

UNIwersytet JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH
COLLEGIUM MEDICUM

Kierunek studiów: **Nauki o Zdrowiu**

mgr Katarzyna Maj-Gnat
Nr albumu 106201

**Analiza związków pomiędzy poziomem wsparcia a poziomem stresu
związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci
neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI)**

Rozprawa doktorska
napisana pod kierunkiem
**dr hab. prof. UJK Marioli
Wojciechowskiej**

Praca przyjęta pod względem
merytorycznym i formalnym
w formie papierowej i elektronicznej

.....
/data i podpis promotora/

Kielce 2022

*Składam serdeczne podziękowania
Pani Profesor Marioli Wojciechowskiej
za cenne merytoryczne wskazówki, poświęcony czas
oraz opiekę podczas realizacji niniejszej dysertacji doktorskiej.*

*... dla wszystkich rodziców, a w szczególności matek,
by zawsze otrzymywały wsparcie, jakiego potrzebują ...*

Spis treści

Wykaz skrótów	5
Wstęp	6
1. Teoria integracji sensorycznej.....	9
1.1. Integracja sensoryczna	10
1.2. Integracja sensoryczna a działanie mózgu	11
1.2.1. Rozwój mózgu a bodźce sensoryczne	14
1.2.2. Plastyczność neuronalna.....	14
1.3. Układy sensoryczne	14
1.3.1. Układ przedsionkowy	16
1.3.2. Układ dotykowy	16
1.3.3. Układ proprioceptywny	16
1.3.4. Układ wzrokowy	17
1.3.5. Układ słuchowy	17
1.3.6. Układ węchowy	17
1.3.7. Układ smakowy	17
1.4. Dzieci z zaburzeniami Integracji Sensorycznej i opieka nad nimi	18
1.5. Stres i radzenie sobie ze stresem rodziców dzieci z zaburzeniami SI	19
1.6. Neurotypowość	20
1.7. Rola i rodzaje wsparcia rodziców dzieci z zaburzeniami SI	21
1.8. Szkoła w kontekście wsparcia rodziców i dzieci ze specjalnymi potrzebami	23
1.9. Uzasadnienie celu pracy	27
2. Cel pracy.....	28
3. Materiał i metodyka.....	28
3.1. Charakterystyka badanej grupy	28
3.2. Kryteria doboru grupy badanej	28
3.3. Procedura badawcza	29

3.4. Problemy badawcze	29
3.5. Zmienne i wskaźniki	30
3.6. Metody, techniki i narzędzia badawcze	31
3.7. Opis narzędzi badawczych.....	31
3.7.1. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS)	31
3.7.2. Skala Odczuwania Stresu PSS-10	32
3.7.3. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE.....	32
3.7.4. Autorski kwestionariusz ankiety	33
3.8. Metody statystyczne analizy badań	33
4. Wyniki badań.....	33
4.1. Porównania międzygrupowe.....	43
4.2. Poziom spostrzeganego stresu - wyniki kwestionariusza PSS-10.....	44
4.3. Strategie Radzenia Sobie ze Stresem – wyniki kwestionariusza Mini-COPE.....	45
4.4. Wsparcie społeczne - wyniki Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego	56
4.5. Korelacje między zmiennymi	60
4.6. Analiza regresji	67
5. Omówienie wyników i dyskusja	73
Wnioski.....	80
Streszczenie	82
Summary.....	84
Piśmiennictwo	86
Spis tabel	97
Spis rycin	98
Aneks	99

Wykaz skrótów

SI- Integracja Sensoryczna

OUN- Ośrodkowy Układ Nerwowy

OWI - Ośrodek Wczesnej Interwencji

PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

ADHD – attention deficit hyperactivity disorder, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Wstęp

Spośród wielu dóbr, które może posiadać człowiek, zdrowie zostało uznane za dobro najcenniejsze. Świadczy o tym bogata literatura naukowa, w której szerokie grono teoretyków i badaczy konstatuje o jego randze, a także dowodzi wpływ zdrowia za zachowania jednostkowe i grupowe. Koncepcja zdrowia psychicznego peroruje na temat możliwości radzenia sobie ze stresem przez jednostkę, możliwości podejmowania szerokiej aktywności, zarówno w pracy zawodowej, jak również w życiu społecznym. Zdrowie psychiczne rozumiane jest jako tendencyjne samopoczucie, uznanie autonomii i własnych kompetencji oraz możliwości urzeczywistnienia własnego potencjału intelektualnego i emocjonalnego [1].

Na tle licznych ujęć pojęcia zdrowia wyróżnia się określenie zaproponowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), w którym zdrowie ujmowane jest jako fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan, a ponadto, nie jest to tylko potwierdzony brak choroby czy brak niepełnosprawności. W odniesieniu do aspektu fizycznego, zdrowie kompatybilne jest nie tylko z szeroko pojmowaną higieną osobistą, właściwym odżywianiem, aktywnością fizyczną ale również z budowaniem optymizmu, wysokiej samooceny, wiary we własne siły, zaufania oraz wykorzystywania skutecznych metod radzenia sobie ze stresem. Zdrowie społeczne odwołuje się do doskonalenia umiejętności komunikacyjnych kontaktów społecznych oraz budowania właściwych, sprzyjających jednostce relacji z innymi [2]. Przywołana definicja zdrowia stała się podstawą do dalszych rozważań, skutkujących zintensyfikowaniem rozumienia tego pojęcia o zdolność do prowadzenia satysfakcjonującego i efektywnego życia w globalnym zakresie, tj. ekonomicznym, społecznym i duchowym [3].

Zdrowie to nie tylko stan fizyczny, to również nasza psychika. Te dwa odrębne elementy oddziałują na siebie, stanowiąc jednocześnie integralną całość. Powyższy wywód jest niezwykle istotny, ponieważ w stanie pogorszenia fizycznej strony, można zaobserwować pozytywny wpływ strony psychicznej i odwrotnie. W sytuacji, gdy sfera psychiczna pogarsza się, dominuje stres i lęk, nie jesteśmy w stanie odpowiednio przeprowadzić procesu terapeutycznego w sferze fizycznej. Dotyczy to zarówno nas samych, jak również naszych bliskich, a w szczególności osób, które pozostają pod naszą opieką, np. dzieci. To co myślimy i odczuwamy, reguluje nasze reakcje oraz podejmowane decyzje, to znaczy, iż nasze procesy poznawcze mają istotny wpływ na naszą kondycję zdrowotną. Długotrwały stres i brak wsparcia wynikający z na przykład istniejącej choroby, strachu o osobę bliską, lub pochodzący z innego źródła, może doprowadzać do sytuacji, w której podejmowane decyzje wpłyną negatywnie na osobę za którą jesteśmy odpowiedzialni, na nas samych, np. dzieci [4].

To co myślimy i odczuwamy, reguluje nasze reakcje oraz podejmowane decyzje, to znaczy, iż procesy poznawcze mają istotny wpływ na kondycję zdrowotną. Długotrwały stres i brak wsparcia wynikający z na przykład istniejącej choroby, strachu o osobę bliską, lub pochodzący z innego źródła, może doprowadzać do sytuacji, w której podejmowane decyzje wpłyną negatywnie na osobę za którą jesteśmy odpowiedzialni, na nas samych lub nasze dzieci.

Zdrowie jest wypadkową wielu czynników. Aktualne pojmowanie zdrowia łączy wszelkie aktywności skierowane na rzecz własnego zdrowia, ale także na rzecz zdrowia osób ulokowanych w najbliższym oraz dalszym otoczeniu społecznym. Liczne wywody naukowe w tym obszarze budzą uzasadnione obawy. Wyniki wielu badań jednoznacznie dowodzą, iż pewne kwestie związane z promocją zdrowia oraz działaniami w kierunku utrzymania sprzyjającej człowiekowi jakości zdrowia są ograniczane przez brak świadomości lub przez panujący system [5].

Wszystkie elementy zdrowia są wzajemnie powiązane. Z punktu widzenia rozważań w niniejszej dysertacji na plan pierwszy wysuwa się łączność zdrowia fizycznego i psychicznego. Pogorszenie się jakości życia w sferze fizycznej stanowi zwykle podstawę do obniżenia się jakości funkcjonowania w jej psychicznym wymiarze. Zależność ta jest także odwrotna. W sytuacji, gdy pogarsza się sfera psychiczna, intensyfikuje się stres i poczucie lęku, co utrudnia przeprowadzenie odpowiedniego, a zarazem efektywnego procesu terapeutycznego w sferze fizycznej. Dotyczy to głównie rodziców, których zdolność do regulacji emocji ma istotne znaczenie dla funkcjonowania dzieci i młodzieży pozostających pod ich opieką. Długotrwały stres i brak wsparcia wynikający między innymi z istniejącej choroby lub czasowego zakłócenia funkcjonowania osoby bliskiej, może doprowadzić do podejmowania przez rodzica decyzji nieadekwatnych względem danej sytuacji związanej z opieką i wychowaniem dziecka. Wymagane jest zatem szczególne zaangażowanie opiekunów w zakresie dostarczania dzieciom właściwych warunków dla wzrostu i rozwoju na ich miarę. Z powodu napotykanym w tym działaniu trudności opiekunowie dziecka często charakteryzują się bezradnością i bezsilnością [6]. Sytuacje te nie sprzyjają dzieciom wymagającym szczególnej troski opiekunów ze względu na stan zdrowia. Dzieci stają się w większym stopniu zależne od dorosłych, którzy utrwalają w nich pewne wzorce zachowań. Niezwykle istotną rolę w życiu każdego człowieka odgrywa psychosomatyka, czyli wpływ psychiki na ciało człowieka [7]. Każdy z nas inaczej reaguje na sytuacje stresowe, inaczej je odbiera oraz w różny sposób sobie z nim radzi, różnorodność ta wynika z wpływu naszego dzieciństwa, dotychczasowych doświadczeń. Posiadając taką wiedzę, nie możemy być obojętni na odczucia dzieci, których

rodzice w większym stopniu odczuwają stres i doświadczają lub nie, wsparcia, bowiem przekłada się to na jakość przyszłego życia tychże dzieci. W sytuacji, której dziecko posiada orzeczenie o specjalnych potrzebach kształcenia, występuje dodatkowy czynnik wyzwalający stres wśród opiekunów - fakt wynikający ze zmiany placówki z przedszkolnej na szkolną i rozpoczęcie samej już edukacji szkolnej.

Każdy człowiek w sposób indywidualny reaguje na sytuacje stresowe, inaczej je definiuje, a dalej, dobiera i wdraża własną strategię radzenia sobie ze stresem. Kompetencje radzenia sobie ze stresem budują się w toku całego życia i wynikają zarówno z doświadczeń bieżących, jak też uprzednich. Wiedza na ten temat wzmacnia w nas zaangażowanie w rozpoznawanie funkcjonowania dzieci, np. w sytuacji zmiany placówki z przedszkolnej na szkolną oraz samo rozpoczęcie edukacji szkolnej. Istotne staje się zatem dostarczanie rodzicom dzieci o specjalnych potrzebach - orzeczenie o specjalnych potrzebach edukacyjnych, rozpoczęcie edukacji szkolnej lub niejednokrotnie konieczność zmiany placówki właściwej jakości - właściwej oferty wsparcia, która staje się podstawą zarówno do budowania bieżących warunków życia rodziny, jak też ma wpływ na jakość jej życia w przyszłości.

Powyższe kwestie zachęcają do analizy poziomu stresu wynikającego z rozpoczęcia edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej. Uzyskane informacje wzmocnią stan wiedzy w badanym zakresie, a ich upowszechnienie ma znaczenie zarówno z punktu widzenia zdrowia psychicznego jednostki, jak i realizowania założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 [8]. Literatura przedmiotu zawiera dowody potwierdzające zainteresowania uczonych podjętą w tym miejscu problematyką. W zasobach naukowych mieszczą się prace na temat stresu rodziców dzieci ze spektrum autyzmu, dobrostanu psychicznego rodziców dziecka z orzeczeniem, wsparcia rodziców dziecka z niepełnosprawnością, wsparcia i stresu rodziców dziecka z chorobą nowotworową [9], a także wiele innych opracowań o zbliżonej tematyce, jednak nie znaleziono badań, których próbą byłoby połączenie poziomu wsparcia i poziomu stresu wynikających z rozpoczęcia edukacji szkolnej dzieci. Temat ten jest niezwykle ważny i istotny bowiem dotyczy rodziców dzieci, które rozpoczęły lub będą rozpoczynać edukację szkolną. Rozpoznanie czynników wpływających na zachowania rodziców względem dzieci i ogólne rdzenie sobie z codziennymi trudnościami przekłada się na stosunek rodziców względem własnych dzieci, a finalnie, na efektywność procesu wychowania w każdym z jego wymiarów. Głębsza analiza tematu pracy obliguje do namysłu nad wpływem poziomu stresu odczuwanego przez rodziców i podejmowanych przez nich strategii radzenia sobie ze stresem na przeszłe życie dzieci. Istotna staje się także ocena jak kompetencje

rodziców w badanym zakresie ukształtują dalszą adaptację dzieci do edukacji szkolnej, a także jak realnie można pomóc rodzicom wykazującym duży poziom stresu. Nie ulega wątpliwości, że temat podjęty w pracy ze wszech miar zasługuje na uwagę. Ranga zagadnienia jest wysoka, dotyczy bowiem zdrowia rodziców i powiązanej z nim jakości funkcjonowania dzieci w ich bliższej i dalszej przyszłości. Z uwagi na złożoność zagadnienia, temat podjęty w pracy nie może zostać uznany za wyczerpany. Istotnym argumentem wzmacniającym przyjętą tezę są obserwowane, pogłębiające się niedostatki uczestnictwa człowieka w życiu we współczesnych warunkach oraz reagowania na zmianę w każdym jej wymiarze. Analiza poziomu stresu u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej wzmocni rozmienienie podjętego zagadnienia, ale też dopełni dotychczasowe diagnozy w tym zakresie. Uzyskany materiał empiryczny umożliwi ponadto wypracowanie właściwej podstawy adekwatnej do oczekiwań rodziców będących w podobnej sytuacji życiowej. Niniejsza praca wpisuje się w dyscyplinę nauki o zdrowiu i wnosi do niej nową wiedzę na temat jakości życia rodziców dzieci rozpoczynających edukację szkolną. W pracy dokonano analizy związku między wsparciem społecznym a poziomem stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI). Wnioski wyprowadzone z badań stanowią ważną podstawę do wypracowania optymalnych działań wspierających wszystkich rodziców dzieci rozpoczynających edukację szkolną, a szczególnie rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej.

1. Teoria integracji sensorycznej

Teorię integracji sensorycznej została opisana w latach 60-tych przez dr Annę Jean Ayres, terapeutkę zajęciową i psycholog, autorkę testów i licznych publikacji związanych z integracją sensoryczną. Od chwili opracowania metody integracji sensorycznej jest ona nieustannie rozwijana i udoskonalana [10]. Sformułowanie „integracja sensoryczna” jako pierwszy na początku XX wieku wprowadził neurobiolog, noblista Charles Sherrington [11].

W Polsce aktualną i wszechstronną metodą terapeutyczną jest metoda integracji sensorycznej. Jest ona praktykowana u dzieci z trudnościami w szkole, zaburzeniami psychoruchowymi oraz z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego [12].

1.1. Integracja sensoryczna

Integracja sensoryczna to organizacja wrażeń sensorycznych, przekazywanych za pomocą wszystkich zmysłów (wzroku, słuchu, równowagi, dotyku, czucia, ruchu-kinestezji), które po rozpoznaniu bodźca segregują i integrują go z zapamiętanymi wcześniej wrażeniami. Na tej podstawie mózg tworzy odpowiedź adaptacyjną. Odpowiedź adaptacyjna jest planową reakcją na doświadczenia zmysłowe. Odpowiedź może być prosta i złożona, początkowo dziecko uczy się prostych reakcji, które w późniejszym czasie wraz ze wzrostem potrzeb są coraz bardziej skomplikowane. Odpowiedzi adaptacyjne rozwijają mózg i organizują go, dzięki czemu uczymy się nowych rzeczy [13].

Integracja sensoryczna to proces neurologiczny, dzięki któremu możemy czuć własne ciało i organizować się w otoczeniu. Proces, dzięki któremu nasz Ośrodkowy Układ Nerwowy dojrzewa, to przetwarzanie sensoryczne. Integracja sensoryczna jest niezbędna w uczeniu się, we wszystkich reakcjach organizmu z otoczeniem, także w rozwoju komunikacji i umiejętności społecznych oraz rozwoju emocjonalnym. Teorię integracji sensorycznej uzasadniają założenia podstaw neurologii i teorii zachowań. Są nimi neuroplastyczność, rozwój procesów, odpowiedzi adaptacyjne czy wewnętrzny pęd [14]. Plastyczność mózgu zależy od wielu czynników. Jej aktywność i wpływ na zdolność rozwoju struktury oraz wzrost neuronalny zależy od aktywności sensomotorycznej a terapia integracji sensorycznej wpływa na rozwój i zmiany w mózgu. Na zachowania i reakcje w pewnym etapie, stanowią bazę do rozwoju złożonych zachowań, zaś hierarchia OUN zapewnia funkcjonowanie mózgu jako zintegrowanej całości, w której funkcje na wyższym poziomie mogły się rozwinąć dzięki strukturom niższego rzędu oraz doświadczeniom sensomotorycznym. Składowe te są od siebie wzajemnie zależne [15].

Znaczenie zmysłów i integrowanie bodźców jest nieocenione już w życiu płodowym. Pierwszy kontakt ze światem odbywa się za pomocą dotyku, dzięki niemu nowonarodzone dziecko odczuwa bezpieczeństwo. Dotyk jest odpowiedzialny za tworzenie więzi z rodzicem dostarczając jednocześnie informacji o świecie. Te reakcje dają początek przyszłego planowania motorycznego [16]. Za kształtowanie naszych reakcji z grawitacją odpowiada układ przedsionkowy. Kooperując z odruchami zapewnia utrzymanie równowagi jak również odpowiada za dokonanie odpowiedniego napięcia mięśniowego. Zlokalizowany jest w uchu wewnętrznym i łączy się pośrednio przez nerw przedsionkowy z mózdzkiem, kontroluje położenie i pozycję ciała w przestrzeni. Ma wpływ na różnicowanie słuchowe, a także, z powodu bliskości anatomicznej, wpływa na planowanie ruchu mięśni tworzących mowę. Układ ten powiązany z narządem wzroku, dodatkowo wpływa na funkcje przestrzenne [17].

Pierwsze lata życia to nieustanny proces organizacji wrażeń w systemie nerwowym, organizacja sensomotoryczna pojawia się w czasie reakcji adaptacyjnej na bodźce [18]. Prawdłowo rozwijające się dziecko, za pomocą wrażeń sensomotorycznym zdobywa nowe umiejętności, które przechodzą w coraz bardziej skomplikowane, dzięki powstawaniu nowych ścieżek neuronalnych. Pojawia się naturalne łączenie wszystkich układów i zmysłów, a występujące rozbieżności zanikają. Dlatego terapia integracji sensorycznej w znacznej mierze przypadków daje bardzo dobre rezultaty. Przetwarzanie sensoryczne oddziałuje na centralne obszary rozwoju dziecka, takie jak adaptacja, rozwój poznawczy, motoryczny, komunikacje, czy relacje z innymi [2].

1.2. Integracja sensoryczna a działanie mózgu

Wszystkie reakcje i zachowania dziecka jakie widzimy, są zewnętrznym efektem integracji sensorycznej, a co za tym idzie funkcjonowania mózgu. Integracja sensoryczna i mózg są od siebie zależne, bowiem ich działanie wpływa i oddziałuje na siebie. Aby zrozumieć integrację sensoryczną należy poznać jej pryncypia [19].

Układ nerwowy zbudowany jest z ośrodkowego układu nerwowego, na który składają się mózg i rdzeń kręgowy oraz obwodowego układu nerwowego, obejmującego nerwy rdzeniowe i czaszkowe. Ośrodkowy układ nerwowy zbudowany jest z istoty szarej i istoty białej, zaś podstawowym elementem układu nerwowego jest neuron [20].

Neuron składa się z ciała komórki od której odchodzą wypustki dłuższe dendryty i krótszy akson. Dzięki tym rozgałęzieniom neuron ma zdolność do przetwarzania i przewodzenia informacji w postaci impulsu nerwowego [21]. Komórka nerwowa posiadając od kilku do kilkudziesięciu tysięcy dendrytów zapewnia połączenie z innymi komórkami. Dzięki aksonom informacje z komórki przenoszone są poza nią, dendryt zapewnia komunikację do komórki z innych neuronów.

Aksony na swoich końcach rozgałęziają się tworząc miejsce komunikacji z drugą komórką nerwową zwaną synapsą. Komórka nerwowa może łączyć się poprzez dziesiątki synaps innych neuronów tworząc sieć połączeń dzięki którym możliwe jest przekazywanie informacji [22]. Impulsy nerwowe przenoszone są z jednej komórki na drugą dzięki działaniu neuroprzebieżników, czyli substancji odpowiedzialnych za ich transport. Powtarzająca się komunikacja między neuronami tworzy nowe sieci synaps w czasie, gdy dziecko wchodzi w interakcje z otaczającym je światem. Neurony są stymulowane wówczas, gdy działa na nie potencjał aktywizujący, np. aby rozwijały się połączenia systemu wzrokowego musi zadziałać światło, oznacza to, że jeśli połączenia neuronalne mają się rozwijać muszą działać różnego

rodzaje bodźce stymulujące. Im więcej połączeń neuronalnych, tym większa zdolność naszego organizmu do uczenia się [23]. Możliwość tworzenia się nowych sieci połączeń neuronalnych jest kluczowym założeniem integracji sensorycznej [15].

Rdzeń kręgowy

Rdzeń kręgowy, od którego odchodzi 31 par nerwów rdzeniowych o kształcie grubego sznura umieszczonego w kanale kręgowym, stanowi jego barierę ochronną przed czynnikami zewnętrznymi. Ta część ośrodkowego układu nerwowego łączy mózgowie z układem obwodowym przewodząc impulsy nerwowe. Wszystkie informacje sensoryczne czuciowe przekazywane są za jego pośrednictwem, do mózgu i z mózgu. Oprócz głowy i gardła, każdy mięsień podlega kontroli neuronów w rdzeniu kręgowym [24]. W rdzeniu kręgowym zachodzi pewien fragment integracji sensorycznej, dlatego jeśli występują zaburzenia integracji sensorycznej wówczas występują one w mózgu, ze względu na większą sieć neuronalną.

Pień mózgu

Pień mózgu składa się z rdzenia przedłużonego, mostu i śródmózgowia. Jest złożoną strukturą zlokalizowaną powyżej rdzenia kręgowego, w której znajdują się ośrodki przetwarzania procesów sensorycznych. W pniu mózgu zlokalizowane są ośrodki oddychania, regulacji pracy serca, ciśnienia tętniczego, temperatury organizmu, metabolizmu, ośrodki odruchowe wzroku i słuchu, ośrodki regulujące aktywności ruchowe i czuciowe. Pień mózgu to również miejsce skupienia ośrodków nerwowych odruchów wrodzonych [25].

Twór siatkowaty znajduje się wzdłuż podłużnej osi pnia mózgu, rozciąga się od międzymózgowia do rdzenia przedłużonego, jest jego największą i najważniejszą strukturą. Twór siatkowaty razem z połączeniami z korą mózgu, blaszką pokrywy śródmózgowia, z częścią jąder wzgórza oraz tylną częścią podwzgórza, tworzą tak zwany układ siatkowaty [26, 27]. Układ siatkowaty jest odpowiedzialny za motorykę, oddychanie, sen, czuwanie czy percepcję bodźców czuciowych. Ponieważ pełni on tyle funkcji, posiada w swojej strukturze takie ośrodki jak [27]:

- regulacji oddychania,
- regulacji krążenia,
- regulacji i kontroli przewodu pokarmowego i układu moczowego,
- regulacji przewodnictwa impulsów czuciowych,
- regulacji czynności ruchowych,

-regulacji snu i czuwania.

W teorii integracji sensorycznej twór siatkowaty uważany jest za centrum mechanizmów modulacji sensorycznej [18]. Modulacja sensoryczna oznacza umiejętność pobudzania lub hamowania odpowiednich reakcji na płynące z otaczającego środowiska bodźce sensoryczne. Oznacza adoptowanie organizmu jako specyficzną reakcję sensoryczną. Charakteryzuje się kontrolą między pobudzeniem a zmniejszeniem docierających do systemu nerwowego bodźców, czego wynikiem jest równowaga w aktywności neuronalnej [28].

Móżdżek

Móżdżek umiejscowiony jest w tylnym dole czaszki między dwoma półkulami w sąsiedztwie z komorą czwartą oraz mostem i rdzeniem przedłużonym, składa się z dwóch półkul i robaka, powierzchnię stanowi kora mózdku, pod nią zlokalizowana jest istota biała, w której rozmieszczone są jądra mózdku, na powierzchni charakterystyczne drobno rozmieszczone szczeliny. Móżdżek to przede wszystkim ośrodek równowagi, do jego funkcji zaliczana jest koordynacja ruchowa, utrzymanie równowagi, kontrola ruchów gałek ocznych, planowanie i kontrolowanie ruchów dowolnych. Móżdżek wraz z pniem mózgu odpowiada za mowę i pisanie. Jest odpowiedzialny częściowo za uczucia, emocje, zachowanie [29, 18].

Wzgórze

Nad pniem mózgu i mózdku, poniżej spoidła wielkiego układu nerwowego, znajduje się wzgórze. Wzgórze jest kluczowym łącznikiem między korą mózgową a pozostałymi częściami mózgu. W procesie integracji sensorycznej jądra wzgórza pełnią funkcję w odbiorze bodźców zmysłowych docierających z naszego ciała. Jest kluczowe w integracji odpowiedzi czuciowych, ruchowych, wzrokowych, słuchowych oraz uczestniczy w wielu innych procesach [30, 31].

Układ limbiczny

Układ limbiczny to pojęcie funkcjonalne oznacza, że dzieli struktury mózgu ze względu na pełnione przez nie funkcje, oznacza zespół struktur OUN. Odpowiedzialny jest za stan równowagi emocjonalnej, pamięć, czujność. Reguluje on stan naszej świadomości poprzez równowagę między informacjami zapamiętanymi a aktualnym dopływem wiadomości, które porównuje z wcześniejszymi [32]. Najważniejszymi strukturami układu limbicznego są hipokamp i ciało migdałowate. Ten pierwszy odpowiada za pamięć i emocje, z kolei ciało migdałowate - za odczuwanie emocji takich jak radość czy lęk. Te dwie struktury, ponieważ

są ze sobą połączone, mogą przetwarzać dopływające informacje, przetwarzać je i zapamiętywać. Innymi strukturami wchodzącymi w skład układu limbicznego są przegroda przezroczysta, węchomózgowie, prążek krańcowy, część jąder wzgórza i podwzgórze. Dodatkowo układ ten odpowiada za orientację przestrzenną, wpływa na układ hormonalny, wywiera wpływ na naszą motywację do działania [32, 29].

1.2.1. Rozwój mózgu a bodźce sensoryczne

Integracja zmysłów odbywa się poza naszą świadomością, zachodzi w mózgu, tam też odbywa się selekcja oraz decyzja, które informacje są istotne i jaka ma być reakcja organizmu na wrażenia zmysłowe [33]. Mózg na podstawie wcześniejszych doświadczeń organizuje nasze zachowania. Zmiana warunków środowiskowych, dostarczanie nowych wrażeń, aktywności, modyfikuje nasze zachowanie, czyli odpowiedź neuronalną. Dostarczanie w określony sposób bodźców powoduje przyrost połączeń neuronalnych w mózgu. Stymulacja sieci neuronalnej, poprzez dostarczanie nowych bodźców sensorycznych, jest niezwykle ważna, szczególnie w początkowym okresie rozwoju człowieka. Nowe bodźce tworzą nowe doświadczenia zmysłowe i szlaki komunikacyjne w układzie nerwowym, dzięki czemu dzieci jak i osoby dorosłe rozwijają swoje umiejętności [34].

1.2.2. Plastyczność neuronalna

Plastyczność neuronalna to zdolność mózgu do modyfikacji pod wpływem właściwie dostarczanych bodźców [35]. Plastyczność ta odnosi się do wzrostu połączeń neuronalnych, zwiększenia szybkości i dokładności przekazywanych informacji między synapsami oraz zwiększenia ich liczby. W integracji sensorycznej plastyczność neuronalna jest szczególnie ważna bowiem umożliwia zajście zmian w obrębie układu nerwowego pod wpływem stymulacji sensorycznej. Proces uczenia się przez dzieci zachodzi dzięki plastyczności mózgu [36]. Podczas tego procesu dochodzi do intensywnej stymulacji określonego obszaru mózgu dzięki czemu wzmacniają się szlaki nerwowe i tworzą nowe połączenia. Wynikiem adaptacji mózgu na integrację sensoryczną jest reakcja adaptacyjna [37].

1.3. Układy sensoryczne

Prawidłowe funkcjonowanie mózgu oraz adekwatne reakcje organizmu na otaczające nas wrażenia zmysłowe są możliwe dzięki wyspecjalizowanym systemom sensorycznym, przez które przepływają wszystkie informacje sensoryczne. Aby mózg mógł

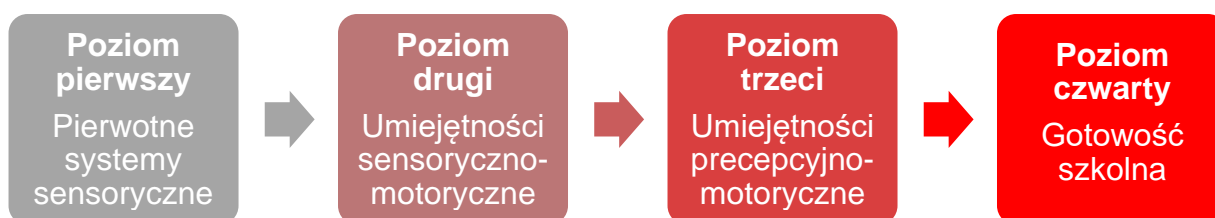
odpowiedzieć prawidłowo na dostarczane informacje, muszą one najpierw być prawidłowo odebrane przez wszystkie systemy sensoryczne, a następnie przekazana z mózgu w takiej samej formie jako odpowiedź zwrotna [38]. Prawidłowe funkcjonowanie mózgu to prawidłowo funkcjonujący system sensoryczny, na który składają się systemy: słuchu, wzroku, smaku, węchu, dotyku, przedsionkowy i proprioceptywny [31].

Odpowiednia odpowiedź adaptacyjna mózgu jest możliwa dzięki rozwojowi poszczególnych układów sensorycznych [39]. A. J. Ayres wyróżnia cztery stadia rozwoju integracji sensorycznej (Ryc. 1.). Pierwsze stadium rozwija się już w okresie płodowym, to odczuwanie bodźców grawitacji przez ucho wewnętrzne, wrażenia dotykowe przez skórę i smakowe przez połykanie wód płodowych, to także odczuwane bodźce wzrokowe przez powłoki brzuszne matki oraz słuchowe dobiegające z wnętrza ciała matki i z zewnątrz [40].

Drugie stadium to umiejętności sensoryczno-motoryczne, które rozwija się w wieku wczesnodziecięcym. Podczas trwania tego okresu dziecko zaczyna przekraczać linie środkową ciała, przekładać zabawki z ręki do ręki, pełzać, rozwijać koordynację. Rozwijają się funkcje wzrokowe, ruchowe, wzrasta sprawność motoryczna ciała. Rozwój poszczególnych systemów zmysłowych staje się fundamentem do rozwoju praktyki czyli planowania motorycznego, a za nim poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego [40, 41].

Trzecie stadium przypada na okres przedszkolny, podczas którego rozwijają się umiejętności percepcyjno-motoryczne. Dzieci rozwijają w czasie tego okresu zmysł słuchu i wzroku, dzięki czemu rozwija koordynację wzrokowo-motoryczną, doskonalą zdobyte umiejętności, aby w czwartym stadium osiągnąć gotowość szkolną.

Czwarte stadium, podczas którego wykorzystywane są coraz bardziej złożone czynności motoryczne, samokontrola, regulacja uwagi, przypada na okres szkolny.



Ryc. 1. Poziomy integracji sensorycznej [42].

Źródło: opracowanie własne, na podstawie:

<http://www.czytelniamedyczna.pl/5002,zaburzenia-przetwarzania-sensorycznego-u-dzieci-diagnostyka-i-postepowanie.html> -2021.07.18

1.3.1. Układ przedsionkowy

Układ przedsionkowy inaczej układ westybularny lub grawitacyjno-przedsionkowo-mózdkowy odpowiedzialny jest za odbiór i przetwarzanie informacji o położeniu ciała względem siły grawitacji oraz o charakterze i intensywności ruchu. Jest on niezwykle precyzyjny oraz rozlegle funkcjonujący w mózgu. Układ przedsionkowy oddziałuje na słuch, wzrok, pośredniczy w przekazywaniu informacji między mięśniami posturalnymi, pniem mózgu, mózdzku i korą mózgową. Układ ten odpowiada za regulacje oddychania, ciśnienia krwi i tętna. Jest odpowiedzialny za obustronną koordynację ciała przekazując informacje z jednej strony na drugą. Umożliwia także stabilizację ruchową gałek ocznych, przekraczanie linii środkowej ciała, koordynuje ruchy organizmu, jest odpowiedzialny za praksję, czyli za planowanie motoryczne. Zaburzenia w tym układzie implikuje zaburzenia na tle emocjonalnym [43].

1.3.2. Układ dotykowy

Układ dotykowy to najbardziej pierwotny układ mający wpływ na rozwój i funkcjonowanie mózgu już w okresie prenatalnym. Powiązany jest z układami proprioceptywnym i przedsionkowym, ma wpływ na rozwój słuchu i wzroku [44]. Układ dotykowy wpływa na czucie własnego ciała, planowanie motoryczne, dyskryminację wzrokową, reakcje społeczne i emocjonalne. Zmysł dotyku ma wpływ na rozwój naszego języka, zdolności manualne i motoryka mała wpływają na rozwój mowy [45]. Zaburzenia tego układu przekładają się również na poczucie bezpieczeństwa, pobudzanie układu nerwowego, odpowiednie odruchy obronne, prawidłowe reakcje społeczne.

1.3.3. Układ proprioceptywny

Układ proprioceptywny jest najsilniej związany z układem przedsionkowym. Oba układy łącznie wpływają na napięcie mięśniowe. Wyróżniamy dwa typy czucia proprioceptywnego: głębokie, pochodzące z receptorów w stawach i mięśniach oraz kinestetyczne pochodzące z receptorów w torebkach stawowych i więzadłach. Układ ten dostarcza nam informacje o tym, czy w danym momencie stoimy, czy też jesteśmy w ruchu [46]. Układ proprioceptywny stymuluje organizm, dostarcza informację o tym kiedy zmienić położenie ciała, zapewnia równowagę między pobudzeniem a hamowaniem reakcji ruchowych.

1.3.4. Układ wzrokowy

Wzrok dostarcza informacje z otaczającego świata poprzez bodźce świetlne. Oko jest jednym z najważniejszych narządów zmysłów. Jest najbardziej rozwiniętym układem sensorycznym. Jest to swego rodzaju analizator zmysłowy, który odbiera wrażenia zmysłowe z promieni świetlnych. Oko łączy się z układem nerwowym za pomocą nerwu wzrokowego. To co widzimy za pomocą oka powstaje więc nie w samym oku, a w mózgu. Działanie układu wzrokowego uwarunkowane jest działaniem układów proprioceptywnego, przedsionkowego i dotykowego. Umożliwia czytanie, pisanie, gotowość szkolną [47].

1.3.5. Układ słuchowy

Układ słuchowy odbiera fale dźwiękowe za pośrednictwem powietrza i drgań kości. Jest to układ zmysłowy, który umożliwia komunikację oraz pozwala rozpoznawać otoczenie. Fale dźwiękowe trafiają z ucha zewnętrznego do wewnętrznego, zamieniane są w drgania, a te z kolei na impulsy nerwowe, które nerwem słuchowym docierają do kory mózgu [48]. Układ słuchowy pełni funkcję słuchu czyli słyszenia oraz percepcji słuchowej, percepcja ta decyduje o rozwoju mowy i gotowości szkolnej [49].

1.3.6. Układ węchowy

Układ węchowy jest układem chemicznym, to czuły system różnicowania zapachów. Zmysł węchu przekłada się ma różnicowanie smaków i jest układem nadrzędnym w stosunku do smaku. Cząsteczki zapachu odbierane są przez receptory, znajdujące się w nabłonku węchowym nosa. Za pośrednictwem nerwu węchowego docierają do kłębuszków opuszki nerwowej, następnie do kory węchowej. Układ węchowy jest jedyną bezpośrednią drogą sensoryczną do kory mózgu [50]. Węch wpływa na reakcje emocjonalne i wegetatywne oraz pamięć [47].

1.3.7. Układ smakowy

Układ smakowy jest również układem chemicznym, do odbioru wrażeń smakowych służą kubki smakowe z rozmieszczonymi receptorami smakowymi. Neurony tego układu reagują nie tylko na smak, również na dotyk [47].

Odpowiednia integracja bodźców jest podstawą do adekwatnej odpowiedzi mózgu oraz całego ciała jako reakcji zewnętrznej na bodźce. Zaburzenie jednego układu wpływa

na odpowiednie reakcje i działanie innych. Niezwykle ważne jest, aby nieustannie pobudzać i stymulować możliwie jak najwięcej układów sensorycznych.

1.4. Dzieci z zaburzeniami Integracji Sensorycznej i opieka nad nimi

Zaburzenia integracji sensorycznej negatywnie oddziałują na różne dziedziny funkcjonowania dzieci, opóźniając ich rozwój. To właśnie zaburzenia SI objawiają się nieprawidłowymi reakcjami, takimi jak problemy w szkole, trudne zachowania, nierówne tempo rozwoju. Młodsze dzieci z nieprawidłowym przetwarzaniem zmysłowym przejawiają nadmierny niepokój, impulsywność bądź lękliwość, są wycofane, nadrucliwe, mają zaburzenia koncentracji uwagi, niepewność grawitacyjną, błędny wzorzec postawy, chodu, nadwrażliwość dotykową, nie potrafią naśladować ruchów czy prawidłowo się komunikować. Wymienione objawy to jedynie część sygnałów otrzymywanych od dzieci, wskazujące na potrzebę diagnozy u specjalisty [49].

Dzieci neurotypowe i z zaburzeniami integracji sensorycznej mierzą się z wyzwaniami przetwarzania sensorycznego oraz wymagają zainteresowania osoby dorosłej. Neurotypowe dzieci to te, u których nie zostało zdiagnozowane żadne zaburzenie i nie mają wydanego orzeczenia. Badania naukowe pokazują, iż 10-55% dzieci jest niezdiagnozowana i występują u nich różnego rodzaju trudności z przetwarzaniem sensomotorycznym [51]. Inne badania pokazują, iż dane szacunkowe z roku na rok wzrastają i obecnie są na poziomie 40-88% dzieci z różnymi diagnozami, mimo to należy uwzględnić, iż zaburzenia te występują na różnym poziomie i nie dla wszystkich dzieci są one tak poważne [52]. Niezależnie od integrowania bodźców na różnym poziomie, wymagana jest obecność dzieci na zajęciach terapeutycznych, mające wpływ na zmiany neurofizjologiczne przetwarzania sensomotorycznego oraz integracją ze środowiskiem. Przez środowisko można rozumieć dostarczane bodźce, wymagania i integrowanie się z innymi. Ważne są nie tyle same zajęcia terapeutyczne, co wydajność i zaangażowanie dziecka w zajęcia. Zaangażowanie i aktywne uczestniczenie w terapii jest bardzo istotne, gdyż tylko wtedy dziecko nabywa umiejętności życiowych i kompetencji, dzięki którym w przyszłości może wpływać na ogólny stan zdrowia, a tym samym podnosić jakość życia [53]. Jednak mimo prawidłowej terapii i pracy dwóch stron, terapeuty i dziecka, w osiągnięciu planowanych rezultatów wymagane jest odpowiednie podejście i zaangażowanie trzeciej strony, tj. rodzica.

1.5. Stres i radzenie sobie ze stresem rodziców dzieci z zaburzeniami SI

Rola rodziców w terapii dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej jest niedoceniana, mimo, że to właśnie rodzice mają największy wpływ na utrwalanie osiągniętych celów i rozwój nowych umiejętności dzieci. Bez udziału świadomych i wspierających rodziców, dziecko trudniej sobie radzi w uczeniu się [54]. Dziecko, u którego zostały potwierdzone zaburzenia w rozwoju, wyznacza nowy porządek, wymagający od rodzica przystosowania się. Niezależnie od rodzaju zaburzeń, każde z nich jest dla rodziców tak samo poważne. Poziom stresu jaki odczuwają rodzice jest istotnie związany z poziomem wsparcia jaki otrzymują. Brak wsparcia dla rodziców rodzi brak dostosowania się ich do nowych obciążeń, a to z kolei przekłada się na brak zapewnienia bezpieczeństwa dziecku [55]. Jeżeli dziecko wyraża pewne zaburzenia w przetwarzaniu sensomotorycznym, objęcie go programem terapeutycznym nie wystarczy, kiedy mózg dziecka nie jest przygotowany na tyle, by nauczyć się nowych zachowań. Jest to nierozzerwalnie związane z edukacją szkolną. Zbyt wczesne podjęcie nauki w szkole, a co się z tym wiąże, przyjęcie konieczności realizacji opracowanych przez system szkolnictwa wyraźnych wymogów dla uzyskania promocji do następnej klasy, będzie dla tej grupy dzieci niekorzystne i wykształci u nich pewne zahamowania. Niezwykle ważne jest wsparcie rodziców bądź opiekunów dzieci, w podjęciu decyzji w wyborze placówki lub przedstawieniu możliwości edukacyjnych dziecka. Istnieją bowiem placówki, które w ofercie kształcenia specjalizują się w rozwoju funkcji sensomotorycznych bądź uwzględniają różnice tempa rozwoju. W przypadku, gdy dziecko nie jest gotowe do podjęcia nauki, można odroczyć edukację szkolną o rok [56, 57]. Na bazie dotychczasowych ustaleń badaczy oraz codziennych obserwacji rodzi się pytanie: Jeżeli wsparcie rodziców bądź opiekunów dzieci w rozwoju i edukacji jest kluczowe i przynosi wymierne efekty, to dlaczego nie istnieje system wspierania rodziców i opiekunów? W sytuacji braku wsparcia w celu złagodzenia odczuwanego stresu, oddziaływanie rodziców i opiekunów na dziecko przyjmuje charakter negatywny. Badania pokazują, iż obniżenie niepokoju dorosłych i ich zaangażowanie w proces terapeutyczny daje lepsze efekty realizowania programu terapeutycznego [58].

Źródłem odczuwania negatywnych emocji przez rodziców, mogą być nie tylko zaburzenia związane z rozwojem dziecka, ale również przyczyny ekonomiczne, socjalne, społeczne, a każde z nich będzie niosło za sobą głęboko odczuwane skutki. Szkodliwe skutki stresu dla mózgu to mechanizmy wpływające na zdrowie i stan psychiczny, zarówno dorosłych jak i dzieci [59]. Takie doświadczenia od wczesnych lat życia oraz podatność na procesy rozwojowe, kształtują od pierwszego etapu życia pewne mechanizmy i stanowią podstawę dla kolejnych. Mechanizmy powyższe wpływają na struktury mózgu

jak również na funkcje wykonawcze [60]. Funkcje wykonawcze odpowiadają natomiast za hamowanie reakcji czyli samokontrolę, kreatywne myślenie i możliwość wykonywania kilku rzeczy jednocześnie oraz pamięć operacyjną [61], to wszystko wpływa na gotowość szkolną dzieci. Obowiązkiem szkoły powinno być wyrażanie głębokiego zainteresowania stanem zdrowia dzieci, nie tylko na etapie rekrutacji ale również w całym procesie edukacji szkolnej. Stan zdrowia, w tym psychiczny, warunkuje postępy w nauce, co wpisuje się w naczelną misję szkoły jaką jest działalność dydaktyczna. Zróżnicowany poziom możliwości przyswajania wiedzy oraz rosnące oczekiwania zarówno rodziców jak i nauczycieli dotyczące nie tylko uczniów, ale odnoszące się również do siebie nawzajem, powodują stres oraz napięcia, a co za tym idzie, wpływają na rozwój dzieci. [62]. Model neurobiologiczny pokazuje, iż wczesne doświadczenia wpływają na rozwój funkcji wykonawczych i samoregulacji [63]. Kluczowym mechanizmem nie tylko we wczesnym rozwoju, jest jakość opieki nad dzieckiem [64]. Przewlekły stres i brak wsparcia może mieć wpływ na styl opieki nad dzieckiem. Badania prowadzone wśród opiekunów dzieci pokazują, że rodziny znajdujące się w stresujących warunkach są narażone na mniej wrażliwy model opieki [65]. Niższy poziom wrażliwości u matki, zwiększa prawdopodobieństwo u dzieci podwyższonego poziomu kortyzolu i niższą zdolność regulowania emocji i zachowania [66]. Rodzice, którzy z kolei współpracują z różnymi placówkami i otrzymują od nich wsparcie, zwiększają jakość opieki nad dziećmi, a tym samym podnoszą jakość życia [67]. Dynamiczne zmiany jakie zachodzą wokół nas, także w edukacji powodują, iż na nauczycielach spoczywa coraz większy zakres odpowiedzialność nie tylko za działania z udziałem dzieci, ale także z udziałem rodziców [68].

1.6. Neurotypowość

Integracja sensoryczna to występująca u każdego człowieka zdolność do rozumienia i odbierania zewnętrznego świata poprzez zmysły. Dzieci z wydanym z różnych powodów orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, mają szereg nieprawidłowości w integrowaniu bodźców na poziomie kilku układach zmysłowych, w przeciwieństwie do dzieci neurotypowych. Neurotypowość oznacza bowiem brak występowania zaburzeń rozwojowych. Pojęcie neurotypowość to neologizm, określający dzieci, u których nie występują m. in. takie zespoły jak Asperger, autyzm, ADHD (attention deficit hyperactivity disorder, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi) oraz inne [69].

1.7. Rola i rodzaje wsparcia rodziców dzieci z zaburzeniami SI

Wsparcie jest kluczowym elementem w procesie opieki nad dzieckiem, wpływa bowiem na wszystkie aspekty życia dziecka. Wsparcie to subiektywne przekonanie o tym, że ktoś chce nam udzielić pomocy, zaopiekować się nami w trudnej sytuacji i sprawia, że czujemy się lepiej [69]. Jest ono również nieodłącznym elementem procesu terapeutycznego i pomocy społecznej. Spośród wielu określeń wsparcia na uwagę zasługuje stanowisko W. Badury-Madej, które definiuje wsparcie jako udzielanie pomocy przez bliskie osoby bądź instytucje w postaci wsparcia emocjonalnego, informacyjnego lub rzeczowej pomocy [70]. Główną rolą wsparcia są relacje międzyludzkie, ich bezinteresowność oraz zaufanie. Każdy rodzic niezależnie od swojej sytuacji rodzinnej powinien otrzymywać wsparcie społeczne. Rodzice dzieci z orzeczeniem z założenia mają dostęp do wsparcia na poziomie wielowymiarowym, w praktyce jednak otrzymywane wsparcie nie zawsze jest wystarczające i oceniane jako wartościujące [71].

W zależności od tego, co w danej sytuacji jest najkorzystniejsze i zbliża nas do osiągnięcia zamierzonego celu czyli przezwyciężania trudnej sytuacji, wyróżnić można następujące rodzaje wsparcia:

- Wsparcie emocjonalne - jego celem jest okazywanie troski, opieki, zbudowanie poczucia bezpieczeństwa, wzrost samooceny i wiary;
- Wsparcie informacyjne - polega na dostarczaniu informacji mających na celu polepszenie oraz zrozumienie trudnej sytuacji życiowej;
- Wsparcie instrumentalne - przybiera formę instruktażu, może odnosić się do sposobu postępowania w danej sytuacji, jak również możliwości kształtowania skutecznych zachowań zaradczych;
- Wsparcie rzeczowe (materialne) - przekazywana pomoc materialna, finansowa, rzeczowa bądź działanie na rzecz drugiego człowieka;
- Wsparcie duchowe - to swoiste wsparcie udzielane w sytuacjach krytycznych takich jak śmierci bliskiej osoby lub ciężka choroba [72].

Biorąc pod uwagę specyfikę funkcjonowania rodzin dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej należy upominać się o dostarczanie im wszystkich rodzajów wsparcia, w tym także wsparcia opiekuńczego. Ten rodzaj wsparcia polega na zastępowaniu i odciążaniu rodzica w czynnościach opiekuńczych przy dziecku [72].

Dostarczanie wsparcia rodzicom jest podstawową czynnością, która powinna napływać automatycznie, nie tylko ze strony najbliższych, ale również z różnych instytucji, w tym ze szkoły. Rola wsparcia jest nieoceniona, a jego rodzaje powinny być wdrażane w cały proces rozwoju dziecka. Dostarczanie wsparcia zabezpiecza rodziców przed pojawieniem się zespołu wypalenia się w opiece nad dzieckiem. Zespół wypalenia jest reakcją na długotrwały stres i przemęczenie oraz nieskuteczne strategie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami [73, 74]. Dostarczanie wsparcia społecznego powoduje zwiększenie akceptacji dziecka, takim jakie ono jest, a także uwzględnienie wszystkich jego potrzeb wraz z dostosowaniem się do nich, czyli z wdrażaniem i ulepszaniem zaadresowanego do dziecka procesu terapeutycznego i edukacyjnego [75].

Każde dziecko potrzebuje pomocy i wsparcia rodzica bądź swojego opiekuna. Jednak okoliczności, w których dziecko wymaga większego zaangażowania ze strony opiekunów z powodu swoich zaburzeń, często wywołują stres. O radzeniu sobie z nim możemy mówić odwołując się do pojęć: proces, styl i strategia. W sytuacji rozstrzygnięcia o radzeniu sobie z trudnościami, przyjmuje się określenie stylu radzenia sobie ze stresem, który odnosi się do indywidualnej skłonności do pewnych zachowań w sytuacji stresowej. Wyróżnia się następujące style: polegający na podejmowaniu działania, którego efektem jest poradzenie sobie w trudnej sytuacji, skoncentrowany na emocjach i własnych przeżyciach oraz styl polegający na unikaniu stresu [76, 77]. Głównym zadaniem rodziców dziecka z zaburzeniami integracji sensorycznej jest przystosowanie się do zmian jakie zachodzą w ich systemie rodzinnym, zarówno zmian wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Zmiany te mogą wynikać z faktu rozpoczęcia edukacji szkolnej przez dziecko. Radzenie sobie ze stresem danej rodziny i przyjmowania strategii zależy od jej wewnętrznych zasobów i określonych parametrów w zmaganiu się w danej okoliczności [78].

Stres opiekunów dzieci neurotypowych i z zaburzeniami integracji sensorycznej oraz brak poczucia wsparcia, nigdy nie wpływa korzystnie na ich rozwój podopiecznych. Jeżeli u dziecka na pewnej płaszczyźnie występuje zaburzenie, brak wsparcia jest dodatkowym powodem niepokoju rodzica, a nawet wzmacnia potrzebę wsparcia. Terapia dziecka z zaburzeniami integracji sensorycznej powinna obejmować nie tylko samo dziecko, ale również jego opiekunów i wyraźnie wzmacniać potencjał do opieki nad dzieckiem. Działania te są często warunkiem przesądającym o powodzeniu terapii [79]. Należy stwarzać takie warunki i interakcje, aby rodzic wraz z dzieckiem mógł uczestniczyć we wszystkich sferach życia społecznego. Troska o wsparcie dla osób zajmujących się dziećmi powinna być priorytetem, gdyż to właśnie rodzice głównie zapewniają byt materialny i opiekę przez

większość swojego czasu, a co za tym idzie narażeni są na szybsze wypalenie w opiece nad dzieckiem oraz pogorszeniem jakości własnego funkcjonowania we wszystkich sferach życia. Rodzice są narażeni na pogarszanie się własnego zdrowia, również zdrowia psychicznego, podobnie jak ludzie odczuwający przewlekłe zmęczenie oraz nadmiernie zaangażowani w pracę zawodową. Brak wsparcia i przepracowanie zmusza do sięgania po rezerwy organizmu i niesie za sobą ryzyko depresji [79]. Badania przeprowadzone w południowo-wschodniej Polsce w latach 2006-2007 dotyczące wsparcia społecznego rodzin z dzieckiem upośledzonym umysłowo stanowią potwierdzenie tej tezy. Wszyscy badani rodzice odczuwali deficyty wsparcia. Otrzymywana pomoc pochodziła głównie ze źródeł nieformalnych, w tym od rodziny, co tym samym potwierdza, że rodzina jest niewykorzystanym elementem terapii [80].

Rodzinom dziecka z orzeczeniem należy się szerokie wsparcie społeczne. Tak rozumiane wsparcie, rodzice otrzymują zarówno dla siebie, jak i dla dziecka z różnych źródeł, takich jak Program „Za życiem”. Jest to wsparcie finansowe i terapeutyczne udzielane w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Dodatkowo zapewniane są zasiłki opiekuńcze i pielęgnacyjne, wsparcie z PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych), jako jednostki dedykowanej osobom z niepełnosprawnością i ich opiekunom. Poza tym, istnieją różnego rodzaju centra pomocy środowiskowej, świetlice środowiskowe, działalność instytucji pozarządowych oraz domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. Rodzinie z dzieckiem z deficytami rozwojowymi przysługuje poradnictwo specjalistyczne oraz działania z zakresu interwencji kryzysowej. Na podstawie założeń ochrony zdrowia psychicznego, pomoc świadczą także środowiskowe domy samopomocy, czy też warsztaty terapii zajęciowej. Należy również wspomnieć o opiece hospicyjnej i wyręczającej, jak również asystencie dla dziecka w systemie edukacji [81].

1.8. Szkoła w kontekście wsparcia rodziców i dzieci ze specjalnymi potrzebami

Dzieci neurotypowe oraz z zaburzeniami integracji sensorycznej uczęszczają do tych samych placówek, tj. do szkół integracyjnych. Z kolei te dzieci, które ze względu na swoje potrzeby i możliwości nie kwalifikują się do szkół, uczęszczają do placówek specjalnych. Placówki łączy wspólny cel, którym jest nauczanie i wychowanie dzieci pełnosprawnych oraz z niepełnosprawnościami. Szkoła obecnie ma za zadanie wyrównywać szanse między dziećmi z różnych środowisk i z różnymi możliwościami. Integracja najmłodszych o odmiennych potrzebach niesie za sobą wiele pozytywów.

W przypadku dzieci, zapewnia lepszy ich rozwój, natomiast w przypadku rodziców, poprzez ich aktywizowanie i wzrost świadomości, umożliwia włączanie dorosłych do społeczności lokalnej i budowanie sieci wsparcia. Należy podkreślić fakt, że dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej nie są w szkole izolowane, rozpoznają swoje nowe możliwości oraz poznają własne granice. Zarówno dla dzieci z zaburzeniami, jaki i dla neurotypowych, czas spędzony w placówce przekłada się na wzrost wrażliwości i wzajemnej akceptacji oraz kształci nowe postawy wobec wszystkich uczniów [82].

Rozpoczęcie edukacji szkolnej jest niewątpliwie doświadczeniem, które budzi różne emocje, od strachu przed zmianą oraz niewiadomą, po radość z osiągnięcia przez dziecko kolejnego etapu w rozwoju. Obecnie nie tylko dziecko powinno osiągnąć dojrzałość szkolną, ale również szkoła powinna osiągnąć gotowość do pełnego realizowania własnej misji poprzez uwrażliwienie wszystkich jej realizatorów na potrzeby, ograniczenia i możliwości rozwojowe dziecka [83]. Podczas zmieniających się uwarunkowań rozwoju dzieci oraz wymagań rodziców wobec edukacji, szkoła nie zawsze w pełni wykazuje takie przystosowanie na zmieniające się warunki, ale podejmuje szeroki profil działań w celu dostosowania się do dokonujących się zmian [84]. W obecnych czasach niezbędnymi do uwzględnienia są wyzwania wynikające zarówno z różnorodności oczekiwań podmiotów edukacji, w tym uczniów i rodziców, ale także z konieczności modernizacji trybu (stacjonarny, hybrydowy, online), sposobów realizacji procesu kształcenia i wychowania. Przed całą kadrą nauczycielską stawiane są zatem nowe wyzwania, w których czołowe miejsce zajmuje wsparcie rodziców mierzących się ze stresem wynikającym ze zmiany warunków uczenia się ich dzieci. Zmiana warunków funkcjonowania szkoły powoduje zmianę rytmu życia całej rodziny, a także modyfikację zawodowej i społecznej aktywności rodziców. W pełni uzasadnione stają się pytania o wpływ jakości pracy szkoły na stan emocjonalny dzieci i ich rodziców, kwestie te bowiem należy traktować jako inwestowanie w kapitał ludzki [85]. Należałoby również przeanalizować kwestie długości zmiany lub częstości zachodzących modyfikacji w trybie nauki, gdyż dla części dzieci chwilowe przeniesienie środowiska ze szkolnego na inne (domowe), może działać w sposób kreatywny i budować nowy potencjał [86], dla innych z kolei będzie działał niekorzystnie, wręcz destrukcyjnie. Warto jednak podkreślić, że efekty te uzależnione są także od wsparcia jakie rodzice uzyskują poza szkołą oraz od możliwości pracy w innym środowisku.

Dzieci ze specjalnymi potrzebami mogą uczęszczać do trzech typów placówek: do szkoły specjalnej, szkoły integracyjnej oraz ogólnodostępnej. Uczeń z niepełnosprawnościami generuje dla placówki określone korzyści materialne, przy tym placówka musi jednak spełniać określone warunki socjalne i kadrowe. Świadomość

tego, że na każdego ucznia z orzeczeniem przysługuje określona subwencja, rodzi wiele oczekiwań zarówno ze strony placówki oraz rodziców. Dyrekcja takich placówek oczekuje przydzielenia określonego budżetu dla swojej placówki, z kolei nauczyciele - odpowiedniego, świadomego i zaangażowanego podejścia ze strony rodziców. Wzajemne oczekiwania szkoły i rodziców często nie są w pełni zgodne, co wynika z mnogości czynników, które w trakcie wdrażania w system szkolny kształtują postawy nie tylko rodziców, ale także samych nauczycieli. Należy ponadto uwzględnić fakt, iż określona subwencja oraz dodatki finansowe na każde dziecko z orzeczeniem, jest przeznaczane w różnych kwotach, ponieważ to samorządy rozdzielają dane środki a te często muszą być dzielone na bieżące sprawy, także niezwiązane ze szkołą [87]. Wspomniane kwestie są niezwykle istotne, bowiem wpływają na jakość współpracy między rodzicami a szkołą. Rodzice mający świadomość wysokości subwencji oczekują profitów w postaci komfortu i warunków edukacyjnych dla swoich dzieci, co nie zawsze może być zaspokojone przez dyrektorów placówek i nauczycieli. Są to czynniki, które mają istotny wpływ na wsparcie i zrozumienie rodziców oraz tworzenie wzajemnej relacji w celu budowania właściwej podstawy do powodzenia szkolonego dziecka. Kwestie te są nadal dość obszerne i wymagają nieprzerwanych analiz. Podkreśla się jednak, że głównie najbliższe środowisko dziecka, w tym kompetencje społeczne rodziców mają niebagatelny wpływ na odbiór rzeczywistości przez dziecko, również tej szkolnej [88]. Istotnym więc wydaje się wspieranie dorosłych w nowej sytuacji jaką jest wprowadzanie dziecka ze specjalnymi potrzebami w edukację szkolną.

Idea edukacji szkolnej od zawsze opiera się na rozwoju i kieruje dobrem dziecka. Mimo upływu czasu kwestie te nie straciły na ważności, jak pisała Halina Filipczuk, dynamiczny rozwój intelektualny łączy się z rozpoczęciem nauki szkolnej, która jest olbrzymim stymulatorem umysłu [89]. Dzieci w wieku szkolnym chłoną wszelkie informacje oraz wzory zachowań z otaczającego ich środowiska. Poznanie i adaptacja pozytywnych wzorców, docierających ze strony rodziców, opiekunów, nauczycieli, uczy dziecko pozytywnych zachowań oraz buduje chęci do dalszej ewolucji tegoż procesu [90]. Kluczowym ogniwem adaptacji szkolnej oraz wyznacznikiem edukacji są społeczne postawy i wartości [31].

Istotą kształcenia integracyjnego w szkołach jest nauczanie i integracja dzieci z zaburzeniami z dziećmi bez takich zaburzeń. Zarówno w Polsce, jak i na świecie, dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, prowadzone są przez ścieżkę edukacji w taki sposób, aby wyrównywać ich szanse życiowe oraz niwelować ograniczenia środowiska [32]. Wyrównywanie szans oraz adaptacja w nowych warunkach wymaga wsparcia otoczenia, w tym przypadku szkoły. Na przestrzeni ostatnich lat, poziom możliwości oraz wspólne

działanie na rzecz potrzebujących wsparcia znacząco wzrósł, jednak należy stwierdzić, że wiele obszarów niesienia pomocy nadal wymaga uwagi i troski. Wraz z podnoszeniem jakości życia, rozwojem, rodzą się nowe potrzeby, dlatego zapotrzebowanie na wsparcie rośnie [29]. Podnosi się także poziom odczuwanego stresu u rodziców dzieci z zaburzeniami SI. Wrażliwość na potrzeby rodzin powinna być zauważalna i doceniana wielopoziomowo, tak aby nie rodził się konflikt związany z rozwojem i edukacją dziecka. Procesy poznawcze uczniów, rozwijają się dzięki interakcjom społecznym a nieodłącznym komponentem jest wsparcie nie tylko dzieci, ale także ich opiekunów, gdyż postawa taka stymuluje rozwój poznaczy dziecka [91]. Rodzinna socjalizacja we współpracy ze środowiskiem szkolnym nadaje określone znaczenie i wartość edukacji szkolnej oraz wyznaczonym przez edukację celom [92]. Rodzice jak również nauczyciele podejmują wspólnie działania na rzecz wymiany informacji oraz deklarują współpracę na rzecz usprawniania rozwoju intelektualnego i emocjonalnego dzieci. Efekty tej współpracy budzą jednak niedosyt, który wynika z odczuwanego przez rodziców stresu i braku wsparcia.

Szkoła aktualnie jest siecią i elementem wsparcia instytucjonalnego dla uczniów o szczególnych potrzebach kształcenia. Placówki edukujące młodzież z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego są częścią sieci wsparcia dostępną dla rodziców. Faktem jest, iż sytuacja rodzin dziecka z orzeczeniem jest często złożona, do sieci wsparcia włączone są różne centra pomocy, takie jak: ośrodki pomocy społecznej, świetlice, centra pomocy rodzinie. Szkoła współpracuje również z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli i organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami deklarującymi pomoc uczniom, rodzinie i nauczycielom. Wsparcie ze szkoły dostępne jest na kilku poziomach, co wynika ze współpracy szkoły z innymi placówkami w celu rozwijania kompetencji i rozwiązywania problemów, wsparcia wewnątrz szkoły w ramach kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz wsparcia nauczyciela na poziomie klasy, jako mikrosystemu [93]. Szkoła wspierając swych uczniów na różne sposoby realizuje własną misję. Na efekt założonych celów wsparcia, mają wpływ nauczyciele, ich osobowościowe uwarunkowania, osobisty kapitał. Odpowiednie nastawienie, podejście oraz świadomość i wrażliwość pracownika wpływa na jakość relacji nauczyciela z dzieckiem i rodzicem oraz na poziom satysfakcji rodzica [94].

Współpraca i wspieranie rodziców przez szkoły po reformie edukacji opiera się na dostarczaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej [95]. Współpraca szkoły z rodzicami przybiera wielorakie formy, do najważniejszych z nich możemy zaliczyć: jednorodność działania na rzecz dzieci i rodziców, wsparcie w organizacji nauczania

i wychowania, wdrażanie rodziców w programy kształcenia, współpraca w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczych, zachęcanie rodziców do czynnego udziału w realizacji programu nauczania [96].

1.9. Uzasadnienie celu pracy

Na tle powyższych rozważań zasadne jest określenie poziomu stresu oraz wsparcia rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, jak również dzieci neurotypowych. Ma to tym większe znaczenie, iż długotrwały stres i niewystarczający poziom wsparcia mogą skutkować znaczącym ograniczeniem aktywności życiowej rodziców, a nawet poczuciem wyczerpania sił. Nieprzerwane doświadczanie pewnej niezgodności pomiędzy oczekiwaniami a stanem faktycznym skutkuje brakiem chęci do podejmowania kolejnych prób dla poprawy stanu zdrowia oraz ogólnej sytuacji własnej i dziecka. Badania, dotyczące wypalenia rodziców dzieci z autyzmem i z zespołem Downa, obejmowały czynniki sprzyjające takie jak poczucie osamotnienia, poczucie niejasności co do możliwości dziecka, odczuwanie złej atmosfery w domu, rezygnacja, zmęczenie fizyczne, przeżywanie frustracji [68]. Według J. Easler i in. rodzice odczuwali brak umiejętności w wychowaniu chorego dziecka. Analiza wyników pokazała, że ci rodzice są wystawieni na duże ryzyko problemów życiowych [97] oraz syndrom wypalenia [58].

Poszukiwanie związku pomiędzy poziomem wsparcia a poziomem stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI) znajduje uzasadnienie na gruncie dotąd przeprowadzonych badań. Rezultaty badań jasno wskazują, iż niewystarczający poziom wsparcia i stres działają niekorzystnie na rodziców, co przekłada się jakoś opieki nad dziećmi, także ze ściśle wybraną jednostką chorobową [98]. Jednocześnie nie poddano analizie łączności poniższych kwestii. Brakuje także badań odnoszących się do poziomu stresu rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej.

Wsparcie rodziców dzieci o specjalnych potrzebach powinno być jednym z kluczowych elementów opracowywania terapii dla dziecka z zaburzeniami integracji sensorycznej. Ustalenie zakresu oczekiwanego wsparcia oraz możliwości jego dostarczenia umożliwi oszacowanie problemów, z jakimi mierzą się rodzice dzieci ze zdiagnozowanymi zaburzeniami w zdrowiu. Badania wskażą, w pewnym zakresie, także oczekiwania dotyczące wsparcia rodziców dzieci nie wymagających specjalnej oferty edukacyjnej, ale także napotykających na liczne trudnienia w realizacji podstawowych założeń opieki i wychowania.

Otrzymane wyniki przeprowadzonych badań przyczyniają się do poprawy wyników leczenia dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej oraz do zmiany w podejściu systemowym. Pozwolą również na upowszechnienie wiedzy na temat wsparcia i odczuwania stresu przez rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej.

2. Cel pracy

Celem pracy jest analiza związków pomiędzy poziomem wsparcia a poziomem stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI).

3. Materiał i metodyka

3.1. Charakterystyka badanej grupy

Badania zostały przeprowadzone w dwóch grupach rodziców z podziałem na:

- rodziców dzieci wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej objętych programem Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szydłowcu i Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Szydłowcu,
- rodziców dzieci neurotypowych uczęszczających do Publicznej Szkoły Podstawowej Nr 1 z Oddziałami Integracyjnymi im. Jana III Sobieskiego w Szydłowcu.

Ogółem w badaniach uczestniczyło 187 osób w wieku 24 - 50 lat. Dobór grupy był dobozem celowym.

Badania zostały poprzedzone uzyskaniem zgody badanego na udział w badaniu. Badani zostali poinformowani o celowości badania oraz możliwości wycofania się z niego na każdym etapie badania.

3.2. Kryteria doboru grupy badanej

Kryteria włączenia do badań:

1. Rodzice dzieci, które rozpoczynają edukację szkolną, posiadające zaburzenia integracji sensorycznej potwierdzone orzeczeniem z poradni psychologiczno-pedagogicznej.
2. Rodzice dzieci neurotypowych, które rozpoczynają edukację szkolną.

3. Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i neurotypowe w przedziale wiekowym 24 - 50 lat.
4. Świadoma zgoda na udział w badaniach.

Kryteria wyłączenia z badań:

1. Brak zgody rodziców na wypełnienie baterii kwestionariuszy psychologicznych.
2. W przypadku rodziców dzieci z zaburzeniami SI brak potwierdzenia orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej.

3.3. Procedura badawcza

Przed przystąpieniem do badań przeprowadzono krótką rozmowę z rodzicami i zweryfikowano, w stosunku do dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, posiadanie orzeczenia z poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Badania realizowano od sierpnia 2019 r. do października 2019 roku w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szydłowcu, Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Szydłowcu i Publicznej Szkole Podstawowej Nr 1 z Oddziałami Integracyjnymi im. Jana III Sobieskiego w Szydłowcu, po uzyskaniu zgody dyrektorów w/w placówek i zgody rodziców.

We wskazanym miejscu przez dyrektorów placówek, osoby które wyraziły zgodę na badania, przystąpiły do wypełnienia w pierwszej kolejności kwestionariusza ankiety własnej, na podstawie której można podzielić rodziców na dwie grupy. Grupę pierwszą stanowili rodzice dzieci z wydanym orzeczeniem, grupę drugą - rodzice dzieci neurotypowych, czyli bez zaburzeń i nie posiadających orzeczenia z poradni psychologiczno-pedagogicznej, rozpoczynających edukację szkolną w szkole podstawowej.

Osoby, które zostały zakwalifikowane do badania, czyli poprzez wyrażenie zgody udziału w nich, przystąpiły do wypełnienia baterii narzędzi psychologicznych.

Na wykonanie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach **nr 10/2019 z dnia 22 stycznia 2019 roku.**

3.4. Problemy badawcze

Główny problem badawczy został sformułowany w postaci pytania:

Jaki jest związek pomiędzy wsparciem społecznym a poziomem stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej?

Dla doprecyzowania problematyki badawczej, problem główny uszczegółowiono w postaci następujących problemów szczegółowych:

- Jakie są rodzaje wsparcia rodziców dzieci neurotypowych?
- Jakie są rodzaje wsparcia rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej?
- Jaki jest poziom stresu odczuwanego przez rodziców dzieci neurotypowych?
- Jaki jest poziom stresu odczuwanego przez rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej?
- Jakie są sposoby radzenia sobie z stresem u rodziców dzieci neurotypowych i dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej?
- Jaki jest związek między radzeniem sobie ze stresem a poziomem stresu i rodzajem udzielanego wsparcia u rodziców dzieci neurotypowych i dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej?

3.5. Zmienne i wskaźniki

Kolejnym krokiem w postępowaniu badawczym stało się określenie zmiennych i odpowiadającym im wskaźników. Dane na ten temat zaprezentowano w Tab. 1.

Tab. 1. Zmienne objaśniane i objaśniające oraz ich wskaźniki

Zmienne objaśniające	Wskaźniki
Wsparcie społeczne	- dane uzyskane od badanych za pomocą Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego BSSS (wsparcie instrumentalne, emocjonalne, poszukiwanie wsparcia, zapotrzebowanie na wsparcie)
Radzenie sobie ze stresem	- dane uzyskane od badanych za pomocą Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE (strategie radzenia sobie ze stresem)

Płeć	- kobieta/mężczyzna
Wiek	- lata
Wykształcenie	- podstawowe/gimnazjalne/zawodowe/ średnie/wyższe
Miejsce zamieszkanie	- wieś/miasto
Zmienna objaśniana	Wskaźniki
Poziom Odczuwanego Stresu	- dane uzyskane od badanych za pomocą Skali Odczuwania Stresu PSS-10

3.6. Metody, techniki i narzędzia badawcze

- Metoda stosowana w badaniach: sondaż diagnostyczny.
- Techniki stosowane w badaniach: ankietowanie i testowanie.
- Narzędzia badawcze: badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem trzech standaryzowanych kwestionariuszy, z których dwa pochodzą z Pracowni Testów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, trzeciego ogólnodostępnego przesłanego przez autorów polskiej adaptacji oraz kwestionariusza ankiety własnej.

3.7. Opis narzędzi badawczych

3.7.1. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS)

Badania poziomu wsparcia zostały przeprowadzone z wykorzystaniem Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS, Berlin Social Support Scales) R. Schwarzera i U. Schutz w adaptacji A. Łuszczyńskiej i M. Kowalskiej (Łuszczyńska i in., 2006) [99]. BSSS to zestaw narzędzi do pomiaru poznawczych i behawioralnych wymiarów wsparcia społecznego.

Pomiar trzech wskaźników wsparcia społecznego BSSS I - spostrzegane dostępne wsparcie; BSSS II - zapotrzebowanie na wsparcie; BSSS III - poszukiwanie wsparcia, w adaptacji A. Łuszczyńskiej. Skale mogą być stosowane razem bądź oddzielnie. Stosowane razem pozwalają także zmierzyć rodzaje wsparcia społecznego: emocjonalne, instrumentalne i informacyjne oraz zadowolenie ze wsparcia społecznego [100].

Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS) tworzy 6 skal: wsparcie spostrzegane, wsparcie aktualnie otrzymywane, zapotrzebowanie na wsparcie, poszukiwanie wsparcia,

wsparcie buforująco-ochronne oraz udzielanie wsparcia przez osobę bliską. Skale mogą być stosowane oddzielnie [99].

Skala została wykorzystana w badaniach za wiedzą autorów. Czas trwania badania z wykorzystaniem Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) zajmuje około 5 minut [99].

3.7.2. Skala Odczuwania Stresu PSS-10

Badanie poziomu stresu zostało przeprowadzone za pomocą Skali Odczuwania Stresu - PSS-10 autorstwa Sheldona Cohena, Thomasa Kamarca i Robin Mermelstein, w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik [101]. Narzędzie to służy do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Skala PSS-10 służy do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Badania dowodzą, że połączenie dłuższego nasilenia stresu z długim czasem trwania prowadzi na ogół do bardziej poważnych skutków stresu, w tym również zdrowotnych. Skala zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Badany podaje swoje odpowiedzi wpisując właściwą cyfrę, tj.:

0 - nigdy tak nie postępuję

1 - prawie nigdy

2 - czasem

3 - dość często

4 - bardzo często

Rzetelność testu: wskaźnik zgodności wewnętrznej w badaniach 120-osobowej grupy, osiągnął wskaźnik alfa Cronbacha 0,86. Sprawdzono trafność, uzyskano istotną korelację.

Wypełnianie Skali Odczuwania Stresu PSS-10 zajmuje około 5 minut [101].

3.7.3. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE

Drugą skalą pomiaru stresu będzie Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini - COPE autorstwa Charlesa S. Carvera, w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik. Inwentarz Mini-COPE jest narzędziem samo opisowym, które można wykorzystać do badań indywidualnych i grupowych. Metodę tę stosuje się do pomiaru dyspozycyjnego radzenia sobie ze stresem, tak jak oceny typowych sposobów reagowania i odczuwania sytuacji silnego stresu. Inwentarz ma zastosowanie

do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Polska wersja Mini-COPE składa się z 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie ze stresem. Badany zaznacza w odniesieniu do każdego stwierdzenia jedną z czterech możliwych odpowiedzi:

- 0 - nigdy tak nie postępuję
- 1 - rzadko tak postępuję
- 2 - często tak postępuję
- 3 - prawie zawsze tak postępuję

Rzetelność testu: wskaźnik zgodności wewnętrznej w skali Cronbacha waha się od 0,84 do 0,86. Sprawdzone trafność, uzyskano istotną korelację.

Czas trwania badania z wykorzystaniem Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE wynosi około 10 minut [101].

3.7.4. Autorski kwestionariusz ankiety

W celu uzyskania danych społeczno-demograficznych rodziców zastosowano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 5 pytań zamkniętych. Zgromadzono dane dotyczące: wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz informacje stwierdzające posiadanie przez dziecko orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub potrzebie objęcia ucznia indywidualnym tokiem nauczania.

3.8. Metody statystyczne analizy badań

Uzyskane dane empiryczne pogrupowano z uwagi na wyodrębnione w badaniach zmienne. Podstawą stały się rozkłady bezwzględne i procentowe. Dla wyróżnionych zmiennych obliczono miary średnie: średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe.

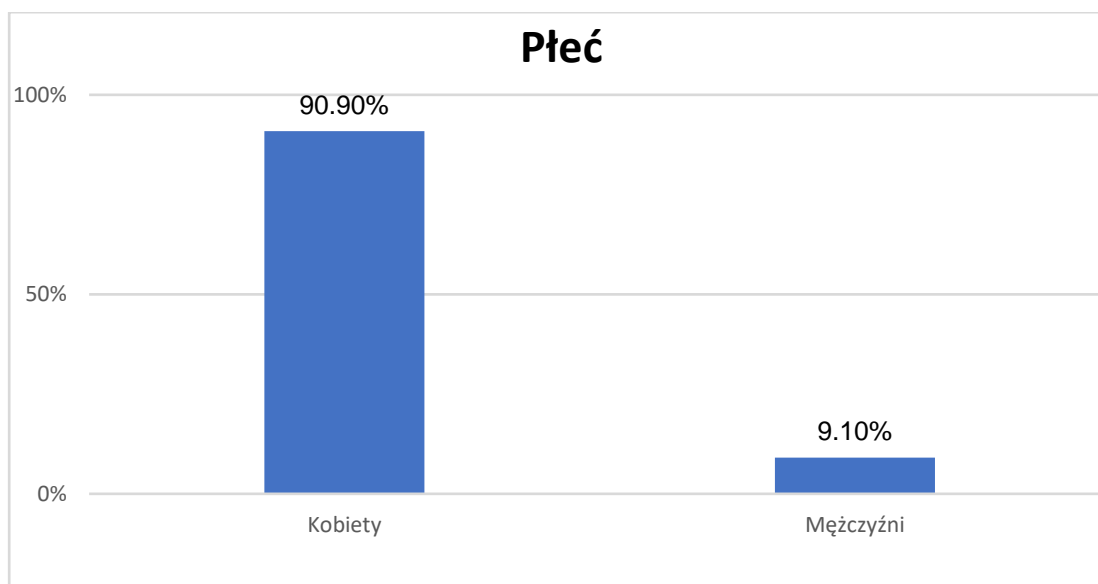
Do analizy danych ilościowych zastosowano test t-Studenta. W celu określenia związku między analizowanymi zmiennymi ilościowymi zastosowano zaawansowane metody analizy statystycznej - metodę korelacji i analizę regresji.

Wszystkie obliczenia zostały wykonane przy pomocy specjalistycznego pakietu statystycznego PSPP.

4. Wyniki badań

Badanie przeprowadzono w grupie 187 osób. Analizowano takie zmienne jak: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania badanych, a także występowanie zaburzeń integracji

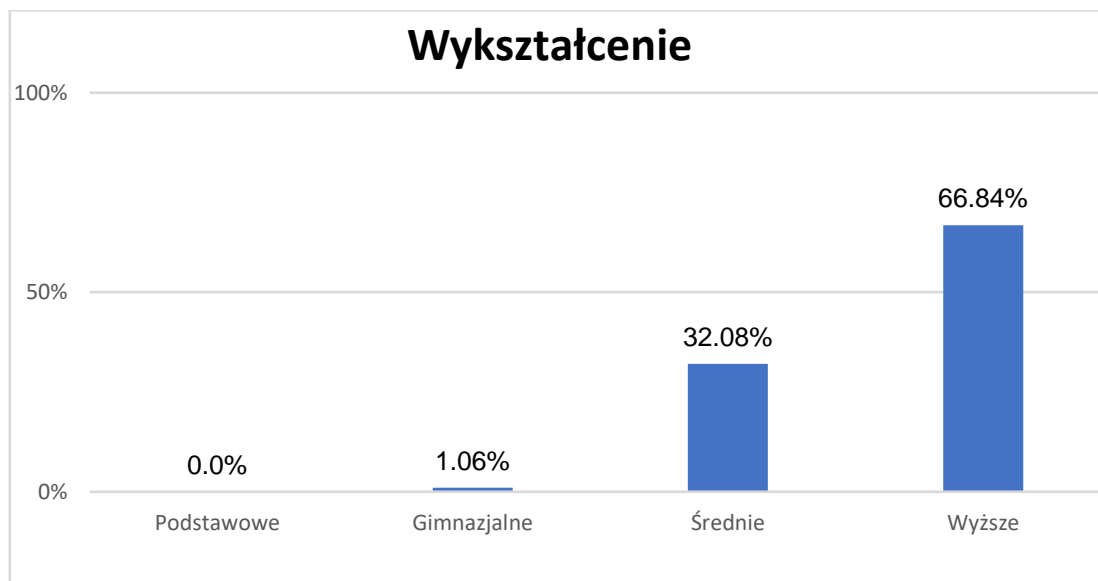
sensorycznej u dzieci badanych. Wymienione dane zaprezentowano na Rycinach 2, 3, 4 oraz 5. Sporządzono także tabele zawierające informacje na temat płci i wykształcenia badanych (Tab. 3.), ich wykształcenia i miejsca zamieszkania (Tab. 4.) oraz płci i miejsca zamieszkania osób badanych (Tab. 5.).



Ryc. 2. Płeć badanych rodziców

Zgromadzone dane wskazują na duże zróżnicowanie badanych ze względu na płeć (Ryc. 2.). W badanej grupie odnotowano bowiem 170 (90,90%) kobiet i 17 (9,10%) mężczyzn. Odnotowana przewaga udziału w badaniach kobiet wynika prawdopodobnie z większej aktywności i zaangażowania kobiet w działania społeczne i naukowe, ale także w sprawy związane z zaburzeniami swoich dzieci oraz dotyczące obszaru stresu i sposobów radzenia sobie z nim.

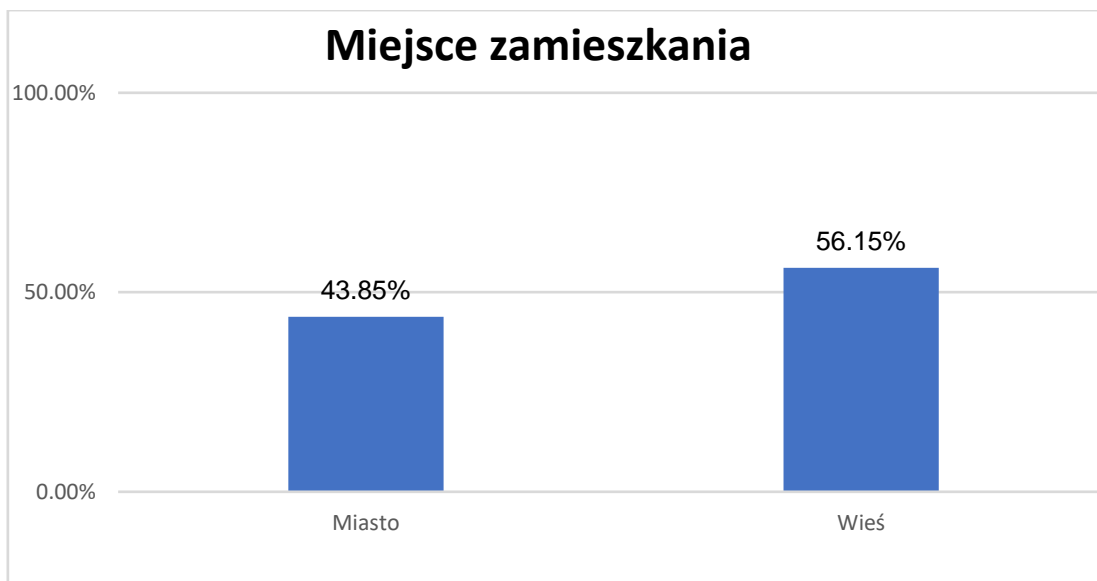
Zgodnie z założeniem badań określono poziom wykształcenia badanych osób. Szczegółowe informacje umieszczono na Rycinie 3.



Ryc. 3. Wykształcenie badanych rodziców

Dane wskazują, że dominującym poziomem wykształcenia jest poziom wyższy, który obejmuje 125 osób, co stanowi 66,84% wszystkich badanych. Blisko połowa mniej badanych reprezentuje średni poziom wykształcenia - 60 osób, co stanowi 32,08% całej grupy. Należy również podkreślić marginalny udział pozostałych kategorii wykształcenia: gimnazjalne - 2 osoby (1,06%). Wśród ankietowanych nie odnotowano kategorii wykształcenia podstawowego. Ogólnie należy stwierdzić, że udział w badaniu rodziców reprezentujący szeroki zakres wiedzy, wiąże się z ich świadomym rodzicielstwem oraz większym zainteresowaniem problematyką zaburzeń swoich dzieci (w przypadku rodziców dzieci z zaburzeniami IS). Kwestie te wymagają jednak potwierdzenia w osobnym postępowaniu badawczym.

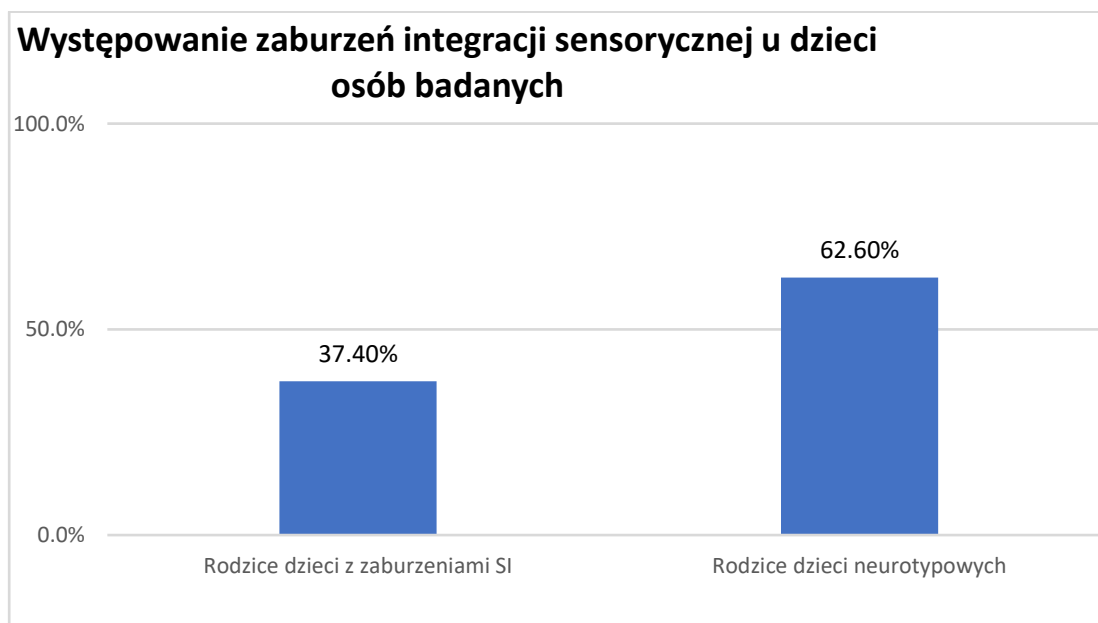
W ramach zmiennych społeczno-demograficznych uwzględniono także miejsce zamieszkania badanych rodziców. Dane na ten temat prezentuje Rycina 4.



Ryc. 4. Miejsce zamieszkania badanych rodziców

W grupie badawczej znalazły się 82 osoby zamieszkujące miasto i 105 osób zamieszkujące wieś. Osoby mieszkające w mieście stanowiły 43,85% grupy badawczej, z kolei osoby zamieszkujące środowisko wiejskie stanowiły 56,15% wszystkich badanych.

Zgodnie z przyjętą procedurą badań, pogrupowano rodziców względem występowania zaburzeń integracji sensorycznej i ich dzieci. Dane ukazano na Rycinie 5.



Ryc. 5. Występowanie zaburzeń integracji sensorycznej u dzieci badanych rodziców

Wśród wszystkich badanych osób – 187 – odnotowano 70 osób (37,40% badanych), których dzieci posiadają zaburzenia integracji sensorycznej oraz 117 osób (62,60%), których dzieci można określić jako neurotypowe, czyli nie posiadające takich zaburzeń.

Deklaracje badanych dotyczące kategorii ich wieku przedstawia poniższe zestawienie (Tab. 2.).

Tab. 2. Wiek rodziców z uwzględnieniem podziału na rodziców dzieci z zaburzeniami SI oraz rodziców dzieci neurotypowych

Wiek	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)		Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	
	n	%	n	%
24	3	4,29	-	-
25	-	-	-	-
26	-	-	-	-
27	1	1,43	3	2,56
28	2	2,86	2	1,71
29	8	11,43	7	5,98
30	2	2,86	5	4,27
31	4	5,71	7	5,98
32	3	4,29	7	5,98
33	3	4,29	12	10,26
34	6	8,57	23	19,69
35	8	11,43	19	16,24
36	3	4,29	6	5,13
37	1	1,43	8	6,84
38	2	2,86	5	4,27
39	1	1,43	6	5,13
40	1	1,43	5	4,27
41	-	-	1	0,85
42	-	-	-	-
43	3	4,29	-	-
44	1	1,43	1	0,85

45	3	4,29	-	-
46	3	4,29	-	-
47	2	2,86	-	-
48	4	5,71	-	-
49	4	5,71	-	-
50	2	2,86	-	-
Średnia wieku	36,83		34,15	

n - liczebność próby

Osoby badane mieściły się w przedziale wiekowym od 24 do 50 lat. Średnia wieku osób badanych wyniosła 35 lat w całej grupie badanych osób. W grupie rodziców dzieci z zaburzeniami SI średnia wieku wynosiła 36,83, z kolei w grupie rodziców dzieci neurotypowych - 34,15.

Informacje dotyczące wykształcenia rodziców względem ich płci przedstawia Tabela 3.

Tab. 3. Płeć a wykształcenie badanych rodziców

Płeć	Kobieta		Mężczyzna		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Wykształcenie						
Podstawowe	-	-	-	-	-	-
Gimnazjalne	2	1,07	-	-	2	1,07
Średnie	53	28,34	7	3,74	60	32,08
Wyższe	115	61,50	10	5,35	125	66,84
Razem	170	90,91	17	9,09	187	100,00

n - liczebność próby

Wśród 187 badanych dominują kobiety (170, co stanowi 90,91% całej grupy). W grupie badanych wystąpiły 2 kobiety deklarujące ukończenie gimnazjum (1,07% całej grupy), 53 kobiety z wykształceniem średnim (28,34% całej grupy), 115 kobiet z wykształceniem wyższym (61,50% całej grupy). Z kolei w grupie badanych mężczyzn zbadano 7 mężczyzn z wykształceniem średnim (3,74% całej grupy) i 10 mężczyzn z wykształceniem wyższym

(5,35% całej grupy). Odnotowana przewaga kobiet w grupie badanych osób może świadczyć o tym, że częściej kobiety niż mężczyźni angażują się w realizację funkcji rodzicielskich oraz pokonywanie trudności związanych z opieką i wychowaniem dzieci. Dane wskazują ponadto na znaczącą przewagę osób posiadających wyższe wykształcenie (zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn), co odpowiada tendencjom ogólnym odnotowywanym w społeczeństwie polskim na przestrzeni ostatnich lat [102].

Informacje dotyczące wykształcenia rodziców względem ich miejsca zamieszkania przedstawia Tabela 4.

Tab. 4. Wykształcenie a miejsce zamieszkania badanych rodziców

Miejsce zamieszkania	Wieś		Miasto		Razem	
	n	% (całej grupy)	n	% (całej grupy)	n	% (całej grupy)
Podstawowe	-	-	-	-	-	-
Gimnazjalne	2	1,07	-	-	2	1,07
Średnie	21	11,23	39	20,85	60	32,09
Wyższe	59	31,55	66	35,29	125	66,84
Razem	82	43,85	105	56,15	187	100,00

n - liczebność próby

W kategorii miejsce zamieszkania udział badanych był zbliżony, przeważały jednak osoby zamieszkujące środowisko miejskie (105 osoby, co stanowi 56,15% całej grupy). W tej kategorii zamieszkania dominują osoby, które osiągnęły wykształcenie na poziomie wyższym (66 osób, co stanowi 35,29%), pozostałe osoby zadeklarowały średni poziom wykształcenia (39 osób, co stanowi 20,85%). W środowisku wiejskim zamieszkuje 82 badanych osób, co stanowi 43,85%. W tej grupie także odnotowano przewagę osób z wykształceniem wyższym (59 osób, co stanowi 31, 55%), drugą w kolejności kategorię wyznaczają osoby ze średnim poziomem wykształcenia (21 osób, co stanowi 11,23%). Jedynie wśród mieszkańców wsi odnotowano ukończenie szkoły gimnazjalnej. Ogólnie należy stwierdzić, iż dominującym poziomem wykształcenia w obu kategoriach zamieszkania jest

wykształcenie wyższe, tym samym miejsce zamieszkania nie różnicuje poziomu wykształcenia w badanej grupie.

Informacje dotyczące miejsca zamieszkania rodziców względem ich płci przedstawia Tabela 5.

Tab. 5. Płeć a miejsce zamieszkania badanych rodziców

Płeć	Kobieta		Mężczyzna		Razem	
	n	% (całej grupy)	n	% (całej grupy)	n	% (całej grupy)
Miejsce zamieszkania						
Wieś	70	37,43	12	6,42	82	43,85
Miasto	100	53,48	5	2,67	105	56,15
Razem	170	90,91	17	9,09	187	100,00

n - liczebność próby

W badanej grupie ze względu na miejsce zamieszkania obserwuje się większy udział kobiet zamieszkujących miasto (100 osób, co stanowi 53,48% badanych kobiet), niż zamieszkujący środowiska wiejskie (70 kobiet, co stanowi 37,43% tej kategorii badanych). Udział w badaniu mężczyzn wskazuje na tendencję odwrotną: więcej spośród nich, to mieszkańcy wsi (12 mężczyzn, co stanowi 6,42% w tej grupie), pozostali badani mężczyźni zamieszkują miasto (5 osób, co stanowi 2,67% badanych mężczyzn).

W celu znalezienia odpowiedzi na postawione pytania badawcze dotyczące istnienia istotnych różnic między rodzicami dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i rodzicami dzieci neurotypowych, pod względem poziomu odczuwanego stresu, różnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz poziomu wsparcia społecznego, przeprowadzono analizy statystyczne stosując metodę porównań międzygrupowych. Aby zweryfikować istnienie istotnych korelacji między zmiennymi w obydwu porównywanych grupach, przeprowadzono analizy statystyczne stosując metodę korelacyjną.

Aby sprawdzić normalność rozkładów zmiennych przeanalizowano statystyki skośności oraz kurtozy. Wyniki miar skośności i kurtozy w obydwu grupach badawczych przedstawiają Tabele 6, 7, 8.

Analizy wykazały, że w przypadku większości skal przynajmniej w jednej z badanych grup, przynajmniej jedna z zastosowanych miar wskazuje na normalność rozkładów zmiennych

(na normalność wskazują kurtoza i skośność mieszczące się w przedziale od -1 do 1). W przypadku skal, których miary skośności i kurtozy mieszczą się w przyjętym przedziale, zastosowanie testów parametrycznych w toku dalszych analiz jest uzasadnione.

Tab. 6. Statystyki miar skośności i kurtozy - PSS-10

Zmienna - Poziom Odczuwanego Stresu	Skośność		Kurtoza	
	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)
PSS-10				
Poziom Odczuwanego Stresu	0,36	3,00	-0,85	15,12

n - liczebność próby

Wyniki Poziomu Odczuwanego Stresu w obydwu porównywanych grupach osiągnęły wartości skośności i kurtozy mieszczące się w przedziale od -1 do 1, co pozwala zastosować testy parametryczne w toku dalszych analiz.

Tab. 7. Statystyki miar skośności i kurtozy - Mini-COPE

Zmienna - Strategie radzenia sobie ze stresem	Skośność		Kurtoza	
	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)
Mini-COPE				
Aktywne Radzenie Sobie	-1,13	-1,75	1,51	3,50
Planowanie	-0,96	-1,02	0,53	-0,16

Pozytywne Przewartościowanie	-0,11	-1,27	-0,73	1,78
Akceptacja	-0,60	-0,98	-0,87	-0,14
Poczucie Humoru	0,66	0,28	-0,98	0,10
Zwrot ku Religii	0,63	3,15	-0,22	19,18
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	0,18	-0,70	-0,27	0,04
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	1,55	-0,38	7,84	-0,69
Zajmowanie się Czymś Innym	0,28	0,23	-0,49	-0,51
Zaprzeczanie	0,35	0,82	-1,03	-0,35
Wyładowanie	-0,03	0,13	-0,30	-0,78
Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	2,25	1,61	4,02	1,28
Zaprzestanie Działań	0,82	1,01	0,39	0,63
Obwinianie Siebie	0,64	3,21	-0,60	14,93

n - liczebność próby

W przypadku dwóch skal kwestionariusza Mini-COPE, to jest skal Aktywne Radzenie Sobie oraz Zażywanie Substancji Psychoaktywnych miary skośności i kurtozy wykraczają poza zakres od -1 do 1 w obydwu grupach, co wskazuje na brak normalności rozkładów tych zmiennych. Jednakże przez wzgląd na to, że obydwie porównywane grupy są dość wysoko liczebne zdecydowano się na zastosowanie testów parametrycznych w toku dalszych analiz również w przypadku tych dwóch skal kwestionariusza Mini-COPE.

Tab. 8. Statystyki miar skośności i kurtozy - BSSS

Zmienna - Wsparcie Społeczne	Skośność		Kurtoza	
	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)
BSSS				
Wsparcie Emocjonalne	0,03	-0,99	-0,45	1,00
Wsparcie Instrumentalne	-0,21	-1,34	-0,42	2,59
Zapotrzebowanie na wsparcie	0,51	-0,08	-0,06	0,09
Poszukiwanie wsparcia	0,15	-0,40	-0,71	-0,26

n - liczebność próby

Wyniki większości skal kwestionariusza BSSS w obydwu porównywanych grupach osiągnęły wartości skośności i kurtozy mieszczące się w przedziale od -1 do 1. Jedyne w przypadku Wsparcia Instrumentalnego wynik skośności w grupie rodziców dzieci neurotypowych wykraczają poza ten zakres. Jednak biorąc pod uwagę, że miara kurtozy w obydwu grupach oraz skośności w grupie rodziców dzieci z zaburzeniami SI wskazują na normalność rozkładów zmiennej, możliwe jest zastosowanie testów parametrycznych w toku dalszych analiz.

4.2. Porównania międzygrupowe

Aby udzielić odpowiedzi na postawione pytania badawcze dotyczące istnienia istotnych różnic między rodzicami dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i rodzicami dzieci neurotypowych, pod względem Poziomu Odczuwanego Stresu, różnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz poziomu Wsparcia Społecznego przeprowadzono analizy statystyczne stosując metodę porównań międzygrupowych.

4.2. Poziom spostrzeganego stresu – wyniki kwestionariusza PSS-10

Obliczono statystyki opisowe (średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe) wyników uzyskanych z wykorzystaniem kwestionariusza PSS-10, to jest Poziom Odczuwanego Stresu, oddzielnie dla dwóch porównywanych grup (Tab. 9.). Następnie sprawdzono, czy rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i rodzice dzieci neurotypowych różnią się między sobą pod względem tej zmiennej. Zastosowano w tym celu parametryczny test istotności różnic t-Studenta dla dwóch prób niezależnych.

Tab. 9. Poziom Odczuwanego Stresu (PSS-10) – statystyki opisowe i wyniki testu t-Studenta

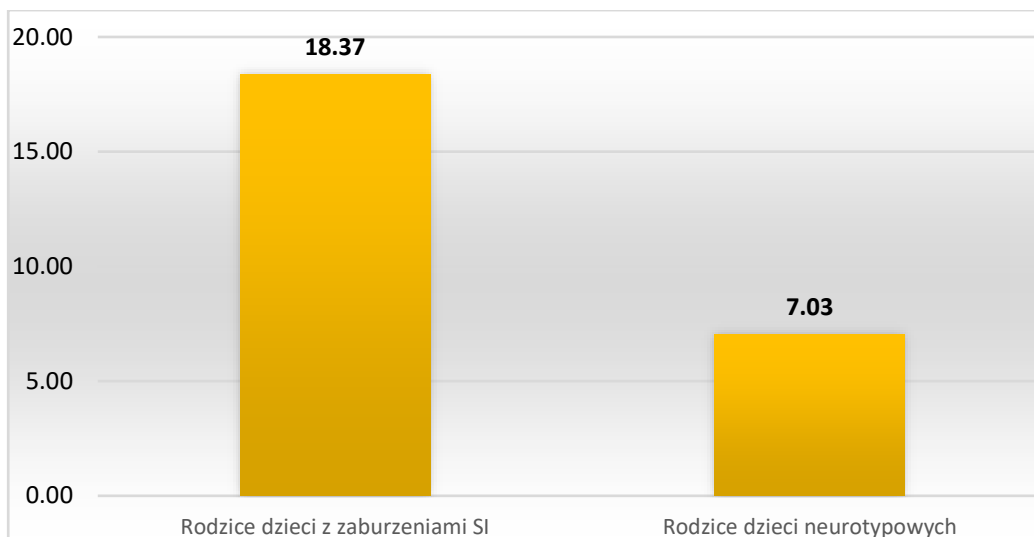
Zmienna – Poziom odczuwanego stresu	Średnia (M)		Odchylenie standardowe (s)		t
	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	
Poziom Odczuwanego Stresu	18,37	7,03	6,52	6,64	11,39*

* $p < 0,05$ (dwustronnie) - wynik istotny statystycznie;

n - liczebność próby;

t - statystyka testu t-Studenta.

Analizy wykazały, że istnieje istotna statystycznie różnica między dwoma porównywanymi grupami, pod względem Poziomu Odczuwanego Stresu ($t=11,39$, $p < 0,05$). Różnice między grupami obrazuje Rycina 6.



Ryc. 6. Poziom Odczuwanego Stresu - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali znacząco wyższe wyniki ($M=18,37$) w Poziomie Odczuwanego Stresu (PSS-10), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=7,03$), co oznacza, że Poziom Odczuwanego Stresu jest u nich istotnie wyższy w porównaniu z grupą rodziców dzieci neurotypowych ($t=11,39$, $p<0,05$).

4.3. Strategie Radzenia Sobie ze Stresem – wyniki kwestionariusza Mini-COPE

Obliczono statystyki opisowe (średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe) wyników uzyskanych z zastosowania skal kwestionariusza Mini-COPE, oddzielnie dla dwóch porównywanych grup (Tab. 10.). Następnie sprawdzono, czy rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i rodzice dzieci neurotypowych różnią się między sobą pod względem strategii radzenia sobie ze stresem. Zastosowano w tym celu parametryczny test istotności różnic t-Studenta dla dwóch prób niezależnych.

Tab. 10. Strategie Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) - statystyki opisowe i wyniki testu t-Studenta

	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (s)	t

Zmienna - Radzenie sobie ze stresem	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	
Aktywne Radzenie Sobie	4,70	5,03	1,29	1,28	-1,68
Planowanie	4,65	5,02	1,30	1,27	-1,88
Pozytywne Przewartościowanie	4,12	5,08	1,37	1,19	-5,03*
Akceptacja	3,80	5,05	1,83	1,17	-5,11*
Poczucie Humoru	1,01	1,74	1,19	1,12	-4,12*
Zwrot ku Religii	1,57	1,47	1,48	1,66	0,39
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	2,84	4,44	1,31	1,13	-7,66*
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	3,35	4,30	1,54	1,28	-4,53*
Zajmowanie się Czymś Innym	3,49	3,71	1,14	1,13	-1,31
Zaprzeczanie	1,34	1,03	1,24	1,16	1,76
Wyładowanie	3,68	4,10	1,09	1,12	-2,50*
Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	0,46	0,56	1,07	1,06	-0,66

Zaprzestanie Działań	1,55	1,19	1,54	1,35	1,68
Obwinianie Siebie	1,39	0,61	1,42	1,29	3,77*

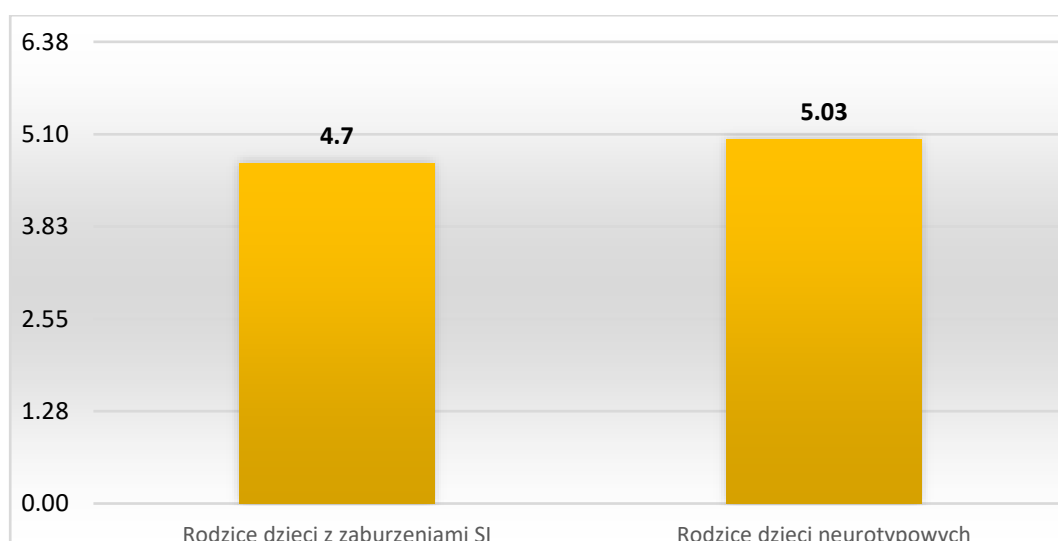
* $p < 0,05$ (dwustronnie) - wynik istotny statystycznie;

n - liczebność próby;

t - statystyka testu t-Studenta.

Analizy wykazały, że rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej oraz rodzice dzieci neurotypowych różnią się istotnie między sobą pod względem następujących skal kwestionariusza Mini-COPE: Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego ($t = -7,66$, $p < 0,05$), Pozytywne Przewartościowanie ($t = -5,03$, $p < 0,05$), Akceptacja ($t = -5,11$, $p < 0,05$), Poczucie Humoru ($t = -4,12$, $p < 0,05$), Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego ($t = -4,53$, $p < 0,05$), Wyładowanie ($t = -2,50$, $p < 0,05$) oraz Obwinianie Siebie ($t = 3,77$, $p < 0,05$). W przypadku pozostałych skal nie wykazano istotnych różnic między wynikami obydwu grup (Aktywne Radzenie Sobie: $t = -1,68$, $p > 0,05$, Planowanie: $t = -1,88$, $p > 0,05$, Zwrot ku Religii: $t = 0,39$, $p > 0,05$, Zajmowanie się Czymś Innym: $t = -1,31$, $p > 0,05$, Zaprzeczanie: $t = 1,76$, $p > 0,05$, Zazywanie Substancji Psychoaktywnych: $t = -0,66$, $p > 0,05$, Zaprzestanie Działań: $t = 1,68$, $p > 0,05$).

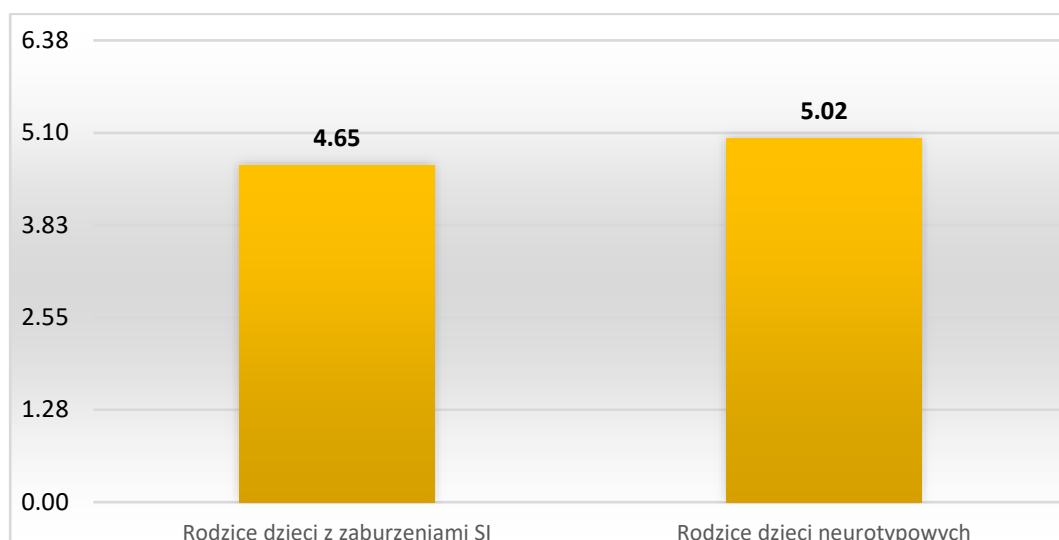
Różnicę średnich wyników na skali Aktywne Radzenie Sobie w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 7.



Ryc. 7. Aktywne Radzenie Sobie - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Aktywne Radzenie Sobie ($M=4,7$) niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=5,03$), jednakże różnica między grupami nie jest istotna statystycznie ($t=1,68, p>0,05$). Zarówno rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, jak też dzieci neurotypowych podejmują w zbliżonym stopniu aktywność pomagającą w zmniejszeniu poziomu stresu.

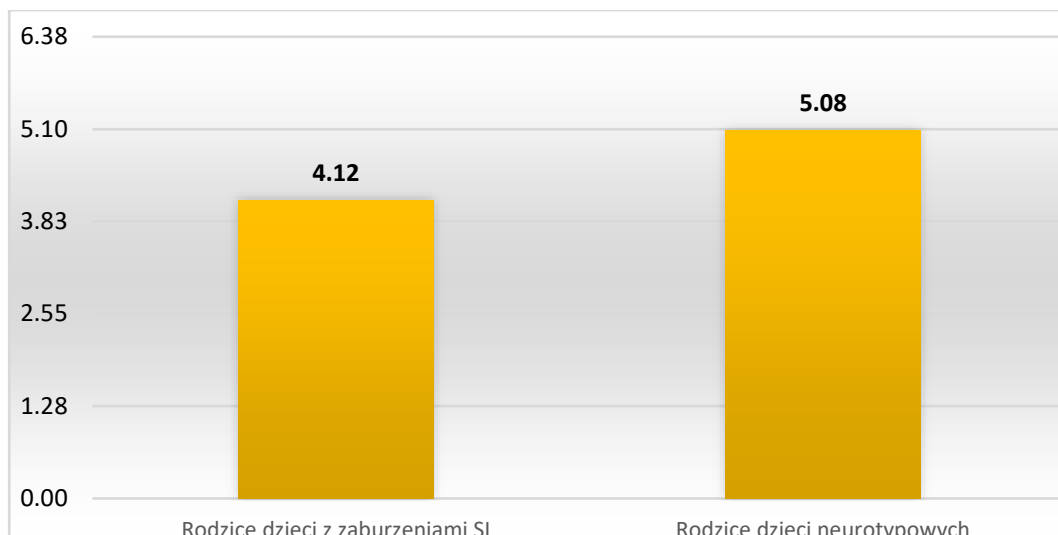
Różnicę średnich wyników skali Planowanie w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 8.



Ryc. 8. Planowanie - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali nieco niższe wyniki na skali Planowanie ($M=4,65$) niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=5,02$) jednakże różnica między grupami nie jest istotna statystycznie ($t=-1,88, p>0,05$). W obydwu grupach jest to strategia często wykorzystywana i wskazuje na podejmowanie planowania, tj. rozkładania problemów na części mniejsze oraz łatwiejsze do pokonania.

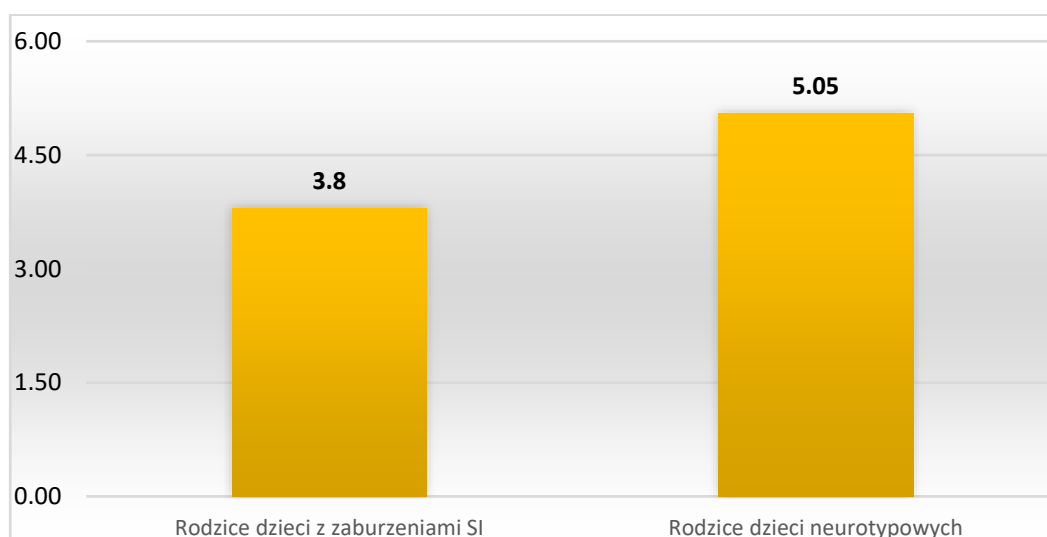
Różnicę średnich wyników skali Pozytywne Przewartościowanie w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 9.



Ryc. 9. Pozytywne Przewartościowanie - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Pozytywne Przewartościowanie ($M=4,12$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=5,08$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($t=-5,03$, $p<0,05$). Wynik wskazuje na większe zaangażowanie rodziców dzieci neurotypowych w podejmowaniu działań sprzyjających przywracaniu emocji pozytywnych w pokonywaniu źródeł stresu.

Różnicę średnich wyników skali Akceptacja w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 10.

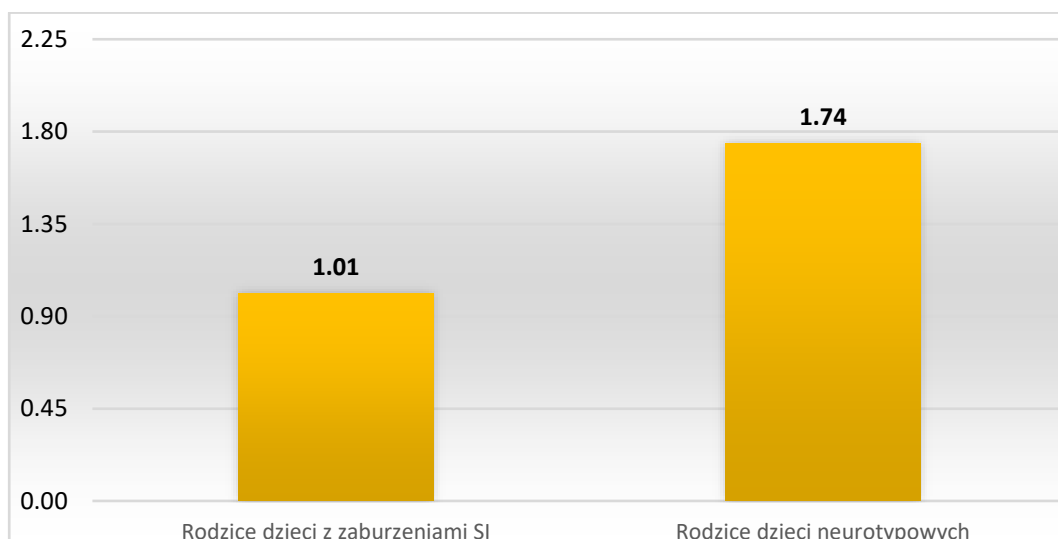


Ryc. 10. Akceptacja - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Akceptacja ($M=3,8$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=5,05$). Różnica między

grupami jest istotna statystycznie ($t=-5,11$, $p<0,05$). Niższy poziom wykorzystywania przez rodziców dzieci z zaburzeniami SI strategii Akceptacji może wynikać z posiadanej wiedzy na temat zaburzeń dziecka oraz związanych z tym obaw w związku ze zmianą placówki edukacyjnej i wdrożenie planu terapeutycznego z udziałem nowych nauczycieli.

Różnicę średnich wyników skali Poczucie Humoru w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 11.

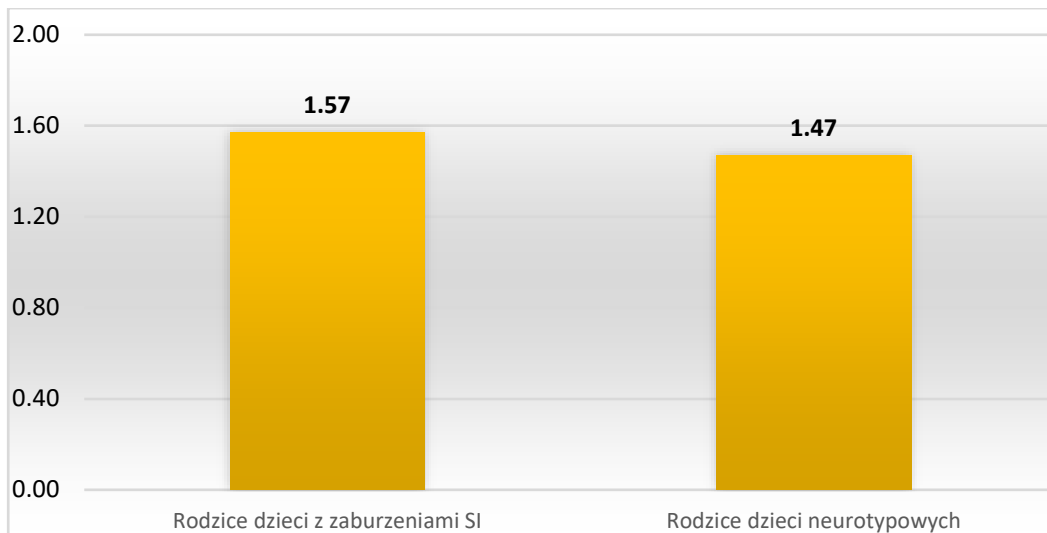


Ryc. 11. Poczucie Humoru - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Poczucie Humoru ($M=1,01$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=1,74$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($t=-4,12$, $p<0,05$).

Na poczucie humoru wpływa wiele czynników. Można przypuszczać, że rodzice dzieci z zaburzeniami SI, odczuwają więcej negatywnych emocji, ale też rzadziej rozładowują odczuwany stres śmiechem, humorem.

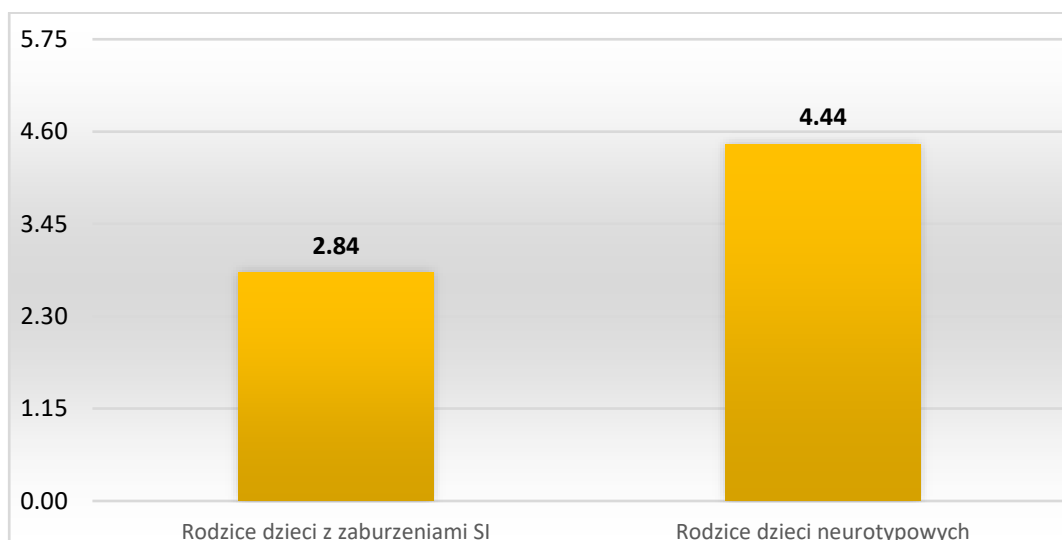
Różnicę średnich wyników skali Zwrot ku Religii w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 12.



Ryc. 12. Zwrot ku Religii - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali wyższe wyniki na skali Zwrot ku Religii ($M=1,57$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=1,47$), jednakże różnica między grupami nie jest istotna statystycznie ($t=0,39$, $p>0,05$). Zatem rodzice obydwu badanych grup wykorzystują na zbliżonym poziomie wskazaną strategię radzenia sobie ze stresem. W trudnych chwilach modlą się, czy też nawiązują rozmowę z duchownym.

Różnicę średnich wyników skali Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 13.

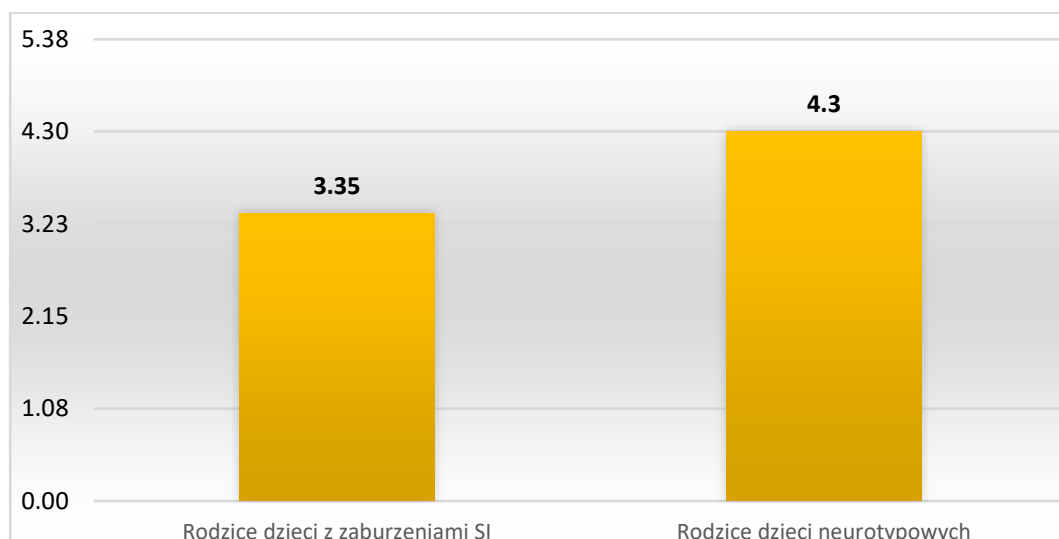


Ryc. 13. Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego ($M=2,84$), niż rodzice dzieci neurotypowych

($M=4,44$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($t=-7,66$, $p<0,05$). Niższy wynik w zakresie strategii Poszukiwania Wsparcia Emocjonalnego przez rodziców dzieci z SI wynika prawdopodobnie z faktu, że osoby te rzadko oczekują czyjegoś współczucia, pokonują trudności wykorzystując własne zasoby i niejednokrotnie zamykają się na pomoc innych osób.

Różnicę średnich wyników skali Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 14.

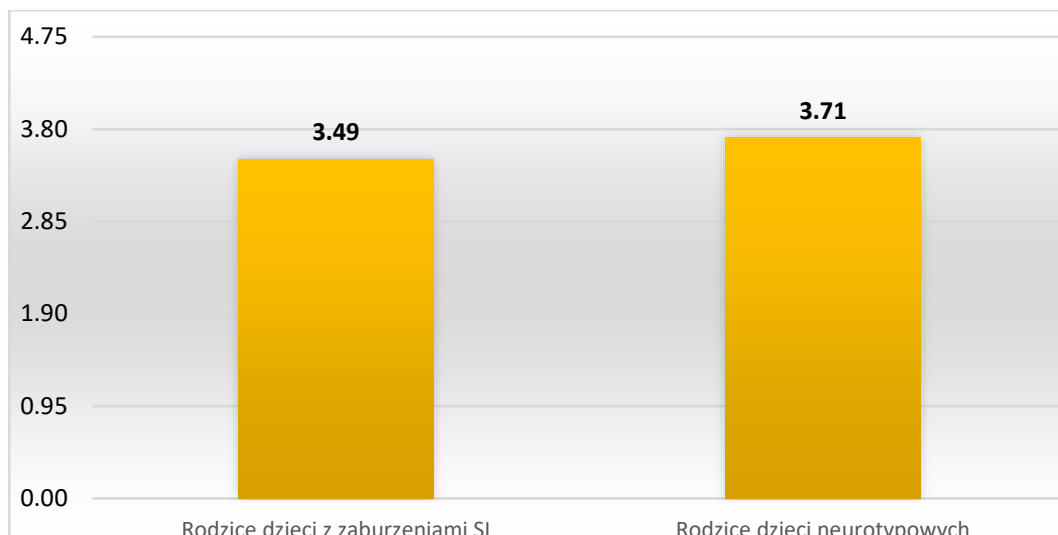


Ryc. 14. Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego ($M=3,35$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=4,30$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($t=-4,53$, $p<0,05$).

Niższy wynik w kategorii Poszukiwaniu Wsparcia Instrumentalnego przez rodziców dzieci z SI wynikać może z faktu, że osoby te rzadko podejmują aktywność w celu poszukiwania konkretnej pomocy, czy też porady w pokonywaniu odczuwanego stresu.

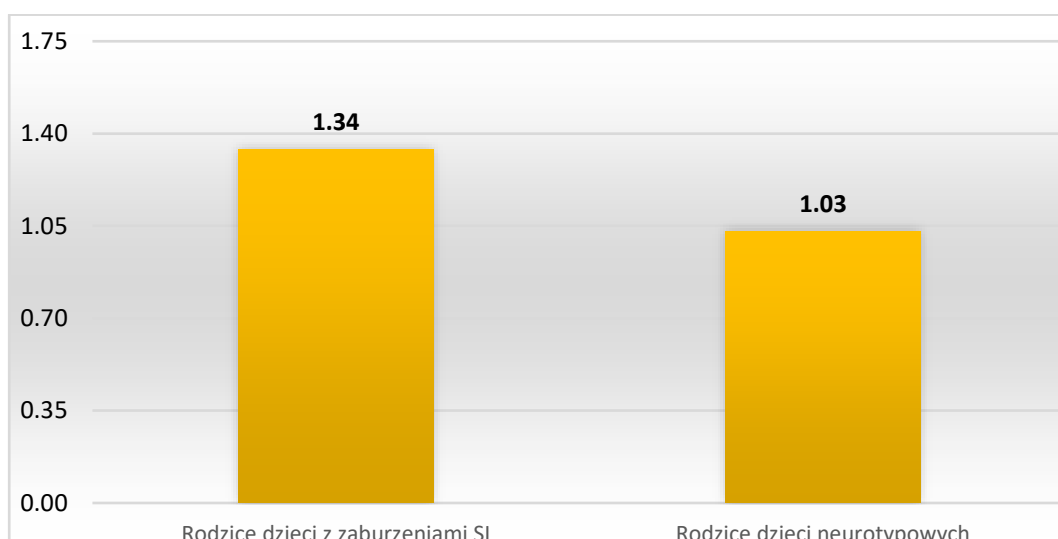
Różnicę średnich wyników skali Zajmowanie się Czymś Innym w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 15.



Ryc. 15. Zajmowanie się Czymś Innym - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Zajmowanie się Czymś Innym ($M=3,49$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=3,71$), jednakże różnica między grupami nie jest istotna statystycznie ($t=-1,31$, $p>0,05$). Rodzice reprezentujący obydwie badane grupy dzieci wykorzystują różne sposoby na odwracanie uwagi od problemów i poczucia winy.

Różnicę średnich wyników skali Zaprzeczanie w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 16.

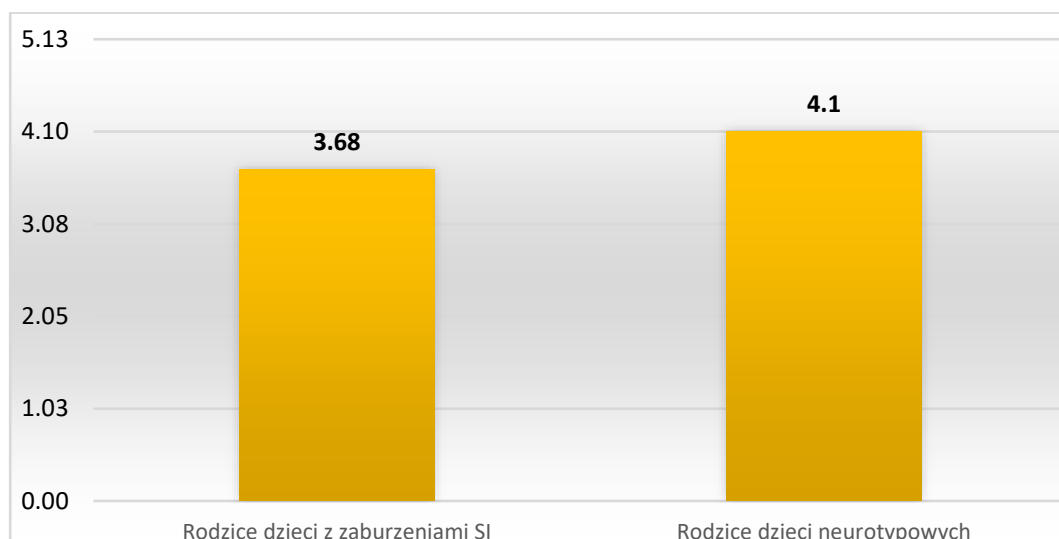


Ryc. 16. Zaprzeczanie - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali wyższe wyniki na skali Zaprzeczanie ($M=1,34$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=1,03$), jednakże różnica

między grupami nie jest istotna statystycznie ($t=1,76$, $p>0,05$). Rodzice obydwu badanych grup wykorzystują wskazaną strategię radzenia sobie ze stresem. Uzyskane wyniki strategii Zaprzeczanie są spójne z wcześniej odnotowanym poziomem wykorzystywania strategii Akceptacja, względem której Zaprzeczanie stanowi odwrotność.

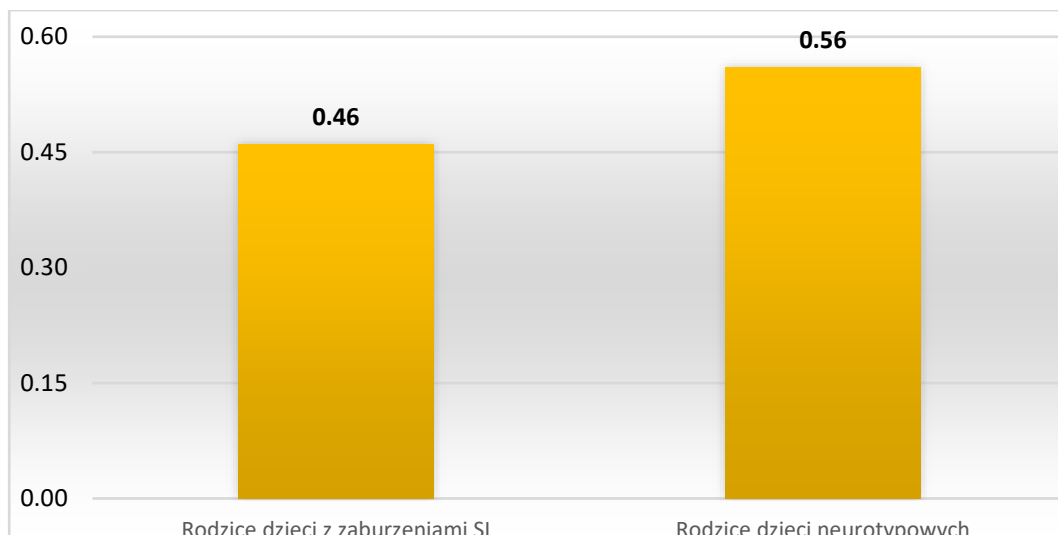
Różnicę średnich wyników skali Wyładowanie w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 17.



Ryc. 17. Wyładowanie - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Wyładowanie ($M=3,68$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=4,10$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($t=-2,50$, $p<0,05$). Rodzice dzieci z zaburzeniami SI często zamykają się w sobie ze swoimi emocjami, nie zawsze chcą powierzać swoich problemów innym osobom. Rodzice reprezentujący obydwie grupy badanych w podobny sposób koncentrują się na emocjach i poszukują sposobów ich wyładowania.

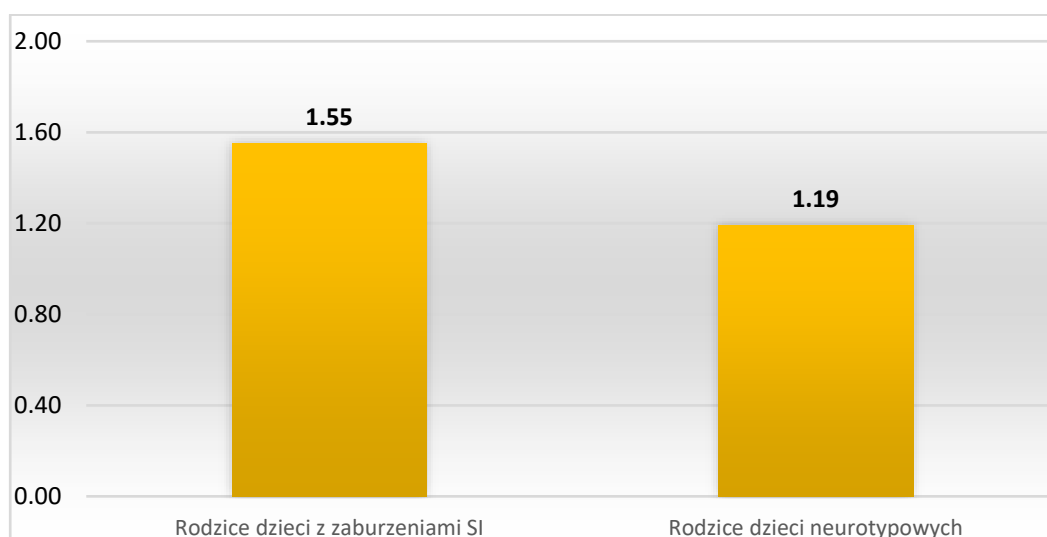
Różnicę średnich wyników skali Zażywanie Substancji Psychoaktywnych w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 18.



Ryc. 18. Zażywanie Substancji Psychoaktywnych - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Zażywanie Substancji Psychoaktywnych ($M=0,46$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=0,56$), jednakże różnica między grupami nie jest istotna statystycznie ($t=-0,66$, $p>0,05$). Używanie substancji psychoaktywnych, np. alkoholu, pomaga rodzicom z obydwu grup badanych w regulacji stresu, co wiąże się jednocześnie z zagrożeniem uzależnień.

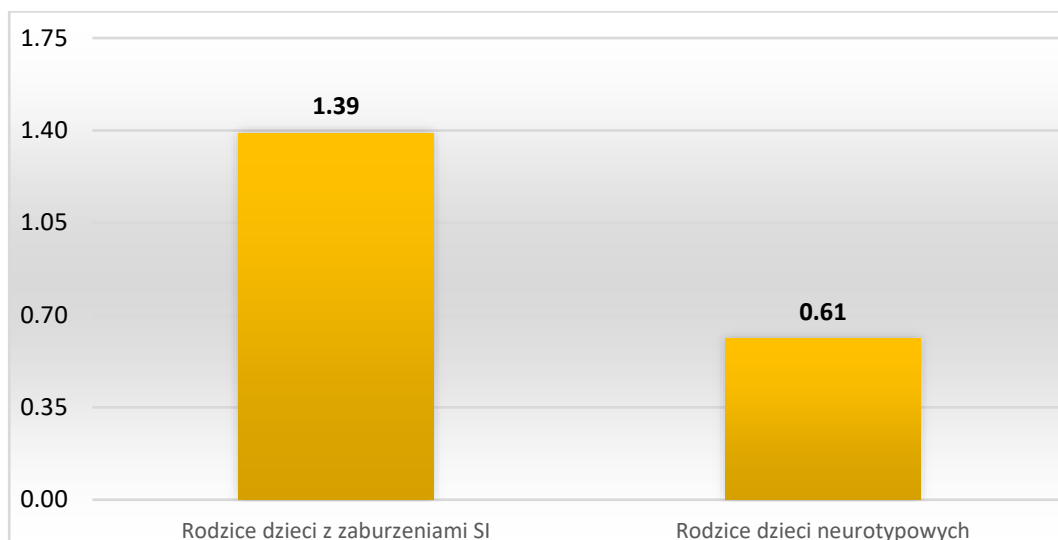
Różnicę średnich wyników skali Zaprzestanie Działań w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 19.



Ryc. 19. Zaprzestanie Działań - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali wyższe wyniki na skali Zaprzestanie Działań ($M=1,55$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=1,19$), jednakże różnica między grupami nie jest istotna statystycznie ($t=1,68$, $p>0,05$).

Różnicę średnich wyników skali Obwinianie Siebie w obydwu porównywanych grupach obrazuje Rycina 20.



Ryc. 20. Obwinianie Siebie - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali wyższe wyniki na skali Obwinianie Siebie ($M=1,39$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=0,61$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($t=3,77$, $p<0,05$). Rodzice dzieci z zaburzeniami SI częściej, niż rodzice dzieci neurotypowych poszukają przyczyn deficytów dziecka w sobie, mogą także obwiniać siebie za zaburzenia dziecka.

4.4. Wsparcie społeczne - wyniki Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego

Obliczono statystyki opisowe (średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe) wyników Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego, oddzielnie dla dwóch porównywanych grup (Tab.11.). Następnie sprawdzono czy rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i rodzice dzieci neurotypowych różnią się między sobą pod względem skal tego kwestionariusza. Zastosowano w tym celu parametryczny test istotności różnic t-Studenta dla dwóch prób niezależnych.

Tab. 11. Wsparcie Społeczne (BSSS) - statystyki opisowe i wyniki testu t-Studenta

Zmienna - Wsparcie Społeczne	Średnia (M)		Odchylenie standardowe (s)		t
	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n=70)	Rodzice dzieci neurotypowych (n=117)	
Wsparcie Emocjonalne	12,03	14,22	1,68	1,49	-9,29*
Wsparcie Instrumentalne	12,81	15,02	1,65	1,12	-9,87*
Zapotrzebowanie na wsparcie	11,29	12,26	1,07	1,45	-5,26*
Poszukiwanie wsparcia	14,84	15,03	2,22	2,29	-0,53

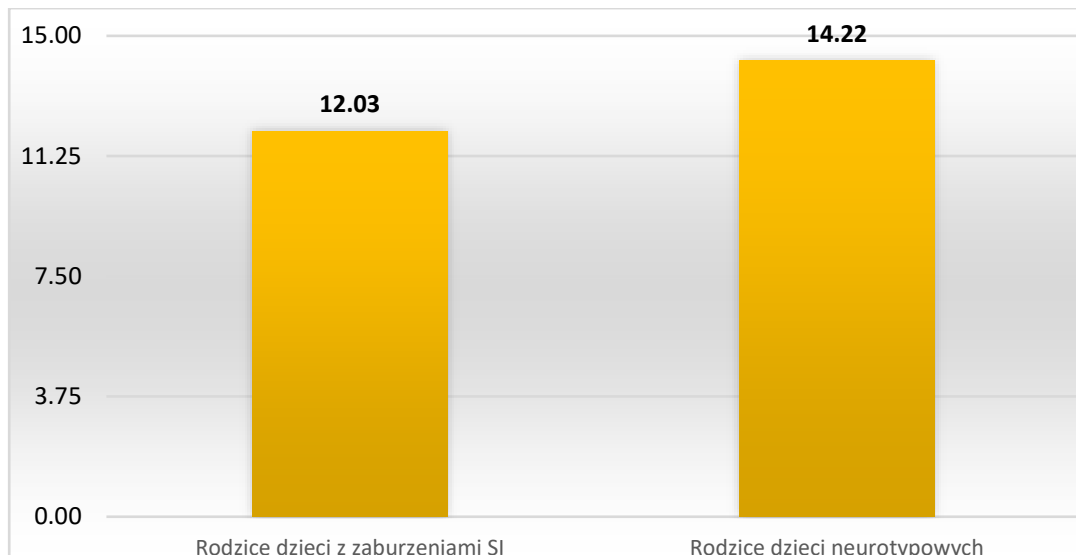
* $p < 0,05$ (dwustronnie) - wynik istotny statystycznie;

n - liczebność próby;

t - statystyka testu t-Studenta.

Analizy wykazały, że rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej oraz rodzice dzieci neurotypowych różnią się istotnie między sobą pod względem następujących składowych Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego: Wsparcie Emocjonalne ($t = -9,29$, $p < 0,05$), Wsparcie Instrumentalne ($t = -9,87$, $p < 0,05$), Zapotrzebowanie na wsparcie ($t = -5,26$, $p < 0,05$). W przypadku skali Poszukiwanie wsparcia nie wykazano istotnych różnic między wynikami w badanych grupach rodziców ($t = -0,53$, $p > 0,05$).

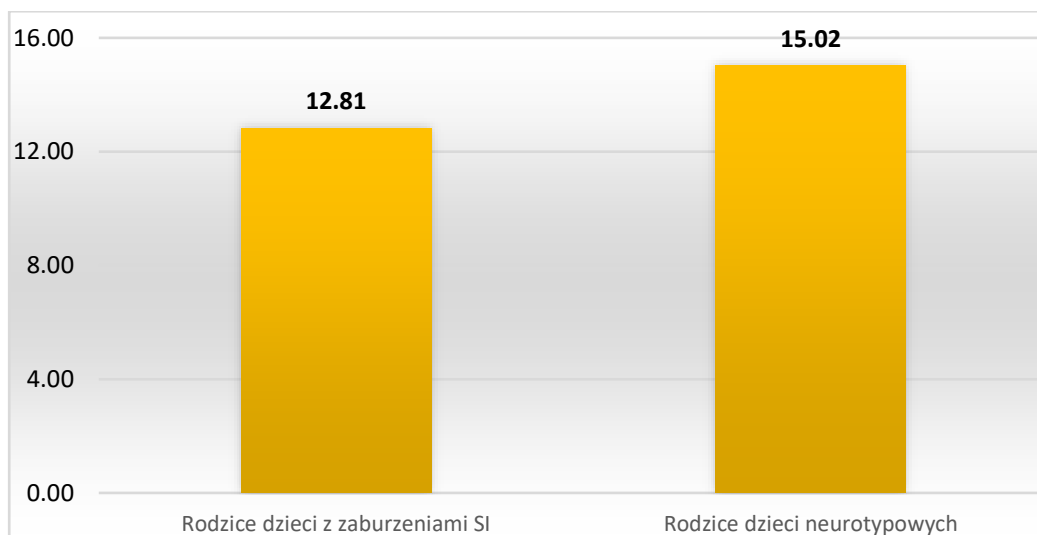
Różnicę średnich wyników skali Wsparcie Emocjonalne w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 21.



Ryc. 21. Wsparcie Emocjonalne - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Wsparcie Emocjonalne ($M=12,03$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=14,22$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($t=9,29$, $p<0,05$).

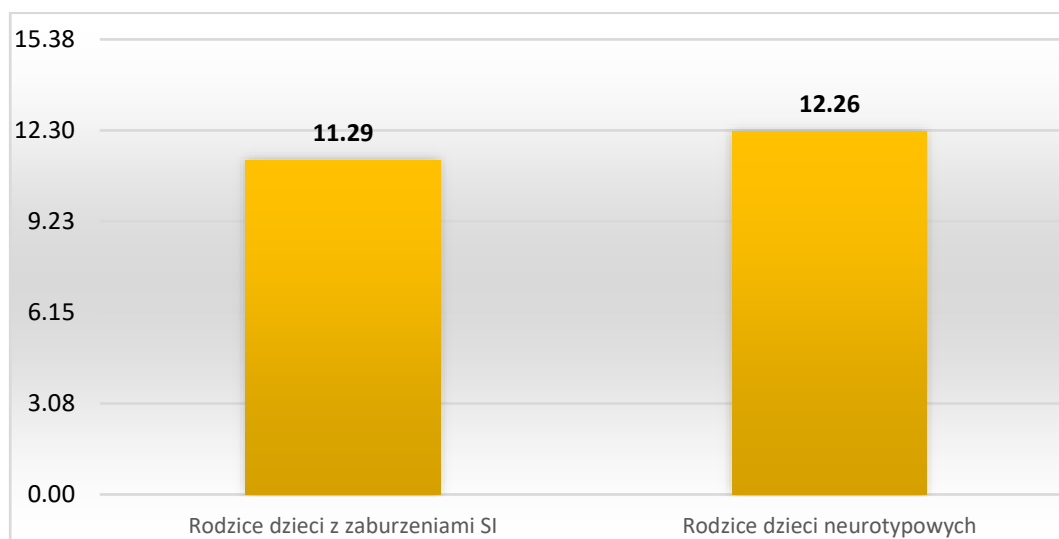
Różnicę średnich wyników na skali Wsparcie Instrumentalne w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 22.



Ryc. 22. Wsparcie Instrumentalne - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Wsparcie Instrumentalne ($M=12,81$) niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=15,02$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($t=-9,87$, $p<0,05$).

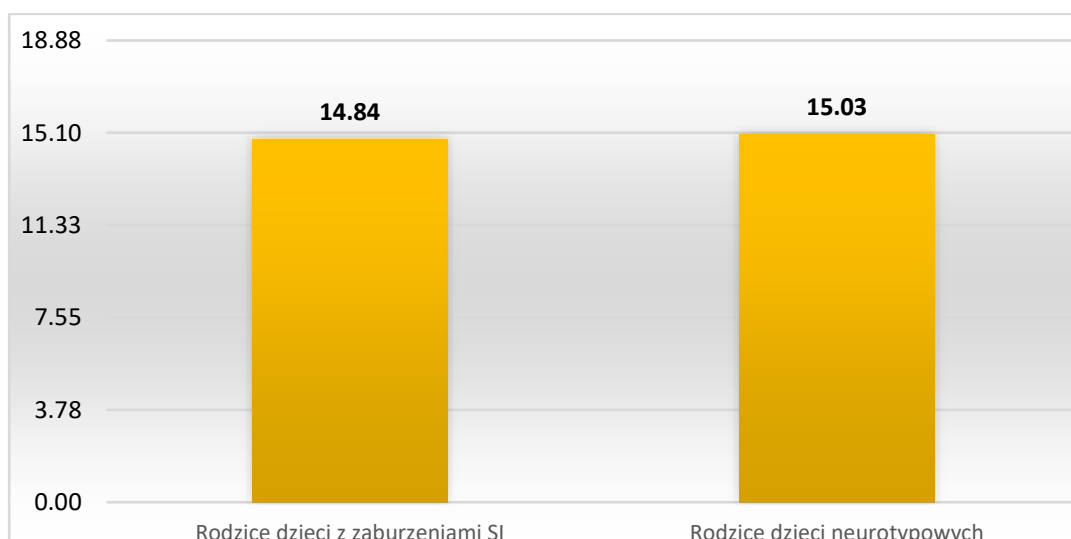
Różnicę średnich wyników skali Zapotrzebowanie na wsparcie w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 23.



Ryc. 23. Zapotrzebowanie na wsparcie - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Zapotrzebowanie na wsparcie ($M=11,29$), niż rodzice dzieci neurotypowych ($M=12,26$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($t=-5,26$, $p<0,05$).

Różnicę średnich wyników skali Poszukiwanie wsparcia w obydwu porównywanych grupach, obrazuje Rycina 24.



Ryc. 24. Poszukiwanie wsparcia - różnice średnich

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali niższe wyniki na skali Poszukiwanie wsparcia ($M=14,84$) niż rodzice dzieci bez tych zaburzeń ($M=15,03$), jednakże różnica między grupami nie jest istotna statystycznie ($t=-0,53$, $p>0,05$).

4.5. Korelacje między zmiennymi

Aby udzielić odpowiedzi na postawione pytania badawcze dotyczące istnienia związków pomiędzy poziomem odczuwanego stresu, różnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz poziomem wsparcia społecznego przeprowadzono analizy statystyczne stosując metodę korelacyjną.

Poszukiwano związków między zmiennymi oddzielnie w grupie rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i w grupie rodziców dzieci neurotypowych. Zastosowano miarę współczynnika korelacji r-Pearsona.

Korelacje między zmiennymi w grupie rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej prezentuje Tabela 12.

Tab. 12. Korelacje między skalami kwestionariuszy PSS-10, BSSS i Mini-COPE - rodzice dzieci z zaburzeniami SI

Narzędzia badawcze		PSS-10	BSSS			
		Poziom Odczuwanego Stresu	Wsparcie Emocjonalne	Wsparcie Instrumentalne	Zapotrzebowanie na wsparcie	Poszukiwanie wsparcia
Mini-COPE	Aktywne Radzenie Sobie	0,067	-0,024	0,033	0,089	-0,030
	Planowanie	-0,184	0,005	0,071	0,020	0,077
	Pozytywne Przewartościowanie	-0,460*	0,099	0,005	0,140	-0,116
	Akceptacja	-0,528*	0,192	-0,012	0,170	-0,125

	Poczucie Humoru	-0,371*	0,166	-0,049	0,062	-0,009
	Zwrot ku Religii	0,455*	-0,141	0,142	-0,210	0,035
	Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	0,179	0,068	-0,233	-0,240*	0,082
	Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	0,191	-0,116	-0,102	-0,314*	-0,035
	Zajmowanie się Czymś Innym	0,246*	-0,489*	-0,059	-0,159	-0,073
	Zaprzeczanie	0,392*	-0,012	0,138	-0,108	0,115
	Wyładowanie	-0,120	0,045	-0,107	0,145	-0,130
	Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	0,075	-0,007	-0,033	0,011	0,061
	Zaprzestanie Działań	0,285*	-0,219*	-0,035	-0,102	-0,124
	Obwinianie Siebie	0,391*	0,008	-,0160	0,054	0,102
PSS-10	Poziom Odczuwanego Stresu		-0,009	0,086	-0,197	0,364*

* $p < 0,05$ (dwustronnie)

W grupie rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej Poziom Odczuwanego Stresu istotnie koreluje z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: Pozytywne Przewartościowanie ($r = -0,460$, $p < 0,05$) Akceptacja ($r = -0,528$, $p < 0,05$), Poczucie Humoru ($r = -0,371$, $p < 0,05$), Zwrot ku Religii ($r = 0,455$, $p < 0,05$), Zajmowanie się Czymś Innym

($r=0,246$, $p<0,05$), Zaprzeczanie ($r=0,392$, $p<0,05$), Zaprzestanie Działań ($r=0,285$, $p<0,05$), Obwinianie Siebie ($r=0,391$, $p<0,05$), Poszukiwanie wsparcia ($r=0,364$, $p<0,05$).

Uzyskane wyniki oznaczają, że im większy jest Poziom Odczuwanego Stresu badanych:

- tym niższy poziom na skali Pozytywne Przewartościowanie,
- tym niższy poziom na skali Akceptacja,
- tym niższy poziom na skali Poczucie Humoru,
- tym wyższe poziom na skali Zwrot ku Religii,
- tym wyższy poziom na skali Zajmowanie się Czymś Innym,
- tym wyższy poziom na skali Zaprzeczanie,
- tym wyższy poziom na skali Zaprzestanie Działań,
- tym wyższy poziom na skali Obwinianie Siebie,
- tym wyższy poziom na skali Poszukiwanie Wsparcia.

Wsparcie Emocjonalne koreluje istotnie z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: Zajmowanie się Czymś Innym ($r=-0,489$, $p<0,05$), Zaprzestanie Działań ($r=-0,219$, $p<0,05$).

Uzyskane wyniki oznaczają, że im wyższy jest wynik na skali Wsparcie Emocjonalne:

- tym niższy poziom na skali Zajmowanie się Czymś Innym,
- tym niższy poziom na skali Zaprzestanie Działań.

Oznacza to, że im częściej rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej otrzymują Wsparcie Emocjonalne, tym rzadziej stosują strategię Zajmowania się Czymś Innym i Zaprzestanie Działań.

Wsparcie Instrumentalne nie koreluje istotnie z żadną strategią radzenia sobie ze stresem.

Zapotrzebowanie na wsparcie koreluje istotnie z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego ($r=-0,240$, $p<0,05$), Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego ($r=-0,314$, $p<0,05$).

Otrzymane wyniki korelacji świadczą o tym, że im wyższe było Zapotrzebowanie na wsparcie:

- tym niższy był poziom na skali Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego,
- tym niższy był poziom na skali Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego.

Można zatem stwierdzić, że im częściej rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej wyrażają Zapotrzebowanie na Wsparcie Emocjonalne, tym rzadziej stosują strategię Poszukiwania Wsparcia Emocjonalnego i Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego.

Badania wykazały zatem, że Poziom Odczuwanego Stresu oraz Wsparcie Społeczne nie koreluje istotnie statystycznie ze strategią radzenia sobie ze stresem Zażywanie Substancji Psychoaktywnych, co oznacza, że rodzice dzieci z zaburzeniami SI niezależnie od rodzaju uzyskanego wsparcia oraz zapotrzebowania na nie, nie stosują takiej strategii zaradczej. Podobny wniosek dotyczy strategii Wyładowanie.

Dane wskazują także, że im wyższy Poziom Odczuwanego Stresu, tym większa częstotliwość wykorzystywania zarówno strategii skoncentrowanych na emocjach i unikaniu (Zwrot ku Religii, Obwiniania, Zaprzeczanie), jak też skoncentrowanej na problemie (Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie). Im wyższy Poziom Odczuwanego Stresu, tym mniejsza częstotliwość wykorzystywania strategii skoncentrowanej na redukcji napięcia i negatywnych emocji (Pozytywne Przewartościowanie, Akceptacja, Poczucie Humoru).

Korelacje między zmiennymi w grupie rodziców dzieci neurotypowych prezentuje Tabela 13.

Tab. 13. Korelacje między skalami kwestionariuszy PSS-10, BSSS i Mini-COPE - rodzice dzieci neurotypowych

Narzędzia badawcze		PSS-10	BSSS			
		Poziom Odczuwanego Stresu	Wsparcie Emocjonalne	Wsparcie Instrumentalne	Zapotrzebowanie na wsparcie	Poszukiwanie wsparcia
Mini - COPE	Aktywne Radzenie Sobie	-0,358*	0,432*	0,265*	0,253*	-0,245*
	Planowanie	-0,365*	0,290*	0,334*	0,205*	-0,345*
	Pozytywne Przewartościowanie	-0,521*	0,413*	0,290*	0,194*	-0,279*
	Akceptacja	-0,490*	0,373*	0,346*	0,267*	-0,334*
	Poczucie Humoru	0,146	-0,298*	-0,263*	-0,292*	0,167

	Zwrot ku Religii	0,120	-0,018	-0,106	-0,176	0,062
	Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	-0,112	-0,034	-0,212*	0,063	0,090
	Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	-0,172	0,006	0,014	0,051	-0,035
	Zajmowanie się Czymś Innym	-0,118	0,044	-0,016	0,072	0,106
	Zaprzeczanie	0,348*	-0,376*	-0,271*	-0,230*	0,187*
	Wyładowanie	-0,154	0,192*	-0,015	0,063	0,019
	Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	0,335*	-0,330*	-0,196*	-0,258*	0,136
	Zaprzestanie Działań	0,403*	-0,373*	-0,288*	-0,202*	0,155
	Obwinianie Siebie	0,376*	-0,142	-0,019	-0,236*	-0,066
PSS-10	Poziom Odczuwanego Stresu		-0,517*	-0,377*	-0,344*	0,356*

* $p < 0,05$ (dwustronnie)

W grupie rodziców dzieci neurotypowych Poziom Odczuwanego Stresu istotnie koreluje z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: Aktywne Radzenie Sobie ($r = -0,358$, $p < 0,05$), Planowanie ($r = -0,365$, $p < 0,05$), Pozytywne Przewartościowanie ($r = -0,521$, $p < 0,05$), Akceptacja ($r = -0,490$, $p < 0,05$), Zaprzeczanie ($r = 0,348$, $p < 0,05$), Zażywanie Substancji Psychoaktywnych ($r = 0,335$, $p < 0,05$), Zaprzestanie Działań ($r = 0,403$, $p < 0,05$), Obwinianie Siebie ($r = 0,376$, $p < 0,05$).

Uzyskane wyniki u rodziców dzieci neurotypowych, oznaczają, że im większy jest Poziom Odczuwanego Stresu badanych:

- tym niższy poziom na skali Aktywne Radzenie Sobie,
- tym niższy poziom na skali Planowanie,
- tym niższy poziom na skali Pozytywne Przewartościowanie,
- tym niższy poziom na skali Akceptacja,
- tym wyższy poziom na skali Zaprzeczanie,
- tym wyższy poziom na skali Zażywanie Substancji Psychoaktywnych,
- tym wyższy poziom na skali Zaprzestanie Działań,
- tym wyższy poziom na skali Obwinianie Siebie.

Należy zatem stwierdzić, że rodzice dzieci neurotypowych stosują strategie unikowe radzenia sobie ze stresem (Zaprzeczanie, Zaprzestanie Działań, Zażywanie Substancji Psychoaktywnych), nie stosują natomiast Planowania, Aktywnego Radzenia Sobie, Akceptacji, jako strategii skoncentrowanej na zadaniu.

W grupie rodziców dzieci neurotypowych Wsparcie Emocjonalne koreluje istotnie z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: Aktywne Radzenie Sobie ($r=0,432$, $p<0,05$), Planowanie ($r=0,290$, $p<0,05$), Pozytywne Przewartościowanie ($r=0,413$, $p<0,05$), Akceptacja ($r=0,373$, $p<0,05$), Poczucie Humoru ($r=-0,298$, $p<0,05$), Zaprzeczanie ($r=-0,376$, $p<0,05$), Wyładowanie ($r=0,192$, $p<0,05$), Zażywanie Substancji Psychoaktywnych ($r=-0,330$, $p<0,05$), Zaprzestanie Działań ($r=-0,373$, $p<0,05$) oraz z Poziomem Odczuwanego Stresu ($r=-0,517$, $p<0,05$).

Uzyskane wyniki oznaczają, że im wyższy jest wynik na skali Wsparcie Emocjonalne:

- tym wyższy poziom na skali Aktywne Radzenie Sobie,
- tym wyższy poziom na skali Planowanie,
- tym wyższy poziom na skali Pozytywne Przewartościowanie,
- tym wyższy poziom na skali Wyładowanie,
- tym wyższy poziom na skali Akceptacja,
- tym niższy poziom na skali Poczucie Humoru,
- tym niższy poziom na skali Zaprzeczanie,
- tym niższy poziom na skali Zażywanie Substancji Psychoaktywnych,
- tym niższy poziom na skali Zaprzestanie Działań,

- tym niższy poziom na skali Poziom Odczuwanego Stresu.

Wsparcie Instrumentalne koreluje istotnie z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: Aktywne Radzenie Sobie ($r=0,265$, $p<0,05$), Planowanie ($r=0,334$, $p<0,05$), Pozytywne Przewartościowanie ($r=0,299$, $p<0,05$), Akceptacja ($r=0,346$, $p<0,05$), Poczucie Humoru ($r=-0,263$, $p<0,05$), Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego ($r=-0,212$, $p<0,05$), Zaprzeczanie ($r=-0,271$, $p<0,05$), Zażywanie Substancji Psychoaktywnych ($r=-0,196$, $p<0,05$), Zaprzestanie Działań ($r=-0,288$, $p<0,05$) oraz z Poziomem Odczuwanego Stresu ($r=-0,377$, $p<0,05$).

Uzyskane wyniki oznaczają, że im wyższy jest wynik na skali Wsparcie Instrumentalne:

- tym wyższy poziom na skali Aktywne Radzenie Sobie,
- tym wyższy poziom na skali Planowanie,
- tym wyższy poziom na skali Pozytywne Przewartościowanie,
- tym wyższy poziom na skali Akceptacja,
- tym niższy poziom na skali Poczucie Humoru,
- tym niższy poziom na skali Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego,
- tym niższy poziom na skali Zaprzeczanie,
- tym niższy poziom na skali Zażywanie Substancji Psychoaktywnych,
- tym niższy poziom na skali Zaprzestanie Działań,
- tym niższy poziom na skali Poziom Odczuwanego Stresu.

Zapotrzebowanie na wsparcie koreluje istotnie z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: Aktywne Radzenie Sobie ($r=0,253$, $p<0,05$), Planowanie ($r=0,205$, $p<0,05$), Pozytywne Przewartościowanie ($r=0,194$, $p<0,05$), Akceptacja ($r=0,267$, $p<0,05$), Poczucie Humoru ($r=-0,292$, $p<0,05$), Zaprzeczanie ($r=-0,230$, $p<0,05$), Zażywanie Substancji Psychoaktywnych ($r=-0,258$, $p<0,05$), Zaprzestanie Działań ($r=-0,202$, $p<0,05$), Obwinianie Siebie ($r=-0,236$, $p<0,05$) oraz z Poziomem Odczuwanego Stresu ($r=-0,344$, $p<0,05$).

Uzyskane wyniki oznaczają, że im wyższy jest wynik na skali Zapotrzebowanie na wsparcie:

- tym wyższy poziom na skali Aktywne Radzenie Sobie,
- tym wyższy poziom na skali Planowanie,
- tym wyższy poziom na skali Pozytywne Przewartościowanie,
- tym wyższy poziom na skali Akceptacja,
- tym niższy poziom na skali Poczucie Humoru,

- tym niższy poziom na skali Zaprzeczanie,
- tym niższy poziom na skali Zażywanie Substancji Psychoaktywnych,
- tym niższy poziom na skali Zaprzestanie Działań,
- tym niższy poziom na skali Obwinianie Siebie,
- tym niższy poziom na skali Poziom Odczuwanego Stresu.

Poszukiwanie wsparcia koreluje istotnie z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: Aktywne Radzenie Sobie ($r=-0,245$, $p<0,05$), Planowanie ($r=-0,345$, $p<0,05$), Pozytywne Przewartościowanie ($r=-0,279$, $p<0,05$), Akceptacja ($r=-0,334$, $p<0,05$), Zaprzeczanie ($r=0,187$, $p<0,05$) oraz z Poziomem Odczuwanego Stresu ($r=0,356$, $p<0,05$).

Uzyskane wyniki oznaczają, że im wyższy jest wynik na skali Poszukiwanie wsparcia:

- tym niższy poziom na skali Aktywne Radzenie Sobie,
- tym niższy poziom na skali Planowanie,
- tym niższy poziom na skali Pozytywne Przewartościowanie,
- tym niższy poziom na skali Akceptacja,
- tym wyższy poziom na skali Zaprzeczanie,
- tym wyższy poziom na skali Poziom Odczuwanego Stresu.

4.6. Analiza regresji

Analiza została przeprowadzona w środowisku R w wersji 4.2.1. [103].

W celu wyłonienia najważniejszych aspektów wsparcia i strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych w przewidywaniu Poziomu Odczuwanego Stresu, przeprowadzona została hierarchiczna analiza regresji w dwóch blokach. Modele regresji były budowane w podziale na grupy rodziców dzieci neurotypowych i dzieci z zaburzeniami SI. W pierwszym bloku do modelu wprowadzono skale mierzące poszczególne aspekty wsparcia społecznego. W drugim bloku dołączone zostały skale mierzące poszczególne style radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Dodatkowo we wszystkich modelach uwzględniono potencjalną zmienną niezależną zakłócającą - Płeć. Wszystkie predyktory ilościowe, przed wprowadzeniem do modelu, zostały wycelowane względem wartości średniej. Zabieg ten przeprowadzono z uwagi na to, że zastosowane w badaniu skale nie miały naturalnej wartości zero. W Tabeli 14. przedstawiono parametry obydwu modeli regresji z bloku pierwszego.

Tab. 14. Parametry hierarchicznych modeli regresji (blok nr. 1) dla związku pomiędzy Poziomem Odczuwanego Stresu a rodzajem Wsparcia Społecznego w grupie rodziców dzieci neurotypowych i dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej

Predyktor	B	SE	beta	t	p
Rodzice dzieci neurotypowych (n = 117)					
(stała)	12,60	0,54		23,25	<0,001
Wsparcie Emocjonalne	-1,31	0,33	-0,36	-3,91	<0,001
Wsparcie Instrumentalne	-0,10	0,45	-0,02	-0,23	0,820
Zapotrzebowanie na wsparcie	-0,81	0,31	-0,22	-2,63	0,010
Poszukiwanie wsparcia	0,60	0,19	0,26	3,13	0,002
Płeć [mężczyźni]	-3,33	1,26	-0,20	-2,64	0,010
Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n = 70)					
(stała)	21,19	1,07		19,79	<0,001
Wsparcie Emocjonalne	-0,38	0,50	-0,10	-0,76	0,449
Wsparcie Instrumentalne	-0,12	0,49	-0,03	-0,24	0,812
Zapotrzebowanie na wsparcie	-1,53	0,71	-0,25	-2,16	0,035
Poszukiwanie wsparcia	1,42	0,37	0,49	3,89	<0,001
Płeć [mężczyźni]	-4,75	3,10	-0,17	-1,53	0,130

n - liczebność próby;

B - współczynnik nachylenia;

SE - błąd standardowy;

beta - standaryzowany współczynnik nachylenia;

t - wartość statystyki t-Studenta;

p - empiryczny poziom istotności statystycznej.

W grupie rodziców dzieci neurotypowych model regresji był istotny statystycznie [$F(5, 111)=14,40$; $p<0,001$; popr. $R^2=0,37$] i wyjaśniał 37% wariacji Poziomu Odczuwanego Stresu. Za wyjątkiem Wsparcia Instrumentalnego, wszystkie pozostałe predyktory były istotne statystycznie. Ujemna wartość współczynnika beta dla Płci oznacza, że ojcowie dzieci neurotypowych charakteryzowali się niższym Poziomem Odczuwanego Stresu niż kobiety o średnio 0,20 odchylenia standardowego. Wartości pozostałych współczynników beta wskazują, że najsilniejszym predyktorem poziomu stresu było Wsparcie Emocjonalne – wzrost wyników na tej skali o jedno odchylenie standardowe odpowiadał spadkowi Poziomu Odczuwanego Stresu o 0,36 odchylenia standardowego (przy zachowaniu pozostałych zmiennych na stałym poziomie). Kolejnymi ze względu na siłę związku ze zmienną objaśnianą były predyktory: Poszukiwanie wsparcia i Zapotrzebowanie na wsparcie. W przypadku Poszukiwania wsparcia zależność miała charakter dodatni. Oznacza to, że wzrostowi wyników na skali Poszukiwania wsparcia o jedno odchylenie standardowe, odpowiadało wyższy Poziomu Odczuwanego Stresu o 0,26 odchylenia standardowego. W przypadku skali Zapotrzebowania na wsparcie, wyższy wynik o jedno odchylenie standardowe był powiązany z niższym poziomem stresu o 0,22 odchylenia standardowego. Stała regresji wynosiła 12,60 - wartość ta wskazuje jaki był Poziom Odczuwanego Stresu w grupie kobiet o średnich wynikach na wszystkich skalach Poszukiwania wsparcia.

W grupie rodziców dzieci z zaburzeniami SI model regresji był również istotny [$F(5, 64)=4,04$; $p=0,003$; popr. $R^2=0,18$], przy czym odsetek wyjaśnionej wariacji poziomu stresu był wyraźnie niższy i wynosił 18%. Jedynym istotnym predyktorem było Zapotrzebowanie na wsparcie. Wyższym wynikiem o jedno odchylenie standardowe na tej skali odpowiadał niższy Poziom Odczuwanego Stresu o 0,25 odchylenia standardowego.

W drugim bloku analizy regresji czyli strategii radzenia sobie ze stresem oba przedstawione wyżej modele zostały rozbudowane o dodatkowe predyktory - tj. o ogółem 14 skali stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Parametry modeli regresji przedstawia Tabela 15.

Tab. 15. Parametry hierarchicznych modeli regresji (blok nr. 2) dla związku pomiędzy Poziomem Odczuwanego Stresu a rodzajem Wsparcia Społecznego i strategiami radzenia sobie

w sytuacjach stresowych w grupie rodziców dzieci neurotypowych i dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej

Predyktor	B	SE	beta	t	p
Rodzice dzieci neurotypowych (n = 117)					
(stała)	13,95	0,59		23,59	<0,001
Wsparcie Emocjonalne	-0,88	0,33	-0,24	-2,65	0,009
Wsparcie Instrumentalne	-0,32	0,43	-0,07	-0,74	0,460
Zapotrzebowanie na wsparcie	-0,55	0,30	-0,15	-1,81	0,073
Poszukiwanie wsparcia	0,50	0,19	0,21	2,69	0,008
Aktywne Radzenie Sobie	0,54	0,50	0,13	1,08	0,282
Planowanie	0,11	0,43	0,03	0,26	0,794
Pozytywne Przewartościowanie	-0,71	0,52	-0,16	-1,36	0,176
Akceptacja	-1,00	0,44	-0,22	-2,30	0,023
Poczucie Humoru	-0,42	0,46	-0,09	-0,93	0,357
Zwrot ku Religii	-0,10	0,25	-0,03	-0,39	0,696
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	-0,72	0,44	-0,19	-1,64	0,104
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	-0,06	0,45	-0,02	-0,14	0,886
Zajmowanie się Czymś Innym	-0,21	0,35	-0,04	-0,59	0,558
Zaprzeczanie	0,24	0,46	0,05	0,53	0,598
Wyładowanie	-0,08	0,37	-0,02	-0,22	0,830

Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	-0,05	0,51	-0,01	-0,09	0,929
Zaprzestanie Działań	0,49	0,47	0,12	1,04	0,301
Obwinianie Siebie	0,59	0,34	0,14	1,72	0,088
Płeć [mężczyźni]	-4,38	1,47	-0,26	-2,97	0,004
Rodzice dzieci z zaburzeniami SI (n = 70)					
(stała)	19,97	1,13		17,64	<0,001
Wsparcie Emocjonalne	0,26	0,47	0,07	0,55	0,583
Wsparcie Instrumentalne	-0,52	0,42	-0,13	-1,23	0,224
Zapotrzebowanie na wsparcie	-0,98	0,58	-0,16	-1,7	0,096
Poszukiwanie wsparcia	1,04	0,31	0,35	3,31	0,002
Aktywne Radzenie Sobie	1,66	0,78	0,32	2,14	0,037
Planowanie	-1,12	0,63	-0,22	-1,77	0,082
Pozytywne Przewartościowanie	-0,51	0,72	-0,11	-0,70	0,487
Akceptacja	-0,60	0,54	-0,17	-1,11	0,272
Poczucie Humoru	-1,11	0,58	-0,20	-1,91	0,062
Zwrot ku Religii	0,51	0,56	0,12	0,92	0,360
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	0,47	0,64	0,09	0,74	0,465
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	-0,07	0,75	-0,01	-0,09	0,927
Zajmowanie się Czymś Innym	-0,10	0,70	-0,02	-0,14	0,889

Zaprzeczanie	0,98	0,64	0,19	1,53	0,134
Wyładowanie	-0,83	0,62	-0,14	-1,34	0,186
Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	0,38	0,84	0,06	0,44	0,659
Zaprzestanie Działań	0,17	0,73	0,04	0,24	0,812
Obwinianie Siebie	0,96	0,58	0,21	1,65	0,105
Płeć [mężczyźni]	-2,87	2,52	-0,10	-1,14	0,261

n - liczebność próby;

B - współczynnik nachylenia;

SE - błąd standardowy współczynnika nachylenia;

beta - standaryzowany współczynnik nachylenia;

t - wartość statystyki t-Studenta;

p - empiryczny poziom istotności statystycznej.

W grupie rodziców dzieci neurotypowych model regresji był dobrze dopasowany do danych [$F(19, 97)=7,20$; $p<0,001$; popr. $R^2=0,50$] i wyjaśniał 50% wariacji Poziomu Odczuwanego Stresu. Wzrost dopasowania modelu z bloku nr. 2 w porównaniu do modelu z bloku nr. 1 był istotny statystycznie [$F(14, 97)=3,20$; $p<0,001$]. Spośród wszystkich predyktorów istotne okazały się zmienne: Wsparcie Emocjonalne, Poszukiwanie wsparcia i Radzenie Sobie ze Stresem (Mini-COPE). Jednocześnie stwierdzono, że zmienna Zapotrzebowanie na wsparcie była istotna na poziomie tendencji statystycznej. Tak jak w modelu z bloku nr. 1 Wsparcie Emocjonalne i Zapotrzebowanie na wsparcie były predyktorami ujemnymi - a więc wyższym wartościom tych zmiennych o jedno odchylenie standardowe odpowiadał niższy poziom stresu o odpowiednio 0,24 i 0,15 odchylenia standardowego. Również predyktorem ujemnym okazała się skala Radzenie Sobie ze Stresem (Mini-COPE) - wyższym wynikiem na tej skali o jedno odchylenie standardowe odpowiadały niższe wyniki zmiennej objaśnianej o 0,22 odchylenia standardowego. Poszukiwanie wsparcia było predyktorem dodatnim. Wyższym wynikiem na skali Poszukiwania Wsparcia o jedno odchylenie standardowe odpowiadał wyższy poziom stresu o 0,21 odchylenia standardowego. Podobnie jak w bloku nr. 1 Płeć również była istotnym statystycznie predyktorem poziomu stresu. Wartość współczynnika beta dla tej zmiennej wskazuje, że mężczyźni cechowali

się niższym poziomem stresu niż kobiety o 0,26 odchylenia standardowego. W modelu tym stała regresji wynosiła 13,95. Oznacza to, że kobiety o średnim nasileniu wszystkich predyktorów cechowały się wskazanym poziomem stresu wynoszącym 13,95. Pozostałe predyktory były nieistotne statystycznie, a więc nie powinny podlegać interpretacji.

W grupie rodziców dzieci z zaburzeniami SI model regresji był również dobrze dopasowany do danych [$F(19, 50)=5,68$; $p<0,001$; popr. $R^2=0,56$] i wyjaśniał 56% wariacji Poziomu Odczuwanego Stresu. Różnica w jakości dopasowania modeli z bloków 1 i 2 była istotna statystycznie [$F(14, 50)=5,01$; $p<0,001$]. W modelu z bloku nr 2 istotne statystycznie okazały się zmienne: Poszukiwanie wsparcia i Aktywne Radzenie Sobie. Obie zmienne były predyktorami dodatnimi. W przypadku Poszukiwania wsparcia wyższa wartość zmiennej o jedno odchylenie standardowe odpowiadała wyższemu Poziomowi Odczuwanego Stresu o 0,35 odchylenia standardowego. Z kolei wyższym wynikiem na skali Aktywne Radzenie Sobie o jedno odchylenie standardowe odpowiadała wyższa wartość zmiennej objaśnianej o 0,32 odchylenia standardowego. Dodatkowo stwierdzono, że zmienne Planowanie i Poczucie Humoru były predyktorami ujemnymi o istotności na poziomie tendencji statystycznej. Wyższym wynikiem na skali Planowanie o jedno odchylenie standardowe odpowiadały niższe wyniki na skali poziomu stresu o 0,22 odchylenia standardowego, natomiast wyższym wynikiem na skali Poczucie Humoru o jedno odchylenie standardowe odpowiadały niższe wyniki na skali poziomu stresu o 0,20 odchylenia standardowego. W modelu tym stała regresji wynosiła 19,97. Oznacza to, że kobiety o średnim nasileniu wszystkich predyktorów cechowały się poziomem stresu wynoszącym 19,97. Pozostałe predyktory były nieistotne statystycznie, a więc nie powinny podlegać interpretacji.

5. Omówienie wyników i dyskusja

W literaturze przedmiotu znaleźć można wyjaśnienie istoty integracji sensorycznej dziecka, a także wiele przykładów badań w obszarze tego zagadnienia. Szczegółowo opisane zostały zaburzenia przetwarzania sensorycznego u dzieci funkcjonujących w szkole, jak też jakość egzystowania rodzin dzieci z chorobami przewlekłymi. Szczególne miejsce w rozważaniach na temat integracji sensorycznej zajmuje zagadnienie stresu odczuwanego przez rodziców dzieci z zaburzeniami SI. Uczni dociekają, jaki rodzaj wsparcia uzyskują rodzice w procesie terapeutycznym [104 - 108]. Analiza dostępnych wyników badań upoważnia do stwierdzenia, iż w obrębie stresu i wsparcia rodziców dzieci z zaburzeniami SI rozpoczynających edukację szkolną odczuwa się wyraźny niedosyt. Badania w tym zakresie są zatem niepodważalne. Opis potrzeb wszystkich dzieci i ich rodziców, a w szczególności

dzieci z zaburzeniami SI, wyznacza właściwe oddziaływanie wszystkich podmiotów zaangażowanych w poprawę funkcjonowania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi [109]. Nie mniej istotna jest także pogłębiona ocena poziomu i dynamiki stresu jaki towarzyszy rodzicom dzieci rozpoczynających edukację szkolną [110]. Wykorzystanie ugruntowanej wiedzy umożliwia dostosowanie zakresu i rodzaju wsparcia dla rodziców względem ich potrzeb i oczekiwań.

W opisanych w dysertacji badaniach własnych sprawdzono, czy rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i rodzice dzieci bez takich zaburzeń różnią się w Poziomie Odczuwanego Stresu związanego z rozpoczęciem nauki szkolnej przez ich dzieci. Zgromadzone w toku badań dane wyraźnie wskazują, że rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali znacząco wyższe wyniki w kwestionariuszu PSS-10 w porównaniu do rodziców dzieci neurotypowych, tj. odczuwają wyższy poziom stresu. Należy dodać, że rozpoczęcie edukacji szkolnej jest czynnikiem wzmagającym odczuwanie stresu przez uczniów i ich opiekunów. Pociąga to za sobą konieczność wdrażania przez dorosłych skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem, które powinny podlegać częstej modyfikacji będącej w zgodzie z potrzebami dzieci. Reakcje najmłodszych na stres związany z rozpoczęciem nauki w szkole wywołują różne zachowania rodziców względem nowej sytuacji dziecka. Nadmierna opiekuńczość oraz koncentracja na dziecku wywala nieprawidłowe postawy rodzicielskie, takie jak postawę nadmiernie chroniącą bądź nadmiernie wymagającą. Zarówno jedna jak i druga wpływa negatywnie na proces adaptacji i zachowania dziecka w nowym środowisku [111]. Obawy dorosłych dotyczące rozpoczęcia systematycznej nauki szkolnej dotyczą m. in. adaptacji dzieci do nowego środowiska, w tym kontaktu z nauczycielami. W zakresie zachowań dzieci zauważane są pewne różnice, które wynikają z dotychczasowego ich udziału w odmiennych środowiskach wychowawczych [112]. W badaniach prowadzonych przez Sadowską wykazano, iż rodzice dziecka z pewnymi dysfunkcjami narażeni są na ciągły stres związany z rozwojem dziecka, w odróżnieniu od rodziców dzieci neurotypowych. Wskazała ona także, że postawy rodzicielskie wpływają w istotny sposób na rozwój dzieci [113].

Wyniki badań własnych ukazały, że rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej mniej skutecznie radzą sobie ze stresem związanym z rozpoczęciem edukacji. Rzadziej wykorzystują strategię skoncentrowaną na problemie, w tym Pozytywne Przewartościowanie i Akceptację, niż rodzice dzieci neurotypowych. Oznacza to, że rodzicom dzieci z zaburzeniami SI trudniej odczytać pozytywne strony napotykanego trudności. Należy podkreślić, że Pozytywne Przewartościowanie oraz Akceptacja są niezwykle ważnymi

lecz także indywidualnymi strategiami w procesie terapeutycznym dzieci i stanowią wzmacniający czynnik w uzyskaniu pozytywnych efektów. Wśród wielu źródeł, z których rodzice czerpią wsparcie w zaakceptowaniu złożoności problemów dziecka oraz w procesie terapeutycznym są Ośrodki Wczesnej Interwencji (OWI). Ich działania zaadresowane są, zarówno dla dzieci z orzeczeniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, a także dla ich opiekunów i wyrażają się w pomocy lepszemu zrozumieniu sytuacji w jakiej znajduje się dziecko [114, 115].

Rodzice dzieci z zaburzeniami SI mają wyższy Poziom Odczuwanego Stresu w porównaniu z rodzicami dzieci neurotypowych. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, iż dla jednej, jak i drugiej grupy dorosłych rozpoczęcie edukacji szkolnej jest nowym doświadczeniem. W procesie rozpoznawania problemów dzieci, jak i kontynuacji procesu terapeutycznego wspierający stają się pedagodzy i nauczyciele zatrudnieni w placówce [116]. Ich wysoki poziom kompetencji pomaga w doborze wymagań adekwatnych do możliwości dziecka, w budowaniu sprzyjającej atmosfery pobytu w szkole, a także staje się nieodzownym elementem wsparcia rodziców. Nauczyciel staje się źródłem informacji o dziecku i o zakresie dokonujących się w nim zmianach. Szczególną rolę odgrywają codzienne obserwacje, których wyniki stanowią podstawę do wysuwania wniosków na temat kierunku i tempa rozwoju dziecka oraz jego codziennych postępów. Szczególny niepokój w kwestii radzenia sobie dzieci w warunkach szkolnych wyrażają rodzice uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, czyli umowy na podstawie której proces edukacji i rehabilitacji dziecka ulega usprawnieniu. Regularna wymiana spostrzeżeń oraz przekazywanie informacji o nowych formach pracy powinny być wykorzystywane zarówno na zajęciach jak i w domu. Współpraca między szkołą a rodzicami powinna opierać się na wzajemnym zaufaniu, życzliwości i pozytywnej motywacji [117].

Wyniki badań własnych wskazują, iż wysoki Poziom Odczuwanego Stresu u rodziców dzieci neurotypowych, inaczej niż u rodziców dzieci z zaburzeniami SI oddziałuje na poziom Aktywnego Radzenia Sobie czy Planowania. Rodzice dzieci z zaburzeniami lepiej radzą sobie w sytuacjach stresowych oraz lepiej radzą sobie z obniżeniem odczuwanego poziomu stresu. Może to wynikać z faktu długotrwałej obecności stresu w życiu badanych oraz podejmowanych przez nich starań w celu radzenia sobie ze stresem i dążenia do dobrego funkcjonowania mimo odczuwanych trudności. Rodzice dzieci z zaburzeniami SI w sytuacjach stresowych w odróżnieniu od rodziców dzieci bez zaburzeń rzadziej wykorzystują Poczucie Humoru. Obserwacja ta jest zbieżna z ustaleniami uzyskanymi przez Zubrzycką. Autorka stwierdziła częstsze stosowanie przez matki dzieci chorych na mukowiscydozę sposobów

radzenia sobie ze stresem: Aktywne Radzenie Sobie czy Planowanie oraz istotnie rzadziej wykorzystywanie Poczucia Humoru [118].

Przeżycia emocjonalne rodziców mają związek z przygotowaniem dziecka oraz środowiska do rozpoczęcia edukacji szkolnej w nowym miejscu [119]. Przygotowanie to obejmuje adaptację dziecka do nowych warunków, dostosowanie dotychczasowej terapii do nowych potrzeb oraz zaangażowanie nauczycieli [120]. R. Schumacher podkreśla związek między postawami rodziców a rozwojem i zachowaniem dziecka [121]. Związek ten należy uznać za kluczowy w osiągnięciu powodzenia szkolnego.

Przeprowadzone badania dostarczyły danych potwierdzających, że rodzice dzieci z zaburzeniem SI wykazują niższe wyniki w zakresie Poszukiwania wsparcia zarówno emocjonalnego jak i instrumentalnego, w stosunku do grupy rodziców dzieci neurotypowych. Niski poziom Poszukiwania Wsparcia Emocjonalnego przez rodziców dzieci z zaburzeniami SI wynika, prawdopodobnie, z faktu znacznego udziału kobiet w badaniach (91%). Znacznie częściej, niż mężczyźni rezygnują one z dotychczasowej aktywności zawodowej, przejmując na siebie obowiązek zajmowania się dzieckiem, szczególnie posiadającym orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Brak poszukiwania Wsparcia Emocjonalnego przez badane kobiety, może wynikać także z koncentracji badanych głównie na realizacji codziennych czynności oraz zawężenia kontaktów społecznych do najbliższych kręgów.

W badaniach przeprowadzonych w ramach niniejszej pracy wykazano również, iż rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej różnią się istotnie pod względem wybieranych strategii Radzenia Sobie ze Stresem (mierzonych kwestionariuszem Mini-COPE) od rodziców dzieci, które nie wykazują takich zaburzeń.

Przeprowadzona analiza statystyczna przyjętych w badaniach zmiennych wykazała brak istotnych różnic między porównywanymi grupami pod względem następujących strategii radzenia sobie ze stresem: Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie, Zwrot ku Religii, Zajmowanie się Czymś Innym, Zaprzeczanie, Zażywanie Substancji Psychoaktywnych. Można zatem wysnuć wniosek, że zarówno rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej oraz rodzice dzieci neurotypowych, wykorzystują wymienione strategie radzenia sobie ze stresem w podobnym stopniu. Pewne zastanowienie budzi brak istotnej korelacji między odczuwanym stresem a Zażywaniem Substancji Psychoaktywnych, w tym alkoholu, jako stosowaną strategią radzenia sobie ze stresem. Wynik ten odbiega od wyników badań innych autorów, które dowodzą zależności między sięganiem po używki przez kobiety w porównaniu z mężczyznami, gdzie kluczową rolę odgrywał stres [122].

Przeprowadzone analizy pozwoliły wyłonić również takie strategie radzenia sobie ze stresem, pod względem których porównywane grupy rodziców różnią się między sobą. Wykazano, że rodzice dzieci neurotypowych częściej niż rodzice dzieci z zaburzeniami SI stosują następujące strategie radzenia sobie ze stresem: Pozytywne Przewartościowanie, Akceptacja, Poczucie Humoru, Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego, Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego i Wyładowanie. Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej częściej stosowali strategię Obwinianie Siebie niż rodzice dzieci neurotypowych. Zatem rodzice tychże dzieci różnią się od rodziców dzieci z SI w zakresie stosowania strategii uznanych jako przystosowawcze (Akceptacja, Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego, Pozytywne Przewartościowanie), wiążące się zwykle z mniejszym poziomem stresu. Rodzice dzieci neurotypowych wskazywali na wykorzystywanie także strategii powszechnie uznanych jako mniej skuteczne (Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego, Wyładowanie, Poczucie Humoru). Strategie te często oceniane są również jako użyteczne. Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, częściej sięgają po strategię Obwinianie Siebie, którą uznaje się za mniej skuteczną. Na podstawie stwierdzonej ścisłej zależności między stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a odpornością na stres [123] należy podkreślić, że rodzice dzieci z zaburzeniami SI powinni otrzymywać więcej wsparcia społecznego w celu zmiany swojej strategii oraz w konstruowaniu skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem. Pawłowska i Świerczyńska w swoich badaniach przedstawiają, iż strategie radzenia sobie ze stresem przez matki dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera łączą się z poczuciem Wsparcia Instrumentalnego [124]. Według opinii innych autorów system wsparcia oferowany rodzinie czy edukacji wpływa na zdolność adaptacyjną rodziców oraz ich sposób radzenia sobie ze stresem [125 - 127]. Z uwagi na istnienie ścisłej zależności między stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a odpornością na stres [123], należy podkreślić, że rodzice dzieci z zaburzeniami SI powinni otrzymywać więcej Wsparcia Społecznego w celu zmiany stosowanej przez siebie strategii.

Przedstawione wyniki nawiązują płynnie do danych uzyskanych z zastosowania Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego. Statystyczna analiza porównań międzygrupowych wykazała, że nie ma istotnych statystycznie różnic między porównywanymi grupami pod względem skali Poszukiwanie wsparcia. Rodzice z obydwu grup różnią się natomiast istotnie w odniesieniu do skal: Wsparcie Emocjonalne, Wsparcie Instrumentalne oraz Zapotrzebowanie na wsparcie.

Projektując prezentowane w tym miejscu badania wstępnie założono, że rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej będą stanowili grupę, w której zapotrzebowanie

na wsparcie społeczne, zarówno emocjonalne jak i instrumentalne będzie wyższe, niż w przypadku grupy rodziców dzieci neurotypowych. Wyniki badań wskazują jednak sytuację odwrotną: rodzice dzieci bez zaburzeń integracji sensorycznej uzyskali wyższe wyniki w wymienionych skalach.

Omówione w poprzednich akapitach wyniki porównań międzygrupowych pod względem strategii radzenia sobie ze stresem wykazały, że to rodzice zdrowych dzieci częściej oczekują wsparcia emocjonalnego lub instrumentalnego, tym samym lepiej radzą sobie w sytuacjach kryzysowych poszukując wsparcia na zewnątrz, niż rodzice dzieci z zaburzeniami SI [128, 129].

W badaniach sprawdzono również czy istnieją istotne korelacje pomiędzy poziomem spostrzeganego stresu a strategiami radzenia sobie ze stresem oraz między poziomem spostrzeganego stresu a wsparciem społecznym. Przeprowadzono analizę związków między zmiennymi oddzielnie w grupie rodziców dzieci z zaburzeniami SI i grupie rodziców dzieci bez takich zaburzeń.

Stwierdza się związek pomiędzy poziomem wsparcia a poziomem odczuwanego stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI). Rodzice odczuwający wyższy poziom stresu odczuwają niski poziom wsparcia. Dane potwierdzają także występowanie wyższego poziomu odczuwanego stresu w grupie rodziców dzieci wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej, niż w grupie rodziców dzieci neurotypowych. Niektórzy badacze prezentują ponadto, iż odczucia poziomu wsparcia są zależne od wybranej strategii radzenia sobie ze stresem [130].

Zdrowie, zarówno własne jak i najbliższych, jest najważniejszą wartością w życiu człowieka [131]. W sytuacji jej zakłócenia, odczuwany jest stres i rodzi się potrzeba uzyskania szerokiego zakresu wsparcia. Brak poczucia asysty obniża skuteczność radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także świadczenie pomocy innym. Jeśli w takiej sytuacji znajduje się rodzic, to skutki wynikające z braku wsparcia oddziałują na opiekę nad dzieckiem, o czym wspomniano w przytoczonych wyżej badaniach.

Analizując dociekania empiryczne różnych autorów stwierdza się związek pomiędzy występowaniem zwiększonego stresu oraz zapotrzebowania na wsparcie u rodziców dzieci z niepełnosprawnościami [132]. Dzieci chore i zaburzone potrzebują opieki rodziców, którzy z uwagi na fakt, iż są jednocześnie terapeutami dla własnych dzieci powinni odczuwać, że mogą otrzymać wsparcie w trudnych chwilach [133]. Jest to niezbędne do prawidłowego funkcjonowania całej rodziny. Badaczki Pietnoczko i Steuden w swoich pracach potwierdzają,

iż odczuwanie doświadczanego stresu wiąże się z poziomem dostarczanego wsparcia, szczególnie w czasie choroby dziecka [134, 135].

Początek edukacji szkolnej to pojawienie się nowych doświadczeń i budowanie relacji międzyludzkich z udziałem dziecka i rodzica. Wejście w ten szerszy świat powoduje, że doświadczenia wynikające z udziału w kontaktach społecznych, może mieć większy wpływ na rozwój, niż same zmiany poznawcze [136, 137]. Relacje między pracownikami szkolnymi, a rodzicami i samym dzieckiem są podstawą do poczucia komfortu psychicznego. Wiązą się one z obniżaniem poziomu stresu lub uzyskaniem wyższego poziomu wsparcia podczas zwiększonego poziomu stresu [138].

Badania zrelacjonowane w tej pracy potwierdzają, że Poziom Odczuwanego Stresu jest istotnie wyższy u rodziców dzieci z zaburzeniami SI, niż u rodziców dzieci neurotypowych, eksplorują również temat strategii radzenia sobie ze stresem podejmowanych przez rodziców dzieci z zaburzeniami SI i rodziców dzieci neurotypowych. Przeprowadzone badania dostarczyły zaskakujących rezultatów. Okazuje się bowiem, że rodzice dzieci z zaburzeniami SI, pomimo dużego Zapotrzebowania na wsparcie oraz wysokiego poziomu odczuwanego stresu, rzadziej niż rodzice neurotypowych dzieci wybierają strategie radzenia sobie ze stresem polegające na poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Wybierają za to częściej niż rodzice dzieci neurotypowych strategię Obwiniania Siebie, która koreluje dodatnio z poziomem odczuwanego stresu. Można wysnuć wniosek, że w życiu rodziców dzieci z zaburzeniami SI powstaje błędne koło - odczuwają wyższy poziom stresu niż rodzice dzieci neurotypowych, jednocześnie próbują poradzić sobie ze stresem wybierając strategię, która to nasilenie wzmacnia.

Wyniki uzyskanych badań stanowią nie tylko uzasadnienie dla popularyzacji wiedzy na temat wsparcia i odczuwanego stresu przez rodziców dzieci z zaburzeniami SI, lecz otwierają nowy, bardzo ważny obszar wiedzy na temat strategii radzenia sobie ze stresem stosowanych przez tychże rodziców. Można zatem wysnuć wniosek, że poszerzenie formy pomocy i udzielania wsparcia dla rodziców dzieci z zaburzeniami SI, bez wspierania u nich odpowiednich strategii radzenia sobie ze stresem, może nie przynosić wystarczających i satysfakcjonujących rezultatów. Sformułowana konstatacja powinna skłaniać do kolejnych badań, które określiłyby, w jaki sposób poziom odczuwanego stresu u rodziców dzieci z zaburzeniami SI może zmniejszyć się po wdrożeniu w tej grupie odpowiednich szkoleń czy warsztatów, mających na celu nabycie umiejętności korzystania ze strategii radzenia sobie ze stresem poprzez otwieranie się na wsparcie z zewnątrz - emocjonalne, instrumentalne,

społeczne. Wykorzystywanie przez rodziców wspomnianych forma wsparcia zminimalizuje korzystanie ze strategii Obwinianie Siebie.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że niniejsze badania mogą przyczynić się do poprawy wyników terapii dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej oraz do zmiany w systemie opieki nad dziećmi z zaburzeniami integracji sensorycznej. Wpłyną również na popularyzację wiedzy na temat wsparcia i odczuwania stresu przez rodziców z zaburzeniami integracji sensorycznej. Rezultaty prezentowanych badań mogą przyczynić się do tworzenia programów współpracy terapeutów z rodzicami i poprawę jakości życia rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej.

Przeprowadzone badania wpisują się w rezultaty badań innych autorów, nie wyczerpują jednak w pełni zagadnienia dotyczącego związku pomiędzy wsparciem społecznym a poziomem stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej dzieci neurotypowych oraz dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej.

Mocną stroną pracy jest przeprowadzenie badań wśród rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Z uwagi na trudności w dotarciu do takich badanych osób, badania dotyczące poziomu odczuwanego stresu i rodzaju wsparcia nie są często podejmowane. Zaburzenia integracji sensorycznej dzieci są problemem powszechnym, co pociąga za sobą konieczność wsparcia ich rodziców. Rodzice, którzy skutecznie radzą sobie ze stresem będą efektywniej wspierać swoje dzieci. Jeśli rodzice nie otrzymują właściwego rodzaju wsparcia społecznego, będą wymagali wsparcia specjalistów, co zwiększa koszty opieki.

Słabą stroną pracy jest nierówny udział badanych ze względu na płeć. Wprawdzie zaplanowano udział grup równolicznych, jednak do badań zgłosiła się mała liczba mężczyzn. Fakt ten potwierdza, że opiekę nad dzieckiem podejmują głównie matki. Z uwagi na udział w badaniach mało licznej grupy, badania należy kontynuować zwiększając grupy badawcze oraz w pełni wykorzystując narzędzie opisujące wsparcie społeczne BSSS.

Wnioski

1. W rezultacie przeprowadzonych badań uzyskano interesujące wyniki dla rozwoju badań w obszarze podjętej problematyki. Dostrzeżono bowiem, że rodzice dzieci z zaburzeniami SI odczuwają znacząco wyższy Poziom Odczuwanego Stresu oraz wyrażają niższe zapotrzebowanie we wszystkich kategoriach Wsparcia Społecznego. Rodzice dzieci neurotypowych odczuwają niższy Poziom Odczuwanego Stresu i jednocześnie wskazują większe zapotrzebowanie na wszystkie badane kategorie Wsparcia Społecznego. Można

zatem stwierdzić, że rodzice dzieci neurotypowych wyrażają wyższą świadomość w zakresie ochrony własnych zasobów i wykorzystania wsparcia społecznego.

2. W toku przeprowadzonych badań wykazano, iż rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej charakteryzują się znacząco wyższym Poziomem Odczuwanego Stresu w porównaniu do rodziców dzieci neurotypowych.
3. Rodzice dzieci neurotypowych częściej niż rodzice dzieci z zaburzeniami SI stosują strategie radzenia sobie ze stresem, które należy uznać za strategie przystosowawcze (Akceptacja, Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego, Pozytywne Przewartościowanie), które zwykle wiążą się z mniejszym natężeniem stresu. Ta grupa rodziców wykorzystuje także strategie mniej skuteczne (Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego, Wyładowanie, Poczucie Humoru), ale często oceniane jako użyteczne. Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej natomiast, częściej sięgają po strategię Obwinianie Siebie, którą można uznać za mniej efektywną, bo wiążącą się z negatywnymi emocjami skierowanymi do siebie i zaistniałej sytuacji stresowej.
4. Rodzice dzieci neurotypowych uzyskują wyższy poziom Wsparcia Emocjonalnego i Instrumentalnego, ponieważ częściej niż rodzice dzieci z zaburzeniami, decydują się w sytuacjach kryzysowych na strategię radzenia sobie, która uwzględnia Poszukiwanie wsparcia.
5. Istnieje dodatni związek pomiędzy Wsparciem Społecznym a Poziomem Odczuwanego Stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI).
6. Istnieje potrzeba przygotowania programów wsparcia dla rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej w zakresie adaptacyjnego radzenia sobie ze stresem i umiejętności regulowania poziomu stresu.

Streszczenie

WSTĘP

Integracja sensoryczna to proces organizacji bodźców docierających do naszego organizmu przez zmysły. Znaczenie zmysłów i ich integracja są niezbędne do dalszego prawidłowego rozwoju organizmu. Rola rodziców w terapii dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej jest niedoceniana, a ich stres oraz brak wsparcia nigdy nie wpływa korzystnie na rozwój podopiecznych. Istotne wydaje się badanie poziomu stresu oraz wsparcia rodziców dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, jak również dzieci neurotypowych.

CEL

Celem pracy jest analiza związków pomiędzy poziomem wsparcia a poziomem stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI).

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w grupie 187 osób. Badana grupa to rodzice dzieci wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej oraz rodzice dzieci neurotypowych. Metoda stosowana w badaniach to sondaż diagnostyczny, technikami stosowanymi w badaniach są ankietowanie i testowanie, narzędziami badawczymi są trzy standaryzowane kwestionariusze oraz jeden kwestionariusz ankiety własnej. Wszystkie obliczenia zostały wykonane przy pomocy specjalistycznego pakietu statystycznego.

WYNIKI BADAŃ

Rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej uzyskali znacząco wyższe wyniki w teście PSS-10, niż rodzice dzieci neurotypowych. Statystyczne analizy uzyskanych w badaniu danych wykazały brak istotnych różnic między porównywanymi grupami pod względem strategii radzenia sobie ze stresem. Przeprowadzone analizy pozwoliły wyłonić również strategie radzenia sobie ze stresem, pod względem których porównywane grupy rodziców różnią się między sobą. Istnieje związek pomiędzy poziomem wsparcia a poziomem stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI). Niniejsze badania nie tylko potwierdzają, że poziom odczuwanego stresu jest istotnie wyższy u rodziców dzieci z zaburzeniami SI, niż u rodziców dzieci neurotypowych, lecz eksplorują również temat strategii radzenia sobie ze stresem podejmowanych przez rodziców dzieci z zaburzeniami SI i rodziców dzieci bez takich zaburzeń.

WNIOSKI

W toku przeprowadzonych badań wykazano, iż rodzice dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej mają znacząco wyższy poziom odczuwanego stresu w porównaniu do rodziców dzieci neurotypowych. Rodzice dzieci neurotypowych częściej niż rodzice dzieci z zaburzeniami SI stosują strategie przystosowawcze radzenia sobie ze stresem. Rodzice dzieci neurotypowych uzyskują wyższy poziom wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Istnieje związek pomiędzy poziomem wsparcia a poziomem stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI).

Summary

ADMISSION

Sensory Integration is the process of organizing stimuli that reach our body through the senses. The importance of the senses and their integration are necessary for the further proper development of the body. The role of parents in the therapy of children with sensory integration disorders is underestimated and their stress and lack of support never have a positive effect on the development of charges. It seems important to study the level of stress and support parents of children with sensory integration disorders as well as neurotypical children.

OBJECTIVE

The aim of the study is to analyze the relationship between the level of stress associated with starting school education in parents of children with neurotypical and sensory integration disorder (SI).

MATERIAL AND METHODS

The tests were performed on a group of 187 people. The study group consisted of parents of children with sensory integration disorders and parents of neurotypical children. The method used in the research is a diagnostic survey, the techniques used in the research is questioning and testing, the research tools are three standardized questionnaires and one self-questionnaire. All calculations were made using a specialized statistical package.

FINDINS

Parents of children with sensory integration disorders obtained significantly higher results in the PSS-10 test than parents of neurotypical children. Statistical analyzes of the data obtained in the study showed no significant differences between the compared groups in terms of coping strategies. The conducted analyzes also allowed to identify strategies of coping with stress, in terms of which the compared groups of parents differ from each other. There is a relationship between the level of support and the level of stress related to starting school education in parents of children with neurotypical and sensory integration disorders (SI). This research not only confirms that the level of perceived stress is significantly higher in parents of children with SI disorders than in parents of neurotypical children, but also explores the topic of coping strategies undertaken by parents of children with SI disorders and parents of children without such disorders.

CONCLUSIONS

In the course of the conducted research, it was show that parents of children with sensory integration disorders have a significantly higher intensity of perceived stress compared to

parents of neurotypical children. Parents of neurotypical children use stress coping strategies more often than parents of children with SI disorders. Parents of neurotypical children receive a higher level of emotional and instrumental support. There is a relationship between the level of support and the level of stress related to starting school education in parents of children with neurotypical and sensory integration disorders (SI).

Piśmiennictwo

1. Ochman J. Cosmos And Chaos As Central Categories Of The Philosophy Of Security. *Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje* 2017; 25(25): 185-219.
2. Jarząbek-Bielecka G, Boroch J, Jarząbek Z, Kędzia W. Zarys problemów medycznych i etycznych związanych z sytuacją rozwodu – z uwzględnieniem zakłócenia rozwoju psychoseksualnego dzieci rozwiedzionych rodziców. *Medycyna Rodzinna* 2019; 2: 96-100.
3. Jagieła J. „Bo We Mnie Zdrowie I Siła Jest...” Edukacyjna Analiza Transakcyjna z Perspektywy Pozytywnej Psychopedagogiki. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny* 2019; XXXVIII(3): 13-31.
4. Kalkowski K, Cieszyńska A. Wpływ umysłu na zdrowie i ciało, czyli psychosomatyka i radzenie sobie ze stresem. *Tutoring Gedanensis* 2021; 6(1): 5-12.
5. Jeznach M, Kosicka-Gębska M, Gębski J, Kwiecińska A. Czynniki skłaniające do nabycia żywności prozdrowotnej w świetle badań jakościowych. *Handel Wewnętrzny* 2018; 4(375): 366-375.
6. Śliwak J, Zarzycka B. Osobowościowe Korelaty Altruizmu Endo I Egzocentrycznego, Etyczny i aksjologiczny wymiar sprawności moralnych. *Rozprawy i Studia Uniwersytet Szczeciński* 2012; CMXII(838): 189-209.
7. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2012.
8. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl (www.gov.pl) – 2021.09.17
9. Schneider-Matyka D, Libersbach E, Szkup E, Stanisławska M, Starczewska M, Grochans E. The assessment of social support provided for and stress-coping strategies adopted by parents of chronically ill children. *Problemy Pielęgniarstwa* 2018; 26(2): 164–170.
10. Ayres J. *Sensory Integration and the Child. Understanding Hidden Sensory Challenges*. Harmonia Universalis. Gdańsk 2018.
11. Odowska-Szlachcic B. *Integracja Sensoryczna w autyzmie*. Wydawnictwo Harmonia. Gdańsk 2018.
12. Odowska-Szlachcic B. *Terapia integracji sensorycznej. Ćwiczenia usprawniające bazowe układy zmysłowe i korygujące zaburzenia planowania motorycznego*. Wydawnictwo Harmonia. Gdańsk 2018.

13. Mass V. Integracja sensoryczna, a neuronauka – od narodzin do starości. Fundacja Innowacja. Warszawa 2007.
14. Kałużna A. Zasady diagnostyki i terapii zaburzeń rozwoju integracji sensorycznej u dzieci. W: Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju. Red. Sadowska L. Wydawnictwo AWF. Wrocław 2004; 21-129.
15. Przyrowski Z, Grzybowska E. Neurobiologiczne podstawy integracji sensorycznej. Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Integracji Sensorycznej SI. Warszawa 2012.
16. Goddard S. Odruchy, uczenie i zachowanie, Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2004.
17. Zajac L, Raby L, Dozier M. Attachment state of mind and childhood experiences of maltreatment as predictors of sensitive care from infancy through middle childhood: Results from a longitudinal study of parents involved with Child Protective Services. *Development and Psychopathology* 2019; 113-125.
18. Ayres J. *Sensory Integration and the Child*. Western Psychological Services. Los Angeles 2005.
19. Ayres J. *Dziecko, a integracja sensoryczna*. Wydawnictwo Harmonia. Gdańsk 2018.
20. Narkiewicz O, Moryś J. *Neuroanatomia czynnościowa i kliniczna*. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2001.
21. Kamińska K. Działanie amfetamin w ośrodkowym układzie nerwowym, Przegląd badań z zakresu kryminalistyki i medycyny sądowej. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL. Lublin 2017.
22. Longstaff A. *Neurobiologia, Krótkie wykłady*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2009.
23. Skup M. Dendryty też produkują białka: Rola lokalnej syntezy w plastyczności. *Kosmos. Problemy nauk biologicznych* 2005; 54(2-3): 183-197.
24. Skup M. Jak pobudzić sieci nerwowe w zdrowym i uszkodzonym rdzeniu kręgowym, *Wszechświat pismo przyrodnicze* 2019; 120(1-3).
25. Bochenek A, Reicher M. *Anatomia człowieka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1981.
26. Fix JD. *Neuroanatomia*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partners. Wrocław 1997.
27. Mikołajewski D, Duch W. Modelowanie Pnia mózgu. W: *Sieci neuronowe w inżynierii biomedycznej*. Red. Tadeusiewicz R, Duch W, Korbicz J, Rutkowski L. Wydawnictwo Exit. Warszawa 2013; 605-636.

28. Bochenek A, Reicher M. Anatomia człowieka. Tom IV. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1981.
29. Anatomia człowieka. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Red. Woźniak W. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner. Wrocław 2010.
30. Bochenek A, Reicher M. Anatomia człowieka – Tom IV: Układ nerwowy ośrodkowy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009.
31. Przyrowski Z. , Dyspraksja w teorii integracji sensorycznej. Integracja Sensoryczna 2010; 1-2010: 11-47.
32. Neurologia. Red. Kozubski W, Liberski P. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2014.
33. Nalazek A, Sikorska A, Żukow W. Stymulacja polisensoryczna jako metoda rehabilitacji osób niepełnosprawnych i upośledzonych. W: Współczesne wyzwania turystyki i rekreacji dla zdrowia. Zagadnienia pielęgnacyjne i fizjoterapeutyczne. Red. Kwaśnik Z, Żukow W, Muszkieta R, Napierała M. Radomska Szkoła Wyższa w Radomiu. Radom 2009; 47–70.
34. Cygan B. Uwarunkowania zaburzeń integracji sensorycznej u dziecka i ich objawy, Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 2018; 567(2): 11–19.
35. Cieszyńska J, Korendo M. Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia. Wydawnictwo Edukacyjne. Kraków 2017.
36. Pawlak B. Mózg, umysł i edukacja – znaleźliśmy drogę, czy błądzimy po bezdrożach?. Człowiek -Niepełnosprawność- Społeczeństwo 2020; 48(2): 59-68.
37. Dudzińska M. Wspomaganie terapii dziecka z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego w kontekście koncepcji integracji sensorycznej - implikacje praktyczne. Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej 2020; 37: 102-123.
38. http://www.pstis.pl/pl/html/index.php?v2=block&str=podstrona_terapia – 2020.02.22
39. Koruś M. Zaburzenia integracji sensorycznej i ich wpływ na funkcjonowanie dzieci. Zeszyty Studenckiego Ruchu Naukowego Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach 2020; 29: 76-92.
40. <http://integracja sensoryczna.info/11814/poziomy-integracji-sensorycznej-wg-ayres-droga-doosiagniecia-gotowosci-szkolnej> - 2020.12.22
41. Godwin Emmons P, McKendry Anderson L. Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Wydawnictwo K.E. Liber. Warszawa 2007.
42. <http://www.czytelniamedyczna.pl/5002,zaburzenia-przetwarzania-sensorycznego-u-dzieci-diagnostyka-i-postepowanie.html> – 2021.07.18

43. Jurkiewicz P. Procesy integracji sensorycznej a uczenie się. *Zeszyty naukowe KSW* 2016; XLIII: 69-79.
44. Kranovitz C. Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego — diagnoza i postępowanie. Wydawnictwo Harmonia. Gdańsk 2012.
45. Kuleczka - Raszewska M, Markowska D. Uczę się poprzez ruch. Program terapii dla dzieci autystycznych i z niepełnosprawnością sprzężoną. Wydawnictwo Harmonia. Gdańsk 2012.
46. Zagórska B. Znaczenie dotyku we wspomaganiu rozwoju dziecka oraz jego zastosowanie w wybranych rodzajach terapii. *Kultura i Wychowanie* 2013; 5: 179-192.
47. Sadowski B. Układ nerwowy i narządy zmysłów. W: *Podstawy fizjologii człowieka*. Red. Konturek S. Kraków 2009.
48. Skrzat J, Walocha J. Anatomia człowieka z elementami fizjologii. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2010.
49. Odowska - Szlachcic B, Mierzejewska B. Wzrok i słuch — zmysły wiodące w uczeniu się w aspekcie integracji sensorycznej. Wydawnictwo Harmonia. Gdańsk 2013.
50. <https://neuroexpert.org/wiki/zmysl-wechu/> - 2021.09.16
51. Odowska-Szlachcic B. Terapia integracji sensorycznej. Strategie terapeutyczne i ćwiczenia stymulujące układy: słuchowy, węchu i smaku oraz terapia światłem i kolorami. Wydawnictwo Harmonia. Gdańsk 2018.
52. Ben-Sasson, A, Carter S. Sensory over-responsivity in elementary school: Prevalence and social-emotional correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2009; 37: 705–716.
53. Fernández-Andrés MI, Pastor-Cerezuela, G, Sanz-Cervera, P, Tárraga-Mínguez R. A comparative study of sensory processing in children with and without autism spectrum disorder in the home and classroom environments. *Research in Developmental Disabilities* 2015; 38: 202–212.
54. Maas VS. Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1998.
55. Borowicz A. Stres rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością słuchową. *Niepełnosprawność-zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2012; 11/2012(3): 55-80.
56. Day A, Wills T, Vanderwill L, Resko S, Patterson D, Henneman K, Cohick S. Key factors and characteristics of successful resource parents who care for older youth: A systematic review of research, *Children and Young Services Review* 2018; 84: 152-158.

57. Art. 32 ust 4-6 oraz art. 38 Ustawy z 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz, 59).
58. Pisula E. Stres rodzicielski i zespół wypalania się sił u rodziców dzieci autystycznych, Zespół wypalania się sił u rodziców dzieci autystycznych. *Nowiny Pedagogiczne* 1994; 3: 83-89.
59. Łoza B, Herman M. Telemedyczne skale w badaniu zjawisk psychopatologicznych powiązanych z kryzysem cywilizacyjnym. Projekt informatyczny. Skale: pracoholizmu, przewlekłego zmęczenia, wypalenia, wypalenia zawodowego, stresu w pracy i objawów depresyjnych. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny* 2018; 10(2-3): 63-73.
60. Evertsson M, Boye K, Erman J. Fathers on call? A study on the sharing of care work between parents in Sweden. *Demographic Research* 2018; 39: 33-66.
61. Holmes A, Wellman CL. Stress-induced prefrontal reorganization and executive dysfunction in rodents. *Neurosci Biobehav Rev.* 2009; 33: 773–783.
62. Nowak-Starz G. Przeciążenie nauką szkolną, poziom rozwoju i stan zdrowia dziecka w młodszym wieku szkolnym (fakty i problemy). W: *Uczeń we współczesnej szkole*. Red. Ratajek Z. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej. Kielce 2005; 281-287.
63. McLaughlin K, Sheridan M, Humphreys K. The Value of Dimensional Models of Early Experience: Thinking Clearly About Concepts and Categories Perspectives on *Psychological Science* 2021; 16: 1463-1472.
64. Józefacka-Szram N. Diagnoza funkcji wykonawczych u dzieci. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2014; 14(2): 116-121.
65. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0213700> – 2021.11.20
66. Loman MM, Gunnar MR. Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010; 34: 867–876.
67. Evans GW, Gonnella C, Marcynyszyn LA. The role of chaos in poverty and children's socioemotional adjustment. *Psychol Sci.* 2005; 16: 560–567.
68. Easler J, Taylor T, Roper S. Uplifts, Respite, Stress, and Marital Quality for Parents Raising Children With Down Syndrome or Autism. *Intellect Dev Disabil* 2022; 60(2): 145–162.
69. Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2012.

70. Badura-Madej W. Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. W: Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych. Red. Kwaśniewska G, Wojnarska A. Wydawnictwo UMCS. Lublin 2004; 75.
71. Mazur A, Aftyka A, Sipta A, Skrobowska E, Humeniuk E. Expected and received support from the medical personnel in the perception of parents of children treated in hospital. *Psychoonkologia* 2016; 4(20): 183-190.
72. Szafrńska A. Systemy i rodzaje wsparcia społecznego rodziny z dzieckiem autystycznym. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika* 2015; 11: 37-45.
73. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0089090> - 2021.09.21
74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852369/> - 2021.09.21
75. Stosor A. Acceptance of disability in the family in the context of experienced social support - role of support groups. *HUMANUM Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne* 2017; 25(2): 145-154.
76. Nowakowska H, Borys B, Gaworska-Krzemińska A. Preferowane style radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą 49 SOC a style radzenia sobie rodziców przewlekłą – cukrzycą typu I, u pacjentów objętych opieką poradni diabetologicznych w Gdańsku i Elblągu. W: *Edukacja bez granic – mimo barier*. Red. Smal T, Zduniak A. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa. Poznań 2008; 54-61.
77. Dymecka J. Sense of coherence and coping styles in parents of children with cancer. *Psychoonkologia* 2018; 22(2): 41–49
78. Białek K. Rodzina pod wpływem choroby jako stresora. *Państwo i Społeczeństwo* 2015; 4:79-88.
79. Wink S. Parents' perspectives of using a therapeutic listening program with their children with sensory processing difficulties: A qualitative study. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* 2017; 10: 147-170.
80. Miller V, Friedrich E, Garcia-Espana F, Mirman J, Ford C. Adolescents Spending Time Alone With Pediatricians During Routine Visits: Perspectives of Parents in a Primary Care Clinic. *Journal of Adolescent Health* 2018; 63: 280-285.
81. Maj EA, Maj N. Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym w systemie pomocy społecznej i wsparcia społecznego. *Rocznik Administracji Publicznej* 2020; 6: 26-46.

82. Rutkowski M. Uczeń z niepełnosprawnością umysłową w klasie ogólnodostępnej szkoły podstawowej. W: Uczeń we współczesnej szkole. Red. Ratajek Z. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej. Kielce 2005; 289-298.
83. Kopik A. Funkcjonowanie społeczne dzieci rozpoczynających naukę szkolną, W: Uczeń we współczesnej szkole. Red. Ratajek Z. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej. Kielce 2005; 258-270.
84. Szempruch J. Nauczyciel w warunkach zmiany społecznej i edukacyjnej. Wydawnictwo Impuls. Kraków 2012.
85. Leżucha M. Szkoła i nauczyciel w warunkach zmiany edukacyjnej. Edukacja Terapia Opieka 2021; 3: 129–152.
86. Zbróg Z. Organizowanie środowiska edukacyjnego sprzyjającego ujawnianiu i rozwijaniu kreatywności dziecięcej. Forum pedagogiczne 2020; 10(1): 19-30.
87. Gełza M. Uczeń z niepełnosprawnością w tyglu oczekiwań szkoły. Kilka uwag na marginesie teorii wymiany. Studia Pedagogiczne 2014; LXVII: 181-199.
88. Wojciechowska M. Środowiskowe uwarunkowania efektów pracy szkolnej uczniów na szczeblu edukacji szkolnej. W: Uczeń we współczesnej szkole. Red. Ratajek Z. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej. Kielce 2005; 153-163.
89. Filipczuk H. Rodzice i dzieci w młodszym wieku szkolnym. Wydawnictwo Nasza Księgarnia. Warszawa 1985.
90. Rusiecki M. Dobro jako podstawowa kategoria wychowania dzieci w młodszym wieku szkolnym. W: Uczeń we współczesnej szkole. Red. Ratajek Z. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej. Kielce 2005; 177-194.
91. Dernowska U. Działania nauczyciela a wiedza pojęciowa uczniów. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej. Warszawa 2008.
92. Wojciechowska M. Starsi-Młodszy. Relacje międzygeneracyjne w sferze aksjonormatywnej. W: Kultura i edukacja ciągłość i tendencje zmian. Red. Szempruch J, Wojciechowska M, Karczewska J. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Kielce 2011.
93. Buszman K, Przybyła-Basista H. Polska adaptacja Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. Polskie Forum Psychologiczne 2017; 22(4): 581-599
94. Farnicka M, Nowosad I, Socha R. O możliwości zastosowania kategorii dobrostanu nauczycieli i zaangażowania w pracę w badaniach szkoły jako efektywnej organizacji. Edukacja Humanistyczna 2018; 1: 69-86.

95. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20102281487> – 2021.09.17
96. Rafał-Łuniewska J. Wspieranie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi razem - rodzice i szkoła. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa 2015.
97. Blair C. Poverty, Stress, and Brain Development: New Directions for Prevention and Intervention. *Academic Pediatrics* 2016; 16: 30-36.
98. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422220302237?via%3Dihub> – 2021.10.12
99. Kowalska M, Łuszczynska A, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS) : wyniki wstępnych badań nad akceptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne* 2006; 44(3): 17-27.
100. Sekułowicz M, Kwiatkowski P. Wypalanie się sił u rodziców dzieci z niepełnosprawnością - konstrukcja nowego narzędzia badawczego. *Studia Edukacyjne* 2013; 25: 29-50.
101. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012.
102. <https://stat.gov.pl/wyszukiwarka/szukaj.html?query=wyksza%C5%82cienie> – 2021.11.20
103. <https://el.us.edu.pl/ekonofizyka/images/b/b6/MetodyDoboruModeli.pdf> - 2021.12.05
104. Buszman K, Przybyła-Basista H. Polska adaptacja wielowymiarowej skali spostrzeganego wsparcia społecznego. *Polskie Forum Psychologiczne* 2017; 22(4): 581-599.
105. Godwin Emmons P, McKendry Anderson L. Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaburzenia rozwojowo-sensoryczne oraz edukacyjne występujące w ramach autyzmu, ADHD, trudności szkolnych oraz zaburzeń dwubiegunowych. Wydawnictwo K.E. Liber. Warszawa 2007.
106. Grzywniak C. Stymulacja rozwoju dzieci z trudnościami w uczeniu się – nowe tendencje. Wydawnictwo Naukowe UP. Kraków 2012.
107. Łaga P. Znaczenie relacji szkoły i rodziny w kontekście budowania wsparcia społecznego rodzin dzieci z niepełnosprawnością w II Rzeczypospolitej Polskiej. *Biuletyn Historii Wychowania* 2016; 35: 53-70.
108. Iwanowicz-Palus G, Mróz M, Bień A, Jurek K. Social Support and Subjective Assessment of Psychophysical Condition, Health, and Satisfaction with Quality of Life among Women after Pregnancy Loss, *BMC Pregnancy and Childbirth* 2021; 750.

109. Koomar A. Trauma - and attachment-informed sensory integration assessment and intervention. *Special Interest Section Quarterly. Sensory Integration* 2009; 32(4).
110. Bąkowska M. Lęk, stres i strach jako bariery w wychowaniu. *Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne* 1999; 12: 129-147.
111. Gulyamutdinova S, Karshievna K, Sarvinoz H. The role of cognitive psychology in the elimination of destructive behavior. *Asian Journal of Multidimensional Research* 2021; 10(4): 957-964.
112. Greszta E. *Depresja Wieków Dojrzenia. Zachowania rodziców jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci.* Academica Wydawnictwo SWPS. Warszawa 2006.
113. Sadowska L, Szpich E, Wójtowicz D, Mazur A. Odpowiedzialność rodzicielska w procesie rozwoju dziecka niepełnosprawnego. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2006; 1: 11–21.
114. Kluczyńska S. O stresie i sposobach radzenia sobie z nim. *Czasopismo: Niebieska linia* 2003; 5.
115. Evans G, Otto S, Kaiser F. Childhood Origins of Young Adult Environmental Behavior. *Psychological Science* 2018; 29(5): 679-687.
116. Buchholz A, Ilnicka J. Ośrodek wczesnej interwencji jako miejsce wsparcia dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich rodziców. *Głos-Język-Komunikacja* 2018; 5: 75-89.
117. Goddard S. *Odruchy, uczenie i zachowanie – klucz do umysłu dziecka.* MINK. Warszawa 2004.
118. Zubrzycka R. Radzenie sobie ze stresem matek dzieci i młodzieży chorujących na mukowiscydozę. *Advances in Respiratory Medicine* 2018; 86: 86-91.
119. Achilovna N. The importance of pedagogical and psychological literacy of parents in preparing children for school education. *Academicia: an international multidisciplinary research journal* 2021; 11(1): 728-732.
120. Kutscher M, Attwood T, Wolff R. *Dzieci z zaburzeniami łączonymi ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia.* Wydawnictwo LIBER. Warszawa 2007.
121. Schumacher R. *Starting School Socially and Behaviorally Ready: The Impacts of Malleable Home- and School-Based Relationships and Community Setting.* The University of Nebraska – Lincoln. Lincoln. Nebraska 2021.
122. Guinle M, Sinha R. The Role of Stress, Trauma, and Negative Affect in Alcohol Misuse and Alcohol Use Disorder in Women. *Alcohol Research* 2020; 40(2): 5.

123. Ramisch J. Marriage and Family Therapists Working With Couples Who Have Children With Autism. *Journal of Marital and Family Therapy* 2010; 38(2): 305–316.
124. Karnas I. Niepomyślna diagnoza - rola rodziców we wspieraniu rozwoju dziecka z niepełnosprawnością. *Speciálněpedagogická diagnostika v inkluzivním vzdělávání Sborník příspěvků z XII. ročníku mezinárodní konference v sekci Speciálněpedagogická diagnostika*. Ostrava 2016.
125. Pawłowska B, Świerczyńska J. Correlation between the assessment of family relations and psychological factors in mothers of children diagnosed with autism and Asperger's syndrome. *Current problem of Psychiatry* 2021; 270-283.
126. Kandel I, Merrick J. The Child With a Disability: Parental Acceptance, Management and Coping. *The Scientific World Journal* 2007; 7: 1799–1809.
127. Mello C, Rivard M, Terroux A, Mercier C. Quality of Life in Families of Young Children With Autism Spectrum Disorder. *American Journal On Intellectual And Developmental Disabilities* 2019; 124(6): 535–548.
128. Bera R. Stres w pracy policjantów a ich style radzenia sobie w sytuacjach trudnych. *Resocjalizacja Polska* 2021; 21: 207-226.
129. Ogińska-Bulik N, Socha I. Emotional processing and negative and positive effects of trauma among parents struggling with cancer of their child. *Psychoonkologia* 2017; 21(1): 1–8.
130. Glidden LM, Billings FJ, Jobe BM. Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 2006; 50(12): 949–962.
131. Wojciechowska M, Wojciechowska B. *Reflections On Health. Historical And Contemporary Contexts*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego. Kielce 2022.
132. Ryan C, Quinian E. Whoever shouts the loudest: Listening to parents of children with disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2018; 31: 203-214.
133. Pisula A, Bryńska A, Wójtowicz S, Srebnicki T, Wolańczyk T. Ogólny stan zdrowia, poczucie koherencji oraz style radzenia sobie ze stresem rodziców uczestniczących w „Warsztatach dla rodziców dzieci nadpobudliwych”. *Psychiatria Polska* 2019; 53(2): 419–432.
134. Buchholz A, Wolan-Nowakowska M. Posttraumatic growth as a factor of psychological well-being of parents of children with autism. *Problemy Opiekuńczo - Wychowawcze* 2020; 588(3): 26-37.

135. Pietnoczko M, Steuden S. The need for social support and the health condition of parents of children with cancer. *Palliative Medicine in Practice* 2020; 14: 157–165.
136. Muscara F, McCarthy MC, Woolf C. Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *European Psychiatry* 2015; 30(5): 555–56.
137. Konieczna I, Marcinkowska B, Smolińska K. Od etykietowania do zrozumienia – komunikowanie się dziecka z zespołem Aspergera w środowisku szkolnym. W: *Jest człowiek z niepełnosprawnością – Pola refleksji*. Red. Antoszevska B, Myśliwczyk I. Wydawnictwo Silva Rerum. Olsztyn 2017.
138. Konieczna I, Smolińska K. Zdolności komunikacyjne uczniów z zespołem Aspergera jako (nie)niezbędne składniki gotowości do nauki. *Dziennik: Szkoła Specjalna* 2019; 80: 19-30.

Spis tabel

Tab. 1. Zmienne objaśniane i objaśniające oraz ich wskaźniki.....	30
Tab. 2. Wiek rodziców z uwzględnieniem podziału na rodziców dzieci z zaburzeniami SI oraz rodziców dzieci neurotypowych.....	37
Tab. 3. Płeć a wykształcenie badanych rodziców.....	38
Tab. 4. Wykształcenie a miejsce zamieszkania rodziców.....	39
Tab. 5. Płeć a miejsce zamieszkania badanych rodziców.....	40
Tab. 6. Statystyki miar skośności i kurtozy - PSS-10.....	41
Tab. 7. Statystyki miar skośności i kurtozy - Mini-COPE.....	41
Tab. 8. Statystyki miar skośności i kurtozy - BSSS.....	43
Tab. 9. Poziom Odczuwanego Stresu (PSS-10) - statystyki opisowe i wyniki testu t-Studenta.....	44
Tab. 10. Strategie Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) - statystyki opisowe i wyniki testu t-Studenta.....	45
Tab. 11. Wsparcie Społeczne (BSSS) - Statystyki opisowe i wyniki testu t-Studenta.....	57
Tab. 12. Korelacje między skalami kwestionariuszy PSS-10, BSSS i Mini-COPE – rodzice dzieci z zaburzeniami SI.....	60
Tab. 13. Korelacje między skalami kwestionariuszy PSS-10, BSSS i Mini-COPE – rodzice dzieci neurotypowych.....	63
Tab. 14. Parametry hierarchicznych modeli regresji (blok nr. 1) dla związku pomiędzy Poziomem Odczuwanego Stresu a rodzajem Wsparcia Społecznego w grupie rodziców dzieci neurotypowych i dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej.....	68
Tab. 15. Parametry hierarchicznych modeli regresji (blok nr. 2) dla związku pomiędzy Poziomem Odczuwanego Stresu a rodzajem Wsparcia Społecznego i strategiami radzenia sobie w sytuacjach stresowych w grupie rodziców dzieci neurotypowych i dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej.....	69

Spis rycin

Ryc. 1. Poziomy integracji sensorycznej.....	15
Ryc. 2. Płeć badanych rodziców.....	34
Ryc. 3. Wykształcenie badanych rodziców.....	35
Ryc. 4. Miejsce zamieszkania badanych rodziców.....	36
Ryc. 5. Występowanie zaburzeń integracji sensorycznej u dzieci badanych rodziców.....	36
Ryc. 6. Poziom Odczuwanego Stresu - różnice średnich.....	45
Ryc. 7. Aktywne Radzenie Sobie - różnice średnich	47
Ryc. 8. Planowanie - różnice średnich	48
Ryc. 9. Pozytywne Przewartościowanie - różnice średnich	49
Ryc. 10. Akceptacja - różnice średnich	49
Ryc. 11. Poczucie Humoru - różnice średnich	50
Ryc. 12. Zwrot ku Religii - różnice średnich	51
Ryc. 13. Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego - różnice średnich	51
Ryc. 14. Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego - różnice średnich	52
Ryc. 15. Zajmowanie się Czymś Innym - różnice średnich	53
Ryc. 16. Zaprzeczanie - różnice średnich	53
Ryc. 17. Wyładowanie - różnice średnich	54
Ryc. 18. Zażywanie Substancji Psychoaktywnych - różnice średnich	55
Ryc. 19. Zaprzestanie Działań - różnice średnich	55
Ryc. 20. Obwinianie Siebie - różnice średnich	56
Ryc. 21. Wsparcie Emocjonalne - różnice średnich	58
Ryc. 22. Wsparcie Instrumentalne - różnice średnich	58
Ryc. 23. Zapotrzebowanie na wsparcie - różnice średnich	59
Ryc. 24. Poszukiwanie wsparcia - różnice średnich	59

Aneks

- Załącznik nr 1 Berlińska Skala Wsparcia Społecznego (BSSS)
- Załącznik nr 2 Skala Odczuwania Stresu PSS-10
- Załącznik nr 3 Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE
- Załącznik nr 4 Autorski kwestionariusz ankiety

Załącznik 1

Berlin Social Support Scales (BSSS) - Polish Version

Aleksandra Łuszczynska, Monika Kowalska, Ralf Schwarzer & Ute Schulz, 2002

Freie Universität Berlin, Health Psychology

1. Spostrzegane dostępne wsparcie

(emocjonalne)

1. Są osoby, które naprawdę mnie lubią
2. Ilekroć źle się czuję, inni okazują mi, że czują do mnie sympatię
3. Ilekroć jestem smutny, są ludzie, którzy podnoszą mnie na duchu
4. Zawsze jest ktoś, kto mnie pociesza, kiedy tego potrzebuję

(instrumentalne)

5. Znam osoby, na których zawsze mogę polegać
6. Kiedy jestem zmartwiony, jest ktoś kto mi pomoże
7. Są osoby, które oferują mi pomoc, kiedy jej potrzebuję
8. Kiedy przestaję dawać sobie ze wszystkim radę, wtedy są tacy, którzy mi pomogą

2. Zapotrzebowanie na wsparcie

1. Kiedy jestem przygnębiony, potrzebuję kogoś, kto podniesie mnie na duchu
2. Ważną rzeczą jest dla mnie, by zawsze mieć kogoś, kto mnie wysłucha
3. Zanim podejmę ważne decyzje, koniecznie muszę zasięgnąć czyjejś opinii
4. Najlepiej daję sobie radę bez żadnej pomocy z zewnątrz (-)

3. Poszukiwanie wsparcia

1. W krytycznych sytuacjach wolę poprosić innych o radę
2. Ilekroć jestem przygnębiony, szukam kogoś, kto podniesie mnie na duchu
3. Gdy jestem zmartwiony, szukam kogoś, z kim mógłbym porozmawiać
4. Jeśli nie wiem, jak sobie poradzić z sytuacją, pytam innych, co oni by zrobili
5. Ilekroć potrzebuję pomocy, proszę o nią

Załącznik nr 2

Skala Odczuwania Stresu PSS-10

Skala Odczuwania Stresu PSS -10 w wersji oryginalnej dostępna w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego zgodnie z wytycznymi Międzynarodowej Komisji ds. Testów (ITC) dotyczącymi zakazu udostępniania i rozpowszechniania oryginalnej wersji testów psychologicznych).

Załącznik nr 3

Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE

Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE- w wersji oryginalnej dostępna w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego zgodnie z wytycznymi Międzynarodowej Komisji ds. Testów (ITC) dotyczącymi zakazu udostępniania i rozpowszechniania oryginalnej wersji testów psychologicznych).

Załącznik nr 4

Autorski kwestionariusz ankiety

Szanowna (y) Pani/Panie,

nazywam się Katarzyna Maj-Gnat i jestem studentką III Roku studiów doktoranckich

na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Prowadzę badania naukowe na temat:

Analiza związków pomiędzy poziomem wsparcia a poziom stresu związanego z rozpoczęciem edukacji szkolnej u rodziców dzieci neurotypowych i wykazujących zaburzenia integracji sensorycznej (SI).

W celu zgromadzenia niezbędnych informacji do realizacji w/w pracy badawczej uprzejmie proszę o wypełnienie krótkiego kwestionariusza ankiety, dotyczącego wiedzy ogólnej o osobie badanej.

Z góry dziękuję za uzupełnienie ankiety.

1. Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

2. Wiek:.....

3. Wykształcenie: Podstawowe Gimnazjalne Zawodowe Średnie
 Wyższe

4. Miejsce zamieszkania:

- Wieś
- Miasto

5. Czy Pani/Pana dziecko ma wydane orzeczenie?

- Tak
- Nie