

Anna Gagat-Matuła

POCZUCIE KOHERENCJI MŁODZIEŻY Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM DOŚWIADCZAJĄCEJ MIGRACJI RODZICA

WSTĘP

W ujęciu systemowym rodzinę definiuje się jako „złożoną strukturę składającą się ze wzajemnie od siebie zależnych grup osób, które dzielą historię, przeżywają jakiś stopień emocjonalnej więzi i wprowadzają strategie interakcji potrzebne indywidualnym członkom rodziny i grupie jako całości”. W obrębie systemu rodzinnego możemy wyróżnić podsystemy — poszczególne diady (matka–dziecko) i triady (matka–ojciec–dziecko). Wszystkie osoby i podsystemy tworzące rodzinę są od siebie wzajemnie zależne i wzajemnie na siebie wpływają, a zmiana w jednej części systemu rodzinnego odbija się na całym systemie¹.

Opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym i wychowanie go wywiera wpływ na wszystkich członków rodziny². Dla rodziny obciążająca jest już sama diagnoza mózgowego porażenia dziecięcego, będącego zespołem zaburzeń o zróżnicowanej etiologii i wielości objawów klinicznych. Widoczne są od wczesnego okresu życia dziecka i potwierdza je badanie neurologiczne. Początkowo występują: opóźnienie w rozwoju psychoruchowym, dysfunkcja ruchu i postawy, niedowład kończyn, zespoły ruchów mimowolnych, zaburzenia w rozwoju mowy, uszkodzenia słuchu, wzroku, padaczka³. Opierając się na podziale autorstwa Hagberga,

¹ M. Plopa, *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Elbląg 2004, s. 15–16.

² R. H. Schaffer, *Psychologia dziecka*, Warszawa 2008, s. 113.

³ R. Michałowicz, *Problemy diagnostyczne*, w: R. Michałowicz (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, Warszawa 2001, s. 181.

wyróżniamy tzw. zespoły spastyczne (monoparetyczne, hemiparetyczne, triparetyczne i tetraplegiczne), mózdkowe i dyskinetyczne⁴.

Truizmem jest, że każda rodzina może doświadczać sytuacji trudnych w związku ze zmianami i wydarzeniami, jakie zachodzą wraz z kolejnymi etapami życia (śmierć, narodziny, rozwód, wyjazd za granicę osoby bliskiej). Jednak za szczególnie obciążające uznaje się niepełnosprawność i chorobę członka rodziny⁵. Sytuacja trudna według Marii Tyszkowej „to taki układ zadań (celów), warunków działania i możliwości działającego podmiotu, w jakim została naruszona równowaga między tymi elementami w stopniu wymagającym nowej koordynacji stosunków podmiotu z otoczeniem, co powoduje przeciążenie systemu psychicznej regulacji i emocje ujemne”⁶. Wychowanie dziecka wpływa w sposób bezpośredni i pośredni na sytuację rodziny. Zmianie ulegają dotychczasowe relacje wewnątrzrodzinne, a także stosunki, jakie dana rodzina utrzymuje w środowisku zamieszkania⁷. Niepełnosprawność dziecka wpływa na sytuację materialną rodziny⁸.

Wyjazd za granicę jednego z rodziców może dodatkowo burzyć tę strukturę, zakłócać system całej rodziny⁹. Jest jednak szansą na poprawę sytuacji materialnej. W niektórych przypadkach rodzic wyjeżdża po to, by zarobić między innymi na rehabilitację dziecka, a w niektórych przypadkach może to być też po prostu ucieczka w pracę przed problemami związanymi z wychowaniem i rehabilitacją niepełnosprawnego dziecka.

Wioleta Danilewicz uważa, iż rodziny rozłączone geograficznie stanowią nową, alternatywną wobec tradycyjnej formę życia rodzinnego, w której więzy są podtrzymywane. Wspomniana prekursorka badań nad rodzinami doświadczającymi migracji rodzica wyróżnia:

- rodziny czasowo niepełne, w których ojciec lub matka na skutek migracji zagranicznej samotnie wychowują potomstwo;

⁴ J. Czochońska, *Neurologia dziecięca*, Warszawa 1998, s. 87–89.

⁵ M. de Barbaro, *Struktura rodziny*, w: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 1999, s. 53.

⁶ M. Tyszkowa, *Zachowanie się w sytuacjach trudnych i odporność psychiczna dzieci i młodzieży*, w: M. Tyszkowa (red.), *Zachowanie się młodzieży w sytuacjach trudnych i rozwój osobowości*, Poznań 1977, s. 12.

⁷ J. Sowa, *Podmiotowa rola rodziców w procesie rehabilitacji*, „Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny” 2003, nr 1–2, s. 21.

⁸ J. Rola, *Niepełnosprawność dziecka jako czynnik ryzyka depresji u matki — uwarunkowania osobowe i środowiskowe*, w: M. Chodkowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Lublin 1995, s. 33.

⁹ M. Kolankiewicz, *Dziecko w sytuacji rozłąki*, „Pedagogika Społeczna” 2008, nr 3, s. 83.

- rodziny czasowo niepełne, w których ojciec lub matka w wyniku migracji zagranicznej wychowują dzieci przy ograniczonym udziale partnera;
- rodziny rozłączone geograficznie lub transnarodowe, w których mimo migracji oboje rodzice uczestniczą w życiu rodzinnym¹⁰.

Badacze wskazują również, iż w trakcie rozłąki może dochodzić „do dwóch zasadniczych zmian: do deformacji struktury rodziny oraz do jej okresowej dysfunkcjonalności. Zmiany te mimo swej okresowości, wywołują z kolei niejednokrotnie głębokie i trwałe następstwa psychospołeczne, noszące znamiona dezorganizacji”¹¹. Najdotkliwiej tę sytuację odczuwają dzieci, a wyrazem ich tęsknoty i buntu jest sposób zachowania (zmiana podejścia do nauki, zaburzone kontakty z otoczeniem oraz skłonność do zachowań ryzykownych)¹².

Zdecydowanie brakuje — zarówno w Polsce, jak i na świecie — badań empirycznych rodzin, w których migruje rodzic i w których wychowuje się i zmagają z sytuacjami trudnymi dziecko niepełnosprawne. W diagnostyce funkcjonowania takich rodzin należy skupić się nie tylko na trudnościach, ale przede wszystkim trzeba wskazać, jakie możliwości radzenia sobie z przeciwnościami ma dziecko. Wszak rola, jaką środowisko rodzinne odgrywa w wychowaniu, i jej wpływ na proces rozwoju dziecka niepełnosprawnego jest znacznie większa niż w przypadku dziecka pełnosprawnego. Truizmem jest, że tylko pełna akceptacja dziecka niepełnosprawnego przez rodzinę warunkuje prawidłowe zaspokajanie jego potrzeb psychicznych. A niezaspokojenie ich przez rodziców dodatkowo może zaburzać rozwój dziecka¹³.

Efektywność konfrontacji z sytuacją trudną zależy od poczucia koherencji (*sense of coherence*, SOC), będącej kluczowym elementem w modelu salutogenetycznym. Według Aarona Antonovsky’ego, twórcy tego modelu, koherencja odgrywa zasadniczą rolę w procesie budowania zdrowia¹⁴.

Początkowo Aaron Antonovsky przedstawiał poczucie koherencji jako „ogólną orientację wyrażającą, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne przekonania o przewidywalności świata wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmują tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek”¹⁵.

¹⁰ W. Danilewicz, *Rodzina ponad granicami. Transnarodowe doświadczenia wspólnoty rodzinnej*, Białystok 2010, s. 146.

¹¹ M. Fojcik, *Dziecko a migracja zarobkowa rodziców*, „Życie Szkoły” 2007, nr 7, s. 12.

¹² A. Gabyś, *Rodzice od święta*, „Charaktery” 2009, nr 1(8) s. 58.

¹³ M. Chodkowska, *Socjopedagogiczne problemy edukacji integracyjnej dzieci z obciążeniami biologicznymi i środowiskowymi*, Warszawa 2004, s. 46.

¹⁴ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia; Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa 2005, s. 11–34.

¹⁵ Tamże, s. 11.

Następnie autor koncepcji określił nowe znaczenie tego pojęcia i podał, że poczucie koherencji to „globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

- bodźce (informacje) napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny oraz wytłumaczalny;
- ma dostęp do środków (zasobów), które mu pozwolą sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce;
- wymagania te stanowią dla jednostki wyzwanie warte podjęcia wysiłku i zaangażowania”¹⁶.

Takie ujęcie można rozumieć jako poczucie pewności, że świat spostrzegany przez człowieka jest całkowicie zrozumiały, daje się uporządkować oraz zawiera zasoby, które może wykorzystać w radzeniu sobie z napotkanymi przeciwnościami. Owa efektywność w szczególności zależy od trzech komponentów: sensowności, zrozumienia oraz zaradności. Zgodnie z myślą twórcy komponent sensowności w procesie radzenia sobie uruchamia zasoby lub schematy poznawcze, dzięki którym jednostka może zmniejszać działanie stresorów albo oceniać je jako bodźce pozytywne lub obniżające mechanizm regulacji. Komponent ten powoduje, że człowiek mobilizuje umiejętności, dzięki którym może skutecznie radzić sobie z wymaganiami, jakie stawia życie¹⁷. Kolejnym komponentem bardzo ważnym w procesie radzenia sobie jest komponent zrozumienia. Dzięki niemu człowiek potrafi zorientować się poznawczo w otaczającej go rzeczywistości oraz przejawia dużą zdolność do rozumienia, że bodźce, z jakimi zetknie się w przyszłości, będą bodźcami przewidywalnymi lub — gdy jakiś bodziec go zaskoczy — będzie mógł go do czegoś przyporządkować i wyjaśnić.

Działanie ostatniego komponentu, zaradności, polega na gromadzeniu spostrzeżeń dotyczących posiadanych umiejętności do radzenia sobie z sytuacją trudną. W ich zakresie znajduje się możliwość wykorzystania źródeł wsparcia społecznego oraz przekonanie, iż poza człowiekiem istnieje wiele nieznanых, lecz dostępnych zasobów i sił, które można wykorzystać w konfrontacji stresowej¹⁸.

Ponadto model salutogenetyczny zakłada, że osoby z silnym poczuciem koherencji różnią się od osób mających słabe poczucie koherencji tym, iż te pierwsze wykazują większą gotowość i chęć do wykorzystania potencjalnych zasobów odpornościowych oraz uznają bodźce za mniej stresujące. Silne poczucie koherencji pozwala jednostce nie traktować napływających bodźców w kategorii stresorów,

¹⁶ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, dz. cyt., s. 34.

¹⁷ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2008, s. 83.

¹⁸ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, dz. cyt., s. 38.

co powoduje obniżenie stanu napięcia oraz sprawia, że działania stają się bardziej racjonalne i skuteczne. Natomiast w sytuacji, gdy bodźce zostaną odebrane jako zagrożenie, poczucie koherencji pozwala natychmiast zmobilizować dostępne jednostce zasoby i skutecznie zahamować powstawanie stresu¹⁹.

ZAŁOŻENIA BADAŃ WŁASNYCH

W nawiązaniu do analizy teoretycznej celem badań było określenie poczucia koherencji młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym, której rodzic wyjeżdża za granicę w celach zarobkowych. Cel ten został uszczegółowiony w postaci następującego pytania:

Jakie poczucie koherencji charakteryzuje młodzież z mózgowym porażeniem dziecięcym doświadczającą migracji rodzica i czy różni się ono od tego, jakie ma młodzież pełnosprawna doświadczająca migracji rodzica?

W niniejszej pracy nie postawiono hipotezy do problemu badawczego, gdyż podjęty problem ma charakter eksploracyjny.

BADANIA WŁASNE

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Posłużono się Kwestionariuszem Orientacji Życiowej (SOC), który jest polską adaptacją narzędzia opracowanego przez Aarona Antonovsky'ego. Podstawą teoretyczną kwestionariusza jest model salutogenetyczny przedstawiony przez autora w 1979 roku w książce *Health, stress and coping*. Obecna jego postać jest wynikiem licznych weryfikacji empirycznych²⁰. Składa się z 29 twierdzeń pozwalających zbadać globalną orientację życiową w aspekcie trzech podstawowych komponentów: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności oraz w zakresie całościowym. Pytania zawarte w SOC odpowiadają trzem elementom, które tworzą poczucie koherencji, a dokładniej: 11 z nich odnosi się do zrozumiałości, 10 dotyczy sterowalności, natomiast 8 sensowności²¹.

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji zawiera pytania półotwarte oraz zamknięte. Składa się z trzech części. Pierwsza część zawiera dane dotyczące młodzieży, a mianowicie: płeć, wiek, rodzaj niepełnosprawności i dodatkowych zaburzeń. Druga część dotyczy rodziny (niepełna z powodu migracji rodzica) —

¹⁹ Tamże, s. 128.

²⁰ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, dz. cyt., s. 76.

²¹ J. Koniarek, B. Dudek, Z. Makowska, *Kwestionariusz Orientacji Życiowej*, „Przegląd Psychologiczny” 1993, nr 4 (491–502), s. 495.

zawiera pytania na temat płci i czasu migracji rodzica oraz tego, kto opiekuje się dzieckiem podczas jego nieobecności. Kwestionariusz ankiety przygotowany w celu wyselekcjonowania grupy porównawczej został zbudowany analogicznie do ankiety przeznaczonej dla młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym, pominięte zostały jedynie pytania dotyczące niepełnosprawności. Zastosowano celowy dobór badanej grupy. W badaniach wzięło udział 30 osób z mózgowym porażeniem dziecięcym w normie intelektualnej, pochodzących z rodzin, w których przynajmniej jeden z rodziców migruje (grupa podstawowa A) oraz 30 osób pełnosprawnych z rodzin, w których przynajmniej jeden z rodziców migruje (grupa kontrolna B).

Kryteriami tego doboru dla grupy podstawowej A był:

- wiek młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym (od 16 do 18 lat);
- migracja zarobkowa rodzica.

Grupę porównawczą B stanowiła młodzież pełnosprawna. Kryterium przy doborze tej grupy było maksymalne przybliżenie wszystkich wskaźników demograficzno-społecznych do wskaźników określających grupę podstawową, a w szczególności:

- wiek młodzieży pełnosprawnej (od 16 do 18 lat);
- migracja zarobkowa rodzica.

Rozkład płci młodzieży był zbliżony: w grupie podstawowej (młodzież z m.p.dz.) były 34 dziewczęta i 36 chłopców, w grupie porównawczej (młodzież pełnosprawna) — 33 dziewczęta i 37 chłopców.

Badana młodzież z m.p.dz. była w normie intelektualnej. U młodzieży z m.p.dz. występowała monoplegia: 36,63%, paraplegia: 32,46%, hemiplegia: 27,81%; postać mieszana: 3,1%. Dane dotyczące niepełnosprawności pochodziły z diagnozy medycznej zawartej w kartach medycznych pacjentów (zapis ogólnej diagnozy jednorodnego zespołu objawów m.p.dz.) oraz z kwestionariusza ankiety (skonstruowanego przez autorkę na potrzeby prowadzonych badań).

Wśród dodatkowych zaburzeń u młodzieży z m.p.dz. stwierdzono alergie (5,2%), cukrzyce (1,8%), zaburzenia rytmu serca (1,8%). Dane dotyczące współwystępowania dodatkowych zaburzeń pochodziły z kwestionariusza ankiety (skonstruowanego przez autorkę na potrzeby prowadzonych badań).

W grupie młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym badani najczęściej rozstają się z matkami (70%), rzadziej z ojcami (30%). Badana młodzież nie doświadcza rozłąki z obojgiem rodziców.

W grupie młodzieży pełnosprawnej badani najczęściej rozstają się z ojcami (67,4%), rzadziej z matkami (29,4%) i najrzadziej z obojgiem rodziców (3,2%). Czasowej rozłąki z ojcem doświadcza zatem 70,6% młodzieży pełnosprawnej, a z matką — 32,6%.

Zarówno w grupie podstawowej (71%), jak i w grupie kontrolnej (68%) młodzież doświadcza najczęściej migracji krótkoterminowej, trwającej od 1 do 3 miesięcy; wyjazdów długoterminowych, trwających od 3 do 12 miesięcy, w grupie podstawowej doświadcza 29% badanych, a w grupie kontrolnej 32%. Młodzież z obu grup nie doświadcza wyjazdów trwających ponad rok.

W grupie podstawowej podczas nieobecności rodzica rodziną opiekuje się rodzic pozostający w Polsce (79,6%). Kolejną grupą opiekunów są dziadkowie (15,3%), pełnoletnie rodzeństwo (2,6%) oraz badana młodzież (2,5%).

W grupie kontrolnej podczas nieobecności rodzica rodziną opiekuje się rodzic pozostający w Polsce (83,2%). Kolejną grupą opiekunów są dziadkowie (9,2%), pełnoletnie rodzeństwo (2,6%), badana młodzież (2,5%) oraz osoby niespokrewnione (2,5%).

ANALIZA BADAŃ WŁASNYCH

Analiza poczucia koherencji młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym

Poniżej dokonano analizy poczucia koherencji z uwzględnieniem wymiarów takich, jak zrozumiałość, zaradność i sensowność. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Analiza wymiarów poczucia koherencji badanych grup

Nazwa skali	A		B		T	p
	M	SD	M	SD		
Poczucie zrozumiałości	41,03	0,82	43,03	0,65	-0,96	0,334
Poczucie zaradności	42,46	0,84	41,83	0,62	0,52	0,622
Poczucie sensowności	38,05	0,98	38,37	1,16	-0,14	0,903

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Uzyskane wyniki wskazują, że nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą podstawową a kontrolną.

W zakresie dwóch skal — poczucie sensowności i poczucie zrozumiałości — młodzież pełnosprawna uzyskała wyższe wyniki. Natomiast młodzież z mózgowym porażeniem dziecięcym osiągnęła wyższą średnią w poczuciu zaradności.

Analizując poczucie zaradności, można stwierdzić, iż młodzież z grupy A częściej niż młodzież z grupy B nie poddaje się przeciwnościom, jakie niesie życie (gr. A — 42,46; gr. B — 41,83). Badani z grupy A sądzą, że są w stanie sprostać wszelkim przeciwnościom oraz uporać się z napotykanymi trudnościami. Wynikać to może z faktu, iż młodzież niepełnosprawna częściej wykorzystuje swoje zasoby, a także docenia zasoby osób bliskich. Zasoby te traktują jako wystarczające

i ufają, że okażą się pomocne w sytuacji stresowej. Wysokie poczucie zaradności sprawia, iż młodzież z tej grupy nie czuje się pokrzywdzona przez los mimo niepełnosprawności fizycznej i migracji rodzica, a także nie ma poczucia, że życie obchodzi się z nią niesprawiedliwie. Sytuacje stresowe postrzega jako przemijające, wie, że może im sprostać.

Natomiast analiza skali zrozumiałości (gr. A — 41,03; gr. B — 43,03) wskazuje różnicę na korzyść młodzieży pełnosprawnej. Wyższe wyniki w zakresie tego komponentu wskazują, że młodzież z grupy kontrolnej częściej niż młodzież z grupy podstawowej odbiera informacje jako uporządkowane, zrozumiałe, spójne i jasne. Respondenci z grupy B uważają, że są w stanie w przyszłości przewidzieć sytuacje trudne, a jeżeli napotkane wydarzenia okażą się dla nich zaskakujące, wówczas zakładają, że uda im się je zrozumieć, wyjaśnić i uporządkować. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że młodzież z grupy kontrolnej potrafi dostrzec w sytuacji trudnej głębszy sens, nie tracąc przy tym umiejętności trafnej oceny rzeczywistości. Potrafi również zaakceptować rozwój wydarzeń bez względu na to, czy jest on dla niej pozytywny, czy też nie.

W odniesieniu do ostatniej skali, poczucia sensowności, analiza wskazuje, że młodzież z obu grup uzyskała zbliżone wyniki (gr. A — 38,05; gr. B — 38,37) z niewielką przewagą na korzyść młodzieży z grupy kontrolnej. Truizmem jest stwierdzenie, że silniejsze poczucie sensowności powoduje, że badana młodzież częściej ma ważne dla siebie dziedziny życia, którym poświęca dużo czasu i uwagi. Wybrane dziedziny traktuje jako warte zaangażowania. Z kolei trudności odbiera jako wyzwania, którym można sprostać.

Przyczyną uzyskania nieco niższych wyników przez młodzież z grupy A może być fakt, iż ze względu na niepełnosprawność fizyczną traktuje priorytetowo swą rehabilitację i jest to dla niej najważniejsza dziedzina życia, natomiast trudności, jakie się z tą sferą wiążą powodują u niej odczucia negatywne, a niekiedy wręcz wypalenie sił. Pomimo trudności i niepowodzeń młodzież z mózgowym porażeniem dziecięcym nie rezygnuje z tej sfery oraz nie umniejsza jej ważności. Zdara się niekiedy, że wkładany w tę dziedzinę wysiłek nie zawsze stanowi dla niej źródło satysfakcji, często powoduje rezygnację z innych form aktywności oraz przyczynia się do wyczerpania i frustracji, jak również do zniechęcenia w podejmowaniu nowych działań i wyzwań.

Reasumując, wyniki uzyskane w odniesieniu do poczucia koherencji nie wykazały w badanych grupach różnic istotnych statystycznie. W analizie wyników dotyczących poczucia koherencji nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między młodzieżą z m.p.dz. a młodzieżą pełnosprawną. Okazało się, iż w zakresie trzech komponentów: poczucia zrozumiałości, zaradności oraz poczucia sensowności młodzież z m.p.dz. i pełnosprawna nie różni się między sobą. Młodzież

o silnym poczuciu zrozumiałości napotykanego wydarzenia i napływające informacje postrzega jako jasne, spójne, uporządkowane i wytłumaczalne. Nie lęka się konfrontacji z nimi oraz wierzy, że w przyszłości będzie w stanie je przewidzieć i wyjaśnić. Poczucie zaradności dotyczy natomiast posiadanych przez młodzież z obu grup zasobów. Badani adolescenti są przekonani, że posiadają odpowiednie zasoby do walki z przeciwnościami, jakie niesie ze sobą życie codzienne. Okazało się, że obie grupy respondentów wykazują podobne poczucie sensowności. Młodzież sądzi, iż ich życie ma sens. Podejmuje też działania w różnych dziedzinach życia i wykazuje chęć przeżycia nowych doświadczeń. Angażuje się w tę działalność i jest przekonana, że warto podejmować trudy oraz wysiłki.

WNIOSKI

Przystosowanie młodzieży niepełnosprawnej do funkcjonowania w rodzinie doświadczającej migracji rodzica ma istotne znaczenie dla poczucia koherencji, dlatego wczesna pomoc jest niezbędna, aby ochronić i wzmocnić tę dyspozycję osobowościową. Bardzo wiele zależy od sposobu, w jaki rodzice przekazują informacje o wyjeździe, to, na jak długo wyjeżdżają i jak podtrzymywane są kontakty. Ważne jest także wsparcie otoczenia. Wszelkie trudności w funkcjonowaniu winny być niwelowane poprzez:

- ustalenie, ukazanie i jak najszybsze diagnozowanie zmian w funkcjonowaniu młodzieży niepełnosprawnej;
- pomoc psychologiczną;
- informowanie o zagrożeniach związanych z migracją (np. specjalne ulotki, poradniki);
- pomoc i wsparcie w reemigracji rodzica.

Przeprowadzone badania nie pozwalają na dogłębną analizę poczucia koherencji młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym. Przytoczone wyniki są jedynie próbą udzielenia odpowiedzi na postawione pytanie i dostarczyły tylko fragmentu wiedzy. W przyszłości warto przyjrzeć się czynnikom wpływającym na poziom tej zmiennej. Wskazane są badania podłużne.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia; Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa 2005.
- Barbaro M., de, *Struktura rodziny*, w: B. De Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 1999.

- Chodkowska M., *Socjopedagogiczne problemy edukacji integracyjnej dzieci z obciążeniami biologicznymi i środowiskowymi*, Warszawa 2004.
- Czochańska J., *Neurologia dziecięca*, Warszawa 1998.
- Danilewicz W., *Rodzina ponad granicami. Transnarodowe doświadczenia wspólnoty rodzinnej*, Białystok 2010.
- Fojcik M., *Dziecko a migracja zarobkowa rodziców*, „Życie Szkoły” 2007, nr 7.
- Gabyś A., *Rodzice od święta*, „Charaktery” 2009, nr 1(8).
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2008.
- Kolankiewicz M., *Dziecko w sytuacji rozłąki*, „Pedagogika Społeczna” 2008, nr, 3.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z., *Kwestionariusz Orientacji Życiowej*, „Przegląd Psychologiczny” 1993, nr 4.
- Michałowicz R., *Problemy diagnostyczne*, w: R. Michałowicz (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, Warszawa 2001.
- Plopa M., *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Elbląg 2004.
- Rola J., *Niepełnosprawność dziecka jako czynnik ryzyka depresji u matki — uwarunkowania osobowe i środowiskowe*, w: M. Chodkowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Lublin 1995.
- Schaffer R.H., *Psychologia dziecka*, Warszawa 2008.
- Sowa J., *Podmiotowa rola rodziców w procesie rehabilitacji*, „Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny”, 2003, nr 1–2.
- Tyszkowa M., *Zachowanie się w sytuacjach trudnych i odporność psychiczna dzieci i młodzieży*, w: M. Tyszkowa (red.), *Zachowanie się młodzieży w sytuacjach trudnych i rozwój osobowości*, Poznań 1977.