

Natalia Ewa Murawska
Uniwersytet Gdański, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii
<https://orcid.org/0000-0002-7709-0863>

Empatia rodziców a postrzegane przez nich znaczenie niepełnosprawności dziecka

Parents' empathy and their perceived
meaning of their child's disability

Abstrakt

Wprowadzenie: Niepełnosprawność to złożone zjawisko, mające istotny wpływ na specyfikę funkcjonowania systemu rodzinnego. Ponadto, jest to stan, który nie dotyczy tylko samego dziecka, ale również dotyka innych członków systemu i otrzymuje subiektywnie przypisaną przez rodziców i inne krewnych wartość, która jest silnie związana z cechami psychologicznymi osoby i, w konsekwencji, wpływa na jej funkcjonowanie. Analiza literatury wskazuje na istotę oceny znaczenia choroby dziecka przypisywanego przez rodzica dla funkcjonowania systemu rodzinnego i zjawisk w nim występujących. Dodatkowo zwraca się uwagę na źródła sformułowanego znaczenia, podkreślając istotę czysto subiektywnych czynników, a także cech osobowości, w tym między innymi empatii.

Cel: Głównym celem badania było określenie związku między empatią rodziców a ich oceną znaczenia choroby dziecka. Dodatkowym celem przeprowadzonych analiz było ustalenie różnic płciowych w wymiarach empatii oraz subiektywnie przypisywanym znaczeniu choroby dziecka przez obu rodziców.

Metodyka: W badaniu wzięły udział 33 matki i 33 ojców dzieci z niepełnosprawnością. Do przeprowadzenia badania użyto następujących narzędzi: badawczych: Skala Wrażliwości Empatycznej oraz Skala Oceny Choroby, zmodyfikowana na potrzeby badania, która mierzy znaczenie choroby dziecka dla rodzica.

Wyniki: Uzyskane wyniki wskazują, że osobista przykrość ojców jest predyktorem postrzegania przez nich choroby dziecka jako straty, a osobista przykrość i przyjmowanie perspektywy okazały się predyktorami postrzegania choroby jako zagrożenia. Zaobserwo-

wano także predykcyjną rolę empatii w traktowaniu choroby dziecka jako wyzwania oraz przypisywaniu mu pozytywnej wartości, jednak nie udało się ustalić, który z wymiarów empatii stanowi predyktor. Ustalono również, że osobista przykrość ojców stanowi predyktor postrzegania choroby dziecka jako wyzwanie przez matkę.

Wnioski: W niniejszym badaniu wyciągnięto wniosek, że empatia ogólnie uwrażliwia na problem choroby dziecka, niezależnie od jej wymiaru.

Słowa kluczowe: empatia, znaczenie choroby dziecka, niepełnosprawność, rodzice.

Abstract

Disability is a complex phenomenon that has a significant impact on the specificity of the family system. Moreover, it is a condition that does not affect only the child itself, but also receives a subjectively assigned meaning by parents and other relatives, which remains strongly connected with the psychological characteristics of a person and, consequently, affects its functioning. The analysis of the literature indicates the importance of the issue of parents' assessment of the meaning of their child's illness, which affects the nature of the family system and the phenomena occurring in it. Additionally, attention is paid to the sources of the formulated meaning, emphasizing the importance of purely subjective factors, as well as personality traits, including, among others, empathy.

The main aim of this study was to examine the relationship between parents' empathy and their assessment of the meaning of their child's illness. An additional aim of the present analyses was to determine gender differences on empathy dimensions and in the subjectively attributed meaning of the child's illness by both parents.

33 mothers and 33 fathers participated in the study. The following research instruments were used: The Empathic Sensitivity Scale and the Disease-Related Appraisals Scale, modified for the purpose of the self-report study, which tests the importance of the child's illness to the parent.

The results obtained indicate that fathers' personal distress is a predictor of their perception of their child's illness as a loss, and personal distress and perspective taking were found to be predictors of perceiving illness as a threat. A predictive role for empathy in treating the child's illness as a challenge and attributing positive value to the child was also observed, but it was not possible to determine which dimension of empathy was a predictor. Fathers' personal distress was also found to be a predictor of mothers' perception of their child's illness as a challenge. In the present self-report study, a general conclusion was drawn that empathy generally sensitizes to the problem of child illness regardless of its dimension.

Keywords: empathy, meaning of child illness, disability, parents.

1. Wprowadzenie

1.1. Niepełnosprawność dziecka w rodzinie

Literatura przedmiotu pokazuje, że bycie rodzicem dziecka z niepełnosprawnością jest przyczyną szeregu lęków i obaw, a sam fakt niepełnosprawności staje się dla bliskich dziecka źródłem kryzysu psychologicznego, ponieważ w sposób bezpośredni wpływa na funkcjonowanie rodziców (Sekułowicz, 1998, p. 1). Rodzice są bowiem świadomi licznych zmian w rolach i relacjach, destabilizacji stylu życia i odpowiedzialności (Świętochowski, 2010, pp. 67, 77–80). Wpływ ten jest modyfikowany przez znaczenie, jakie rodzina nadaje sytuacji niepełnosprawności dziecka oraz zależy od wielu czynników, związanych między innymi z możliwościami przystosowawczymi, jakością funkcjonowania rodziny czy stanem zdrowia dziecka. Znaczenie przypisywane chorobie zależy nie tylko od obiektywnych wyznaczników, ale także od czynników czysto subiektywnych, takich jak schemat choroby, jej obraz i wiedza na jej temat, a także cech osobowości, temperamentu, poczucia kontroli, postrzeganego wsparcia społecznego, rezyliencji, empatii, religijności oraz od czynników sytuacyjnych. Człowiek formułuje znaczenie, jakie przypisuje chorobie, korzystając z różnych źródeł (np. opinia profesjonalistów, innych chorych, informacje z mediów czy publikacji naukowych). Brane pod uwagę są zarówno obiektywne objawy i wyniki badań, jak i własne obserwacje stanu zdrowia z uwzględnieniem ewentualnych dolegliwości, wpływających na ogólne samopoczucie (Świętochowski, 2010, p. 24). Zebrane w tym procesie i zinterpretowane informacje generują różnorodne emocje, takie jak strach, niepokój, poczucie zagrożenia. W ten sposób choroba powoduje powstawanie wewnętrznych konfliktów, napięcia, ocen, interpretacji, zmian w obrazie siebie oraz innych obszarach funkcjonowania chorej osoby i jej bliskich, w tym zwłaszcza rodziców niepełnosprawnego dziecka (Janowski *et al.*, 2009, pp. 108–109).

1.2. Znaczenie choroby w życiu człowieka

Według Lipkowskiego (1970, pp. 93–94, 98–99) znaczenie przypisywane chorobie jest istotne w procesie adaptacji do niej. W badaniach Janowskiego *et al.*, (2009) pod uwagę wzięto następujące kategorie: zagrożenie, korzyść, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda, wartość, znaczenie.

Zagrożenie mówi, o tym, że chorobę postrzega się jako wydarzenie życiowe, zakłócające dotychczasowy lub poprzedni stan bezpieczeństwa i równowagi. Obniżone jest poczucie bezpieczeństwa na skutek przeżywanych obaw i niepewności co do sytuacji w przeszłości (Janowski *et al.*, 2009, p. 120).

Traktowanie choroby jako korzyści związane jest z doświadczaniem przez chorego (lub jego bliskich) wtórnych zysków wynikających z niej. Daje możliwość zwolnienia z obowiązków i odpowiedzialności, wyzwalając poczucie ulgi, a także może być okazją do ucieczki przed innymi problemami. Co więcej, choroba może motywować do uzyskania korzyści materialnych w formie odszkodowania lub renty (Janowski *et al.*, 2009, p.120).

Osoba, która postrzega chorobę swoją lub dziecka jako przeszkodę / stratę doświadcza jej w kategorii ograniczeń w codziennym życiu. Ograniczenia te dotyczą obszarów życia zawodowego, rodzinnego, zainteresowań, kontaktów społecznych, kondycji i niezależności (Janowski *et al.*, 2009, p. 120).

Wyzwanie dotyczy doświadczania choroby jako jednej z sytuacji trudnych, które niesie za sobą życie. Konieczne jest elastyczne wykorzystanie wszelkich dostępnych środków, aby tę trudność pokonać (Janowski *et al.*, 2009, pp. 120–121).

Choroba może być także interpretowana w kategoriach niesprawiedliwości i krzywdy. Wówczas chory (bądź jego najbliżsi) odczuwa głębokie poczucie krzywdy, odbiera chorobę jako nieszczęście i niezасłużoną karę (Janowski *et al.*, 2009, p. 121).

Chorobę można też potraktować jako wyższą wartość, niełatwą do zrozumienia i zaakceptowania, ale mającą głębszy sens. Może być rozumiana jako możliwość rozwojowa, szansa na inne spojrzenie na życie i świat oraz docenienie jego wartości. Choroba jest oceniana pozytywnie w związku z jej rolą w prze-wartościowaniu życia (Janowski *et al.*, 2009, p. 121).

Z kolei znaczenie informuje, w jakim stopniu choroba jest wydarzeniem istotnym życiowo. Choroba może bowiem być znaczącym zakłóceniem równowagi życiowej, ale również może mieć niewielkie znaczenie (Janowski *et al.*, 2009, p. 121).

Na użytek badania własnego można przyjąć założenie, że powyższe kategorie odnoszą się też do węższego niż choroba zjawiska, jakim jest niepełnosprawność, opierając się na definicjach tego pojęcia. Niepełnosprawność bowiem charakteryzowana jest jako obiektywny fakt biologiczny (medyczny), który oznacza występowanie różnego rodzaju deficytów funkcji psychicznych lub fizycznych organizmu, spowodowanych m.in. chorobą lub wadą wrodzoną (Urbanowicz, 2012, pp. 444–445). Na potrzeby badania można więc uznać, że pojęcie niepełnosprawności i choroby w kontekście poruszanej tematyki są wobec siebie zależne i używane będą wymiennie. Opisane powyżej wymiary pierwotnie odnoszą się do znaczenia, jakie chory przypisuje swojej chorobie. Można je jednak z powodzeniem zastosować w przypadku osób najbliższych, np. rodziców, co jest szczególnie przydatne w związku z obszarem niniejszego badania.

Objawy choroby (niepełnosprawności) wpisują się w szerszy kontekst psychospołeczny, a także otrzymują subiektywnie przypisane znaczenie, które pozostaje silnie związane z sytuacją życiową człowieka (Steuden, 2002). Choroba w sposób znaczący wpływa na funkcjonowanie psychiczne oraz zachowanie osoby niepełnosprawnej i jej bliskich (Świętochowski, 2010, pp. 70–71). Może być rozumiana w kategoriach kryzysu nienormatywnego, który wymaga od człowieka i od jego rodziny wykonania pewnych kroków, umożliwiających skuteczne przystosowanie (Gąciarz, 2014, pp. 19–20). To, jakie człowiek przypisuje znaczenie stanowi zdrowia, będzie się wiązać z przyjmowanymi przez niego postawami wobec niepełnosprawności. Z tego względu wydaje się to istotną zmienną w kontekście funkcjonowania rodziców dzieci z niepełnosprawnością.

1.3. Różnice w postrzeganiu i odbieraniu niepełnosprawności przez matki i ojców

Warto także dokonać analizy różnic między matkami i ojcami w kontekście postrzegania niepełnosprawności ich dziecka. Analizy badań wskazują, że matki jako osoby bezpośrednio odpowiedzialne za opiekę, doświadczają wyższego poziomu stresu niż ojcowie (Behrani and Shah, 2016, p. 535). Traumatyzujące może być doświadczanie ze strony dziecka obojętności, odrzucenia czy braku wzajemności i responsywności (Lewandowska-Walter, Kichler and Trawicka 2014, pp. 357–358). Trudności i stres u matek mogą zaostrzać brak alternatywnych zajęć, realizacji planów czy rezygnacja z pracy zawodowej, co nie jest aż tak wyraźne, gdy chodzi o ojców (Wiśniewska, 2009, p. 64). Badania pokazują, że matki, które ograniczają swoją aktywność do zadań związanych z wychowaniem dziecka, zazwyczaj doświadczają większego niż matki pracujące stresu (Walęcka-Matyja and Kurpiel, 2013, p. 107). Dodatkowo im głębsza niepełnosprawność, tym większy niepokój o przyszłość dziecka oraz tym silniejsze przeświadczenie o nierozzerwalnym związku jej życia z życiem dziecka (Stelter, 2012, pp. 108–110). Macierzyństwo związane z niepełnosprawnością dziecka może stanowić wyzwanie, ponieważ utrudniony jest proces osiągnięcia satysfakcjonującej tożsamości macierzyńskiej (Stelter, 2011, pp. 74–77). W skrajnych przypadkach może to doprowadzić do łączenia radości macierzyństwa z postępami dziecka w rozwoju. Zdarza się to szczególnie w sytuacji braku akceptacji dziecka i niskiej empatii w stosunku do niego (Stelter, 2012, pp. 108–110). To może prowadzić do przypisywania negatywnego znaczenia niepełnosprawności dziecka. Badania Stelter i Bakiery (2010, pp. 139–140) pokazują, że matki dzieci niepełnosprawnych w 21% uważają, że bycie matką oznacza przede wszystkim odpowiedzialność, w porównaniu do 10% matek dzieci zdrowych. Jednak mamy dzieci z niepełnosprawno-

ściami – podobnie jak matki dzieci zdrowych – czerpią z macierzyństwa spełnienie i szczęście (Stelter, 2011, pp. 74–77).

Biorąc pod uwagę rolę ojca w kontekście niepełnosprawności, różnice między nim a matką zaznaczają się już w momencie diagnozy. Mężczyźni bowiem koncentrują się bardziej na potencjale dziecka i sprawach związanych z jego przyszłością (Wiśniewska, 2009, p. 64). Ojcowie dziecka z niepełnosprawnością przejawiają mniej symptomów stresu oraz wykazują wyższą samoocenę, mimo otrzymywania mniejszej ilości wsparcia (Pisula, 1998, p. 70; Wiśniewska, 2009, p. 64). W literaturze wskazuje się jednak na częstsze niż u matek niewywiązywanie się z zadań rodzicielskich, jednak bez podawania szczegółowych motywów takiego postępowania (Stelter, 2012, p. 110; Twardowski, 2008, p. 23). Część badaczy uważa, że mężczyźni dysponują mniejszą ilością środków zaradczych, w tym niższą empatią, co może utrudniać im pozytywną ocenę niepełnosprawności dziecka (Kościelska, 2000, pp. 66–67). Nie oznacza to jednak, że ojcowie nie przeżywają niepełnosprawności swojego dziecka. Twardowski (2008, pp. 23–24) wskazuje, że czynią to w równym stopniu co matki, ale w bardziej powściągliwy sposób, a doświadczane przez nich emocje negatywne mogą dodatkowo utrudniać przyjmowanie perspektywy dziecka, zaspokajanie jego potrzeb, odczuwanie wobec niego empatii oraz pozytywną ocenę jego niepełnosprawności. Badania Bakiera i Stelter (2010, pp. 139–140) pokazują, że dla mężczyzn bycie ojcem dziecka niepełnosprawnego oznacza głównie odpowiedzialność (46%) oraz obowiązek (31%). Co ciekawe deklarują oni także, że dzięki ojcostwu zyskują miłość bliskich (47%) i doświadczenie (23%). Inne badania pokazują, że ojcowie dzieci z niepełnosprawnością deklarują wyższy poziom samoakceptacji w porównaniu do ojców dzieci zdrowych, a także nie doświadczają niższego poziomu dobrostanu psychicznego (Boyras and Sayger, 2011, pp. 292–293), co w konsekwencji może wiązać się z pozytywną oceną niepełnosprawności. Badacze podkreślają jednak, że ojcowie mają większą trudność w nawiązaniu i rozwijaniu więzi emocjonalnej z dzieckiem niepełnosprawnym, zwłaszcza gdy jest to syn (Pisula, 2007, pp. 50–55; Stelter, 2011, p. 80). Mężczyźni w rodzinie z dzieckiem o niepełnej sprawności mogą także cierpieć na skutek oddalania się żony, obciążonej opieką nad dzieckiem. Bakiera i Stelter (2010, p. 141) wykazały, że 15% mężczyzn będących rodzicem dziecka z niepełnosprawnością twierdzi, że przez ojcostwo traci żonę, gdzie w przypadku ojców dzieci zdrowych taka odpowiedź w ogóle nie miała miejsca.

1.4. Empatia w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością

Jedną z cech, które są niezwykle istotne dla relacji interpersonalnych, jest empatia (Kaźmierczak, 2008, p. 41, Kaźmierczak, 2015, p. 108; Kaźmierczak, Płopa and Retowski, 2007, pp. 9–10). Empatia jest konstruktem, który składa się z dwóch aspektów: poznawczego oraz emocjonalnego (Stephan and Finlay, 1999, p. 730). Pierwszy dotyczy umiejętności przyjmowania perspektywy drugiej osoby oraz zrozumienia jej sytuacji, bazuje na angażowaniu procesów poznawczych. Natomiast drugi wiąże się ze zdolnością do współodczuwania z innymi i przejmowania cudzych stanów emocjonalnych (Davis, 2001; Hofmann, 2001; Kaźmierczak, Płopa and Retowski 2007, p. 10). Połączenie tych komponentów umożliwia adekwatne reagowanie na cierpienie innego człowieka, udzielanie mu pomocy i okazywanie współczucia (Kaźmierczak, Płopa and Retowski, 2007, pp. 10–11). W badaniach wiązane jest z korzystnymi zachowaniami społecznymi – większą otwartością w komunikowaniu, zrozumieniem i okazywaną troską (Kaźmierczak, Płopa and Retowski 2007, p. 10). Rodzice dziecka z niepełnosprawnością w sposób szczególny powinni wykazać się tolerancją, zrozumieniem perspektywy i uczuć dziecka oraz otwartością na jego potrzeby. Wyjątkowo istotna wydaje się też responsywność rodziców, a także ciepłe, wspierające praktyki wychowawcze i zbalansowana relacja rodzic – dziecko, w celu wykształcenia możliwie jak najbardziej adaptacyjnego spojrzenia na niepełnosprawność (Michałek-Kwiecień and Kaźmierczak, 2020, pp. 2–3). W związku z tym szczególnie istotny dla formułowania znaczenia niepełnosprawności dziecka wydaje się poziom empatii rodziców, który wiąże się z jakością życia rodzinnego oraz ma związek z rezyliencją. W literaturze przedmiotu zaznacza się, że empatia jest pożądaną cechą ojców i matek, gdyż ułatwia im radzenie sobie z wyzwaniem płynącymi z rodzicielstwa (Kaźmierczak, 2015, pp. 114, 116). Empatię traktuje się bowiem jako predyktor społecznie pożądanego zachowań i umiejętności w wielu kontekstach życia. Dostrzega się znaczącą rolę empatii w kształtowaniu zachowań altruistycznych i pomocowych, postaw prospołecznych oraz odpowiedzialności za siebie i innych (Plutecka, 2019). Empatia koreluje również z ograniczeniem stereotypowości postrzegania, sprzyja akceptacji istniejących różnic oraz postawie tolerancji, wiąże się także z wyższą wrażliwością na potrzeby innych i współczuciem (Goleman, 1997). Badania wskazują, że osoby empatyczne są mniej egocentryczne i bardziej nastawione na współpracę (Kaźmierczak, 2015, pp. 109–110). Dodatkowo empatia poznawcza i emocjonalna może pozytywnie wpływać na zmniejszenie uprzedzeń wobec inności, co może mieć znaczący wpływ na odbiór niepełnosprawności dziecka (Stephan and Finlay, 1999, pp. 730–731). Ma to związek z ułatwioną ekspresją emocjonalną, zwiększającą szanse na wzajemną

akceptację i zrozumienie (Kaźmierczak, 2015, pp. 120–123). Dodatkowo empatia matki jest kluczowa dla wspierania rozwoju społecznego i emocjonalnego, co wydaje się szczególnie ważne w przypadku dziecka z niepełnosprawnością (Kaźmierczak, 2015, p. 115). Matczyna empatia uwrażliwia na potrzeby dziecka i pomaga w radzeniu sobie ze stresem i konfliktami. Sprawia też, że kobieta jest bardziej świadoma zmian życiowych związanych z rolą rodzica (Kaźmierczak, 2015, p. 115).

Powyższe związki empatii z aspektami życia interpersonalnego wydają się powiązane z oceną znaczenia niepełnosprawności dziecka. Co więcej, Walsh (2003, pp. 12–13) w swojej koncepcji uznaje empatię za istotny aspekt prężności rodzinnej. Wzajemnie wyrażana empatia daje rodzicom możliwość lepszego poradzenia sobie z normatywnymi i nienormatywnymi kryzysami życiowymi. Wielu badaczy podkreśla dodatkowo takie pozytywne aspekty empatycznego rodzicielstwa dziecka niepełnosprawnego, jak odczuwanie miłości, szczęścia i dumy z osiągnięć dziecka z zaburzeniami rozwoju oraz silniejszego poczucia spełnienia w roli rodzica. Dodatkowo może prowadzić do zmian w systemie wartości, uporządkowania hierarchii i wzrostu poczucia sensu życia (Zasępa, 2020). Może być ono także źródłem osobowego wzrostu i rozwoju takich właściwości jak siła wewnętrzna, pokora, spokój, cierpliwość, mądrość życiowa i dobroć. Empatia łączy się ze sposobem regulowania emocji, co w konsekwencji może być związane z postrzeganiem rzeczywistości przez daną osobę, w tym z postrzeganiem i nadawaniem znaczenia chorobie dziecka (Kaźmierczak, 2015, p. 114).

W tym miejscu należy jednak zwrócić uwagę na możliwe negatywne konsekwencje wynikające z empatii, związane z zarażaniem się cudzymi negatywnymi emocjami i niewłaściwą ich regulacją. Wnioski płynące z badań pokazują, że matki dzieci chorych, mające wysoką tendencję do przejmowania negatywnych emocji (osobista przykrość), wykazują słabsze przywiązanie do dziecka nienarodzonego oraz cechują się strategiami radzenia sobie z trudnymi sytuacjami bardziej skoncentrowanymi na sobie, co może negatywnie wpływać na nadawane niepełnosprawności dziecka znaczenie (Kaźmierczak, 2015, p. 117; Łada and Kaźmierczak, 2019, p. 86). Osobista przykrość może również powodować skłonność do zachowań deprecjonujących innych, szczególnie w bliskich związkach (Kaźmierczak, 2015, pp. 118–119). Przejmowanie negatywnych emocji drugiego człowieka zostało w literaturze przedmiotu uznane też za czynnik związany z niższymi umiejętnościami regulacji własnych emocji, co może być źródłem ryzyka zaburzeń osobowości i zachowania, a także skutkować negatywnym postrzeganiem rzeczywistości związanej z niepełnosprawnością dziecka (Kaźmierczak, Pastwa-Wojciechowska and Błażek, 2013, pp. 121–123). Osoby zarażające się cu-

dziami negatywnymi emocjami mogą mieć również problem z radzeniem sobie z oczekiwaniami społecznymi i trudności w adaptacji do sytuacji kryzysowych (Każmierczak, Pastwa-Wojciechowska and Błażek, 2013, pp. 121–123).

2. Metodyka

2.1. Problem

Głównym celem opisywanych w artykule badań było określenie związku empatii z przypisywanym przez rodziców znaczeniem niepełnosprawności ich dziecka. Próbowano dokonać analiz uwzględnionych zmiennych z perspektywy diady rodzicielskiej, poszukując zależności wprost oraz krzyżowo. Dodatkowo podjęto próbę określenia różnicy w znaczeniu przypisywanym niepełnosprawności przez matki i ojców, a także przeprowadzono analizy mające na celu ustalenie różnic w wymiarach empatii u badanych par.

H1: Im wyższa empatia na wymiarach przyjmowania perspektywy i empatycznej troski i niższa na wymiarze osobistej przykrości, tym bardziej widoczne jest pozytywne znaczenie przypisywane chorobie dziecka przez matkę i ojca.

Sformułowano także dodatkową hipotezę oraz dodatkowe pytanie badawcze w celu lepszego zrozumienia badanego zagadnienia.

H2: Matki przejawiają wyższą od ojców empatię na wszystkich wymiarach.

2.2. Pytanie badawcze: Czy znaczenie choroby dziecka będzie różniło się w ocenie matek i ojców?

Ze względu na niejednoznaczne doniesienia w literaturze przedmiotu dotyczące oceny znaczenia choroby dziecka przez matki i ojców, nie zdecydowano się na sformułowanie hipotezy do powyższego pytania badawczego.

2.3. Narzędzia badawcze

Badanie zostało przeprowadzone w paradygmacie korelacyjnym (badanie z wykorzystaniem samoopisowych kwestionariuszy psychologicznych). Było to obserwacyjne badanie kohortowe o charakterze eksploracyjnym. Aby zweryfikować założone hipotezy oraz odpowiedzieć na postawione pytanie badawcze, zastosowano poniżej wymienione narzędzia badawcze.

- Kartę informacyjną, w której zawarto krótkie wprowadzenie do tematyki badań oraz informacje dotyczące zasad RODO i zobowiązanie do zacho-

wania anonimowości. Pytania w karcie informacyjnej dotyczyły kwestii niepełnosprawności dziecka i kwestii socjodemograficznych.

- Skalę Wrażliwości Empatycznej (SWE) w opracowaniu Kaźmierczak, Płopy i Retowskiego (2007). Dwie z podskal odnoszą się do empatii emocjonalnej – *Empatyczna Troska* (określa tendencję do doświadczania współczucia i współodczuwania) i *Osobista Przykrość* (odczuwanie dyskomfortu w reakcji na cudze cierpienie); jedna natomiast dotyczy empatii poznawczej – *Przyjmowanie Perspektywy* (tendencja do spontanicznego przyjmowania cudzej perspektywy). Wysokie wyniki uzyskane w skalach *Empatyczna Troska* i *Przyjmowanie Perspektywy* sprzyjają wysokiej jakości funkcjonowania społecznego osoby. Natomiast im wyższy wynik w skali *Osobista Przykrość*, tym bardziej utrudnione funkcjonowanie społeczne jednostki. Kwestionariusz zawiera 28 stwierdzeń. Badany dokonuje oceny poprzez udzielenie odpowiedzi na pięciostopniowej skali typu Likerta.
- Skalę Oceny Choroby (SOWC) w opracowaniu Jankowskiego i Steuden (2009). Skala ta w oryginale jest narzędziem samoopisowym, pozwalającym na ocenę znaczenia choroby własnej. Ze względu na charakter prowadzonych badań skala zmodyfikowana została, tak aby ocena dokonywana była przez rodzica i dotyczyła choroby jego dziecka. Kwestionariusz zawiera 47 stwierdzeń, które wchodzi w skład 6 skal tematycznych (*Zagrożenie*, *Korzyść*, *Przeszkoda/Strata*, *Krzywdą*, *Wartość i Wyzwanie*) i 1 skali kontrolnej (*Znaczenie*). Badany ustosunkowuje się do stwierdzeń, wybierając jedną z pięciu odpowiedzi.

2.4. Grupa badana

W badaniu wzięły udział 33 pary rodzicielskie. Dobór do grupy miał charakter celowy. Głównym kryterium włączającym do badania była deklaracja wychowywania przynajmniej jednego dziecka z orzeczoną niepełnosprawnością. Dodatkowo istotnym kryterium był fakt bycia rodziną pełną (oboje rodziców wychowujących dziecko).

W badaniu uczestniczyły rodziny 24 chłopców i 9 dziewczynek z orzeczoną niepełnosprawnością. Osiem rodzin miało jedno dziecko, 13 dwoje dzieci, 7 troje dzieci, 5 czworo dzieci. W każdej z badanych rodzin tylko jedno dziecko było niepełnosprawne. Większość dzieci miało niepełnosprawność ruchową (78,8%). Wiek badanych matek wynosił od 32 do 67 lat ($M = 42,52$; $SD = 7,383$), wiek badanych ojców wynosił od 31 do 61 lat ($M = 45,7$; $SD = 6,83$), wiek badanych dzieci wynosił od 12 do 19 lat ($M = 15,06$; $SD = 2,806$). Trzydzieści par rodziców pozostawało

w związku formalnym, 3 w związku nieformalnym. Większość rodzin mieszkała w dużym mieście (42,4%), 33,3% na wsi, a 24,2% w małym mieście.

Badane matki miały wykształcenie średnie (39,4%), zawodowe (21,2%) i wyższe (39,4%). Wśród nich 21 (63,6%) nie pracowało zawodowo, sprawując opiekę nad dzieckiem. Badani ojcowie mieli wykształcenie podstawowe (9,1%) średnie (21,2%), zawodowe (42,4%) i wyższe (27,3%). Wśród nich 29 (87,9%) pracowało zawodowo na cały etat.

W badaniu zebrano także dane specyficzne związane z aspektem niepełnosprawności, które pozwoliły na lepszą charakterystykę grupy badanej. Oceny dokonywane były na skali dziesięciostopniowej, gdzie 1 oznaczało „wcale nie...” a 10 stanowiło przeciwny kraniec oceny. Rodzice dokonywali ocen wpływu niepełnosprawności na funkcjonowanie rodziny (matki: min. = 1; maks. = 10, M = 7,45; SD = 2,386; ojcowie: min. = 1; maks. = 10, M = 6,67; SD = 2,944); różnienia się od innych rodzin ze względu na fakt niepełnosprawności (matki: min. = 1; maks. = 10, M = 6,18.; SD = 2,755; ojcowie: min. = 1; maks. = 10, M = 5,3; SD = 3,057); zmiany podejścia do życia spowodowanej faktem niepełnosprawności (matki: min. = 1; maks. = 10, M = 6,88; SD = 3,295; ojcowie: min. = 1; maks. = 10, M = 5,64; SD = 3,417); stopnia rozpoznawania potrzeb dziecka (matki: min. = 3; maks. = 10, M = 8,94; SD = 1,519; ojcowie: min. = 5; maks. = 10, M = 8,64; SD = 1,410); potrzeby opieki/pomocy wymaganej przez dziecko (matki: min. = 1; maks. = 10, M = 6,85; SD = 2,575; ojcowie: min. = 1; maks. = 10, M = 6,12; SD = 2,859) oraz komunikowania przez dziecko swoich potrzeb (matki: min. = 2; maks. = 10, M = 8,82; SD = 2,157; ojcowie: min. = 1; maks. = 10, M = 8,7; SD = 2,284).

2.5. Przebieg badania

Niniejszy projekt badawczy uzyskał pozytywną opinię Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego (nr wniosku 48/2020). Badania były prowadzone od maja do grudnia 2020 roku. Respondenci dobrowolnie zgłaszali chęć wzięcia udziału po uzyskaniu informacji o obszarze tematycznym i procedurze. Osoby do grupy badanej poszukiwane były na grupach internetowych zrzeszających rodziców dzieci z różnymi niepełnosprawnościami. Chętne osoby po zgłoszeniu swojego zainteresowania, otrzymały zestaw kwestionariuszy dla matki i ojca. Badanie miało formę papier-olówek, a zestaw kwestionariuszy, odpowiednio rozdzielony dla poszczególnych osób, został dostarczony pocztą tradycyjną pod dobrowolnie i prywatnie wskazany adres. Kwestionariusze dostarczane każdej parze rodziców były zakodowane (litera oznaczająca pozycję w systemie rodzinnym i liczba). Każda z osób badanych wypełniała kwestionariusze indywidualnie.

3. Wyniki

W celu dokonania analiz statystycznych i zweryfikowania hipotez badawczych wykorzystano pakiet IBM SPSS Statistics 26 na licencji Uniwersytetu Gdańskiego. Ze względu na niewielką liczebność grupy badanej zdecydowano się na wykorzystanie testów nieparametrycznych. Przeprowadzona została analiza korelacji (ρ Spearmana), dokonano analizy różnic międzygrupowych dla prób zależnych (test Wilcoxon), a także przeprowadzono analizy regresji liniowej.

W pierwszej kolejności podjęto próbę przetestowania hipotezy pierwszej, obliczając w tym celu współczynnik ρ Spearmana, określający relację między zmiennymi dla matek oraz dla ojców, a także przeprowadzono analizy krzyżowe pomiędzy nimi.

Tabela 1. Rezultaty analizy korelacji ρ Spearmana między wymiarami empatii a znaczeniem przypisywanym chorobie dziecka w ocenie badanych matek

	Empatyczna troska	Osobista przykrość	Przyjmowanie perspektywy
Zagrożenie	0,019	-0,338	0,136
Korzyść	0,046	-0,351*	0,156
Strata	-0,045	-0,088	0,165
Wyzwanie	-0,359*	-0,168	-0,252
Krzywdza	-0,005	-0,197	0,161
Wartość	-0,226	-0,239	-0,137
Znaczenie	0,145	0,039	0,159

* $p < 0,05$.

Tabela 2. Rezultaty analizy korelacji ρ Spearmana między wymiarami empatii a znaczeniem przypisywanym chorobie dziecka w ocenie badanych ojców

	Empatyczna troska	Osobista przykrość	Przyjmowanie perspektywy
Zagrożenie	-0,445**	-0,558**	-0,522**
Korzyść	-0,324	-0,283	-0,267
Strata	-0,543**	-0,316	-0,399*
Wyzwanie	-0,463**	-0,335	-0,319
Krzywdza	-0,172	-0,253	0,024
Wartość	-0,509**	-0,256	-0,421*
Znaczenie	-0,016	-0,339	-0,146

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabela 3. Rezultaty analizy korelacji ρ Spearmana między wymiarami empatii matki a znaczeniem przypisywanym chorobie dziecka przez badanych ojców

	Empatyczna troska matka	Osobista przykrość matka	Przyjmowanie perspektywy matka
Zagrożenie ojciec	-0,176	-0,277	-0,204
Korzyść ojciec	-0,124	-0,011	-0,042
Strata ojciec	-0,090	-0,252	0,114
Wyzwanie ojciec	-0,269	-0,239	-0,252
Krzywdą ojciec	-0,041	-0,282	0,215
Wartość ojciec	-0,288	-0,136	-0,213
Znaczenie ojciec	0,051	0,095	0,134

Tabela 4. Rezultaty analizy korelacji ρ Spearmana między wymiarami empatii ojców a znaczeniem przypisywanym chorobie dziecka przez badane matki

	Empatyczna troska ojciec	Osobista przykrość ojciec	Przyjmowanie perspektywy ojciec
Zagrożenie matka	-0,392*	-0,258	-0,263
Korzyść matka	-0,298	-0,140	-0,470**
Strata matka	-0,366*	-0,156	-0,144
Wyzwanie matka	-0,180	-0,547**	-0,187
Krzywdą matka	-0,131	-0,307	-0,187
Wartość matka	-0,411*	-0,426*	-0,321
Znaczenie matka	-0,067	0,017	-0,118

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Hipoteza pierwsza została częściowo potwierdzona. Wśród matek zaobserwowano istotną ujemną korelację między empatyczną troską a postrzeganiem choroby dziecka jako wyzwania oraz między osobistą przykrością a postrzeganiem choroby dziecka jako korzyści (tabela 1). Podobnie wśród badanych ojców (tabela 2) stwierdzono ujemną korelację między empatyczną troską i przyjmowaniem perspektywy a negatywnymi wymiarami oceny choroby dziecka (choroba jako zagrożenie, strata, wyzwanie). Im wyższa tendencja do przejawiania osobistej przykrości, tym mniej subiektywnie postrzeganych przez ojca korzyści z sytuacji niepełnosprawności dziecka.

Przeprowadzone analizy krzyżowe pomiędzy rodzicami nie wykazały istotnej korelacji między empatią matki a znaczeniem przypisywanym chorobie dziecka przez ojca (tabela 3). Stwierdzono jednak istotne zależności w od-

wrotnym kierunku – między empatią ojca a znaczeniem przypisywanym chorobie dziecka przez matkę (tabela 4). Analiza wskazuje na istnienie ujemnej zależności między empatyczną troską ojca a postrzeganiem choroby dziecka jako zagrożenia i straty przez matkę oraz na ujemną korelację między osobistą przykrością ojca a pozytywną oceną choroby dziecka, jaką jest wartość dokonywana przez matkę, oraz traktowaniem przez nią choroby jako wyzwania. Można jednak zaobserwować również wyniki niepotwierdzające hipotezy pierwszej – istnienie ujemnej korelacji między przyjmowaniem perspektywy ojca a oceną na subiektywnie pozytywnym wymiarze korzyści u matki oraz ujemną zależność między empatyczną troską ojca a wartością przypisywaną chorobie przez matkę.

Co więcej, aby ustalić, która ze zmiennych niezależnych ujętych w modelu badawczym stanowi predyktor znaczenia przypisywanego chorobie dziecka przez rodziców, przeprowadzono serię analiz regresji liniowej.

W analizie regresji liniowej za predyktor znaczenia choroby dziecka uznano empatię. Uzyskane rezultaty pozwalają na stwierdzenie, że empatia odpowiada za 52,1% zmienności traktowania choroby dziecka jako zagrożenie przez ojców, 33,3% traktowania choroby dziecka jako straty, 24,1% postrzegania choroby dziecka jako wyzwania oraz 23,4% przypisywania chorobie dziecka wartości. W przypadku zagrożenia predyktorami okazały się osobista przykrość i przyjmowanie perspektywy, natomiast w przypadku straty predyktorem okazała się jedynie osobista przykrość. W przypadku zmiennych wyzwanie oraz wartość nie udało się ustalić, który z wymiarów empatii jest predyktorem (tabele 5, 6, 7 i 8). Zaproponowany model nie wyjaśnia zmienności pozostałych zmiennych.

Tabela 5. Empatia ojca jako predyktor znaczenia przypisywanego chorobie dziecka na wymiarze zagrożenie

Zmienna zależna: zagrożenie					
Zmienne niezależne	<i>Beta</i>		<i>t</i>		<i>p</i>
Empatyczna troska	-0,002		-0,015		0,988
Osobista przykrość	-0,494		-3,577		0,001
Przyjmowanie perspektywy	-0,376		-2,209		0,035
Statystyki dla modelu	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>Skor. R2</i>	<i>F(3, 29)</i>	<i>p</i>
	0,722	0,521	0,471	10,516	0,000

p – istotność;

Tabela 6. Empatia ojca jako predyktor znaczenia przypisywanego chorobie dziecka na wymiarze strata

Zmienna zależna: strata					
Zmienne niezależne	<i>Beta</i>		<i>t</i>		<i>p</i>
Empatyczna troska	-0,175		-0,893		0,379
Osobista przykrość	-0,341		-2,091		0,045
Przyjmowanie perspektywy	-0,221		-1,101		0,28
Statystyki dla modelu	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>Skor. R2</i>	<i>F(3, 29)</i>	<i>p</i>
	0,577	0,333	0,264	4,826	0,008

p – istotność.

Tabela 7. Empatia ojca jako predyktor znaczenia przypisywanego chorobie dziecka na wymiarze wyzwanie

Zmienna zależna: wyzwanie					
Zmienne niezależne	<i>Beta</i>		<i>t</i>		<i>p</i>
Empatyczna troska	-0,19		-0,912		0,37
Osobista przykrość	-0,292		-1,681		0,104
Przyjmowanie perspektywy	-0,146		-0,682		0,501
Statystyki dla modelu	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>Skor. R2</i>	<i>F(3, 29)</i>	<i>p</i>
	0,491	0,241	0,162	3,066	0,044

p – istotność.

Tabela 8. Empatia ojca jako predyktor znaczenia przypisywanego chorobie dziecka na wymiarze wartość

Zmienna zależna: wartość					
Zmienne niezależne	<i>Beta</i>		<i>t</i>		<i>p</i>
Empatyczna troska	-0,094		-0,446		0,659
Osobista przykrość	-0,191		-1,139		0,264
Przyjmowanie perspektywy	-0,308		-1,431		0,163
Statystyki dla modelu	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>Skor. R2</i>	<i>F(3, 29)</i>	<i>p</i>
	0,484	0,234	0,155	2,959	0,049

p – istotność.

Zdecydowano się także przeprowadzić analizę regresji, gdzie za predyktor znaczenia przypisywanego chorobie przez matkę uznano empatię ojca dziecka. Niniejsza analiza pozwala na odnotowanie, że empatia mężczyzny wyjaśnia 23,9% postrzegania choroby dziecka przez matkę jako wyzwanie. Ustalono, że jedynym predyktorem okazała się tutaj osobista przykrość ojca (tabela 9). Przyjęty model badawczy nie wyjaśnia natomiast zmienności innych wymiarów przypisywanego znaczenia.

Tabela 9. Empatia ojca jako predyktor znaczenia przypisywanego chorobie dziecka przez matkę na wymiarze wyzwanie

Zmienna zależna: wyzwanie matka					
Zmienne niezależne	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>		
Empatyczna troska ojciec	-0,089	-0,425	0,674		
Osobista przykrość ojciec	-0,487	-2,794	0,009		
Przyjmowanie perspektywy ojciec	-0,081	-0,379	0,707		
Statystyki dla modelu	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>Skor. R2</i>	<i>F(3, 29)</i>	<i>p</i>
	0,489	0,239	0,16	3,03	0,045

p - istotność.

W celu pogłębienia prowadzonych analiz zdecydowano się również na dokonanie oceny różnic między średnimi poszczególnych wymiarów empatii dla matek i ojców. Przeprowadzono nieparametryczny test Wilcoxon. Stwierdzono istnienie statystycznie istotnej różnicy jedynie na wymiarze empatycznej troski, gdzie badane matki prezentują wyższą średnią empatyczną troskę. Można uznać, że hipoteza druga potwierdziła się jedynie częściowo.

Tabela 10. Różnice w wymiarach empatii matek i ojców otrzymane przy pomocy testu Wilcoxon dla dwóch grup zależnych

	<i>Płeć</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>
Empatyczna troska	K	33	40,42	6,819	-2,091*
	M	33	37,55	5,821	
Osobista przykrość	K	33	22,24	5,772	-,481
	M	33	21,88	5,349	
Przyjmowanie perspektywy	K	33	30,39	4,808	-,033
	M	33	30,24	4,235	

Adnotacja: K - kobieta, M - mężczyzna

**p* < 0,05.

W celu ustalenia odpowiedzi na pytanie badawcze dotyczące istnienia różnic między matkami i ojcami w ocenach znaczenia choroby ich dziecka, przeprowadzono test Wilcoxon dla prób zależnych. Przeprowadzona analiza pozwala na wykazanie istotnych statystycznie różnic między rodzicami w średnich ocenach znaczenia choroby dziecka na wymiarach zagrożenia, korzyści, straty, wyzwania oraz wartości. Matki statystycznie bardziej niż ojcowie postrzegają chorobę dziecka jako korzyść. Z kolei ojcowie częściej traktują chorobę dziecka jako zagrożenie, stratę, wyzwanie, ale również częściej niż matki mają tendencję do przypisywania jej pozytywnej wartości.

Tabela 11. Różnice między matkami i ojcami w ocenach znaczenia choroby dziecka otrzymane przy pomocy testu Wilcoxon dla dwóch grup zależnych

	Płeć	N	M	SD	Z
Zagrożenie	K	33	22,97	7,502	-2,938**
	M	33	26,39	7,685	
Korzyść	K	33	28,45	3,554	-2,067*
	M	33	27,09	3,301	
Strata	K	33	29,00	7,146	-2,858**
	M	33	32,48	7,216	
Wyzwanie	K	33	12,91	3,924	-2,410**
	M	33	14,97	4,946	
Krzywda	K	33	29,64	4,974	-0,165
	M	33	29,85	4,529	
Wartość	K	33	17,67	6,303	-2,048*
	M	33	19,45	5,579	
Znaczenie matka	K	33	21,27	2,427	-,894
	M	33	20,64	3,690	

Adnotacja: K - kobieta, M - mężczyzna;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

4. Wnioski

Analizy uzyskanych rezultatów pozwalają na wskazanie istotnych związków między empatią badanych ojców a przypisywanym przez nich chorobie dziecka znaczeniem oraz znaczeniem choroby dziecka przypisywanym przez matki. Stwierdzono, że osobista przykrość jest predyktorem postrzegania przez ojców choroby jako straty, a osobista przykrość i przyjmowanie perspektywy okazały się predyktorami postrzegania choroby jako zagrożenia. Zaobserwowano

także predykcyjną rolę empatii w traktowaniu choroby dziecka jako wyzwania oraz przypisywaniu mu pozytywnej wartości, jednak nie udało się ustalić, który z wymiarów empatii stanowi predyktor. Stwierdzono, że ojcowie o wyższej empatycznej trosce oraz wyższym przyjmowaniu perspektywy w mniejszym stopniu traktują chorobę dziecka jako zagrożenie, stratę, wyzwanie i wartość, co w przypadku wymiaru wartość jest wynikiem zaskakującym.

Ustalono, że osobista przykrość ojców stanowi predyktor postrzegania choroby dziecka jako wyzwanie przez matkę. Wykazano również, że matki, których partnerzy prezentują wyższą empatyczną troskę, w mniejszym stopniu postrzegają chorobę swojego dziecka jako zagrożenie, stratę, ale też – co zaskakujące – dostrzegają w chorobie dziecka niższą wartość. Zaobserwowano również ujemny związek między przyjmowaniem perspektywy przez ojca a traktowaniem choroby jako korzyści, a także ujemny związek między osobistą przykrością ojca a postrzeganiem choroby dziecka jako wartość. Z kolei empatia własna matek związana jest jedynie z nielicznymi wymiarami znaczenia przypisywanego niepełnosprawności dziecka. Powyższe rezultaty pozwalają na wyciągnięcie ogólnego wniosku zakładającego, że empatia ogólnie odgrywa rolę w procesie postrzegania niepełnosprawności dziecka przez rodzica bez względu na jej wymiar. Z pewnością jest to ciekawa obserwacja warta dalszej eksploracji. Zastanawiające jest, że wszystkie stwierdzone korelacje były ujemne. A zatem bardziej empatyczni rodzice, a zwłaszcza ojcowie, wydawali się mniej zdecydowanie (głównie negatywnie, ale i pozytywnie) oceniać trudną sytuację niepełnosprawności własnego dziecka. W literaturze zaznacza się istotne znaczenie empatii jako pożądanej cechy ojców i matek, która ułatwia im radzenie sobie z wyzwaniami płynącymi z rodzicielstwa, w tym adaptację do kryzysu nienormalnego, jakim jest wychowywanie dziecka z niepełnosprawnością (Kaźmierczak, 2015, pp. 114, 116). Wskazuje się, że empatia to jedna z najbardziej istotnych cech indywidualnych, skłaniających człowieka do wspierania innych (Davis, 2001, pp. 149–175; Stephan and Finlay, 1999, p. 730–731). Można znaleźć także doniesienia o tym, że empatia koreluje z troskliwością, sprzyja akceptacji różnic, ogranicza stereotypowość w postrzeganiu i myśleniu oraz wiąże się z wyższym poziomem tolerancji (Goleman, 1997). Empatia łączy się też ze sposobem regulowania emocji, co w konsekwencji może wiązać się z postrzeganiem rzeczywistości przez daną osobę, w tym z nadawaniem znaczenia niepełnosprawności dziecka (Kaźmierczak, 2015, p. 114). Jak wynika z badań, wysoka osobista przykrość może powodować większą skłonność do koncentracji na sobie, zarażanie się negatywnymi emocjami, trudności w adaptacji do problematycznych sytuacji (Kaźmierczak, Pastwa-Wojciechowska and Błażek, 2013, pp. 121–131; Kaźmierczak, 2015, p. 119; Łada and Kaźmierczak, 2019, p. 86). Według doniesień naukowych, można także

rozpatrywać powiązania między znaczeniem przypisywanym chorobie a empatią, która jest źródłem regulacji emocji i umiejętności przyjmowania perspektywy ważnej w kontekście interpretowania stanu zdrowia dziecka (Stephan and Finlay, 1999, pp. 730–731).

Rezultaty badania wskazują na to, że matki i ojcowie różnią się od siebie na wymiarze empatycznej troski. Kobiety, częściowo potwierdzając hipotezę, wykazują wyższy jej poziom. Nie odnotowano natomiast istotnych różnic w pozostałych wymiarach empatii. Rezultaty te nie korespondują w pełni z badaniami prezentowanymi w literaturze przedmiotu, które wskazują na wyższą empatię kobiet we wszystkich wymiarach (Graham and Ickes, 1997; Howe, 2013; Mandal, 2012). Związane jest to między innymi z funkcjonowaniem mózgowi męskich i żeńskich, gdzie zauważyć można różnice w procesie postrzegania oraz przetwarzania emocji (Hamann and Canli, 2004). Jednakże według Rueckert *et al.*, (2011) istotne różnice w poziomie empatii obserwuje się zwłaszcza w kontekście empatii emocjonalnej, co może wyjaśniać zaobserwowany brak różnic w średnim poziomie przyjmowania perspektywy matek i ojców. Co więcej, Dollahite *et al.* (1997) postulują, że ojcowie, którzy nawiązują silną więź emocjonalną ze swoimi dziećmi oraz aktywnie uczestniczą w wychowaniu, są empatyczni, stąd być może zaobserwowane większe podobieństwo do badanych matek pod względem empatii u tych ojców, którzy zgodnie z założeniami badania mieli uczestniczyć w wychowaniu dzieci.

Przeprowadzone analizy porównawcze pozwalają na stwierdzenie, że ojcowie istotnie częściej postrzegają chorobę swojego dziecka jako zagrożenie, stratę lub wyzwanie, ale też częściej dostrzegają w chorobie dziecka wyższą wartość. Matki z kolei częściej doświadczają choroby dziecka w kategorii korzyści. W kontekście pozostałych wymiarów nie odnotowano istotnych statystycznie różnic. Uzyskane rezultaty znajdują odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu. Badacze wskazują, że mężczyźni w mniejszym stopniu dysponują środkami do radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Kościelska, 2000, p. 67), dodatkowo mają większą trudność w rozwijaniu więzi emocjonalnej z dzieckiem (Stelter, 2011, pp. 77–81). W sytuacji niepełnosprawności dziecka mogą również doświadczać problemów w relacji z partnerką (Bakiera and Stelter, 2010, p. 148). Autorzy podają także, że w związku z istnieniem norm społecznych nakazujących mężczyźnie bycie niezłomnym, mogą oni doświadczać większego napięcia, tendencji do zaprzeczania i wycofywania się, co może wpływać na postrzeganie choroby dziecka (Stelter, 2011, pp. 77–81). Podobnie, nawiązując do doniesień naukowych, ojcowie statystycznie częściej traktują chorobę swojego dziecka jako ograniczenie i utrudnienie w codziennym życiu. Również nawiązując do stereotypowej roli mężczyzny i ojca, która zakłada zaradność i wypeł-

nianie funkcji instrumentalnych w rodzinie (Dudak, 2017, pp. 118–120), ojcowie w niniejszym badaniu postrzegali chorobę swojego dziecka w większym stopniu niż matki w kategorii trudności, którą należy pokonać. Wnioski płynące z badań pokazują także, że ojcowie dzieci z niepełnosprawnością deklarują, iż zyskują miłość bliskich, doświadczenie oraz wykazują wyższy poziom samoakceptacji, nie doświadczając niższego poziomu dobrostanu psychicznego (Boyraz and Sayger, 2011, pp. 292–293). W literaturze można też znaleźć doniesienia, że ojcowie dzieci z niepełnosprawnością wykazują wyższą samoocenę i przejawiają mniej symptomów stresu, co może stanowić wytłumaczenie zaobserwowanego wyższego wyniku na wymiarze wartości, związanego z przypisywanym chorobie dziecka pozytywnym znaczeniem w kontekście przewartościowania życia. W przypadku kobiet wyższy wynik osiągnięty na wymiarze korzyści może wiązać się z uzyskiwaniem przez nie wtórnych korzyści wynikających, chociażby z samego faktu bycia matką i czerpania z macierzyństwa spełnienia (Bakiera and Stelter, 2010, p. 132). Dodatkowo większość badanych matek nie pracowała zawodowo, co również może się wiązać z postrzeganiem choroby w kategoriach wtórnych korzyści.

Badanie nie jest wolne od ograniczeń. Głównym zarzutem jest stosunkowo niewielka grupa badana. Mimo starań w stworzeniu jak najbardziej obiektywnych warunków do przeprowadzenia badania, kwestionariusze wypełniane były przez badanych samodzielnie w domu. To także mogło mieć negatywny wpływ na uzyskane wyniki, gdyż uniemożliwiało kontrolowanie, czy respondenci nie konsultują między sobą odpowiedzi. Co więcej, dobór do badania nie miał charakteru losowego, a uczestnicy zgłaszali się dobrowolnie. Wiedząc, jakiego obszaru tematycznego dotyczy badanie, być może większą motywację do wzięcia w nim udziału mieli rodzice o specyficznych charakterystykach. W badaniu nie kontrolowano znaczenia rodzaju niepełnosprawności dziecka. Mając na względzie różnorodność niepełnosprawności i wynikających z niej konsekwencji oraz planując kolejne badania, należałoby uwzględnić ten czynnik, jako mogący istotnie różnicować przypisywane niepełnosprawności znaczenie. Prowadząc kolejne badania, warto zwrócić uwagę na znaczenie zmiennych socjodemograficznych i ich związek z badanymi zmiennymi psychologicznymi. Z pewnością taka eksploracja dostarczyłaby dodatkowych danych do analiz.

Należy także podkreślić wartość badania, w którym uwzględniono perspektywę rodziców. Stworzyło to możliwość uzyskania szerszego obrazu sytuacji postrzeganej zarówno przez matki, jak i ojców oraz odkrycie ewentualnych różnic w ocenach, a także ocenę zależności w dokonywanych ocenach pomiędzy członkami diady. Wyniki mogą posłużyć celom aplikacyjnym (praca z ro-

dzicami, profilaktyka etc.). Uzyskane rezultaty można wykorzystać, chociażby w procesie szeroko rozumianego wspierania ojców w kontekście życia rodzinnego i opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym. Wnioski płynące z badania mogą stanowić inspirację do zaplanowania zajęć o charakterze profilaktycznym dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami, mających na celu rozwijanie ich zdolności empatycznych. Wyciągnięte wnioski mogą przysłużyć się także celom terapeutycznym, poprzez pracę nad wzmacnianiem zasobów (m.in. empatii poznawczej i zdolności do współodczuwania) rodziców i zwróceniem uwagi na ich rolę w procesie adaptacji w kryzysie niepełnosprawności dziecka. Warto mieć na względzie, aby w procesie terapeutycznym i profilaktycznym nie pomijać roli ojca, mając na uwadze, jakie znaczenie ma jego empatia. Dodatkowo uzyskane rezultaty mogą stanowić wsparcie dla rodziców poprzez zwrócenie ich uwagi na różnorodne czynniki mogące kształtować ich postrzeganie niepełnosprawności dziecka. Co więcej, wyciągnięte wnioski mogą stanowić element wspierania matek, często obciążonych opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem, poprzez wskazanie roli ojca i znaczenia jego empatii dla perspektywy kobiety. Wykazane znaczenie empatii dla postrzegania choroby dziecka może więc pozwolić na ogólnie lepsze zrozumienie specyfiki rodzicielstwa dziecka z niepełnosprawnością, a w konsekwencji na możliwości udzielania adekwatnego wsparcia. Co więcej, uzyskane wyniki mogą stanowić inspirację do dalszych badań w obszarze związanym z niepełnosprawnością dziecka. Planując przyszłe badania, warto byłoby poświęcić uwagę innym czynnikom mogącym kształtować proces adaptacji do kryzysu niepełnosprawności dziecka, a także określić znaczenie tychże czynników dla funkcjonowania całego systemu rodzinnego. Przeprowadzone badanie i wyciągnięte wnioski podkreślają też często pomijane znaczenie roli ojca w systemie rodzinnym, w tym w szczególnym systemie dotkniętym kryzysem niepełnosprawności dziecka. Może to stanowić impuls do poświęcenia większej uwagi sylwetce ojca w kontekście wspierania rodziny, w tym także matki.

Data wpłynięcia: 2022-01-25;

Data uzyskania pozytywnych recenzji: 2023-11-07;

Data przesłania do druku: 2024-01-15.

References:

- Bakiera, L. and Stelter, Ż. (2010) *Rodzicielstwo z perspektywy rodziców dziecka pełnosprawnego i niepełnosprawnego intelektualnie*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Behrani, P., & Shah, P. (2016). The coping patterns of fathers and mothers of children with disability: A comparative study. *Indian Journal of Health and wellbeing*, 7 (5), 535.
- Boyras, G. and Sayger, T. V. (2011) 'Psychological well-being among fathers of children with and without disabilities: The role of family cohesion, adaptability, and paternal self-efficacy', *American journal of men's health*, 5 (4), pp. 286–296.
- Davis, M. H. (2001) *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: GWP.
- Dollahite, D. C., et al. (1997) 'Fatherwork: A conceptual ethic of fathering as generative work', in A. J. Hawkins and D. C. Dollahite (eds), *Generative fathering. Beyond deficit perspectives*, pp. 17–35, Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Dudak, A. (2017) 'Obraz ojca w zmieniającej się rzeczywistości społecznej', *Pedagogika społeczna. Pokolenie i generacja*. 2 (64), pp. 117–134.
- Gąciarz, B. (2014) 'Przemysłać niepełnosprawność na nowo. Od instytucji państwa opiekuńczego do integracji i aktywizacji społecznej'. *Studia Socjologiczne*, 213 (2), pp. 15–24.
- Goleman, D. (1997) *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Graham, T. and Ickes, W. (1997) 'When women's intuition isn't greater than men's', in W. Ickes (ed.), *Empathic accuracy*, pp. 117–143. New York: Guilford Press.
- Hamann, S. and Canli, T. (2004) 'Individual differences in emotion processing'. *Current Opinion in Neurobiology*, 14, pp. 233–238.
- Hoffman, M. L. (2001) *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge University Press.
- Howe, D., (2013) *Empatia. Co to jest i dlaczego jest taka ważna*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Janowski K., et al. (2009) 'The Disease-Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation' in K. Janowski and S. Steuden (eds) *Biopsychosocial aspects of health and disease. Vol. 1*. pp. 108–125, Lublin: CPPP Scientific Press.
- Każmierczak, M. (2008) 'Empatia rodziców jako korelat indywidualnych różnic w zakresie empatycznej troski u dzieci'. *Psychologia Rozwojowa*, 13 (3), pp. 41–55.
- Każmierczak, M. (2015) *Oblicza empatii w procesie adaptacji do rodzicielstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Kaźmierczak, M., Pastwa-Wojciechowska, B. and Błażek, M. (2013) 'A multidimensional model of empathy, and the occurrence of personality disorders and stress in social settings', *Acta Neuropsychologica*, 11(2), pp. 113–125.
- Kaźmierczak, M., Płopa, M. and Retowski, S. (2007) 'Skala wrażliwości empatycznej'. *Przegląd Psychologiczny*, 50 (1), pp. 9–24.
- Kościelska, M. (2000) *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lewandowska-Walter, A., Kichler, K. and Trawicka, A. (2014) 'Równowaga systemu rodzinnego i satysfakcja z życia a dobrobyt i style radzenia sobie ze stresem matek dzieci z niepełnosprawnością'. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19 (3), pp. 356–374.
- Lipkowski, Z. J. (1970) 'Physical illness, the individual, and the coupons process' *Psychiatry in Medicine*, 1, pp. 91–102.
- Łada, A.B. and Kaźmierczak, M. (2019) 'Negative arousability and relationship satisfaction: The mediating role of empathy', *Roczniki Psychologiczne*, 22(1), pp. 73–90. Available at: <https://doi.org/10.18290/rpsych.2019.22.1-5>.
- Mandal, E. (2012) *Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Michałek-Kwiecień, J. and Kaźmierczak, M. (2020) 'The empathic family and the development of mature personal identity in emerging adults', *Journal of Youth Studies*, 23(3), pp. 269–290. Available at: <https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1597256>.
- Pisula, E. (1998) *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Pisula, E. (2007) *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Plutecka, K. (2019) 'O empatii: przyczynek do rozważań nad humanistycznym wymiarem profesji pedagoga specjalnego'. *Niepełnosprawność*, 33 (2019), pp. 118–129.
- Rueckert, L., Branch, B., & Doan, T. (2011). Are gender differences in empathy due to differences in emotional reactivity?. *Psychology*, 2(6), 574.
- Sekułowicz, M. (1998) 'Problematyka funkcjonowania rodzin dzieci niepełnosprawnych' *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 10 (1), pp. 61–82.
- Stelter, Ż. (2011) *Realizacja ról rodzicielskich w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym*, pp. 67–94.
- Stelter, Ż. (2012) 'Osoba niepełnosprawna – inne rodzicielstwo, inne braterstwo?' *Polskie Forum Psychologiczne*, 17 (1), pp. 105–136.
- Stephan, W. G. and Finlay, K. (1999) 'The role of empathy in improving intergroup relations'. *Journal of Social Issues*, 55 (4), pp. 729–743.
- Studen, S. (2002) 'Z psychologicznej problematyki zdrowia i choroby', in P. K. Oleś, S. Studen and J. Toczkołowski, (red) *Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia* (77), pp. 27–36, Lublin: Towarzystwo Naukowe, Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Świętochowski, W. (2010) *System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej: gdy rodzina ma korzyść z choroby*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Twardowski, A. (2008) 'Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych', in I. Obuchowska (ed.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, pp. 21–27, Warszawa: WSiP.
- Urbanowicz, Z. (2012) 'Od interdyscyplinarnego do transdyscyplinarnego spojrzenia na niepełnosprawność', *Ogrody nauk i sztuk*, (2), pp. 443–457.
- Wałęcka-Matyja and K., Kurpiel, D. (2013) 'Psychologiczne profile radzenia sobie ze stresem przez matki młodzieży z niepełnosprawnością a poczucie własnej skuteczności', in D., Müller and A., Sobczak (eds), *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji*, pp. 105–125, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Walsh, F. (2003) 'Family resilience: A framework for clinical practice'. *Family Process*, 42 (1), pp. 1–18.
- Wiśniewska, E. (2009) 'Rodzina z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym w aspekcie teorii systemowej', *Neurologia Dziecięca*, 35 (18), pp. 61–66.
- Zasępa, E. (2020) 'Rodzina z dzieckiem z zaburzeniami rozwoju', in I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska and A. R. Borkowska (eds), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, pp. 659–663, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.