

# Lucyna Bobkowicz-Lewartowska, Magdalena Mendyk

---

## Osobowość i zadowolenie z życia rodziców dzieci i młodzieży z zespołem Downa

---

Niepełnosprawność nr 6, 51-62

---

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.

Lucyna Bobkowicz-Lewartowska, Magdalena Mendyk

## Osobowość i zadowolenie z życia rodziców dzieci i młodzieży z zespołem Downa

### Wprowadzenie

Zespół Downa (trisomia 21) należy do najczęstszych aberracji chromosomowych, występujących u człowieka. Częstość występowania zespołu Downa (ZD) wśród noworodków, które urodzą się żywe, wynosi 1 na 600–700 (Sadowska 2008). To zaburzenie rozwojowe jest zespołem malformacyjnym, powstałym w wyniku niekompletnej embriogenezy, na skutek obecności dodatkowego 21 chromosomu autosomalnego (lub jego ramion długich) w karyotypie. Nadekspresja materiału genetycznego, spowodowana potrojeniem liczby genów, prowadzi do wielopoziomowych zaburzeń metabolicznych, dymorfizmu tkankowego, licznych wad narządów wewnętrznych, charakterystycznych cech fenotypowych i niepełnosprawności intelektualnej różnego stopnia (Korniszewski 2004).

Hodapp (1999) określa te charakterystyczne cechy funkcjonowania dziecka z ZD jako bezpośredni efekt (*direct effects*) genetycznego zaburzenia związanego z niepełnosprawnością intelektualną. Natomiast uwarunkowane etiologią zespołu zachowania adaptacyjne, poznawcze, językowe dzieci z ZD, mogą mieć wpływ i wywołać określone reakcje u rodziców, rodzeństwa, nauczycieli oraz innych osób, i są określane jako pośredni efekt (*indirect effects*) tego zaburzenia genetycznego (Hodapp i in. 2003).

Osoby z zespołem Downa, dzięki coraz lepszej opiece medycznej oraz odchodzeniu od instytucjonalnych form opieki, żyją coraz dłużej i coraz pełniej uczestniczą w życiu społecznym (Żyta 2011). Średnia długość życia osoby z zespołem Downa w 1929 roku wynosiła 9 lat, w latach czterdziestych XX wieku – 15–19 lat, a w pięćdziesiątych – 20–31 lat. Obecnie coraz częstsze są doniesienia o osobach z tym zespołem, żyjących do lat sześćdziesięciu, czy późnych lat siedemdziesiątych (Torr i in. 2010). Istnieje więc potrzeba poszukiwania odpowiedzi na pytania o jakość życia rodziców, na których spada w dużej mierze ciężar opieki na swoimi dziećmi z ZD.

Badania nad rodzinami dzieci z zespołem Downa doprowadziły do wysunięcia wniosków o istnieniu tzw. przewagi zespołu Downa. Część badań donosi, że w porównaniu z rodzinami z innymi rodzajami niepełnosprawności, rodziny z ZD radzą sobie lepiej, są bardziej zharmonizowane i panuje w nich cieplejsza atmosfera (Hodapp 2007).

Lepsze funkcjonowanie rodzin wychowujących dzieci z ZD jest obserwowane w badaniach porównawczych (szczególnie w zestawieniu z rodzinami dzieci z autyzmem), gdzie bada się spójność rodziny, poziom satysfakcji ze wsparcia społecznego, czy sposób radzenia sobie z trudnościami i poziomem stresu u matek, jest jednak gorsze niż w przypadku rodzin o prawidłowym rozwoju (Żyta 2011).

Na podstawie długofalowych badań prowadzonych przez Cunninghama (1996) od 1973 do 1994 roku na reprezentatywnej próbie 100 rodzin z dzieckiem z ZD – 75% zostało ocenionych jako bardzo przywiązane do dziecka, ciepłe i uczuciowe w stosunku do swoich dzieci. Wskaźnik rozwodów w badanej grupie był niższy niż w ogólnej populacji. Tylko 14% rodzin uważało, że posiadanie dziecka z zespołem Downa wywarło negatywny wpływ na ich małżeństwo. Większość rodzin oceniała swoje relacje małżeńskie jako dobre i satysfakcjonujące. Także większość matek zauważyła u siebie wzrost zachowań prospołecznych, mniejszy materializm i mniejsze koncentrowanie się na sprawach błahych. W opinii matek, partnerzy i zdrowe dzieci doświadczali podobnych korzyści w rozwoju.

## Badania własne

Reakcje na pojawienie się dziecka z zespołem Downa, a następnie sposoby radzenia sobie z trudną sytuacją, zależą od wielu zmiennych zewnętrznych, warunków życia, jakości udzielanego wsparcia oraz od wewnętrznych cech osobowości rodziców (Scott i in. 1997). W podjętych przez nas badaniach starano się określić osobowość i poziom zadowolenia z życia rodziców wychowujących dzieci i młodzież z zespołem Downa. Badaniami objęto 202 osoby: 100 rodziców dzieci z ZD (grupa eksperymentalna) i 102 rodziców dzieci zdrowych (grupa kontrolna).

Tab. 1. Wiek rodziców w badanych grupach

Wiek rodziców	Dzieci z zespołem Downa		Dzieci zdrowe	
	N	%	N	%
25 – 35	11	11	35	34
36 – 45	49	49	53	52
46 – 55	29	29	14	15
Powyżej 55	11	11	0	0
Ogółem	100	100	102	100

Rodzice, którzy wzięli udział w badaniu, byli w wieku 26–77 lat. Średnia wieku wszystkich badanych osób ( $n = 202$ ) wyniosła 43 lata, z czego w grupie rodziców wychowujących dzieci z zespołem Downa średnia wieku wyniosła 45 lat, rodzice byli w wieku 28–77 lat. Wśród rodziców dzieci zdrowych średnia wieku wyniosła 39 lat w przedziale wieku 26–52 lata. Najwięcej badanych osób, w całej grupie, należało do przedziału wiekowego 36–45 lat (48%), najmniej w przedziale wiekowym powyżej 55 lat (5%). W pozostałych przedziałach wiekowych wyniki rozłożyły się podobnie: 25–35 lat (25%) i 46–55 lat (23%).

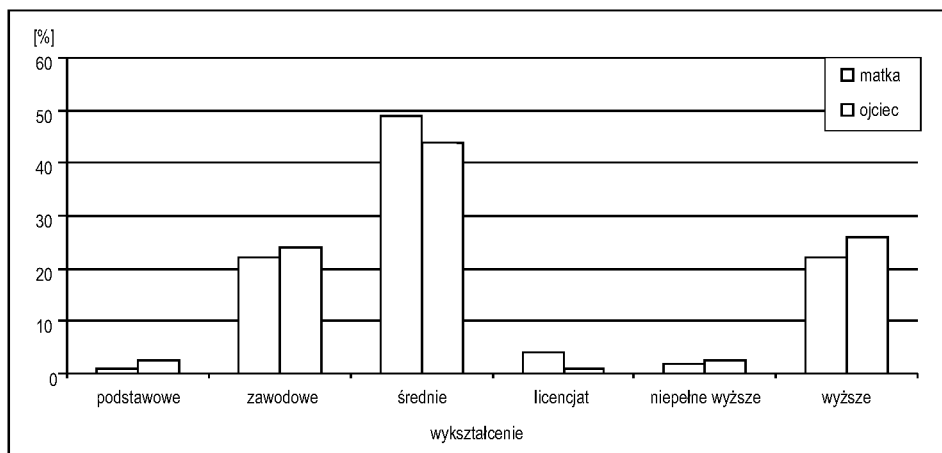
Miejsce zamieszkania rodzin, które wzięły udział w badaniu, to zarówno wieś, jak i miasta. Ogółem na 101 przebadanych małżeństw (31%) pochodziło z miasta do 50 tys. Mieszkańcy wsi stanowili 31%, a 28% mieszkańców miasta powyżej 100 tys., najmniej, bo 11%, to mieszkańcy miast 50–100 tys. Szczegółowy rozkład miejsca zamieszkania z podziałem na poszczególne grupy prezentuje tabela 2.

Tab. 2. Miejsce zamieszkania rodziny

Miejsce zamieszkania	Dzieci z zespołem Downa		Dzieci zdrowe	
	N	%	n	%
Wieś	15	30	16	31
Miasto do 50 tys.	16	32	15	29
Miasto od 50 do 100 tys.	3	6	8	16
Miasto powyżej 100 tys.	16	32	12	24
Ogółem	50	100	51	100

Najwięcej rodziców legitymowało się wykształceniem średnim (44% ojców i 49% matek). Obserwujemy wśród ojców, jak i matek podobny poziom wykształcenia wyższego i zawodowego. Szczegółowy rozkład wyników, we wszystkich badanych grupach, ze względu na wykształcenie rodziców z podziałem na ojców i matki prezentuje rysunek 1.

Tabele 3 i 4 pokazują szczegółowy rozkład procentowy uzyskanych wyników ze względu na wykształcenie w poszczególnych grupach, z uwzględnieniem podziału na wykształcenie matek i ojców. W rozkładzie wykształcenia wyższego widać podobny poziom wśród matek dzieci z zespołem Downa (22%) i dzieci zdrowych (23,5%). Najwyższy poziom wykształcenia wyższego prezentują ojcowie dzieci z zespołem Downa (34%). W przypadku wykształcenia zawodowego kształtuje się ono podobnie u rodziców dzieci zdrowych i z zespołem Downa, niezależnie od płci rodzica.



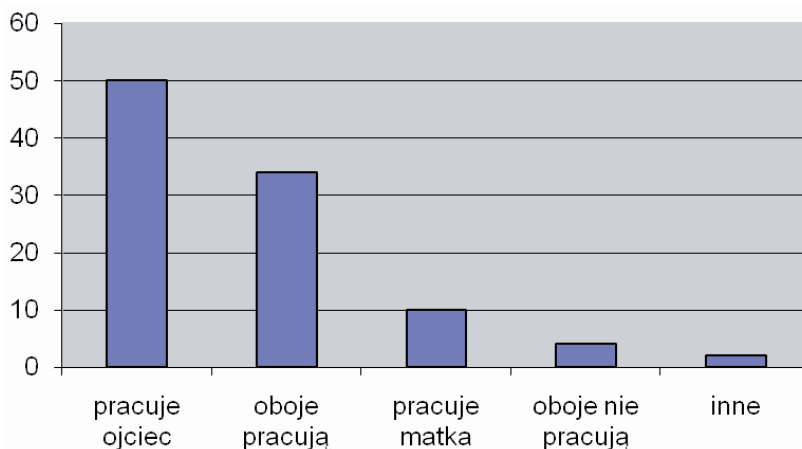
Rys. 1. Wykształcenie rodziców

Tab. 3. Wykształcenie matek w badanych grupach

Wykształcenie	Dzieci z zespołem Downa		Dzieci zdrowe	
	n	%	n	%
Podstawowe	2	4	0	0
Zawodowe	10	20	13	25,5
Średnie ogólnokształcące /technikum	23	46	24	47
Inżynieryjne/licencjat	2	4	2	4
Wyższe niepełne	2	4	0	0
Wyższe	11	22	12	23,5
Ogółem	50	100	51	100

Tab. 4. Wykształcenie ojców w badanych grupach

Wykształcenie	Dzieci z zespołem Downa		Dzieci zdrowe	
	n	%	n	%
Podstawowe	3	6	0	0
Zawodowe	12	24	13	25
Średnie ogólnokształcące /technikum	16	32	24	47
Inżynieryjne/licencjat	1	2	0	0
Wyższe niepełne	1	2	2	4
Wyższe	17	34	12	24
Ogółem	50	100	51	100



Rys. 2. Aktywność zawodowa rodziców dzieci z zespołem Downa

Biorąc pod uwagę całą badaną grupę wśród małżeństw dominują te, w których oboje rodzice pracują zawodowo. Jednak przy analizie poszczególnych grup rysują się wyraźne różnice. Przewaga małżeństw pracujących odnosi się do grupy rodziców wychowujących dzieci zdrowe (72%). W grupie rodziców wychowujących dzieci z zespołem Downa dominują rodziny, w których pracuje tylko ojciec (tabela 5 i rys. 2). Jedynie wśród rodziców z dzieckiem z zespołem Downa zdarzają się przypadki, gdy rodzice nie pracują i są emerytami.

Tab. 5. Aktywność zawodowa badanych rodziców z podziałem na badane grupy

Aktywność zawodowa rodziców	Dzieci z zespołem Downa		Dzieci zdrowe	
	n	%	n	%
Oboje pracują	17	34	37	72
Pracuje tylko ojciec	25	50	9	18
Pracuje tylko matka	4	8	4	8
Oboje nie pracują	2	4	1	2
Inne	2	4	0	0
Ogółem	50	100	51	100

Dzieci rodziców, które wzięły udział w badaniu, były w wieku 4–22 lat. Średnia wieku w grupie dzieci z zespołem Downa wyniosła około 13 lat, a w grupie dzieci zdrowych 11 lat. We wszystkich badanych grupach najliczniej były reprezentowane dzieci w wieku 10–13 lat (33%), następnie w przedziale wiekowym 4–9 lat (29%) i 16–22 lat (21%). Szczegółowy rozkład wieku dzieci w poszczególnych grupach badawczych prezentuje tabela 7.

**Tab. 6 .** Wiek dzieci w poszczególnych grupach

Wiek dziecka	Dzieci z zespołem Downa		Dzieci zdrowe	
	n	%	n	%
4 – 9 lat	14	28	13	25
10 – 13 lat	11	22	25	49
14 – 15 lat	2	4	5	10
16 – 18 lat	15	30	8	16
19 – 22 lat	8	16	0	0
Ogółem	50	100	51	100

Tabela 7 pokazuje, jak rozłożyły się wyniki w poszczególnych stopniach upośledzenia w badanej grupie z zespołem Downa. Najwięcej dzieci cechowało upośledzenie umiarkowane – 50%.

**Tab. 7..** Stopień upośledzenia dziecka

Stopień upośledzenia dziecka	Dzieci z zespołem Downa	
	n	%
Lekkie	4	8
Umiarkowane	25	50
Znaczne	17	34
Głębokie	0	0
Nie wiem	4	8
Ogółem	50	100

W badaniach posłużono się następującymi narzędziami: ankietą, skalą SWLS i Inwentarzem Osobowości NEO-FFI.

W celu zebrania podstawowych informacji na temat rodziców i dziecka posłużyła skonstruowana przez autorów ankietą demograficzna, zawierająca podstawowe informacje, np. wiek, płeć, wykształcenie, stopień upośledzenia itp. Zamieszczone w ankiecie pytania mają charakter pytań otwartych bądź zamkniętych.

Kolejnym narzędziem jest kwestionariusz SWLS, badający satysfakcję życia, stworzony przez E. Dienera, R.A. Emmons, R.J. Larson i S. Griffin w adaptacji Z. Juczyńskiego. Kwestionariusz ten służy do badania zadowolenia z życia. Przeznaczony jest do badania osób zdrowych i chorych (osoby dorosłe). Skala ta bada poczucie zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków. Zakres wyników znajduje się w granicach 5–35 punktów. Im jest on wyższy, tym większe poczucie satysfakcji z życia. Wyniki w stenach 1–4 oznaczają wyniki niskie, 7–10 wysokie, a 5 i 6 – średnie.

Kwestionariusz NEO-FFI autorstwa Costy i McCrea, nawiązuje do pięcioczynnikowego modelu osobowości, zwanego „Wielką Piątką”. Kwestionariusz ten umożliwia diagnozę podstawowych wymiarów osobowości, do których należą: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność.

Neurotyczność określa poziom lęku, agresywną wrogość, stopień depresji, impulsywność, nadwrażliwość i nieśmiałość. Wysoka neurotyczność charakteryzuje się podatnością na irytację, mniejszą zdolnością do kontrolowania swoich popędów, mniejszym radzeniem sobie ze stresem, reagowaniem silnym lękiem, napięciem, zamartwianiem się, doświadczaniem stanu wrogości czy gniewu, łatwością załamania się w sytuacjach trudnych, niskim poczuciem wartości, wstydlivością. Osoby o niskiej neurotyczności cechują się słabym poziomem emocjonalnym, są bardziej spokojne od ekstrawertyków, zrelaksowane, zdolne do zmagania się ze stresem, bez doświadczania napięć czy obaw.

Ekstrawersja jest wymiarem opisującym towarzyskość, serdeczność, asertywność, aktywność, poszukiwanie doznań i emocjonalność pozytywną. Osoby ekstrawersyjne są przyjacielskie, towarzyskie, rozmowne, skłonne do zabaw, dominują w kontaktach społecznych, życiowo aktywne, optymistycznie nastawione do życia i o pogodnym nastroju. Z kolei jednostki introwertywne są nieśmiałe, samotne, przejawiają rezerwę w kontaktach z innymi, zamknięte w sobie.

Otwartość na doświadczenia określa wyobraźnię, poczucie estetyki, uczucia, działanie, idee i wartości. Wysoka otwartość to: ciekawość świata zewnętrznego i wewnętrznego, żywa i twórcza wyobraźnia, intelektualna ciekawość, zainteresowanie sztuką, wrażliwość estetyczna. Natomiast niska otwartość na doświadczenie to: konsekwencja w poglądach, tradycyjne wartości, pragmatyczne zainteresowania, preferencja uznanych sposobów działania.

Ugodowość jest wymiarem opisującym zaufanie, altruizm, skromność, skłonność do rozczulania się. Osoby ugodowe są sympatyczne w stosunku do innych i skłonne do udzielania im pomocy, prostolinijne, prostoduszne, szczerze, potulne, łagodne, skromne i uczciwe. Osoby o małej ugodowości są egocentryczne, sceptyczne w opiniach, nastawione rywalizująco, agresywne, oschłe w kontaktach z innymi.

Sumienność określa kompetencje, skłonność do porządku, obowiązkowość, dążenie do osiągnięć, samodyscyplinę i rozważę. Osoby o wysokiej sumienności charakteryzują się: silną wolą, motywacją do działania, wytrwałością w realizacji celów, są obowiązkowe, punktualne, skłonne do utrzymywania porządku i perfekcyjne. Osoby o małej sumienności charakteryzują się mniejszą motywacją do działania społecznego, są hedonistycznie nastawione do życia, rozleniwione, impulsywne przy podejmowaniu decyzji i spontaniczne w działaniu.



**Tab. 8.** Wynik analizy statystycznej, testem t-Studenta, oceny jakości życia rodziców dzieci z zespołem Downa i rodziców dzieci zdrowych

Zmienna	Testy t; Grupa 1: ZD (zespół Downa) Grupa 2: Z (zdrowi)			
	średnia ZD	średnia Z	t	P
Jakość życia	5,900	5,872	0,103651	0,917550

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w teście SWLS pomiędzy badanymi grupami. Rodzice dzieci i młodzieży z zespołem Downa nie różnią się istotnie w zakresie zadowolenia z życia od rodziców dzieci zdrowych.

**Tab. 9.** Wynik analizy statystycznej, testem t-Studenta, porównania oceny jakości życia matek i ojców dzieci z zespołem Downa

Zmienna	Testy t; Grupa 1: K (kobieta) Grupa 2: M (mężczyzna)			
	średnia K	średnia M	t	p
SWLS	5,980	5,820	- 0,48525	0,628580

Wykazano brak różnic w zadowoleniu z życia mierzonego testem SWLS pomiędzy matkami i ojcami dzieci i młodzieży z zespołem Downa.

**Tab. 10.** Wiek rodziców dzieci z zespołem Downa a poziom jakości życia

Zmienna	N=100; Grupa: ZD Korelacja
	SWLS
Wiek	-0,08740
p	0,387

Analiza korelacji nie wykazała istnienia związku pomiędzy wiekiem rodziców a zadowoleniem z życia.

**Tab. 11.** Wynik analizy statystycznej (analiza wariancji), badającej wpływ upośledzenia dziecka na zadowolenie z życia rodziców dzieci z zespołem Downa

Zmienna	Analiza wariancji; grupująca; grupa baza Efekty są istotne z $p < ,05000$							
	SS Efekt	Df Efekt	MS Efekt	SS Błąd	Df Błąd	MS Błąd	F	P
Jakość życia	5,966	2	2,983	254,76	89	2,8625	1,042081	0,356983

Wykazano, że upośledzenie dziecka nie ma bezpośredniego wpływu na ocenę zadowolenia z życia wśród rodziców wychowujących dzieci z zespołem Downa.

**Tab. 12.** Aktywność zawodowa rodziców dzieci z zespołem Downa, a poziom zadowolenia z życia

Zmienna	Grupa 1: pracuje Grupa 2: nie pracuje		t	df	p
	pracuje (średnia)	nie pracuje (średnia)			
SWLS	6,093750	5,565565	1,585019	100	0,11618

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy grupą pracujących i niepracujących rodziców dzieci z zespołem Downa w zakresie zadowolenia z życia.

**Tab. 13.** Poziom zadowolenia z życia rodziców dzieci z zespołem Downa, a miejsce zamieszkania

Zmienna	Grupa 1: miasto Grupa 2: wieś		t	df	p
	miasto (średnia)	wieś (średnia)			
SWLS	5,826087	6,064516	-0,66959	100	0,504689

Również miejsce zamieszkania nie różnicowało badanych rodziców dzieci i młodzieży z zespołem Downa pod względem zadowolenia z życia.

**Tab. 14.** Osobowość rodziców dzieci z zespołem Downa i rodziców dzieci zdrowych

Zmienna	Testy: 1 Grupa 1: ZD Grupa 2: Z		t	df	p
	ZD (średnia)	Z (średnia)			
NEO N ST	4,81000	5,25490	-1,763	200	<b>0,0793</b>
NEO E ST	5,46000	5,79411	-1,573	200	<b>0,1172</b>
NEO S ST	5,19000	5,42156	-0,850	200	<b>0,3959</b>
NEO O ST	4,57000	4,84254	-1,254	200	<b>0,2113</b>
NEO U ST	5,07000	5,25490	-0,700	200	<b>0,4845</b>

Analiza statystyczna wykazała, że we wszystkich wymiarach osobowości grupa eksperymentalna i kontrolna nie różnią się od siebie ( $p > 0,05$ ). Wystąpiła jedy-

nie tendencja statystyczna w zakresie wymiaru neurotyczność-rodzice dzieci z zespołem Downa wykazują tendencję do uzyskiwania wyników niższych niż rodzice dzieci zdrowych.

**Tab. 15.** Wymiary osobowości rodziców dzieci z zespołem Downa (NEO – FFI) a poziom zadowolenia z życia (korelacja)

Zmienna	Grupa: ZD N=100				
SWLS	NEO N	NEO E	NEO S	NEO O	NEO U
	-0,0474	0,2525	0,1149	0,0022	0,2236
	p=0,640	p=0,011	p=0,255	p=0,982	p=0,025

W wyniku badania korelacyjnego wykazano, że z wysokim zadowoleniem z życia rodziców dzieci i młodzieży z zespołem Downa korelują istotnie wymiary osobowości, takie jak ekstrawersja i ugodowość.

## Podsumowanie

Przeprowadzone w grupie rodziców dzieci i młodzieży z zespołem Downa badania dowiodły, że grupa ta nie różni się istotnie pod względem satysfakcji z życia od grupy rodziców dzieci zdrowych. Wyniki te są zgodne z rezultatami długofalowych badań przeprowadzonych przez Cunninghama (1996), który zaobserwował tylko u 25–30% rodzin zmniejszoną satysfakcję z własnego życia.

Ponadto w badaniach własnych wykazano brak różnic w zadowoleniu z życia pomiędzy matkami i ojcami dzieci oraz młodzieży z zespołem Downa. Również nie wykazano związku pomiędzy wiekiem rodziców a zadowoleniem z życia. Jest to niezgodne z obserwacjami Mink i in. (1983), którzy podkreślali, że sytuacja w rodzinach z dzieckiem z ZD zmienia się w czasie. Zwrócili oni uwagę, że opieka nad dzieckiem z ZD w okresie dzieciństwa nie stanowi ciężaru dla większości rodziców i nie ogranicza rozwoju poszczególnych członków rodziny. Natomiast w okresie, gdy dziecko jest nastolatkiem, sytuacja zmienia się. Matki odczuwają wówczas mniejszą osobistą satysfakcję z życia z powodu braku wsparcia społecznego. Nasze bardziej optymistyczne wyniki mogą wynikać z różnic generacyjnych, które sprzyjają większemu wsparciu rodziców z nastoletnią osobą z ZD.

Analiza zebranego materiału empirycznego pozwoliła również stwierdzić, że stopień upośledzenia dziecka nie ma bezpośredniego wpływu na ocenę zadowolenia z życia wśród rodziców wychowujących dzieci i młodzież z ZD oraz nie wpływa na nią aktywność zawodowa rodziców oraz ich miejsce zamieszkania.

Podjęte przez nas badania dowiodły również, że we wszystkich wymiarach osobowości grupa rodziców dzieci i młodzieży z ZD oraz grupa kontrolna, nie

różnią się od siebie. Wystąpiła jedynie tendencja statystyczna w zakresie wymiaru neurotyczności – rodzice osób z ZD wykazują tendencję do uzyskiwania wyników niższych niż rodzice osób zdrowych. W pewnym zakresie wyniki te nawiązują do rezultatów uzyskanych przez Cunninghama (1996), który stwierdził u rodziców z ZD podwyższony poziom neurotyzmu, który jednak nie był wyższy niż w populacji generalnej. Zwrócił on też uwagę, że gdy rodzic ma zasoby we wsparciu społecznym i stosuje pragmatyczne strategie rozwiązywania problemów, radzenia sobie, to potencjalny wpływ neurotyzmu na poziom stresu i na funkcjonowanie dziecka zmniejsza się. Można więc wnioskować, że rodzice w naszym badaniu, to osoby dobrze przystosowane społecznie i otrzymujące dużo wsparcia w sytuacjach stresowych.

W badaniach wykazano również, że z wysokim zadowoleniem z życia rodziców dzieci i młodzieży z zespołem Downa dodatnio korelują istotnie takie wymiary osobowości, jak ekstrawersja i ugodowość.

## Bibliografia

- Cunningham C.C. (1996), *Families of children with Down syndrome*, „Down Syndrome Research and Practice”, 4, s. 87–95
- Hodapp R.M. (1999), *Indirect effects of genetic mental retardation disorders: Theoretical and methodological issues*, „International Review Research in mental Retardation”, 106, s. 4–15
- Hodapp R.M., Ricci L., Ly T., Fidler D. (2003), *The effects of the child with Down syndrome on maternal stress*, „British Journal of Developmental Psychology”, 21, s. 137–151
- Hodapp R.M., Urbano R.C. (2007), *Adult siblings of individuals with Down syndrome versus with autism: Finding from large scale US survey*, „Journal of Intellectual Disability Research”, 51, 12, s. 1018–1029
- Korniszewski L. (2004), *Dziecko z zespołem wad wrodzonych. Diagnostyka dysmorfologiczna*, PZWL, Warszawa
- Mink L., Nihira E., Meyers C. (1983), *Taxonomy of family life styles: In homes with TMR children*, „American Journal of Mental Deficiency”, 87, s. 484–497
- Sadowska L. (2008), *Medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji u dzieci z zespołem Downa*, [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B. Kaczmarek, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków
- Scott B, Atkinson L., Minton H., Bowman T. (1997), *Psychological distress of parents of infants with Down syndrome*, „American Journal on Mental Retardation”, 102, 2, s. 161–171
- Torr J., Strydom A., Patti P., Jokinen N. (2010), *Aging in Down syndrome: Morbidity and mortality*, „Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities”, 7, 1, s. 70–81
- Żyta A. (2011), *Życie z zespołem Downa*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków

**Personality and satisfaction with life parents  
of children and teenagers with Down syndrome  
(Summary)**

The aim of research was to state a personality and satisfaction with life parents of children and teenagers with Down syndrome. The research referred to 100 parents people with Down syndrome (experimental group) and 102 parents of healthy children (control group). To estimate the satisfaction with life was used Satisfaction with Life Scale (SWLS) of Diener, Emmons. To evaluate personality was used scale NEO-FFI of Costa, McCrae, which appraises such dimensions of personality like: neuroticism, extraversion, openness, agreeableness and conscientiousness. The analysis demonstrated that there are no significant differences in evaluation of satisfaction with life and structure of personality between experimental and control group. The research indicated also that with high satisfaction with life significantly correlate such dimensions of personality like extraversion and agreeableness.