jest pozostawienie dziecka w domu i spędzenie z nim całego życia. Wspólne mieszkanie z osobą niepełnosprawną sprawia, że rodzice przyzwyczajają się do sytuacji, zmniejsza się liczba konfliktów między małżonkami. Dorosłe dziecko niepełnosprawne może być istotną pomocą dla starzejących się rodziców, a przestrzeganie określonego rytmu dnia zwiększa stabilność wewnętrzną rodziny. Po śmierci rodziców osoba niepełnosprawna trafia najczęściej do instytucji opiekuńczej, gdzie poziom opieki w ostatnich latach uległ znaczącej poprawie, a warunki życia tam panujące spełniają wysokie standardy europejskie (Kowalik 2018).

Niewątpliwie przeżywanie trudnych emocji związanych z niepełnosprawnością dziecka na różnych etapach jego życia, zmaganie się z codziennymi troskami ma wpływ na jakość życia rodziców oraz ich poczucie satysfakcji z życia. Funkcjonowanie rodziny dziecka z niepełnosprawnością analizowane jest w badaniach naukowych z reguły w kontekście kryzysu emocjonalnego, straty, trudności, dramatu, wypalenia sił (Chodkowska 1995, Pisula 1998, 2007, Kościelska 1998, Twardowski 2012, Hołub 2018 et al.). Agnieszka Żyta podkreśla jednak, że pomimo licznych trudności, które towarzyszą wychowaniu dziecka z niepełnosprawnością, nie musi powodować ona trwałych, negatywnych skutków w funkcjonowaniu rodzin, a wręcz może przyczynić się do osiągnięcia większej spójności i bliskości pomiędzy jej członkami (Żyta 2010).

Metodologia badań własnych

Czy szczęśliwym może być człowiek, którego dotyka choroba lub niepełnosprawność najbliższej mu osoby? Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem jakości życia rodziców dzieci z niepełnosprawnością a ich gotowością do aktywności w procesie rehabilitacji? I czy aktywność ta może z kolei sprawić, że rodzic odczuwa większą satysfakcję z życia, widząc postępy w rozwoju dziecka? Czy aktywność rodziców w rehabilitacji dziecka zależy od takich zmiennych socjodemograficznych, jak wiek i płeć? Wielu autorów zajmowało się badaniem poziomu satysfakcji z życia rodziców dzieci z niepełnosprawnością w różnych aspektach (Barłóg, 2019); Stelter 2014; Lew-Koralewicz 2018; Łaba-Hornecka 2021).

Aby odpowiedzieć na powyższe pytania przeprowadzono badania, w których uczestniczyło 62 rodziców dzieci z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Grupa była

zróznicowana ze względu na płeć. W badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędziem badawczym była Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) autorstwa Eda Dienera i współpracowników w opracowaniu Zygryda Juczyńskiego. Narzędzie składa się z pięciu stwierdzeń, przy każdym z nich badany stwierdza na skali 7-stopniowej (1 – całkowicie się nie zgadza z danym stwierdzeniem; 7 – całkowicie się zgadza) na ile odnosi się ono do jego dotychczasowego życia. Oceny te są sumowane, a uzyskany wynik wskazuje na stopień satysfakcji z życia. Wyniki mieszczą się w przedziale od 5 do 35, a odpowiadające im punkty przeliczane są w skali stenowej: im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia (Juczyński 2001).

Dodatkowo zadano badanym pytania o wiek i płeć, a także dwa pytania zamknięte dotyczące formy udziału w rehabilitacji dziecka:

1. W jakich formach Pani/Pan uczestniczy w terapii dziecka?
Badani mieli do wyboru następującą kafeterię odpowiedzi:
 - a) prowadzę terapię samodzielnie;
 - b) opieram się na zaleceniach specjalistów i wykonuję zlecone przez nich ćwiczenia;
 - c) wolę, aby to specjaliści zajmowali się moim dzieckiem poza domem.
2. Jak często Pani/Pan pracuje z dzieckiem w domu?
Możliwość odpowiedzi była następująca:
 - a) kilka razy dziennie;
 - b) raz dziennie;
 - c) 2-3 razy w tygodniu;
 - d) nie pracuję z dzieckiem w domu, ograniczam się do zabaw, dziecko ma prowadzoną terapię poza domem;
 - e) terapię dziecka prowadzi mąż/żona.

Na potrzeby niniejszego opracowania sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Czy istnieje związek pomiędzy satysfakcją z życia a aktywnością rodziców w procesie rehabilitacji dziecka?
2. Czy istnieje zależność pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi, takimi jak wiek i płeć badanych a aktywnością rodziców w procesie rehabilitacji dziecka?
3. Czy istnieje zależność pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi, takimi jak wiek i płeć badanych a poczuciem satysfakcji z życia?

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze wykonano analizę korelacji r Pearsona oraz ρ Spearmana, a także testy U Manna Whitney'a. Za poziom istotności statystycznej przyjęto klasyczny próg $\alpha = 0,05$.

Wyniki badań własnych

Związek pomiędzy satysfakcją z życia rodziców a ich aktywnością w procesie rehabilitacji dziecka

Aby określić związek pomiędzy satysfakcją z życia badanych rodziców dzieci z niepełnosprawnością a aktywnością w procesie rehabilitacji dziecka wykonano analizy korelacji *rho* Spearmana. Do analiz włączono formę uczestnictwa oraz częstotliwość pracy z dzieckiem w domu. Dla częstotliwości wykonywania rehabilitacji z dzieckiem wykluczono z analizy osoby, które zadeklarowały, że nie uczestniczą w procesie rehabilitacji dziecka ($n = 11$).

Tabela 1. Korelacje formy i częstotliwości aktywności rehabilitacyjnej rodziców z dzieckiem a satysfakcja z życia

Zmienna	Satysfakcja z życia		
	N	rho Spearmana	p
W jakich formach Pan/Pani uczestniczy w terapii dziecka?	62	-0,54	<0,001
Jak często Pan/Pani pracuje z dzieckiem w domu?	51	0,54	<0,001

Źródło: badania własne.

Analiza wykazała istotne statystycznie, silne związki pomiędzy satysfakcją z życia badanych a formą ich aktywności w procesie rehabilitacyjnym dziecka i jej częstotliwością. Pierwsza korelacja okazała się ujemna. Ujemny znak relacji oznacza, że im wyższy jest poziom satysfakcji z życia w badanej grupie, tym częściej badani sami wykonują rehabilitację z dzieckiem, zamiast powierzając ją specjalistom. Z kolei częstotliwość wykonywania rehabilitacji w domu jest skorelowana dodatnio z satysfakcją z życia. To zaś świadczy o tym, że wraz ze wzrostem satysfakcji z życia u badanych, wzrasta także częstotliwość realizacji procesu rehabilitacyjnego z dzieckiem przez rodziców.

Zależności pomiędzy wiekiem i płcią badanych rodziców a ich aktywnością w procesie rehabilitacji dziecka

Dalsze badania oparto na analizach korelacji *rho* Spearmana oraz testach *U* Manna Whitney'a, aby sprawdzić, czy istnieje zależność pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi, takimi jak wiek i płeć a aktywnością w procesie rehabilitacji dziecka. Jako pierwsze sprawdzono, czy wiek osób badanych jest powiązany z aktywnością w procesie rehabilitacji dziecka. W tym celu wykonano analizy korelacji ze współczynnikiem *rho* Spearmana.

Tabela 2. Korelacje formy i częstotliwości aktywności rehabilitacyjnej z dzieckiem a wiek badanych

Zmienna	Wiek badanych		
	N	rho Spearmana	p
W jakich formach Pan/Pani uczestniczy w terapii dziecka?	62	0,34	0,006
Jak często Pan/Pani pracuje z dzieckiem w domu?	51	-0,46	<0,001

Źródło: badania własne.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że forma aktywności rehabilitacyjnej podejmowana przez badanych jest powiązana dodatnio z ich wiekiem. Z kolei częstotliwość prowadzenia rehabilitacji jest skorelowana ujemnie z wiekiem badanych. Obie te zależności są o umiarkowanej sile. Zatem im starsi są badani, tym częściej oddają odpowiedzialność prowadzenia rehabilitacji specjalistom, rehabilitacja wykonywana zaś przez nich samych odbywa się rzadziej.

Aby zbadać, czy istnieje zależność pomiędzy płcią badanych a ich aktywnością w procesie rehabilitacji dziecka, przeprowadzono testy *U* Manna Whitney'a. Skorzystano z testu parametrycznego nie tylko ze względu na różnice w liczebności grup: $\chi^2(1) = 16,52$; $p < 0,001$, lecz także ze względu na porządkowy charakter zmiennych.

Tabela 3. Różnice międzypłciowe w zakresie aktywności rehabilitacyjnej z dzieckiem

Zmienna	Kobiety		Mężczyźni		Z	p	η^2
	średnia ranga	Me	średnia ranga	Me			
W jakich formach Pan/Pani uczestniczy w terapii dziecka?	27,31	2,00	44,63	3,00	-3,63	<0,001	0,22
Jak często Pan/Pani pracuje z dzieckiem w domu?	27,24	2,50	14,60	1,00	-1,88	0,073 ^a	0,07

Adnotacja. Liczebności dla form aktywności: kobiety ($n = 47$) vs mężczyźni ($n = 15$); dla częstotliwości pracy z dzieckiem w domu: kobiety ($n = 46$) vs mężczyźni ($n = 5$). ^a – istotność dokładna.

Źródło: badania własne.

Analizy wykazały istotny statystycznie efekt o dużej sile jedynie dla form aktywności rehabilitacyjnej z dzieckiem. Mężczyźni częściej zlecali rehabilitację specjalistom, kobiety zaś częściej przeprowadzały ją samodzielnie i/lub na podstawie zalecenia specjalistów. Nie odnotowano natomiast istotnych statystycznie różnic dla częstotliwości pracy z dzieckiem w domu.

Zależności pomiędzy wiekiem i płcią badanych rodziców a ich poczuciem satysfakcji z życia

Aby zbadać zależności pomiędzy wiekiem i płcią badanych rodziców a ich poczuciem satysfakcji z życia, wykonano analizy korelacji r Pearsona oraz testy U Manna Whitney'a.

W pierwszym kroku przetestowano zależność pomiędzy wiekiem badanych a satysfakcją z życia. W tym celu przeprowadzono analizy korelacji ze współczynnikiem r Pearsona. Wyniki analizy okazały się istotne statystycznie: $r = -0,44$; $p < 0,001$. Zaobserwowany związek jest ujemny i umiarkowany. Kierunek korelacji wskazuje na to, że wraz z wiekiem maleje satysfakcja z życia.

W dalszym kroku przeprowadzono testy U Manna Whitney'a, aby sprawdzić różnice międzypłciowe pod względem satysfakcji z życia. Zasadność testu oparto o istotną dysproporcję grup. Ponadto zamieniono obserwację odstającą w grupie mężczyzn (wartość 28) na kolejną najbliższą + 1 jednostkę (wartość 19). W tabeli 4 zawarto wyniki omawianej analizy.

Tabela 4. Różnice międzypłciowe w zakresie satysfakcji z życia

Zmienna	Kobiety (n = 47)		Mężczyźni (n = 15)		Z	p	η^2
	średnia ranga	Me	średnia ranga	Me			
Satysfakcja z życia	34,03	20,00	23,57	17,00	-1,96	0,0499	0,06

Źródło: badania własne.

Z przeprowadzonego testu odnotowano istotne statystycznie różnice międzypłciowe dla satysfakcji z życia. Zaobserwowany efekt jest umiarkowany. Porównania średnich rangi i median wskazywały na większą satysfakcję z życia w grupie kobiet niż w grupie mężczyzn.

Wnioski z badań

Przeprowadzone badania pozwoliły na weryfikację sformułowanych problemów badawczych. Wnioski z badań przedstawiają się następująco:

1. Na podstawie wyników badań można wysnuć wniosek, iż istnieje związek pomiędzy poczuciem satysfakcji z życia a aktywnością rodziców w procesie rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością. Wraz ze wzrostem satysfakcji z życia, wzrasta samodzielność rodziców w procesie rehabilitacji dziecka. Ponadto istnieje zależność pomiędzy satysfakcją z życia badanych rodziców a częstotliwością podejmowania przez nich rehabilitacji dziecka w domu.

2. Wyniki badań wskazują, że istnieje zależność pomiędzy wiekiem i płcią a samodzielną aktywnością rodziców w procesie rehabilitacji dziecka. Im rodzice są starsi, tym mniej samodzielnie uczestniczą w rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością i częściej korzystają z rehabilitacji poza domem. Ponadto istnieją różnice międzypłciowe w angażowaniu się w proces rehabilitacji dziecka:
 - kobiety częściej samodzielnie pracują z dzieckiem z niepełnosprawnością w domu niż mężczyźni;
 - kobiety z większą częstotliwością podejmują rehabilitację dziecka w domu niż mężczyźni.
3. Analiza badań wykazała, że istnieje zależność pomiędzy wiekiem i płcią badanych rodziców a poczuciem satysfakcji z życia. Wraz z wiekiem badanych rodziców maleje ich satysfakcja z życia. Ponadto istnieją różnice międzypłciowe w poczuciu satysfakcji z życia – kobiety cechują się wyższym poziomem satysfakcji z życia niż mężczyźni.

Analiza przeprowadzonych badań pozwoliła na sformułowanie postulatów dla praktyki pedagogicznej. Okazuje się, że rodzice dzieci z niepełnosprawnością odczuwający większą satysfakcję z życia w większym stopniu angażują się w terapię dziecka, co wpływa w pozytywny sposób na jego funkcjonowanie i rokowania co do jego przyszłości, a także na funkcjonowanie całej rodziny. Dla niektórych rodziców praca z dzieckiem oraz obserwowanie postępów w jego rozwoju jest źródłem pozytywnych emocji i poczucia szczęścia. Dlatego istotną rolę nauczycieli i terapeutów jest zaangażowanie rodziców w proces rehabilitacji dziecka, aby poprzez wzrost poczucia sprawczości i własnych kompetencji rodzicielskich czuli satysfakcję ze swoich działań, a w efekcie satysfakcję z życia.

Im rodzice są młodszy, tym ich zaangażowanie w proces rehabilitacji dziecka jest większe. Wraz z wiekiem to zaangażowanie zmniejsza się. Rodzice doświadczają syndromu wypalenia sił, częściej sami chorują w wyniku doświadczanego stresu związanego z wychowaniem dziecka z niepełnosprawnością i wymagają wsparcia. To ważny postulat dla praktyki pedagogicznej, aby tę grupę starzejących się rodziców otoczyć szczególną opieką i wspierać ich w codziennej opiece nad niepełnosprawnym dzieckiem lub pomóc dokonać wyboru co do wsparcia instytucjonalnego.

Funkcjonujący w naszym kraju model rodziny z definicji wyznacza kobiecie rolę tej osoby, która zajmuje się opieką i wychowaniem niepełnosprawnego dziecka. Warto uczyć oboje rodziców, że na pozytywne relacje między małżonkami może wpłynąć równy podział obowiązków w rodzinie, gdzie również ojciec dziecka powinien angażować się w jego terapię i wychowanie.

Podsumowując niniejsze rozważania warto przytoczyć słowa Mahatmy Gandhiego, które można odnieść do sytuacji rodziców dzieci z niepełnosprawnością: *Satysfakcja*

tkwi w wysiłku, nie w osiągnięciu. Pełny wysiłek to pełne zwycięstwo. Ważną refleksją wynikającą z niniejszych badań jest przekonanie, że można być szczęśliwym rodzicem dziecka z niepełnosprawnością.

Bibliografia

- Barłóg K. (2019), *Upełnomocnienie rodziców dziecka z niepełnosprawnością w oddziaływaniach edukacyjno-rehabilitacyjnych*, „Niepełnosprawność”, nr 36: 176-191.
- Chodkowska M. (1995), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Czapiński J. (2017), *Psychologia szczęścia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Hołub J. (2018), *Żeby umarło przede mną. Opowieści matek niepełnosprawnych dzieci*, Wołowiec, Wydawnictwo Czarne.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa, PTPPTP.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1998), *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Katowice, Wyd. „Śląsk”.
- Komorowska O. (2018), *Aktywność życiowa rodziców wychowujących dziecko z niepełnosprawnością jako istotny element ochrony ich zdrowia*, „Ekonomia – Wrocław Economic Review”, 24/2, No 3858: 61-72.
- Konarska J. (2013), *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecko niewidzącego w okresie późnego dzieciństwa i adolescencji*, Kraków, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Kościelska M. (1995), *Oblicza upośledzenia*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kościelska M. (1998), *Trudne macierzyństwo*, Warszawa, WSiP.
- Kowalik S. (2018), *Stosowana psychologia rehabilitacji*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Krause A. (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lew-Koralewicz A. (2018), *Zachowania trudne a satysfakcja z życia matek dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością*, „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, nr 2 (27): 54-65.
- Łaba-Hornecka A. (2021), *Style i strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych a satysfakcja z życia matek i ojców dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo”, nr 2: 41-59.
- Marat E. (2015), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym*, [w:] *Psychologia rodziny*, red. I. Janicka, H. Liberska, Warszawa, PWN: 437-458.
- Pisula E. (1998), *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Pisula E. (2010), *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia.
- Ryff C.D., Singer B.H. (2006), *Best news yet on the six – factor model of well-being*, „Social Science Research”, 35: 1103-1119.
- Stelter Ź. (2014), *Satysfakcja małżeńska rodziców dziecka z niepełnosprawnością intelektualną*, „Psychologia Rozwojowa”, t. 19, nr 1: 117-132.
- Straś-Romanowska M. (2010), *Refleksje wokół problemu jakości życia człowieka starszego w kontekście personalistyczno-egzystencjalnych założeń na temat jego rozwoju*, [w:] *Psychologiczne konteksty jakości życia społecznego*, red. R. Derbis, Częstochowa, Akademia im. Jana Długosza: 163-176.

- Tatarkiewicz W. (1979), *O szczęściu*, Warszawa, PWN.
- Truskowska-Wojtkowiak M. (2012), *Fenomen czasu wolnego*, Gdańsk, Harmonia Universalis.
- Twardowski A. (1991), *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa, WSiP: 18-54.
- Twardowski A. (2012), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Twardowski A. (2014), *Nowa koncepcja wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami*, „Forum Pedagogiczne”, 1: 15-33.
- Wałęcka-Matyja K., Kurpiel D. (2015), *Satysfakcja z życia a poczucie skuteczności i styl wychowania w percepcji matek młodzieży z niepełnosprawnością*, „Psychologia Rozwojowa”, t. 20, nr 1: 75-89.
- Żyta A. (2010), *Wspieranie rodzeństwa osób z niepełnosprawnością intelektualną – działalność the Sibling Leadership Network*, [w:] *Rodzina osób z niepełnosprawnością intelektualną wobec wyzwań współczesności: heurystyczny wymiar ludzkiej egzystencji*, red. A. Żyta, Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”: 100-110.