

PRACE ORYGINALNE

Ludwika Sadowska^{1,3}, Elżbieta Szpich¹, Dorota Wójtowicz², Artur Mazur³

Odpowiedzialność rodzicielska w procesie rozwoju dziecka niepełnosprawnego

¹Z Samodzielnej Pracowni Rehabilitacji Rozwojowej i Katedry Pediatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

²Z Zakładu Fizjoterapii w Pediatrii i Neurologii Wydziału Fizjoterapii AWF Wrocław

³Z Katedry Pediatrii, Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

Sytuacja rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym rozpatrywana jest w kategorii stresu. Możliwość radzenia sobie ze stresem zależy od cech osobowości rodziców, cech dziecka, systemu rodzinnego, społecznego oraz stosowanych strategii postępowania. Rodziny z dziećmi niepełnosprawnymi wymagają wsparcia i pomocy terapeutycznej

Słowa kluczowe: rodzina, dziecko niepełnosprawne, pomoc terapeutyczna

Parental responsibility in process of development of handicapped child

The situation of family from handicapped child be considered in category of stress. The possibility of advice depends from stress, features of personality of parents, the features of child, family system, social as well as applied the strategy of conduct. Families from handicapped children require supports and therapeutic help.

Key words: family, handicapped child, therapeutic help

Część I. Charakterystyka socjo-demograficzna rodzin dzieci niepełnosprawnych w badaniach własnych

WPROWADZENIE

Współczesne koncepcje rozwoju i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego podkreślają rolę i znaczenie rodziny. Postulują za koniecznością wychowywania dziecka w jego naturalnym środowisku [1]. Rodzina jest miejscem, które w znacznym stopniu kształtuje osobowość swoich członków, określa system wartości, zaspokaja potrzeby. Rodzina jest „laboratorium” wytwarzającym elementy ważne dla ludzkiej tożsamości: poczucie przynależności i odrębności [2]. W badaniach własnych przeprowadzonych w ostatnim dziesięcioleciu problemy rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym analizowano pod kątem wybranych właściwości, takich jak: sytuacja społeczno-ekonomiczna rodziny [3] postawy rodzicielskie [5] i cechy ich osobowości [6]. Poczynione spostrzeżenia w wymienionych obszarach wska-

zują na specyfikę funkcjonowania systemów rodzinnych, w których pojawiło się dziecko niepełnosprawne wymagające modyfikacji procesu wychowania i specjalistycznej opieki medycznej. Najkorzystniejsze warunki dla rozwoju dziecka ryzyka stwarza prawidłowa rodzina i jej atmosfera. Dobre środowisko wychowawcze pozwala wyrównywać pewne deficyty w sferze psychomotorycznej, intelektualnej i duchowej, kształtować osobowość i pozytywne cechy charakteru. Usprawnianie jest realizowane w warunkach domowych przez przeszkolonych rodziców pod nadzorem lekarza pediatry współpracującego ze specjalistami z zakresu rehabilitacji medycznej, psychologii, logopedii i pedagogiki. Kontrolę prowadzonej terapii dokonują ambulatoryjnie lekarze zajmujący się problemami rozwojowymi u dzieci podczas wizyt w poradni, pobytu w oddziałach, a także na turnusach sanatoryjnych lub pobytach wakacyjnych dziecka z matką w ośrodkach specjalistycznych.

Charakter rodziny określanej formalnie, zgodnie z prawem, pełna lub nieformalnie pełna, czyli zrekonstruowana jest ważnym elementem podczas wypełniania obowiązków rodzicielskich względem dzieci. Najczęściej obowiązek pielęgnacji i leczenia usprawniającego dziecka spada na matki, ojciec zaś stanowi wsparcie fizyczne i duchowe. W warunkach rodziny pełnej, często wielopokoleniowej, łatwiej jest obowiązek stałego usprawniania rozłożyć na wszystkich członków rodziny i uzyskać wsparcie w trudnych chwilach kryzysu wypalenia się u rodziców i chorego ich dziecka [7, 8].

Celem pracy jest przedstawienie rodzinnego środowiska dzieci, systematycznie zgłaszających się do przyklinicznej poradni, często z odległych miejscowości z całej Polski, z podejrzeniem uszkodzenia mózgu czy też z rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego lub zespołu Downa w odniesieniu do rodzin dzieci uznanych za zdrowe oraz teoretyczne omówienie, na podstawie literatury przedmiotu, problemu stresu rodzicielskiego w rodzinach wychowujących dzieci niepełnosprawne od urodzenia.

MATERIAŁ I METODA

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji lekarskiej około 3000 dzieci zarejestrowanych w przyklinicznej Poradni Zaburzeń i Wad Rozwojowych w ostatnich 10 latach, która była wykorzystana w kilku opracowaniach naukowych [3, 4, 5, 6, 9, 10, 11], została podjęta retrospektywna ocena warunków socjodemograficznych 328 rodzin dzieci leczonych od urodzenia z powodu zaburzeń wrodzonych w postaci zespołu Downa (grupa ZD), 290 rodzin dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (grupa MPD) oraz 265 rodzin, stanowiących grupę porównawczą (Grupa GP). W grupie tej znalazło się 104 dzieci leczonych w pierwszym roku życia z powodu opóźnionego rozwoju psychomotorycznego, które wyrównały istniejące deficyty rozwojowe, dzięki wczesnej stymulacji metodami neurofizjologicznymi i zostały uznane za zdrowe w dalszym okresie obserwacji oraz 161 dzieci rozwijających się od urodzenia prawidłowo. Te badania retrospektywne przeprowadzone zostały w Samodzielnej Pracowni Rehabilitacji Rozwojowej i Katedry Pediatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej leczonych dzieci. Zebrano dane o warunkach socjalno-bytowych ich rodzin, które, być może, pozwolą określić co w strukturze rodziny ułatwia bądź utrudnia prowadzenie skutecznej terapii dzieci niepełnosprawnych. Informacje pogrupo-

wano w postaci 7 cech zbiorczych zawierających składowe, które oznaczono literami (od X₁ do X₇), następnie zostały zestawione w tabeli zbiorczej dla badanych grup dzieci w celu określenia częstości występowania i ich porównanie przy pomocy testów statystycznych, co przedstawiono w tabeli 1.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Charakterystyka socjodemograficzna badanych dzieci, przedstawiona w tabeli 1, obejmuje następujące cechy zbiorcze i ich składowe: cecha: X₁ – płeć (dziewczynka, chłopiec), X₂ – miejsce zamieszkania (duże miasto powyżej 100 tys. mieszkańców, średnie miasto 10–100 tys. mieszkańców, małe miasto poniżej 10 tys. mieszkańców, wieś i osiedla), X₃ – charakter rodziny (pełna rodzina, konkubinat, rodzina niepełna rozbita, matka samotna, rodzina zastępcza), X₄ – liczba dzieci w rodzinie wraz z badanym dzieckiem (jedno, dwoje, troje, czworo i więcej), X₅ – wykształcenie ojca (wyższe, wyższe niepełne, średnie, zawodowe, podstawowe), X₆ – wykształcenie matki (wyższe, niepełne wyższe, średnie, zawodowe, podstawowe), X₇ – źródło utrzymania rodziny (praca stała jednego z rodziców, praca stała obojga rodziców, praca dorywcza, renta, zasiłki, pomoc rodziny). Liczbowe zestawienie częstości występowania składowych wyżej wymienionych cech zbiorczych w trzech grupach rodzin badanych dzieci ilustruje tabela 1.

Jak widać w zestawieniu odsetkowym, materiał badany reprezentują podobne liczbowo grupy dzieci pod względem płci i miejsca zamieszkania, nie różnią się istotnie statystycznie, ale już pod względem struktury rodzin i diety, a także wykształcenia rodziców i podstawowych źródeł utrzymania zaznaczyły się pewne odmienności. Częściej, bo około 90% rodzin dzieci niepełnosprawnych jest pełnych, w grupie porównawczej (GP) tylko 75% rodzin pełnych i 15% rodzin żyjących w konkubinatach, a także kilkakrotnie częściej są tu matki samotnie wychowujące swoje zdrowe dzieci. Dieta badanych rodzin także różnicuje badane grupy. W grupie MPD ponad połowa wychowuje jedno dziecko właśnie chore, co trzecie dziecko ma brata lub siostrę i co piąte ma dwoje lub więcej rodzeństwa. W grupie dzieci z zespołem Downa tylko 20% jest jedynakami, ponad 40% ma brata lub siostrę i co trzecie dziecko dwoje lub troje i więcej rodzeństwa. W grupie porównawczej aż 61% badanych dzieci jest jedynakami, 27% ma tylko siostrę lub brata i zaledwie 16% dwoje i więcej rodzeństwa. Dieta

w rodzinach jest związana z otwartością rodziców | na przyjęcie i wychowanie poczętych dzieci oraz

TABELA. 1. Charakterystyka socjodemograficzna rodzin badanych dzieci niepełnosprawnych (grupa MPD i grupa ZD) w porównaniu z rodzinami dzieci bez niepełnosprawności wrodzonej ani nabytej (grupa GP)

Cecha	Składowe cechy	Grupa MPD n=290		Grupa ZD n=328		Grupa GP n=265	
		n	%	n	%	n	%
X ₁ – Płeć	0 – dziewczynka	118	40,7	144	43,9	104	39,2
	1 – chłopiec	172	59,3	184	56,1	151	60,8
X ₂ – Miejsce zamieszkania	0 – duże miasto powyżej 100 tys.	118	40,7	127	38,7	142	53,6
	1 – średnie miasto 10 –100 tys.	86	29,6	45	13,7	62	23,4
	2 – małe miasto poniżej 10 tys.	43	14,8	83	25,3	37	14
	3 – wieś i osiedla	43	14,8	72	21,9	24	9,1
X ₃ – Charakter rodziny	0 – rodzina pełna	258	89	305	93	200	75,4
	1 – rodzina konkubinat	4	1,4	8	2,4	39	14,7
	2 – rodzina rozbita	12	4,1	10	3	4	1,5
	3 – matka samotna	9	3,1	3	0,9	21	7,9
	4 – rodzina zastępcza	7	2,4	2	0,8	1	0,5
X ₄ – Liczba dzieci w rodzinie (razem z dzieckiem)	0 – jedno dziecko	153	52,7	56	20,7	161	61,0
	1 – dwoje	81	27,9	140	42,7	72	27,2
	2 – troje	37	12,8	71	21,6	21	7,9
	3 czworo i więcej	19	6,5	49	14,9	11	8,3
X ₅ – Wykształcenie ojca	0 – wyższe i niepełne wyższe	23	7,9	84	25,6	83	31,3
	1 – średnie	76	26,2	107	32,6	86	32,4
	2 – zawodowe i podstawowe	191	65,9	137	41,8	96	36,2
X ₆ – Wykształcenie matki	0 – wyższe i niepełne wyższe	37	12,8	92	28	82	30,9
	1 – średnie	105	36,2	155	47,2	180	67
	2 – zawodowe i podstawowe	148	51	81	24,7	62	23,4
X ₇ – Źródło utrzymania rodziny	0 – praca stała jednego rodzica	124	53	99	30,2	54	30,2
	1 – praca stała obojga rodziców	63	26,9	96	29,3	92	51,4
	2 – praca dorywcza	5	2,1	22	6,7	6	3,3
	3 – renta, zasiłki zapomogi, pomoc rodziny	42	18	111	33,8	27	15,1
	razem	234	100	328	100	179	100

z wiekiem rodziców. Sugeruje to, że wielodzietność jest wprawdzie czynnikiem zwiększającym trudności finansowe rodziny, ale atmosfera panująca w takim domu sprzyja rozwijaniu tak ważnych cech jak poświęcenie, miłość i otwartość, chęć dzielenia się z innymi dobrem i miłością, co sprzyja procesowi usprawniania. Pozytywna atmosfera w rodzinie i postawa jej członków względem siebie także sprzyja wychowaniu i rozwijaniu dobrych cech osobowości u dzieci niepełnosprawnych i ich rodzeństwa. Jest to bardzo ważne w perspektywie przyszłości dorosłego życia dzieci niepełnosprawnych.

Wykształcenie ojca rzutuje niewątpliwie na zarobki i status ekonomiczny rodziny, natomiast wykształcenie matki wpływa na klimat w rodzinie, wczesne postrzeganie odchyleń od prawidłowego rozwoju dziecka, jak też świadomą motywację do

działania i poszukiwania pomocy u specjalistów. Zwraca uwagę fakt, że ojcowie dzieci niepełnosprawnych najczęściej mają wykształcenie zawodowe i średnie – ponad 90% w grupie MPD i 75% w grupie ZD, nieco mniej – 69% w grupie porównawczej (GP), w której 31% legitymuje się wykształceniem wyższym lub niepełnym wyższym. Podobnie przedstawia się wykształcenie matek badanych dzieci, chociaż zwraca uwagę fakt, że więcej jest matek niż ojców z wykształceniem wyższym w grupach dzieci niepełnosprawnych.

Źródła podstawowe utrzymania rodzin to najczęściej praca stała jednego z rodziców w grupie MPD, obojga rodziców w grupie GP, ale renta, zasiłki, zapomogi i wsparcie rodziny jest głównym źródłem utrzymania rodziny w grupie ZD (33,8%).

Stan zdrowia rodziców badanych dzieci zależy od predyspozycji genetycznych, trybu życia

i stanu środowiska. Obciążenie nadmiarem obowiązków, jak i złe warunki socjalno-bytowe, palenie papierosów i nadużywanie alkoholu mogą być przyczyną wielu chorób ostrych i przewlekłych. Wśród dostępnych w Polsce używek rodzice badanych dzieci stosują kawę, herbatę, papierosy. Nie odnotowano przypadków alkoholizmu ani narkomanii wśród badanych rodziców. Raport Polskiego Towarzystwa Przeciwytytoniowego opublikowany przez Oddział Wojewódzki w Poznaniu 1983 roku donosi, że w populacji polskiej 70 mężczyzn i 40 kobiet pali tytoń, co stanowi dwukrotnie wyższy odsetek palaczy niż w naszych badanych grupach rodziców dzieci z zespołem Downa (ZD) i (MPD) rodziców dzieci z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, gdzie 42% ojców i 21% matek pali papierosy powyżej 20 sztuk dziennie. W grupach tych sporadycznie choruje 89% ojców i 86% matek, przewlekłe choroby występują nieco częściej u rodziców dzieci z zespołem Downa i stanowią 14% badanych, w grupie MPD –11% badanych. W grupie rodziców dzieci zdrowych (GP) cyt. za Sadowską i in. [4] nie uzyskaliśmy wiarygodnych danych, dlatego nie można przeprowadzić porównania. Urodzenie dziecka we współczesnych warunkach jest realizowane w szpitalach położniczych, rzadko w warunkach domowych, najczęściej pod nadzorem specjalistów, zaopatrujących zarówno matkę jak i dziecko. Ma to istotnie ważne znaczenie dla atmosfery, która jest związana z narodzinami dziecka. Wielu autorów [3, 12, 13] zwraca uwagę na czynniki środowiskowe działające po urodzeniu dziecka, szczególnie z widoczną patologią lub jej podejrzeniem, np. w wyniku zaistniałych czynników ryzyka w okresie przed urodzeniem, w czasie porodu lub okresu noworodkowego.

Podsumowując omawiany problem należy zwrócić uwagę, że:

- pozytywne podejście rodziców do swoich dzieci niepełnosprawnych wymagających szczególnej troski i usprawniania, często przez całe życie jest uwarunkowane poczuciem obowiązku rodzicielskiego, wspierającej, wielodzietnej rodziny, wysokim wykształceniem, szczególnie matek, a także stabilizacji ekonomicznej;
- przedstawione badania obejmują, wydaje się, wyselekcjonowaną grupę dzieci niepełnosprawnych, których rodzice we własnym zakresie są w stanie dźwigać ciężar rehabilitacji i poszukiwań odpowiednich specjalistów dla swoich dzieci, inne, to znaczy dzieci porzucone, z marginesu społecznego nie znalazły się w tych badaniach. One to wymagają właściwej polityki społecz-

nej i organizacji opieki i wsparcia w procesie opiekuńczo-leczniczym i wychowawczym.

Część II. Zarys problematyki stresu w rodzinach dzieci niepełnosprawnych na podstawie literatury przedmiotu

Dynamikę życia rodziny kształtują naturalne procesy rozwojowe. W teorii systemowej opisywane są cykle życia rodzinnego w 8 etapach wg Duwal'a, cyt. za Barbaro [2]. Pierwszy etap to para bez dzieci, następnie rodzina z małym dzieckiem, rodzina z dzieckiem przedszkolnym, szkolnym, nastolatkami i wreszcie z młodymi dorosłymi, którzy opuszczają rodzinę. Jest to faza „pustego gniazda”, gdzie starzejąca się para pozostaje na emeryturze. Ten umowny podział wymaga konfrontacji z realną historią danej rodziny. W zależności od okresu życia, wieku swoich członków, rodzina ma różne zadania do wypełnienia. Przykładowo, ważnym zadaniem w pierwszej fazie małżeństwa jest wypracowanie sposobów radzenia sobie z konfliktami w parze małżeńskiej, podziałem obowiązków. Realizując znaczące dla siebie cele rodzina dostosowuje formy swojego funkcjonowania, wprowadza zmiany i jednocześnie chroni własną odrębność i tożsamość. Prawidłowe przejście do następnej fazy rozwojowej możliwe jest wtedy, gdy zostały wykonane zadania z fazy poprzedniej. W innym przypadku może dojść nie tylko do zakłóceń, ale także do wystąpienia objawów chorobowych u poszczególnych członków rodziny.

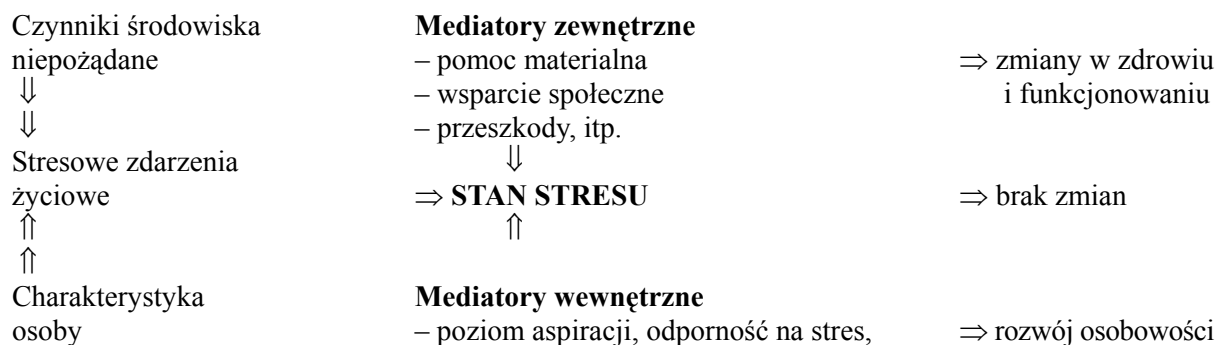
Rozumienie trudności, z jakimi boryka się rodzina, określa terapeutyczne formy pomocy w krytycznych momentach życia rodzinnego. Zatem to, że „każde dziecko rodzi się w jakiejś rodzinie, może przynosić ze sobą bardzo poważne konsekwencje dla rozwoju i zdrowia dziecka, nie tylko w wymiarze statycznym – stabilnej, w miarę trwałej charakterystyki danej rodziny i jej członków, lecz także w wymiarze zmian dynamicznie zachodzących w czasie. Do pewnego stopnia każde dziecko będące rodzeństwem przychodzi na świat w nieco innej rodzinie i w innym momencie cyklu życia rodzinnego” [14].

W każdej fazie rozwojowej rodzina może doświadczać stresu z kilku źródeł. Barbaro (1994) opisuje cztery istotne źródła stresu. Podkreśla, że rodzina jest obiektem nacisków pochodzących z wewnątrz, połączonych ze zmianami dokonywanymi w niej samej – oraz z zewnątrz, wynikających z zależności społecznych:

1. stres zewnętrzny – może działać na całą rodzinę. Tak jest w przypadku zmian społecznych, ekonomicznych wymuszających na rodzinie poważne działania adaptacyjne (np. emigracja);

2. pozarodzinne źródło stresu – oddziałuje najpierw na jednego z członków rodziny, potem staje się źródłem napięcia dla pozostałych (np. mobbing w pracy małżonka);
3. źródło stresu związane jest z omawianymi zmianami etapów życia rodziny;

Koncepcję zdarzeń życiowych Dohrenwendów za Terelak [17] ilustruje poniższy schemat:



Członkowie rodziny muszą się nie tylko przystosować do nowej sytuacji, ale i uwzględnić konieczność zmian. Inne są bowiem zasady opieki nad niepełnosprawnym niemowlęciem, inne nad niepełnosprawnym nastolatkiem.

Sytuacja rodziców wychowujących dzieci niepełnosprawne rozpatrywana jest w kategorii stresu. Podejście to z jednej strony eksponuje ponoszone przez rodziców psychologiczne koszty związane ze sprawowaną nad dzieckiem opieką, z drugiej przedstawia różne możliwości adaptacyjne rodziców. Przeżywany stres rodzicielski ma charakter dwustopniowy:

- łączy się z faktem urodzenia dziecka niepełnosprawnego,
- trwa przewlekle w związku z niepełnosprawnością dziecka, utrudnieniami bądź niemożnością realizacji celów, wartości życiowych.

Pojęcie „stres” może być definiowane z wielu punktów widzenia. Seyle H. [15] określił stres jako nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu żądania. Sheridon H.L.[16] rozpatruje stres jako sytuację trudną, tzn. taką, w której zachodzi rozbieżność między potrzebami, zadaniami człowieka a możliwością ich zaspokojenia.

Medyczne koncepcje stresu opierają się głównie na modelu stres-choroba, gdzie stres traktowany jest jako czynnik wywoławczy różnych chorób. Wywodząca się z tego nurtu koncepcja stresowych zdarzeń życiowych podkreśla rolę codziennych wydarzeń jako czynników stresujących człowieka. Zdarzenia codzienne mogą wywołać stan stresu, który jest modyfikowany przez mediatory zewnętrzne i wewnętrzne.

W psychologicznych koncepcjach stresu żadne wydarzenie nie jest uważane za stresujące samo

napięcia, stres ogniskują się wokół problemów szczególnie dotkliwych. Tak dzieje się w przypadku istnienia poważnych chorób w rodzinie, wychowywania dziecka niepełnosprawnego.

w sobie, dopóki nie zostanie w ten sposób odebrane i uświadomione. Jedno i to samo wydarzenie może mieć różny wpływ na różnych ludzi, a jego obiektywne właściwości są drugorzędne wobec znaczenia, jakie nadaje mu określona osoba [18].

Rodzicielstwo, wychowanie dziecka niepełnosprawnego powszechnie określane jest jako trudne. Rodzice analizują swoją sytuację także przez pryzmat presji społecznej. Postawy dyskryminacji, wyniszczania, izolacji osób niepełnosprawnych są w historii dobrze znane. Istnieje tzw. kontekstualny model niepełnosprawności, w którym kładzie się nacisk na czynniki wynikające ze stosunku otoczenia do osoby niepełnosprawnej. Ważnym elementem kształtowania się relacji otoczenia i rodziców do dzieci z zaburzeniami rozwojowymi jest widoczność niepełnosprawności. Istotny jest stopień zależności osoby chorej od pomocy innych ludzi. Są typy zaburzeń rozwojowych uważane za bardzo ciężkie do akceptacji. Przyjmuje się, że istnieje taki stopień niepełnosprawności, powyżej którego następują szczególnie silne negatywne przeżycia u rodziców, ponieważ zakłóca on życie całej rodziny (np. głębsze postacie upośledzeń, autyzm, głuchota).

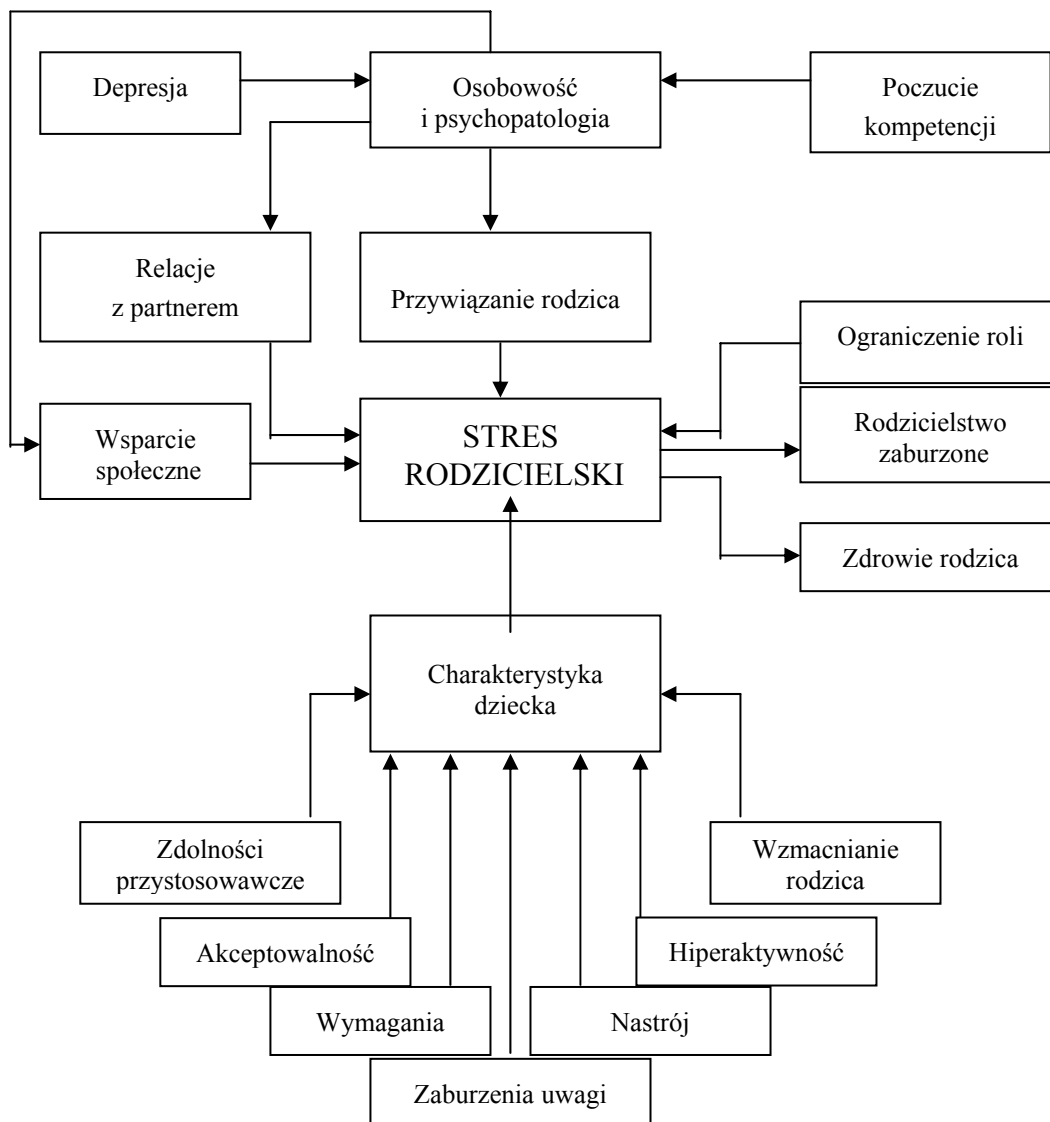
W literaturze psychologicznej można znaleźć koncepcje bardziej szczegółowo opisujące stres rodzicielski. Ważne jest tu podkreślanie wzajemnego wpływu komponentów rodzicielskich i dziecięcych na charakter przeżywanego stresu. Przykładem jest model stresu rodzicielskiego wg Abidina i Burke’a [19].

KOMPONENTY DZIECIĘCE

Przeżycia emocjonalne rodziców, którzy dowiadują się o niepełnosprawności dziecka, są bardzo silne. W ich obrazie dominują emocje negatywne (żał, rozpacz, lęk). Ewolują one między pytaniami: dlaczego to nas spotkało – co można zrobić? Reakcje emocjonalne rodziców, którzy

dowiedzieli się o niepełnosprawności dziecka opisywane są w koncepcji żałoby i chronicznego smutku [20]. Stan żałoby związany jest z silnym poczuciem żalu z powodu utraty oczekiwanego dziecka zdrowego, które miało spełnić

KOMPONENTY RODZICIELSKIE



pragnienia rodzicielskie. Przebieg procesu żałoby jest indywidualnie zróżnicowany i pozostaje w związku z cechami osobowości rodziców i ich wcześniejszymi doświadczeniami. W koncepcji chronicznego smutku podkreśla się właściwie stałą obecność tego uczucia w życiu rodziny. Uczucia, które w pewnym sensie uzyskuje swój odrębny status, niezależny od pozytywnych emocji towarzyszących wychowywaniu każdego, także chorego dziecka.

W charakterystyce przeżyć emocjonalnych rodziców wyróżnia się cztery znaczące okresy dla budowania relacji dziecko – rodzic [1].

1. Okres **szoku**, nazywany także okresem krytycznym lub wstrząsu emocjonalnego. W tej fazie większość rodziców załamuje się, ich życie psychiczne ulega dezorganizacji. U części pojawiają się reakcje nerwicowe, zaburzenia nastroju. Zachowania rodziców wobec dzieci zdominowane są lękiem, poczuciem winy. Jest

to czas, w którym zdecydowanie potrzebują fachowej pomocy i wsparcia, choć niejednokrotnie mogą zamykać się w kręgu swoich problemów.

- Okres **kryzysu emocjonalnego** często określany jest również jako okres rozpacz lub depresji. Dominują w nim poczucie osamotnienia,

beznadziejności. Rodzice krytycznie i pesymistycznie oceniają przyszłość dziecka. W atmosferze poczucia winy, klęski życiowej powstają nowe problemy, narasta dezorganizacja funkcjonowania rodziny. Przeżywane konflikty ograniczają zazwyczaj interakcje rodziców z dzieckiem, zakłócają ich przebieg.

TABELA 2. Charakterystyka systemu rodzinnego otwartego i zamkniętego wg Satir (2000)

	System zamknięty	System otwarty
Poczucie własnej wartości	Niskie	Wysokie
Komunikacja	Niebezpośrednia, niejasna, niesprecyzowana, niespójna, hamująca rozwój	Bezpośrednia, jasna, wyraźna, spójna, sprzyjająca rozwojowi
Style	Oskarżycielski, zjednujący, superracjonalny, chaotyczny	Dostrojony
Zasady	Nieokreślone, nieaktualne, nieludzkie, sztywne chaotyczny	Określone, zaktualizowane, ludzkie, elastyczne, pełna swoboda wypowiedzi na każdy temat
Rezultat	Przypadkowy, chaotyczny, destrukcyjny, nieodpowiedni	Powiązany z rzeczywistością, właściwy, konstruktywny

- W kolejnym okresie **pozornego przystosowania** się do sytuacji rodzice podejmują próby radzenia sobie z realiami życia. Stosują różne mechanizmy obronne, próbują uzyskać obraz rzeczywistości zgodny ze swoimi oczekiwaniami. Obraz taki z reguły jest nieprawidłowy, ale dominuje nad rzeczywistością i wyznacza schematy postępowania. Do często stosowanych przez rodziców w tej fazie mechanizmów należy: nieuznawanie faktu choroby dziecka, wiara w możliwość wyleczenia, uzdrowienia dziecka, mimo braku podstaw medycznych, poszukiwanie winnych.
- Ostatni w tej klasyfikacji jest okres **konstruktywnego przystosowania** się do sytuacji. Rodzice zaczynają adekwatnie traktować przyczyny niepełnosprawności dziecka, jego możliwości rozwojowe, sposoby postępowania terapeutycznego. Stosują zabiegi rehabilitacyjne i wychowawcze. Organizują życie rodzinne z uwzględnieniem potrzeby niesienia pomocy dziecku jako pełnoprawnemu członkowi rodziny.

ZASOBY RODZINNE W RADZENIU SOBIE ZE STRESEM

Możliwości ukazania psychologicznej i społecznej perspektywy rodzin wychowujących niepełnosprawne dzieci daje model interakcyjny i systemowy. W podejściu interakcyjnym właściwości dziecka traktowane są jako pochodne jego procesów interakcji z otoczeniem, zwłaszcza z rodzicami. Rozwój psychiki dziecka powiązany jest z rozwojem jego relacji z innymi. Podejście

systemowe zakłada obecność wzajemnych zależności między zachowaniami wszystkich członków rodziny. Pojawienie się zmian w zachowaniu którejkolwiek z osób implikuje zachowanie pozostałych i funkcjonowanie rodziny jako całości (model sprzężeń zwrotnych). System rodzinny cechuje określony porządek, struktura, zasady komunikacji. W rodzinie z niepełnosprawnym dzieckiem system działa w warunkach dodatkowego obciążenia chorobą i jest modyfikowany zwrotnie przez przyjęty w niej obraz niepełnosprawności.

W analizie możliwości rodzinnych radzenia sobie ze stresem należałoby uwzględnić cechy systemu rodziny, systemów społecznych pozostających w relacji oraz właściwości poszczególnych członków. To bardzo szeroko zakrojona perspektywa badawcza, co więcej „radzenie sobie ze stresem” stało się najbardziej wpływową koncepcją w psychologii zdrowia. Funkcją radzenia sobie jest podjęcie wewnętrznej lub zewnętrznej aktywności, która pozwala pokonywać wyzwania stresu. Z punktu widzenia możliwości przystosowawczych rodziny do stresowych doświadczeń życiowych istotne jest rozróżnienie systemów rodzinnych na otwarte i zamknięte. Podstawową różnicą pomiędzy nimi jest sposób, w jaki reagują one na zmiany. Części systemu zamkniętego połączone są ze sobą w sposób sztywny. Informacje nie przepływają ani wewnątrz systemu między członkami rodziny, ani na zewnątrz. W systemie otwartym poszczególne osoby są wrażliwe na siebie i wzajemnie reagujące. Prawdopodobieństwo radzenia sobie z wychowaniem dziecka niepełnosprawnego

rośnie więc w systemach otwartych, gotowych do zajmowania się nowymi zadaniami, maleje natomiast w systemach rodzinnych zamkniętych. Charakterystykę systemu rodzinnego otwartego i zamkniętego wg Satir [21] ilustruje tabela 2.

Wiele rodzin radzi sobie ze stresem, często nie uświadamiając sobie tego faktu. Aktywne pokonywanie trudności w dłuższej perspektywie jest rozwojowym procesem, który wpływa na adaptację w zmieniającej się rzeczywistości. Dla rodziny jako całości i każdego z jej członków moderatorem stresu jest wsparcie społeczne [22, 23]. Wsparcie rozumiane jest jako wiara osoby w to, że podlega opiece, jest szanowana, jest częścią sieci wzajemnych zobowiązań. Dawanie wsparcia polega na wyrażaniu opieki, szacunku, dostarczaniu informacji, rad, pomocy materialnej. Efekty działania wsparcia możliwe są dzięki procesom emocjonalnym i poznawczym. Emocjonalne – wyzwala nadzieję, aktywność życiową. Zmniejszają destruktywną koncentrację na problemie, podnoszą samoocenę, redukują lęk. Poznawcze – pozwalają zmienić znaczenie stresującego zdarzenia, nadać sens przeżywanym problemom.

W badaniach nad mechanizmami radzenia sobie ze stresem poszukiwano związków między stylami radzenia sobie a innymi właściwościami jednostki [15, 24]. Wyróżniono dwie główne strategie radzenia sobie ze stresem:

- aktywna – zorientowana na działanie, konfrontację z problemem,
- unikania – ukierunkowana na redukcję negatywnych emocji.

Osoby stosujące strategie unikowo-ucieczkowe uzyskują obniżenie napięcia emocjonalnego, ale zwykle skutki użycia tych strategii nie dają korzystnych efektów w przyszłości i nie prowadzą do stabilizacji dobrego samopoczucia. Zauważono w badaniach Aldwin i Revenson, że częste posługiwanie się strategią unikania, typem myślenia życzeniowego, różnymi formami samooszukiwania siebie związane było w grupie badanej z częstszym występowaniem patologicznych objawów psychologicznych [25]. Stwierdzono, że strategie unikania częstsze są u osób koncentrujących się na przeżywaniu lęku, smutku, o mniejszym poczuciu pewności i wartości siebie. Strategie aktywne stosują głównie osoby o wysokim poziomie zaufania do siebie, wysokim poczuciu własnej wartości z wysokim wsparciem rodzinnym. Podkreślane są wielokrotnie różnice między matkami a ojcami w stosowanych strategiach. Matki bardziej koncentrują się na interpersonalnym wymiarze życia rodzinnego, zdolności wyra-

żania uczuć przez jej członków. Ojcowie częściej minimalizują konflikty, zmniejszają ekspresję złości, agresywnych zachowań. Kontrolują rodzinę i poszukują rozwiązań zewnętrznych.

Wybór i utrzymanie strategii zależne jest od odporności na stres. Istnieje ścisły związek między strukturą osobowości rodziców, a ich poziomem odporności. Osoby nieodporne na stres charakteryzuje się jako neurotyczne, pozbawione wiary w siebie, słabo kontrolujące swoje emocje. Osoby odporne wykazują cechy przeciwstawne, przy czym rolę dominującą odgrywa u nich dobra kontrola emocji i wiara w siebie.

Przeprowadzono badania, aby przekonać się, czy istnieją powiązania między neurotycznością rodziców a faktem posiadania przez nich niepełnosprawnego dziecka [20]. Z reguły jednak nie były znane wcześniejsze, istniejące przed urodzeniem dziecka, konflikty między rodzicami. Trudno jest więc uznać stresse związane z wychowaniem dziecka chorego za wyłączną przyczynę destrukcji życia rodzinnego. Cechy charakteryzujące rodziców mogły wystąpić pod wpływem faktu sprawowania nad dzieckiem intensywnej opieki lub też mogły zaistnieć znacznie wcześniej, przed założeniem rodziny.

Dla celów klinicznych, prowadzenia rehabilitacji dziecka, udzielania rodzicom wsparcia, istotne są aktualne ich możliwości osobowe, ekonomiczne, wzorce postępowania oraz drogi uzyskiwania wsparcia społecznego. Prowadzenie badań osobowości rodziców, ich dzieci jest czasochłonne, wymaga doświadczenia i wiedzy specjalistycznej. Niewątpliwie cenne jest stosowanie tych badań pod wybranym kątem, z uwzględnieniem dalszej terapii. Istnieje wiele metod do badania osobowości bądź jej składników. Mają one różny charakter, np. kwestionariuszowy, projekcyjny. W badaniach własnych [6], przy pomocy 16-czynnikowego kwestionariusza R. B. Cattella, osobowości 30 par rodziców dzieci chorych z zespołem Downa w porównaniu z grupą 30 par rodziców dzieci zdrowych wykazano podobieństwo struktur osobowości badanych grup rodziców przemawiające za podobnymi możliwościami stosowania strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. Rodzice dzieci z zespołem Downa w istotnie większym stopniu niż rodzice dzieci zdrowych koncentrują się na sprawach życia codziennego. Różnica ta uwidacznia się szczególnie mocno w porównaniu grup ojców. Ponadto statystycznie istotne różnice pomiędzy matkami i ojcami w grupie rodziców dzieci z zespołem Downa oraz w grupie rodziców dzieci zdrowych określają

charakterystyczne cechy przeżywania i zachowania związane z odrębnością płci. Niewątpliwie jednak grupa rodziców dzieci niepełnosprawnych jako grupa zwiększonego ryzyka wymaga wsparcia i szeroko pojętej pomocy terapeutycznej [6].

ZAGADNIENIA WYCHOWAWCZE W RODZINACH Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM

Wychowanie jest w tradycyjnym ujęciu kształtowaniem osobowości dziecka, jego postaw, przekonań uznawanych powszechnie za pożądane. Do zadań rodziców należy więc organizowanie sytuacji, które pozwalają dziecku gromadzić oczekiwane doświadczenia. Działania rodziców opierają się głównie na doświadczeniach wyniesionych z własnego domu. Rodzice dzieci chorych szybko orientują się, że muszą dostosować swoje wymagania do umiejętności i potrzeb swojego dziecka. W sytuacji, gdy znane im metody postępowania zawodzą, przeżywają stany frustracji, bezradności. Niektórzy z nich, bez względu na to czy ich postawa wobec dziecka jest akceptująca czy odrzucająca, wycofują się, co tym samym prowadzi do utrwalenia bądź pogłębienia jego niepełnosprawności.

Wszystkie rodzinne elementy wychowania są ze sobą powiązane. Znaczenie każdego z nich modyfikowane jest przez cechy samego dziecka (wiek, płeć, osobowość) i wpływa na kształt wychowawczej atmosfery domu. Kluczowe dla wychowania są postawy rodziców wobec dziecka oraz rodziców względem siebie.

Postawy rodzicielskie uwidaczniają się w procesie wychowawczo-leczniczym. Kształtują się wielostopniowo i są wyrazem stosunku uczuciowego wobec dziecka. Mają swój początek już w doświadczeniach przyszłych rodziców z ich własnego dzieciństwa. Dojrzewają i precyzują się w fazie oczekiwania na dziecko i sam poród. Bardzo ściśle łączą się z wczesnymi przeżyciami dotyczącymi nowo narodzonego dziecka. Z tych etapów życia rodzica i dziecka wywodzą się postawy najsilniej zabarwione emocjonalnie, z utrwalonymi przekonaniami słuszności, więc najtrudniejsze do zmiany. Znaczenie akceptującej postawy rodzica wobec dziecka jest jednoznacznie pozytywne i nie wymaga szerszego omawiania. W klasyfikacji postaw zaburzonych występują: postawa lękowo-ochronna wobec dziecka, obojętna lub przedmiotowa [26, 27].

W badaniach własnych postaw rodzicielskich w 134 rodzinach dzieci z zespołem Downa w porównaniu z grupą kontrolną 41 rodzin dzieci

zdrowych przy pomocy kwestionariusza dla rodziców M. Ziemskiej mierzonych w skali (1–10) dominacji, bezradności, koncentracji i dystansu wykazano, że narodziny dziecka z zaburzeniami rozwoju wprowadzają liczne zmiany w życiu rodziny, która jako rodzina ryzyka wymaga różnych form wsparcia społecznego, co potwierdzają badania nad ustosunkowaniem uczuciowym rodziców wobec ich dzieci. Wyniki badań postaw rodzicielskich na występowanie trudności w pełnieniu ról rodzicielskich w porównaniu z grupą kontrolną częściej występuje koincydencja widoczna zwłaszcza w skalach bezradności i dystansu ($p < 0,001$). U 30% matek i 60% ojców występuje nasilona bezradność wychowawcza, a 12% matek i 30% ojców zachowuje dystans emocjonalny wobec dziecka chorego ($p < 0,001$). Występuje częściej postawa lękowa, niż u matek dzieci zdrowych oraz nadmierna koncentracja na dziecku ($p < 0,01$). Dziecko częściej było traktowane przedmiotowo przez rodziców niż w grupie kontrolnej, gdzie koincydencja matek i ojców miała częściej charakter podmiotowy. Niepokojący jest fakt, że w grupie kontrolnej także odnotowano częsty brak spójności w stosunku uczuciowym do dzieci, zwłaszcza w skalach bezradności i dystansu. Diagnoza postaw rodzicielskich stanowi punkt wyjścia do pracy z rodziną przez podtrzymywanie i wspieranie we właściwie pełnionych rolach rodzicielskich oraz modyfikowanie tendencji niepożądanych i pomoc w lepszym rozumieniu potrzeb i możliwości dziecka [5]. Matki dzieci chorych przeżywają wysoki poziom lęku o przyszłość dziecka, poczucie winy, bezradność wobec jego zaburzonych zachowań, presję społeczną. Efektem postawy lękowo-ochronnej jest przedłużona symbioza matki z dzieckiem w celu wspomaganie jego rozwoju. Postawie tej towarzyszy brak wiary w to, że dziecko zdolne jest do osiągnięcia wyższych stopni samodzielności. Konstelacja taka bardziej blokuje niż wspomaga rozwój aktywności i innych umiejętności dziecka [3].

U rodziców przyjmujących postawę obojętną nie obserwuje się gotowości do wchodzenia w kontakt z dzieckiem bądź rodzic wybiera takie formy kontaktu, które nie przynoszą mu dodatkowych napięć. Dziecko w ten sposób wychowywane doświadcza braku miłości, dotyku, zainteresowania. Rozwija w sobie wysoki poziom lęku oraz zaburzenia zachowania, w tym autostymulacyjne. Pojawiają się objawy zerwania więzi emocjonalnej między matką i dzieckiem znane jako choroba sieroca (maternal deprivation), choroba szpitalna

lub karłowatość psychospołeczna u dzieci powyżej drugiego roku życia [28].

Charakterystyczne dla postaw przedmiotowych jest dążenie rodziców do likwidacji zaburzeń rozwojowych u dziecka, które w takich relacjach zostaje uprzedmiotowione. Dziecko staje się obiektem do usprawniania, zaś jego potrzeby odpoczynku, bezpieczeństwa nie są uwzględniane. Rodzice tak reagujący często spostrzegani są jako prawidłowo współpracujący ze specjalistami. Nie zawsze jednak z takimi rodzicami chce współpracować dziecko, które broni się przez stawianie oporu, wykazuje kłopotliwe dla dorosłych reakcje protestu, co można uznać za objawy zespołu wypalenia się. Problemy wystąpienia zespołu wypalenia w przebiegu opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym były tematem między innymi pracy Czapiği (2002), Dołyk i in. (2002), publikowanych w materiałach pokonferencyjnych XXVI Ogólnokrajowego Dnia Rehabilitacji Dziecka we Wrocławiu (red. J. Patkiewicz, 2002, pt.: *Zespół wypalenia przebiegu opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym*).

Badania nad koncepcją przekształcania się postaw wykazały, że tylko ok. 20% rodziców dzieci chorych osiąga rozwój postaw związanych z pełną akceptacją dziecka. W ok. 40% przekształcanie się postawy zatrzymuje się na poziomie godzenia się, tj. pozornego przystosowania do istniejącej sytuacji. Postawy rodziców wobec dzieci przenoszą się także na rodzaj ich relacji z otoczeniem. Rodzice nastawieni lękowo, rozcznieniowo, obojętni zamkną się w świecie swoich problemów, wycofają z aktywnego życia oraz poszukiwań pomocy dla siebie i ich niepełnosprawnego dziecka.

PODSUMOWANIE

Badania własne oraz literatura przedmiotu wskazują na rodzinę, która tworzy warunki i atmosferę rozwoju każdego dziecka, a w szczególności dziecka specjalnej troski z tytułu wrodzonej lub nabytej niepełnosprawności psychofizycznej i duchowej. Wszystkie rodziny podlegają naturalnym cyklom rozwojowym, a w kolejnych fazach rozwoju wywiązują się z określonych zadań. Sytuacja rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym rozpatrywana jest w kategoriach stresu. Przeżycia emocjonalne rodziców są bardzo silne. Wiążą się z samym faktem narodzin dziecka oraz trwają przewlekłe w związku z jego niepełnosprawnością. Możliwości radzenia sobie ze stresem zależne są od cech osobowości rodziców, cech

dziecka, systemu rodzinnego, społecznego oraz stosowanych strategii postępowania. Wsparcie społeczne pełni ważną rolę i jest skutecznym sposobem na odzyskanie wiary we własne siły oraz zmniejszenie skutków stresu. Postawy rodzicielskie mają ogromne znaczenie w procesie opiekuńczo-wychowawczym i leczniczym. Ich kształtowanie się powinno zmierzać do akceptacji i dostrzegania indywidualnych właściwości dziecka. Rodziny z dziećmi niepełnosprawnymi wymagają wsparcia i szeroko pojętej pomocy terapeutycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Obuchowska I. [red.], 1999, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
2. Barbaro B., 1994, *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Collegium Medicum UJ, Kraków.
3. Skórczyńska M., 1996, *Wczesna interwencja wychowawcza rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju psychomotorycznego w wieku 0–3 lat. (praca doktorska)*, Uniwersytet Wrocławski.
4. Sadowska L., Mysłek M., Nazimek B., Kuś A., Wójtowicz D., Gomulska K., Choińska A., 1999, *Sytuacja społeczno-ekonomiczna rodzin dzieci niepełnosprawnych leczonych w systemie ambulatoryjnym* [w:] red. J. Patkiewicz, *Udział rodziny w kompleksowej rehabilitacji i życiu dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, 83.
5. Skórczyńska M., Sadowska L., 2001, *Postawy rodzicielskie wobec dziecka z zespołem Downa w aspekcie potrzeby społecznego wsparcia*, *Fizjoterapia*, 9 (2), 74.
6. Szpich E., Skórczyńska M., Sadowska L., 2002, *Struktury osobowości rodziców dzieci z zespołem Downa na tle osobowości rodziców dzieci zdrowych*, [w:] red. J. Patkiewicz, *Zespół wypalenia w przebiegu opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym*, 17.
7. Czapiğa A. 2002, *Zespół wyczerpania u rodziców dzieci niepełnosprawnych jako skutek długotrwałego doświadczania sytuacji trudnej* [w:] red. J. Patkiewicz, *Zespół wypalenia w przebiegu opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym*, 67.
8. Dołyk B., Wójtowicz D., Pellar J. 2002, *Zagrożenia zespołem wypalenia u osób pracujących metodą Vojtyczyniki obciążające*, [w:] red. J. Patkiewicz, *Zespół wypalenia w przebiegu opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym*, 79–87.
9. Gomulska K., 2005, *Ocena skuteczności neurofizjologicznych metod rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, (praca doktorska) Akademia Medyczna Wrocław .
10. Gruna-Ozarowska A., 2005, *Ocena czynności bioelektrycznej mózgu u osób z zespołem Downa po stymulacji wolnoziemnymi polami magnetycznymi*, (praca doktorska), Akademia Medyczna Wrocław.
11. Choińska A. M., 2003, *Zmiany w poziomie rozwoju fizycznego i sprawności psychomotorycznej dzieci z zespołem Downa od 0 do 3 roku życia kompleksowo reha-*

- bilitowanych wg Wroclawskiego Modelu, (praca doktorska), Akademia Wychowania Fizycznego Wrocław.
12. Cunningham C., 1992, *Dzieci z Zespołem Downa, Poradnik dla rodziców*, WSiP, Warszawa.
 13. Kobierska I., Kwiatkowska M., Werfel E., 1992, *Wpływ niektórych czynników środowiskowych na powstanie wad rozwojowych płodów oraz analiza ciąży w tym aspekcie na materiale klinicznym*, Przegląd Pediatryczny, 4, 371.
 14. Orwid M., Pietruszewski K., 1996, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Collegium Medicum UJ, Kraków.
 15. Selye H., 1963, *Stres życia*, PZWL, Warszawa.
 16. Sheridon H.L., 1997, *Radzenie sobie w sytuacjach trudnych (coping)*, Nowiny Psychologiczne 4.
 17. Terelak J.F., 2001, *Psychologia stresu*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz.
 18. Lazarus R.S., 1986, *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, Nowiny Psychologiczne 2–3.
 19. Pisula E., 1998, *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
 20. Gałkowski T., 1995, *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
 21. Satir V., 2000, *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk.
 22. Salmon P., 2003, *Psychologia w medycynie*, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk.
 23. Poprawa R., 2001, *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, Dolińska-Zygmunt [red.], Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
 24. Frączek A., Kofta M., 1975, *Frustracja i stres psychologiczny*, [w:] *Psychologia*, T. Tomaszewski [red.], PWN, Warszawa.
 25. Pohorecka A., 1992, *Analiza psychologicznych zasobów radzenia sobie przez rodzinę z zaburzeniami emocjonalnymi dziecka*, Psychoterapia 3.
 26. Kościelska M., 1998, *Trudne macierzyństwo*, WSiP, Warszawa.
 27. Marcysiak I., 1999, *Lęk i obciążenie stresem matek wychowujących dzieci niepełnosprawne*, Psychologia Wychowawcza, 3, 134.
 28. Sadowska L., Gruna – Ozarowska A., 2004, *Istota ludzka w świetle rozwoju między matką i dzieckiem od poczęcia*, [w:] red. L. Sadowska, *Szanse i zagrożenia ludzkiej płciowości*, Wyd. Fundacja „Nasza Przyszłość”, Szczecin, 49.

Ludwika Sadowska
ul. Hoene-Wrońskiego 13 c
50-376 Wrocław
tel . 071 3200606, 0692051337
rehroh@pediatria.am.wroc.pl
ludwikasadowska@neostrada.pl