

# Józefa Anna Pielkowa

---

## Samocena dzieci niepełnosprawnych ruchowo a ich środowisko rodzinne

---

Pedagogika Rodziny 1/1, 19-27

---

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Józefa Anna Pielkowa

## **Samoocena dzieci niepełnosprawnych ruchowo a ich środowisko rodzinne**

### **Streszczenie**

Samoocena jest nieustannie konfrontowana z doświadczeniem, opinią społeczną i stosunkiem do samego siebie. Stan chronicznego niezadowolenia z siebie wpływa niekorzystnie na samoocenę i całokształt funkcjonowania człowieka. Ocenianie siebie jako osoby niesprawnej fizycznie korelowało z przekonaniem o własnej niezaradności i nerwowości. W związku z możliwością otoczenia dziecka niepełnosprawnego ruchowo indywidualną opieką i zaspokajania jego potrzeb, rodzina jest najlepszym środowiskiem rozwojowym.

### **Summary**

Self esteem is constantly confronted with experience, public opinions and self confidence. The state of chronic dissatisfaction has bad influence on self esteem and all activities of human being. Regarding oneself as a person disabled in a physical way was in correspondence with conviction of being self inefficient and nervous. Family is the best raising environment for disabled child because in it the child can be individually taken care of, be supported and all his/her needs can be met.

### **1. Istota niepełnosprawności**

Organizacja Narodów Zjednoczonych podaje, że osoba niepełnosprawna to „człowiek niemogący samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego lub społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych lub psychicznych” (Rządowy program... 1994: 14).

W terminologii polskiej istnieje wiele określeń osoby niepełnosprawnej. Występują terminy „kaleka” czy „inwalida”. W definicji sformułowanej przez Aleksandra Hulka za inwalidę uważana jest osoba, u której wyraźnie występuje naruszenie sprawności i funkcji utrudniających pobieranie nauki w normalnej szkole, wykonywanie czynności życia codziennego, pracę zarobkową, udział w życiu społecznym oraz w zajęciach w czasie wolnym od pracy w porównaniu z osobami zdrowymi w danym kręgu kulturowym (Hulek 1969: 18).

„Inwalidą” (łac. *validus* – silny, zdrowy; *in* – słaby, chory) jest człowiek, u którego występują wady lub defekty fizyczne lub umysłowe o charakterze trwałym. Termin inwalida został zastąpiony określeniem „osoba niepełnosprawna”, które nie ma wydźwięku pejoratywnego, ponadto posiada znacznie szerszy zakres treściowy niż „inwalida” i obejmuje większy krąg osób.

W etiologii niepełnosprawności wyróżnia się pewne zespoły czynników działających uszkadzająco na organizm w różnych okresach życia danego człowieka.

Są to:

- czynniki dziedziczne i wrodzone o charakterze genetycznym i pozagenetycznym,
- czynniki działające w okresie płodowym,
- czynniki działające w okresie wczesnego dzieciństwa,
- czynniki działające w późniejszych okresach życia (Doroszevska 1989: 97).

W klasyfikacji osób niepełnosprawnych w zależności od kryteriów wyróżnia się:

- osoby upośledzone umysłowo,
- osoby głuche,
- osoby niewidome,
- osoby społecznie niedostosowane,
- osoby przewlekłe chore,
- osoby z uszkodzeniami narządu ruchu,
- osoby z poważnymi zaburzeniami mowy (Zabłocki 1995: 20).

Szczególne uwagi w funkcjonowaniu człowieka zwraca rozwój motoryczny obejmujący umiejętność przemieszczania się w przestrzeni oraz manipulację, czyli zdolność do używania rąk jako narzędzi, a także rozwój postawy, czyli zdolność do kontrolowania różnych części ciała. Za czynności ruchowe odpowiedzialny jest narząd ruchu, składający się z kości, stawów, więzadeł i mięśni kończyn górnych i dolnych oraz kręgosłupa – i jest on ściśle powiązany z układem nerwowym, którego elementy tworzą układ ruchu. Dysfunkcja ruchu przejawia się w ograniczeniu lub zaburzeniu sprawności motorycznej na skutek zmian wrodzonych lub nabytych układu kostno-stawowego lub mięśniowo-nerwowego (Maciarz 1992: 10).

Najczęściej spotykaną klasyfikacją dysfunkcji aparatu ruchowego jest podział na cztery grupy:

- 1) dysfunkcja pochodzenia mózgowego – mózgowie porażenie dziecięce, spastyczne i wiotkie porażenia i niedowłady kończyn po wylewach do mózgu, zespoły ruchów mimowolnych, zaburzenia koordynacji ruchowych;
- 2) dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego, które są następstwem np. choroby Heinego-Medina, rozszczepu kręgosłupa, urazu kręgosłupa i rdzenia oraz postępującego zaniku mięśni (dystrofii mięśniowej);
- 3) dysfunkcje układu kostno-stawowego, np. zwichnięcie stawu biodrowego, stopa końsko-szpotaowa, schorzenia reumatyczne;
- 4) braki kończyn – stany wrodzone lub po amputacji (Gasiulowa 1993: 19–20).

Wymienione zaburzenia sprawności motorycznej mogą mieć charakter nieodwracalny, ustabilizowany, ale mogą być też zmianami okresowymi, niestabilizowanymi w przypadku postępowania lub regresu choroby.

Zaburzenia sprawności ruchowej w zakresie lokomocji i manipulacji cechuje znaczne zróżnicowanie stopnia niepełnosprawności. Od niewielkich uszkodzeń narządu ruchu, po jednostki niemal całkowicie niesprawne i niesamodzielne w zakresie wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego i samoobsługi, co skazuje te osoby na pomoc innych.

## 2. Samocena dzieci niepełnosprawnych ruchowo

Literatura przedmiotu informuje, że większość ludzi posiada samoocenę prawidłową – adekwatną, polegającą na tym, że ich „ja idealne” i „ja rzeczywiste” są optymalnie do siebie zbliżone, co wyraża się przypisywaniem sobie pewnych cech stałych o charakterze pozytywnym lub negatywnym. Jest to postawa charakteryzująca się realizmem; „jednostka akceptuje samego siebie w różnych sytuacjach i przyjmuje pełną odpowiedzialność za przystosowanie się do różnych warunków, tworząc odmienne programy samowychowania w zależności od sytuacji i posiadanego doświadczenia” (Niebrzydowski 1989: 66). Samocena jest permanentnie konfrontowana z doświadczeniem, opinią społeczną i stosunkiem do samego siebie. Okresowe uczucie niezadowolenia z siebie jest zjawiskiem korzystnym, ponieważ pozwala korygować niewłaściwe postępowanie. Natomiast stan chronicznego niezadowolenia z siebie wpływa niekorzystnie na samoocenę i całokształt funkcjonowania człowieka. Informacje, jakie człowiek posiada o sobie samym są częścią wiedzy ogólnej o świecie, która pozwala na mniej lub bardziej efektywne działanie. Wyniki własnej aktywności wyznaczają rodzaj doświadczeń emocjonalnych i społecznych, a pod ich wpływem kształtuje się osobowość. Obraz siebie samego staje się więc składową częścią osobowości i wpływa na formę jaką przyjmują różne jej cechy (Konarska 2005: 53 i nast.). Wobec tego, gdy pojęcie o własnej osobie jest pozytywne, jednostka kształtuje w sobie takie cechy, jak pewność siebie, poczucie własnej godności, zdolność realistycznego postrzegania siebie. Nabywa również umiejętność trafnego oceniania swoich relacji z innymi ludźmi, a to prowadzi do dobrego przystosowania. Jeśli obraz samego siebie jest negatywny, to występuje z nim również zaniżona samoocena. Jednostka ma wówczas poczucie nieadekwatności i niższości, staje się niepewna, brakuje jej wiary we własne siły, ma ograniczone możliwości nawiązywania kontaktów społecznych, o wiele silniej reaguje na krytykę bądź żarty; jest nieprzystosowana pod względem psychicznym i społecznym do otaczającego świata. Nie jest to jednak zależność wprost proporcjonalna. Badania psychologów wskazują, że człowiek, który w pełni akceptuje siebie (minimalna różnica między „ja” realnym i „ja” idealnym) posiada tendencje do egocentryzmu, izolowania się lub wręcz przeciwstawiania się otoczeniu. Duża rozbieżność między „ja” realnym i „ja” idealnym także może wywołać koncentrację na sobie, ale o charakterze obronnym. Zgodnie z teorią

rozwoju osobowości, najbardziej optymalna jest umiarkowana samoakceptacja, która wywiera konstruktywny wpływ na działanie, pozwala w miarę obiektywnie ocenić siebie samego, innych ludzi i wzajemne stosunki.

Samoocena nie jest czymś jednolitym. Określana jest jako jedna z form świadomości samego siebie (Niebrzydowski 1989: 25), bądź jako uczuciowy stosunek jednostki do samej siebie, który powstaje na bazie stałego systemu poglądów (Kulas 1986: 17). Kształtuje się ona przez całe życie człowieka, a czynniki ją kształtujące można podzielić na następujące grupy:

- czynniki typu anatomiczno-fizjologicznego – wygląd zewnętrzny, wzrost, budowa ciała, sprawność fizyczna, typ układu nerwowego i funkcjonowanie organizmu;
- czynniki psychospołeczne – pochodzenie społeczne, kultura rodziny i zdobyte doświadczenia. Szczególne znaczenie przypisuje się doświadczeniom zdobytym w interakcjach z osobami w środowisku rodzinnym, głównie z rodzicami;
- czynniki związane z własną aktywnością jednostki – analiza dodatnich i ujemnych cech swojej osobowości, porównywanie siebie z innymi osobami, świadomość własnych sukcesów i porażek.

We wczesnym okresie dorastania samoocena ma charakter sytuacyjny i powierzchniowy. Dotyczy przede wszystkim cech zewnętrznych, ponieważ opiera się głównie na porównywaniu:

- swojego wyglądu i zachowania z wyglądem i zachowaniem innych osób;
- własnych wytworów z wytworami kolegów i koleżanek z klasy;
- opinii i uwag osób z najbliższego otoczenia.

W dalszych okresach życia rozwój samooceny jest ściśle związany z włączaniem się jednostki w działalność grupy rówieśniczej, w życie społeczne, z podejmowaniem nowych ról i zadań społecznych, a stopień wykonywania tych zadań określa jej poziom i warunkuje poczucie zadowolenia lub niezadowolenia z siebie. Najwyższym etapem jest samoocena dojrzała charakteryzująca się umiejętnością samodzielnego i krytycznego spojrzenia na własną osobę, co pozwala nie tylko zrozumieć siebie, ale też podjąć i prowadzić samowychowanie kształtujące osobowość (Niebrzydowski 1989: 67–68).

Początkiem obrazu siebie jest moment uświadomienia sobie własnego „ja fizycznego”, które odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się samooceny. Dziecko poznaje siebie i swoje środowisko przez dotyk, zmianę pozycji ciała, siadanie, chodzenie, mówienie. Gdy występuje naruszenie sprawności fizycznej, następuje ograniczenie aktywności życiowej, a to powoduje różnego rodzaju niepowodzenia. Postrzeganie własnych cech fizycznych jest związane nie tylko z faktem istnienia niepełnosprawności ruchowej, ale także z jej stopniem.

W badaniach wykonywanych pod kierunkiem Autorki (Karczewska, 2004) w grupie 48 uczniów niepełnosprawnych ruchowo, na skutek mózgowego porażenia dziecięcego (choroba ta ujawniła się przede wszystkim w postaci spastycznego

porażenia kończyn dolnych, bądź kończyn górnych lub porażenia czterokończynowego) ze względu na sposób poruszania się dzieci wyodrębniono trzy stopnie niepełnosprawności ruchowej. Były to: I – dzieci poruszające się samodzielnie, wymagające sporadycznie pomocy w funkcjonowaniu w życiu codziennym (26 osób), II – dzieci poruszające się przy pomocy podporu (balkonik, kule, 16 osób), III – dzieci poruszające się na wózku, o bardzo ograniczonej możliwości ruchu, wymagające stałej pomocy w sytuacjach życia codziennego.

Mimo iż przeważała liczba osób poruszających się bez pomocy sprzętu, wszyscy uczniowie uznali siebie za osoby niesprawne fizycznie.

Z literatury przedmiotu wynika, że trudne sytuacje życiowe mogą zaburzać w sposób trwały lub przejściowy, stosunek do własnej osoby. Niewątpliwie taką sytuacją trudną jest niepełnosprawność ruchowa, która zmusza do pokonywania wielu przeszkód na drodze realizacji zadań dnia codziennego i realizacji celów życiowych.

Ocenianie siebie jako osoby niesprawnej fizycznie korelowało z przekonaniem o własnej niezadadności i nerwowości. W badaniu samooceny w zakresie postrzegania cech społecznych wzięto pod uwagę takie cechy, jak: koleżeństwo, sprawiedliwość, punktualność, uprzejmość, skromność, wyrozumiałość, zrównoważenie, samokrytycyzm, złośliwość, nieśmiałość, wulgarność, agresywność, kłamliwość, odpowiedzialność.

W obrazie własnej osoby w zakresie cech społecznych niepełnosprawni ruchowo uwydatniali agresywność, złośliwość, wulgarność oraz wyrozumiałość. Wzmózona cecha agresywności znajduje poniekąd źródło w częstych, długotrwałych i przykrych przeżyciach. Podkreślanie złośliwości i wulgarności może być związane ze zwielokrotnieniem, w ostatnich czasach, objawów tych cech w szeroko pojętym życiu społecznym. Wyrozumiałość nie była cechą preferowaną przez osoby z niepełnosprawnością ruchową, co potwierdzili nauczyciele – wychowawcy tych osób. Człowiek, który dotknięty został kalectwem staje się często bezwzględny wobec innych, chcąc zrekompensować w ten sposób własne przykre doświadczenia. Często pozytywne uczucia zostają stłumione przez silne przeżywanie własnej niepełnosprawności i reakcje otoczenia. Duże poczucie odpowiedzialności u dzieci niepełnosprawnych ruchowo związane było z długotrwałym zmaganiem się z niepełnosprawnością, wieloletnią rehabilitacją, której wyniki zależą głównie od wysiłku własnego, systematyczności i wytrwałości. Samokrytycyzm i skromność to cechy, które nasilają się w obliczu poczucia gorszej jakości istnienia.

W samoocenie dzieci niepełnosprawnych znaczącą pozycję zajmowały cechy wolicjonalne: zdyscyplinowanie, pracowitość i obowiązkowość. Wynikać to może z jednej strony z ogromnego wysiłku w mierzeniu się z postawami źle pojętego współczucia i tendencji izolacyjnych w społeczeństwie, a z drugiej z wpływu oddziaływań wychowawczych środowiska rodzinnego. Wielu uczniów niepełnosprawnych uznaje się za ambitnych, co jest szczególnie cenne we współczesnych,

trudnych ekonomicznie czasach. Ich ambicja może dotyczyć zarówno dążenia do samodzielnej egzystencji dziś, a także realizacji aspiracji życiowych.

### 3. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie

Każdy człowiek przychodzi na świat w określonej rodzinie. Dzieci stanowią w życiu rodziców cel, źródło radości i satysfakcję z przeżywania wzruszeń macierzyńskich i ojcowskich, obiekt trosk i uczuć. Posiadanie dziecka nie wynika tylko z biologicznej potrzeby utrzymania gatunku, ale przede wszystkim z potrzeb psychicznych. Z dzieckiem przyszli rodzice wiążą różnego rodzaju nadzieje dotyczące np. cech fizycznych i psychicznych – wyglądu zewnętrznego, charakteru, temperamentu, uzdolnień, a w dalszej perspektywie nauki szkolnej, zawodu, pozycji społecznej. Ambicją rodziców jest pragnienie, aby ich dziecko osiągnęło w życiu to, co im wydaje się cenne, co daje sukces życiowy i szczęście.

Ten wymarzony obraz załamuje się, gdy ich dziecko rodzi się z defektami zdrowia, bądź staje się niepełnosprawne ruchowo z biegiem czasu na skutek chorób lub wypadków. U wielu rodziców powstaje przekonanie, że nieszczęście, jakie ich spotkało jest nieodwracalne, doznają poczucia krzywdy. Nie mogą się z tym faktem i opinią lekarzy pogodzić. Często budzi się w nich poczucie winy, dochodzi do wzajemnych oskarżeń małżonków, do męczącego dla obu stron szukania przyczyn tragedii. Stan taki rzutuje na ich postawy wobec dziecka. Dopiero uświadomienie sobie wagi problemu pozwala rodzicom na radykalną zmianę pragnień, planów związanych z przyszłością dziecka, a przede wszystkim na przemyślenie takiego postępowania z nim, aby wspomagać go w rozwoju psychofizycznym i społecznym. Pomocne w tym względzie okazuje się zrównoważenie emocjonalne rodziców i zgodność współżycia małżeńskiego.

Wskaźnikiem atmosfery w środowisku rodzinnym dziecka niepełnosprawnego ruchowo są postawy rodziców wobec niego. Uwidaczniają się one przez zachowanie rodziców wobec dziecka, jego ocenę – co o nim mówią i jak mówią. W rodzinach poddanych naszym badaniom dominowały dwie skrajne postawy – zbyt wymagająca nacechowana dezaprobatą i krytyką dziecka, niewnikająca w motywy jego zachowania czy potrzeby oraz druga – nadmiernie chroniąca (Cudak 2007: 87).

Rodzice pierwszej grupy (27 osób) stawiali wymagania zbyt wysokie w odniesieniu do osiągnięć w nauce, obowiązków domowych, częściej stosowali kary niż nagrody, nadmiernie ingerowali w kontakty z rówieśnikami. W grupie tej rodzice (jedno z nich lub oboje) posiadali, w ponad połowie przypadków, wykształcenie na poziomie średnim.

Postawa nadmiernie chroniąca przejawiała się u rodziców (36 osób) w niedocenianiu możliwości dziecka, w nadopiekuńczości, co ograniczało jego samodzielność zarówno w wykonywaniu czynności dnia codziennego, jak i w obowiązkach szkolnych; nie mobilizowali do wysiłku fizycznego, umysłowego i kontaktów społecznych. Postawa taka powodowała u dzieci infantylnizm, opóźnienie dojrzałości



społecznej, zależność od matki, a równocześnie jej tyranizowanie. Rodzice w tej grupie posiadali wykształcenie średnie (9 osób) i zasadnicze zawodowe (15 osób).

Postawę akceptującą dziecko niepełnosprawne ruchowo prezentowało 24 rodziców; głównie z wyższym wykształceniem. Ich zachowanie było wyrazem miłości do dziecka, otaczali je troskliwą opieką, byli cierpliwi i wyrozumiali, wprowadzali dziecko w środowiska pozarodzinne, będąc obiektywni w ocenie perspektywy ryzyka. Sami zdobywali nowe spojrzenie na dziecko, na jego aktualne potrzeby rozwojowe i indywidualne właściwości. Postawa akceptująca dziecko niepełnosprawne ruchowo związana była ze zmianą w dotychczasowym trybie życia tej grupy rodzin, bowiem wydatki na rehabilitację znacznie ograniczają budżet domowy.

Wielu autorów (Cudak, 1988; Pielkova, 1988; Rembowski, Ziemska, 1973) zwraca uwagę na charakter stosunku emocjonalnego rodziców do dzieci, który sprawia, że dziecko czuje się kochane, potrzebne, ma wysoką samoocenę. Od urodzenia dziecko jest poddawane ocenie ze strony najbliższych. Z oceną tą wiąże się bezwarunkowa akceptacja za sam fakt, że dziecko jest. Krąg ludzi mogących stanowić dla dziecka niepełnosprawnego ruchowo inspirację do adekwatnej samooceny jest szeroki, jednakże specjalne miejsce zajmują rodzice. Wielość więzi, które powstają między nimi a dzieckiem sprawiają, że zwykle są oni dla niego pierwszymi i najważniejszymi osobami znaczącymi. U podstawy tego stosunku tkwi przede wszystkim charakter potrzeb dziecka, które ze swej natury ukierunkowane są na rodziców. Jeśli rodzice właściwie reagują na potrzeby dziecka, tworzą wówczas wzajemną pozytywną więź, natomiast ignorowanie ich wywołuje w dziecku żal, a nawet agresję. Stąd też ogromne znaczenie w wychowaniu dziecka niepełnosprawnego ma sposób przekazywania przez rodziców wiadomości, postaw, emocji i uczuć. Wachlarz środków służących wzajemnemu zrozumieniu i oddziaływaniu jest bardzo szeroki. Zwykle podstawową rolę w komunikacji pełni język werbalny, lecz w szczególnie bliskich relacjach między rodzicami a dziećmi ważne są niewerbalne środki typu: ekspresja mimiczna, gestykulacja, dotyk, milczenie itp. Każda rodzina ma swoiste cechy komunikacji. Nawet unikanie komunikacji jest formą komunikatu (Gryglewski, 1999: 67).

Najważniejszym elementem świata dziecka jest rodzic. Rodzice precyzują swoje oczekiwania w stosunku do dziecka, a to coraz częściej spostrzega siebie bardziej lub mniej akceptowane przez poszczególnych członków rodziny. Z doświadczeń emocjonalnych w środowisku rodzinnym dziecko wynosi umiejętność oceniania i wartościowania siebie i innych, a interioryzowany stopniowo system wartości znajduje zastosowanie w ocenie obiektywnych zjawisk wykraczających poza sferę osobistych doznań (Konarska, 2002: 135).

Każde dziecko, a niepełnosprawne szczególnie, rozwija się w zakresie sprawności umysłu, sprawności fizycznej i kontaktów społecznych, gdy doświadczą zaspokojenia potrzeby życzliwości, ciepła i miłości. Każdy nowy krok, każda sprawnie wykonana czynność przez dziecko, jeśli budzi radość



rodziców, motywuje go do wysiłku, rodzi akceptację i poczucie wartości. Dobry kontakt z rodzicami wpływa na kształtowanie pozytywnej samooceny. Z osobistym stosunkiem do dziecka wiąże się efektywność pełnienia roli rodzicielskiej. Ważnymi jej elementami są: 1 – przeświadczenie o ważności roli rodzicielskiej, 2 – stopień identyfikacji z rolą, 3 – treść motywacji współżycia rodzinnego (Ziemska, 1973: 25). Niska ocena roli macierzyńskiej i ojcowskiej w rodzinach dzieci niepełnosprawnych jest często powodem przerzucania obowiązków rodzicielskich na krewnych, np. babcię lub instytucje. W rodzinie z dobrze pełnionymi rolami rodzicielskimi i postawami dziecko niepełnosprawne ma poczucie bezpieczeństwa, jest aktywne i wytrwale w pokonywaniu trudności życiowych.

#### 4. Zakończenie

Niesprawność ruchowa w mniejszym bądź większym stopniu pociąga za sobą poważne konsekwencje życiowe. Potrzeba swobodnego i sprawnego ruchu leży u podstaw rozwijającego się organizmu, a niemożność jej zaspokajania to główne doznanie dziecka niepełnosprawnego ruchowo.

Dzieci odsunięte przez chorobę z szeregu zdrowych rówieśników, których udziałem jest szczęście biegania, skakania, dotarcia wszędzie, by wszystko zobaczyć, doznają przykrości, często nienawidzą swoich zniekształconych ruchów. Ich niepełnosprawność ruchowa powoduje konsekwencje dla warunków psychicznego życia, a są nimi: skłonność do załamania nerwowego, ubóstwo doświadczeń życiowych (zarówno poznawczych, jak i uczuciowych), utrudnione kontakty społeczne, przeciążenie reakcjami hamowania na występujące sytuacje życiowe.

Dzięki możliwości otoczenia dziecka niepełnosprawnego ruchowo indywidualną opieką i zaspokajania jego potrzeb, rodzina jest najlepszym środowiskiem rozwojowym. Coraz częściej obserwuje się, że rodzice niemal wyłącznie zdani na siebie, szukają pomocy, stają się bardzo aktywni w rehabilitacji dziecka, co niewątpliwie wpływa na samo dziecko.

Rodzice opiekujący się dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo powinni doświadczać nie mniejszej troski ze strony specjalistów niż ich dzieci.

Aby skutecznie kształtować pozytywne postawy wobec dziecka, trzeba poprawnie ocenić występujące u rodziców dążenia, przekonania i błędy, jakie popielniają w stosunku do swych dzieci.

Dla uzyskania efektów wychowawczych w środowisku rodzinnym w odniesieniu do dziecka niepełnosprawnego ruchowo na staranną uwagę zasługują następujące działania:

- dbać o to, by kontakty społeczne przynosiły dziecku radość i wzbogacały jego wartości; efektem będzie wytrwałość w działaniu, ufność sobie i innym, chęć poznawania świata, a nie izolowanie się, realna samoocena i racjonalizm;
- nie chronić nadmiernie przed niepowodzeniami, wyrabiać umiejętność dostosowywania się do zmiennych warunków życia i dawać poczucie bezpieczeństwa;

- ograniczenie swobody przemieszczania się nie może pozbawiać dziecka możliwości sprawdzenia się w środowisku rówieśniczym w innym zakresie pozytywnych sprawności.

## Bibliografia

- Cudak H. (2000), *Funkcje rodziny w pierwszych okresach rozwojowych dziecka*, Warszawa.
- Cudak S. (2007), *Wychowawcze i emocjonalne funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym*, Łódź.
- Gasiulowa A. (1993), *Wrażliwość empatyczna dzieci z dysfunkcją narządu ruchu, a ich środowisko rodzinne*, Bydgoszcz.
- Grygielski M. (1999), *Style komunikacji rodzicielskiej a identyfikacja dzieci z rodzicami*, Lublin.
- Hulek A. (1969), *Teoria i praktyka w rehabilitacji inwalidów*, Warszawa.
- Karczewska J. (2004), *Niepełnosprawność ruchowa dzieci szkolnych, a ich samocena*. Praca magisterska niepublikowana, wykonana pod kierunkiem naukowym Autorki, Koszalin.
- Konarska J. (2002), *Psychospołeczne korelaty poczucia sensu życia a niepełnosprawność*, Mysłowice.
- Kulas H. (1986), *Samocena młodzieży*, Warszawa.
- Łukaszewski W. (1984), *Szanse rozwoju osobowości*, Warszawa.
- Macierz A. (1992), *Psychologia wychowawcza*, Warszawa.
- Obuchowska I. (1991), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa.
- Pielkova J.A. (1988), *Rodzicielskie troski*, Warszawa.
- Rembowski J. (1972), *Więzi uczuciowe w rodzinie*, Warszawa.
- Rządowy program działania na rzecz osób niepełnosprawnych (1994), Warszawa.
- Zabłocki K.J. (1995), *Psychologiczne i społeczne wyznaczniki rehabilitacji zawodowej inwalidów*, Warszawa.
- Ziemska M. (1973), *Podstawy rodzicielskie*, Warszawa.