

Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ
Nauki Społeczne, Nr 4 (1/2012)

KATARZYNA CYRANKA

(UNIwersytet Jagielloński)

POSTAWY RODZICIELSKIE I KOMUNIKACJA MAŁŻEŃSKA RODZICÓW DZIECI CHORYCH NA CUKRZYCĘ TYPU 1¹

WSTĘP

Choroba dziecka jest przykrym stanem dla rodziców, naraża ich na wiele negatywnych przeżyć i trudnych dodatkowych obowiązków. Długi czas trwania choroby, wielokrotnie przeżywane przez dziecko poczucie zagrożenia, uczucie niepokoju i bezsilności przy równoczesnej konieczności podejmowania walki z chorobą mogą stanowić dla rodziców źródło permanentnie trudnej sytuacji².

Liczne problemy oraz silne poczucie zagrożenia związane z chorobą dziecka przytłaczają często członków rodziny i niejednokrotnie powodują dysharmonię. Przewlekła choroba zmienia atmosferę w domu. Spostrzeganie oraz współodczuwanie cierpień i dolegliwości dziecka modyfikuje postawy domowników³.

¹ Wyniki przedstawionych badań oraz fragmenty tekstu zostały zawarte w artykułach naukowych złożonych do publikacji w „Psychiatrii Polskiej” (prace zbiorowe K. Cyranka, K. Rutkowski, D. Krok, J. Król) i „Psychoterapii” (K. Cyranka): K. Cyranka, *Psychologiczne aspekty funkcjonowania rodziny dziecka chorego na cukrzycę typu 1*, „Psychoterapia”, przyjęte do druku; K. Cyranka, K. Rutkowski, J. Król, D. Krok, *Różnice w postawach rodzicielskich między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku; eidem, *Różnice w komunikacji małżeńskiej między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, przyjęte do druku.

² R. Szczepaniak, *Rodzina wobec dziecka chorego*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2000, nr 8, s. 35–38.

³ Ibidem, s. 36.

Stosunek rodziny do dziecka i jego choroby zależy przede wszystkim od wiedzy o chorobie, znajomości potrzeb biopsychospołecznych dziecka, rozeznania możliwości skutecznego zwalczania skutków choroby, głównie zaś od pozytywnego emocjonalnego zaangażowania. Niekiedy długotrwałe sytuacje stresowe i frustracja spowodowana lękiem o dziecko mogą przyczynić się do wykształcenia się skrajnych postaw u rodziców – nadmiernej koncentracji na chorym dziecku lub jego odrzuceniu⁴. Przewlekła choroba dziecka może wpłynąć także na jakość komunikacji małżeńskiej i odwrotnie – od stylu komunikacji wypracowanej przez małżonków może zależeć umiejętność nawiązania współpracy w opiece nad chorym dzieckiem, co tym samym zwiększa poczucie jego bezpieczeństwa i dobrostanu w sytuacji choroby⁵.

Jedną z najczęstszych chorób przewlekłych wieku rozwojowego jest cukrzyca typu 1. Cukrzyca jest chorobą ogólnoustrojową, charakteryzującą się zaburzeniami metabolizmu węglowodanów oraz tłuszczów i białek. Zaburzenia biologiczne występujące w cukrzycy są wynikiem braku biologicznego działania⁶. Brak ten może być skutkiem zaburzeń działania insuliny bądź też zmian jej aktywności. Zaburzeniom tym towarzyszą często swoiste zmiany w układzie krążenia (mikro- i makroangiopatia) oraz zaburzenia neurologiczne (neuropatia obwodowa i autonomiczna), a także predyspozycja do rozwijania się swoistych zmian miażdżycowych. Cukrzyca nie jest chorobą jednolitą. Do tej grupy należą te jednostki chorobowe, które łączy brak biologicznego działania insuliny, dzieli je natomiast etiologia, patogeneza, epidemiologia oraz obraz kliniczny, leczenie, a także perspektywy leczenia⁷. Cukrzyca typu 1 powstaje w wyniku procesu autoimmunologicznego skierowanego przeciwko komórkom β trzustki. Rozpoznanie następuje zazwyczaj w pierwszej dekadzie życia, zjawisku temu towarzyszą najczęściej ostre objawy wynikające z odwodnienia i kwasicy ketonowej. Z chwilą rozpoznania cukrzycy typu 1 należy jak najszybciej rozpocząć leczenie insuliną i prowadzić je do końca życia. Odpowiednie prowadzenie intensywnej insulinoterapii wymaga przestrzegania szeregu zasad umożliwiających kontrolę choroby. Każdego dnia konieczne jest dokonywanie wielokrotnych pomiarów poziomu glikemii, dobór dawek insuliny do pór i rozkładu posiłków z dokładnym uwzględnieniem spożywanych składników pokarmowych, a także kontrolowanie wysiłku fizycznego i szeregu innych czynników, które mają pośredni lub bezpośredni wpływ na metabolizm glukozy. Podstawowym warunkiem skutecznego prowadzenia intensywnej insulinoterapii u dziecka jest aktywna współpraca całego systemu rodzinnego z zespołem leczącym, ale także z nauczycielami, wychowawcami i osobami, które na co dzień uczestniczą w wy-

⁴ Ibidem.

⁵ B. Szabała, *Rodzina dziecka z cukrzycą*, Lublin 2009, s. 59.

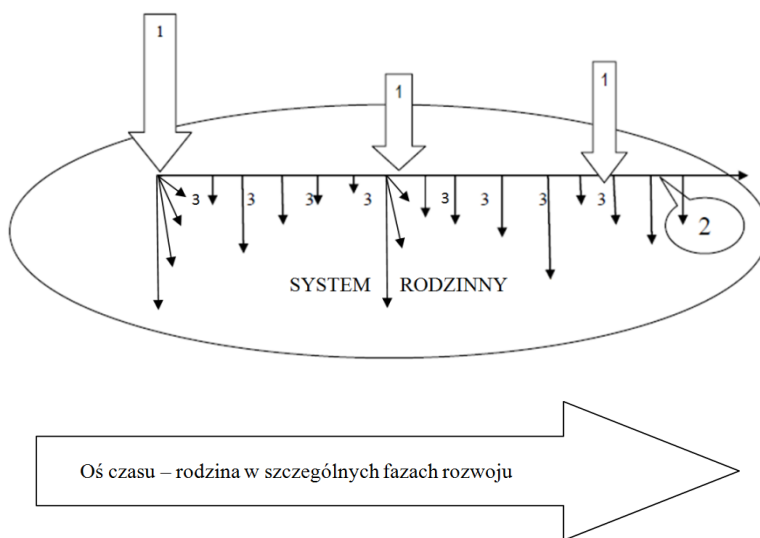
⁶ M. Myśliwiec, *Cukrzyca u dzieci – etiopatogeneza, diagnostyka i terapia*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2007, t. 1, nr 2, s. 125–126.

⁷ E. Otto-Buczowska, *Cukrzyca – definicja, klasyfikacja, rozpoznanie*, [w:] *Cukrzyca wieku rozwojowego*, red. E. Otto-Buczowska, Wrocław 1999, s. 3.

chowaniu dziecka. Wiąże się to często z różnymi trudnościami, wymagającymi odpowiedniej wiedzy, komunikacji, organizacji czasu i zasobów finansowych⁸.

Cukrzyca typu 1 u dziecka niewątpliwie jest stresorem dla członków rodziny, a ze względu na specyfikę i złożoność cukrzycy trudno zakwalifikować tę chorobę do jednej tylko kategorii stresorów. Zazwyczaj wyróżnia się, ze względu na siłę, trzy klasy stresorów: stresory traumatyczne (o największej sile działania), stresory o średniej sile działania (związane ze zmianami życiowymi i koniecznością przystosowania się do nich) oraz tak zwane uciążliwości dnia codziennego (zaliczane do stresorów najsłabszych)⁹. Cukrzyca typu 1 u dziecka na przestrzeni poszczególnych faz rozwoju życia rodziny wykazuje cechy każdego z tych stresorów. Jest ona stresem zarówno w ujęciu linearnym, obejmującym funkcjonowanie systemu rodzinnego na przestrzeni lat i w poszczególnych fazach rozwoju z różnym nasileniem, jak i niejednokrotnie stresem traumatycznym, związanym zarówno z momentem diagnozy, jak i późniejszych, przełomowych momentów w leczeniu (niedocukrzenie z utratą przytomności, ostra kwasica ketonowa, zdiagnozowanie przewlekłych powikłań cukrzycy)¹⁰.

Rys. 1 Cukrzyca typu 1 u dziecka jako stresor niejednorodny w systemie rodzinnym



⁸ J. Tatań, A. Czech, M. Bernas, *Diabetologia kliniczna*, Warszawa 2008, s. 339–363.

⁹ I. Heszen-Niejodek, *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, [w:] *Psychologia*, t. III, red. J. Strelau, Gdańsk 2007, s. 475.

¹⁰ K. Cyranka, J. Król, *Cukrzyca insulinozależna typu 1 u dziecka jako stresor wpływający na funkcjonowaniu systemu rodzinnego*, [w:] *Człowiek chory w rodzinie*, red. J. Dzierżanowska-Peszko, Opole 2010, s. 160–163.

1. Cukrzyca typu 1 jako stresor traumatyczny (diagnoza, załamanie stanu zdrowia związane ostrymi powikłaniami, diagnoza przewlekłych powikłań).
2. Cukrzyca typu 1 jako stresor o średniej sile działania (stale obecny w życiu rodziny, w poszczególnych fazach rozwoju).
3. Cukrzyca typu 1 jako stresor o słabej sile działania (tzw. uciążliwości dnia codziennego).

Źródło: K. Cyranka, *Psychologiczne aspekty funkcjonowania rodziny dziecka chorego na cukrzycę typu 1*, „Psychoterapia”, przyjęte do druku.

Rodzice muszą nie tylko zmierzyć się z koniecznością zapoznania się z zasadami stosowania szeroko rozumianej insulinoterapii u dziecka i wprowadzenia w wypracowane już zasady wychowawcze modyfikacji związanych z rygorami, jakie narzuca choroba. Muszą także zaakceptować siebie w nowej roli – rodzica dziecka przewlekle chorego¹¹. W związku z tym przewlekła choroba w rodzinie może być zmienną wpływającą nie tylko na funkcjonowanie dziecka, ale i rodziców – każdego z osobna, jak i na relację między nimi oraz ich relację z dzieckiem. Celem badania było sprawdzenie, czy istnieją różnice w postawach rodzicielskich i komunikacji małżeńskiej między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1.

GRUPA BADANA

W badaniu wzięło udział 120 osób: 60 rodziców dzieci zdrowych i 60 rodziców dzieci z cukrzycą typu 1. Kryterium doboru rodziców dzieci zdrowych był przynajmniej pięcioletni staż małżeński, posiadanie przynajmniej jednego wspólnego dziecka w wieku od 5 do 18 lat oraz nieposiadanie dziecka z chorobą przewlekłą. Kryterium doboru rodziców dzieci z cukrzycą był również przynajmniej pięcioletni staż małżeński oraz posiadanie przynajmniej jednego dziecka w wieku od 5 do 18 lat chorego od przynajmniej pięciu lat na cukrzycę typu 1. Rodzice dzieci zdrowych i rodzice dzieci z cukrzycą pochodzili z różnych obszarów województwa śląskiego i opolskiego. Dostęp do grupy rodziców dzieci z cukrzycą możliwy był dzięki współpracy z Towarzystwem Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Cukrzycą w Gliwicach oraz Wojewódzką Poradnią Diabetologiczną dla Dzieci w Opolu¹².

¹¹ E. Otto-Buczowska, P. Jarosz-Chobot, *Cukrzyca u noworodków, niemowląt i małych dzieci*, [w:] E. Otto-Buczowska, *Cukrzyca wieku rozwojowego*, Wrocław 1999, s. 192.

¹² K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w postawach rodzicielskich...*, op. cit.

METODA

Do przeprowadzenia badań wykorzystano:

- autorski arkusz ankiety opisujący przynależność demograficzno-społeczną¹³;
- Skalę Postaw Rodzicielskich (wersja dla rodziców – kwestionariusz dla matek i kwestionariusz dla ojców)¹⁴;
- Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM – ocena zachowań własnych, KKM – ocena zachowań partnera)¹⁵.

Skala Postaw Rodzicielskich oparta została na założeniach teoretycznych, zakładających zasadność wyodrębnienia sześciu typów oddziaływań rodzicielskich: akceptacja/odrzućenie, autonomia, nadmierne wymagania, niekonsekwencja, nadmierne ochranianie. Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej skonstruowany został przez autorów w dwóch wersjach: samoocena zachowań oraz ocena zachowań partnera. Każda z wersji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej składa się z 30 pozycji i uwzględnia trzy wymiary: wsparcie (10 pozycji), zaangażowanie (9 pozycji) oraz deprecjację (11 pozycji).

Wszystkie analizy przeprowadzono w programie statystycznym PASW 18 STATISTICS. Wyniki testu Levene'a pozwoliły na sprawdzenie założenia o jednorodności (homogeniczności) wariancji w porównywanych grupach. Wyniku testu Kołomogorowa–Smirnowa potwierdziły rozkład normalny w grupach. Biorąc pod uwagę równoliczność grup oraz fakt, że zmienne zależne znajdują się na skali liczbowej, a zmienne niezależne przyjmują co najmniej dwie wartości, uznano, iż spełnione są wszystkie warunki pozwalające na użycie testów parametrycznych do porównania różnic między grupami. Ze względu na małą liczebność grup wyniki nie mogą zostać ekstrapolowane na szerszą populację. Do zbadania różnic pomiędzy rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci z cukrzycą wybrano test t-Studenta dla prób niezależnych ze względu na to, że oddzielnie porównano wyniki ojców, a oddzielnie wyniki matek. Uzyskane różnice potwierdzono także w analizie ogólnego modelu liniowego jednej zmiennej (ANOVA), jednak ze względu na czytelność uzyskanych wyników w niniejszej pracy przedstawiono wartości uzyskane w teście t-Studenta.

¹³ K. Cyranka, *Cukrzyca insulinozależna typu 1 u dziecka jako stresor wpływający na funkcjonowanie systemu rodzinnego*, praca magisterska napisana pod kierunkiem J. Króla, Uniwersytet Opolski, Opole 2009.

¹⁴ M. Płopa, *Skala Postaw Rodzicielskich. Podręcznik*, Warszawa 2008.

¹⁵ M. Kaźmierczak, M. Płopa, *Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej. Podręcznik*, Warszawa 2008.

WYNIKI

Tabela 1. Statystyki opisowe – ojcowie

	Ojcowie dzieci zdrowych				Ojcowie dzieci chorych			
Liczba	30				30			
	Rozstęp	Min.	Maks.	Średnia	Rozstęp	Min.	Maks.	Średnia
Wiek	34	24	58	39,43	33	28	61	39,47
Wykształcenie	2	2	4	3,17	2	2	4	3,23
Liczba dzieci	3	1	4	1,87	3	1	4	1,93

Źródło: K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w postawach rodzicielskich między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku; K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w komunikacji małżeńskiej między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.

Tabela 2. Statystyki opisowe – matki

	Matki dzieci zdrowych				Matki dzieci chorych			
Liczba	30				30			
	Rozstęp	Min.	Maks.	Średnia	Rozstęp	Min.	Maks.	Średnia
Wiek	33	24	57	37,60	36	24	60	38,93
Wykształcenie	2	2	4	3,27	2	2	4	3,13
Liczba dzieci	3	1	4	1,87	3	1	4	1,93

Źródło: K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w postawach rodzicielskich między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku; K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w komunikacji małżeńskiej między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.

W wyniku przeprowadzonej selekcji do grup (pod względem wieku, wykształcenia, liczby dzieci) badani rodzice dzieci z cukrzycą nie różnili się w istotny sposób od rodziców dzieci zdrowych. Umożliwiło to porównanie grup pod względem badanych zmiennych, przy minimalizacji wpływu innych zmiennych.

Średnia wieku ojców dzieci zdrowych wynosiła 39,43 lat, a ojców dzieci z cukrzycą – 39,47 lat. Średni wiek matek dzieci zdrowych wynosił 37,6 lat, zaś matek dzieci chorych – 38,93 lat. Najniższy poziom wykształcenia (zawodowy) odnotowano zarówno w grupie rodziców dzieci zdrowych, jak i dzieci z cukrzycą. Przeciętny poziom wykształcenia w obu grupach to wykształcenie średnie. Nie odnotowano różnic w poziomie wykształcenia ze względu na płeć rodziców. Zarówno w rodzinach dzieci zdrowych, jak i w rodzinach dzieci z cukrzycą liczba potomstwa nie przekracza czworga, zaś średnia wynosiła dwoje dzieci (Tab. 1 i 2)¹⁶.

POSTAWY RODZICIELSKIE

MATKI

Tabela 3. Porównanie postaw rodzicielskich pod względem wyników uzyskanych przez matki dzieci zdrowych i matki dzieci z cukrzycą w SPR (wyniki testu t-Studenta dla pomiarów niezależnych).

Typ postawy rodzicielskiej	Matki dzieci zdrowych		Matki dzieci z cukrzycą		t	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja/Odrzucenie	7,73	1,507	6,67	1,507	2,531	0,014
Autonomia	5,57	2,315	4,93	1,741	1,198	0,236
Ochraniająca	5,87	2,255	7,07	1,874	-2,242	0,029
Wymagająca	5,20	2,325	5,80	1,901	-1,094	0,278
Niekonsekwencja	4,27	1,818	5,30	2,020	-2,083	0,042

Poziom istotności $p < 0,05$; $df = 58$ (przy założeniu równości wariancji)

Źródło: K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w postawach rodzicielskich między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.

Wyniki dotyczące postaw rodzicielskich deklarowanych przez matki pokazują, że statystycznie istotne różnice zaznaczają się w wymiarze akceptacji/odrzućenia $t(58) = 2,53$; $p = 0,014$; a także w skali ochraniającej $t(58) = 2,24$;

¹⁶ Zob. K. Cyranka, K. Rutkowski, J. Król, D. Krok, *Różnice w postawach rodzicielskich...*, op. cit. oraz eidem, *Różnice w komunikacji małżeńskiej*, op. cit.

$p=0,029$ i niekonsekwencji $t(58)=-2,08$; $p=0,042$. Matki diabetyków wykazują mniejszy poziom akceptacji swoich dzieci ($M=6,67$) w porównaniu do matek dzieci zdrowych ($M=7,73$). Prezentują one natomiast postawę bardziej ochronną w stosunku do swoich dzieci ($M=7,07$) niż matki z grupy kontrolnej ($M=5,87$), częściej też przejawiają w swoich postawach niekonsekwencję ($M=5,30$) niż matki dzieci bez cukrzycy ($M=4,27$). Analiza wyników nie wykazała istotnych statystycznie zmian w skali autonomii i w skali wymaganja¹⁷.

OJCOWIE

Tabela 4. Porównanie postaw rodzicielskich pod względem wyników uzyskanych przez ojców rodziców dzieci zdrowych i rodziców dzieci z cukrzycą w SPR (wyniki testu t-Studenta dla pomiarów niezależnych).

Typ postawy rodzicielskiej	Ojcowie dzieci zdrowych		Ojcowie dzieci z cukrzycą		t	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja/Odrzucenie	7,23	1,813	5,23	1,870	4,206	0,000
Autonomia	4,73	1,911	5,63	1,426	-2,068	0,043
Ochroniająca	4,93	1,552	5,33	1,605	-0,981	0,330
Wymagająca	5,00	2,304	5,80	1,710	-1,527	0,132
Niekonsekwencja	4,77	1,846	5,70	2,003	-1,810	0,075

Poziom istotności $p<0,05$, $df=58$ (przy założeniu równości wariancji)

Źródło: K. Cyranka, K. Rutkowski, J. Król, D. Krok, *Różnice w postawach rodzicielskich między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu I*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.

Zestawienie wyników ojców dzieci zdrowych i dzieci z cukrzycą uzyskanych w Skali Postaw Rodzicielskich wskazuje na istnienie statystycznie istotnych różnic w wymiarze akceptacja/odrzućenie $t(58)=4,20$; $p<0,001$ oraz w wymiarze autonomii $t(58)=-2,06$; $p=0,043$.

W skali akceptacji/odrzućenia wyniki ojców dzieci z cukrzycą ($M=5,23$) są niższe od wyników ojców dzieci zdrowych ($M=7,23$), co wskazuje na mniejszą akceptację dziecka chorego. W wymiarze autonomii średnia wyników ojców z grupy kontrolnej jest niższa ($M=4,73$) od średniej wyników ojców dzieci chorych

¹⁷ Eidem, *Różnice w postawach rodzicielskich*, op. cit.

($M=5,63$), co świadczy o wykazywaniu przez ojców postawy większej autonomii w stosunku do dzieci z cukrzycą. W wymiarze niekonsekwencji różnica między wynikami ojców diabetyków a wynikami ojców z grupy kontrolnej znajduje się na granicy trendu ($t(58)=-1,810$; $p=0,075$ i wskazuje, iż ojcowie dzieci z cukrzycą nieco częściej (różnica nieistotna statystycznie, ale na granicy trendu) przejawiają postawę niekonsekwentną niż ojcowie dzieci bez cukrzycy. W dwóch pozostałych wymiarach (postawa ochronna i postawa wymagająca) różnice pomiędzy badanymi z obu grup są nieistotne statystycznie¹⁸.

KOMUNIKACJA MAŁŻEŃSKA

OCENA WŁASNA – MATKI

Tabela 5. Różnice w jakości komunikacji małżeńskiej w ocenie własnej matek dzieci zdrowych i matek dzieci z cukrzycą na podstawie wyników uzyskanych w KKM (wyniki testu t-Studenta dla pomiarów niezależnych).

Komunikacja małżeńska własna	Matki dzieci zdrowych		Matki dzieci z cukrzycą		t	p
	M	SD	M	SD		
Wsparcie	6,00	2,133	5,53	2,315	0,812	0,420
Zaangażowanie	6,07	1,999	5,60	1,886	0,930	0,356
Deprecjacja	5,00	1,819	5,07	2,377	-0,122	0,903

Poziom istotności $p<0,05$; $df=58$ (przy założeniu równości wariancji)

Źródło: K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w komunikacji małżeńskiej między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.

Analiza średnich wyników uzyskanych w poszczególnych wymiarach komunikacji małżeńskiej nie wykazała istotnych statystycznie różnic w ocenie własnej pomiędzy matkami diabetyków a matkami dzieci zdrowych¹⁹.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Ibidem, *Różnice w komunikacji małżeńskiej...*, op. cit.

OCENA WŁASNA – OJCOWIE

Tabela 6. Różnice w jakości komunikacji małżeńskiej w ocenie własnej ojców dzieci zdrowych i ojców dzieci z cukrzycą na podstawie wyników uzyskanych w KKM (wyniki testu t-Studenta dla pomiarów niezależnych).

Komunikacja małżeńska własna	Ojcowie dzieci zdrowych		Ojcowie dzieci z cukrzycą		t	P
	M	SD	M	SD		
Wsparcie	6,47	1,570	5,40	1,499	2,691	0,009
Zaangażowanie	5,90	2,040	5,57	1,736	0,682	0,498
Deprecjacja	4,93	2,033	4,43	1,977	0,966	0,338

Źródło: K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w komunikacji małżeńskiej między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.

Analiza wyników uzyskanych przez ojców w ocenie własnej komunikacji małżeńskiej wykazała, iż występują istotne różnice statystyczne w wymiarze wsparcia $t(58)=2,69$; $p=0,009$. Porównanie średnich wyników stenowych uzyskanych w tym wymiarze wskazuje na to, iż ojcowie dzieci z cukrzycą oceniają stopień wsparcia okazywanego małżonce niżej ($M=5,40$) niż ojcowie dzieci zdrowych ($M=6,47$). W dwóch pozostałych wymiarach nie odnotowano istotnych statystycznie różnic, co sugeruje, iż mężczyźni z obu grup w podobny sposób oceniają własne zaangażowanie i stopień deprecjacji współmałżonka²⁰.

OCENA PARTNERA – MATKI

Tabela 7. Różnice w jakości komunikacji małżeńskiej w ocenie partnera pomiędzy matkami dzieci zdrowych a matkami dzieci z cukrzycą na podstawie wyników uzyskanych w KKM (wyniki testu t-Studenta dla pomiarów niezależnych).

Komunikacja małżeńska partnera	Matki dzieci zdrowych		Matki dzieci z cukrzycą		t	p
	M	SD	M	SD		
Wsparcie	6,53	2,432	4,83	2,230	2,822	0,007

²⁰ Ibidem.

Zaangażowanie	5,77	1,888	4,47	2,345	2,365	0,021
Deprecjacja	3,93	2,083	5,07	2,728	-1,808	0,076

Źródło: K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w komunikacji małżeńskiej między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.

W przeciwieństwie do ojców z porównywanych grup, w ocenie komunikacji partnera pojawiły się znaczne różnice pomiędzy matkami dzieci zdrowych a matkami dzieci z cukrzycą. W wymiarze wsparcia średnia wyników matek dzieci zdrowych ($M=6,53$) znacznie przewyższyła średnią wyników matek dzieci z cukrzycą ($M=4,83$), a wyniki testu t-Studenta potwierdziły różnicę statystyczną w tym zakresie ($t(58)=2,82$; $p=0,007$). Wynika stąd, iż matki dzieci zdrowych w znacznie większym zakresie odczuwają wsparcie ze strony współmałżonka niż matki diabetyków. Różnice istotne statystycznie ujawniły się także w wymiarze zaangażowania. Średnia ocena zaangażowania ze strony partnera przez kobiety z grupy kontrolnej jest istotnie wyższa ($M=5,77$) od oceny zaangażowania partnera przez kobiety dzieci chorych ($M=4,47$); $t(58)=2,36$; $p=0,021$. W wymiarze deprecjacji również ujawniła się różnica średnich ocen partnera – kobiety z grupy kontrolnej w nieco mniejszym stopniu oceniają zachowania partnera jako deprecjacyjne ($M=3,93$) niż matki diabetyków. Zgodnie z wynikami uzyskanymi w teście t-Studenta różnica ta nie jest istotna statystycznie, ale znajduje się na granicy trendu ($t(58)=-1,80$; $p=0,076$).

OCENA PARTNERA – OJCOWIE

Tabela 8. Różnice w jakości komunikacji małżeńskiej w ocenie partnera pomiędzy ojcami dzieci zdrowych a ojcami dzieci z cukrzycą na podstawie wyników uzyskanych w KKM (wyniki testu t-Studenta dla pomiarów niezależnych).

Komunikacja małżeńska partnera	Ojcowie dzieci zdrowych		Ojcowie dzieci z cukrzycą		t	p
	M	SD	M	SD		
Wsparcie	5,70	2,351	5,23	2,254	0,785	0,436
Zaangażowanie	5,23	1,716	5,10	2,187	0,263	0,794
Deprecjacja	4,33	1,647	4,30	1,968	0,071	0,944

Poziom istotności $p<0,05$; $df=58$ (przy założeniu równości wariancji)

Źródło: K. Cyranka, K. Rutkowski, K. Król, D. Krok, *Różnice w komunikacji małżeńskiej między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.

Średnie wyników uzyskanych przez ojców dzieci chorych i ojców dzieci z cukrzycą w poszczególnych wymiarach Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej nie różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie. Zarówno w ocenie wsparcia partnerki, zaangażowania, jak i deprecjacji ze strony żony mężczyźni z grupy badawczej i grupy kontrolnej uzyskali wyniki zbliżone, równe wartościom średnim w skali stenowej ($4 < M < 6$)²¹.

WNIOSKI

W grupach badanych postawy rodziców dzieci z cukrzycą różnią się w niektórych wymiarach od postaw rodziców dzieci zdrowych. W przypadku postaw matek istotne statystycznie różnice pojawiły się w zakresie wymiaru akceptacja/odrzućenie, postawy ochraniającej oraz niekonsekwentnej. Matki z grupy badawczej wykazują bardziej ochronną postawę wobec swoich dzieci przy jednoczesnym mniejszym poziomie ich akceptacji. Odznaczają się też większą niekonsekwencją w stosunku do potomstwa niż wszyscy pozostali rodzice. Ojcowie dzieci z cukrzycą w mniejszym stopniu akceptują swoje dzieci niż ojcowie dzieci zdrowych, ale wykazują większą autonomię wobec swoich dzieci w przeciwieństwie nie tylko do ojców z grupy kontrolnej, ale także do swoich małżonek, które w tym zakresie nie odróżniają się od matek zdrowego potomstwa. Wyniki mogą wskazywać, iż obecność w rodzinie dziecka przewlekle chorego na cukrzycę typu 1 może mieć wpływ na zmianę (kształtowanie się) postaw rodzicielskich.

Jakość komunikacji małżeńskiej rodziców dzieci z cukrzycą różni się w niektórych wymiarach od jakości komunikacji małżeńskiej rodziców dzieci zdrowych w taki sposób, że ojcowie dzieci z cukrzycą w ocenie własnej okazują swoim żonom mniej wsparcia niż ojcowie z grupy kontrolnej. Jednocześnie oceniają oni wsparcie, zaangażowanie i poziom deprecjacji okazywane im przez partnerki podobnie jak ojcowie z grupy kontrolnej. Matki z grupy badawczej oceniają własną komunikację małżeńską podobnie jak matki z grupy kontrolnej we wszystkich trzech wymiarach. Oceniają one jednak swoich mężów jako znacząco mniej wspierających i zaangażowanych w związek małżeński niż kobiety z grupy kontrolnej. Wyniki mogą wskazywać, iż obecność w rodzinie dziecka przewlekle chorego na cukrzycę typu 1 może mieć wpływ na jakość związku małżeńskiego, co warto jest dalszej refleksji i uwzględnienia ewentualnych form wsparcia psychologicznego dla rodziców diabetyków.

²¹ Ibidem.

Biorąc pod uwagę wszystkie wnioski płynące z badań przedstawionych w niniejszej pracy, należy stwierdzić, że postawione hipotezy badawcze w dużej mierze udało się zweryfikować i tym samym potwierdzić założenia teoretyczne i empiryczne, które przyjęto w modelu prowadzonych badań. Uzyskane wyniki stanowią jednocześnie inspirację do dalszych badań w tym zakresie. Warto w przyszłości zastanowić się, czy istnieje związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a stopniem wyrównania cukrzycy, czasem trwania choroby, edukacji rodziców w zakresie sprawowania opieki nad chorym dzieckiem, poziomem wykształcenia rodziców, obecnością rodzeństwa w rodzinie, wiekiem dziecka chorego itd. Być może nie bez znaczenia dla przedstawionych różnic są jakość innych relacji w rodzinie, cechy osobowości matek czy zakres wsparcia społecznego, jakie otrzymują matki. Warto również poddać badaniu postawy rodzicielskie z perspektywy dzieci.

Rodzice, którzy umieją ze sobą rozmawiać i wspólnie rozwiązywać problemy, którzy doświadczają satysfakcji z pełnienia ról rodzicielskich i małżeńskich, nie tylko sami mają szansę lepiej funkcjonować, ale także mogą zapewnić choremu dziecku większe poczucie bezpieczeństwa i wsparcie. Pozytywne postawy rodzicielskie stwarzają dziecku warunki bardziej sprzyjające harmonijnemu i radosnemu rozwojowi oraz ułatwiają akceptację choroby i przystosowanie do życia z nią. Niezaburzone wzorce komunikacji małżeńskiej przyczyniają się, w zgodzie z zasadami wyznaczającymi funkcjonowanie systemu rodzinnego, do lepszej komunikacji pomiędzy rodzicami a dzieckiem, która jest niezwykle istotnym elementem edukacji diabetyka. Coraz głębsze rozumienie przyczyn zakłóceń i trudności w rodzinach diabetyków stwarza szansę lepszego, skutecznego niesienia wsparcia z uwzględnieniem także psychoterapii, dzięki czemu może wpływać na polepszenie jakości funkcjonowania rodzin diabetyków. Tym bardziej więc wydaje się wskazana dalsza eksploracja powyższych zagadnień oraz praktyczne uwzględnienie i wykorzystanie wyników już przeprowadzonych badań.

ABSTRACT

The study investigated the differences between parental attitudes and marital communication in families of children with type 1 diabetes. Two groups of parents (120 persons) from the Opole and Silesia regions were selected. The first one was the study group: 30 mothers and 30 fathers, staying in marital union, who bring up diabetic child/children with at least 5-year period of the disease. The other one was the control group: 30 mothers and 30 fathers, staying in marital union, who bring up offspring with no chronic disease. The children were from 5 to 18 years old.

The results have indicated that diabetics' mothers accept their children less than mothers of healthy children do, but at the same time they are more protective towards their offspring than women from the control group. Their parenting is also more inconsistent than with the fathers

of diabetics and parents of healthy children. Fathers of diabetics show a less accepting attitude towards their children than the fathers of healthy children. They also give their children more freedom than the fathers from the control group and than the mothers of diabetics, who are not different in this respect from the mothers of healthy children.

The analysis of the marital communication indicates that the fathers of diabetics consider themselves to be less supportive towards their wives than the fathers from the control group. At the same time, they evaluate their wives' supportiveness, involvement and disapproval similarly to the fathers of healthy children, and no significant differences were found between the groups of males in their partners' evaluation. The assessment of marital communication in all three areas is similar for mothers in both study group and control group.

However, the former perceive their husbands to be less supportive and less involved in the relationship than the women in the control group.

BIBLIOGRAFIA PODMIOTOWA

1. Cyranka K., Król J., *Cukrzyca insulinozależna typu 1 u dziecka jako stresor wpływający na funkcjonowanie systemu rodzinnego*, [w:] *Człowiek chory w rodzinie*, red. J. Dzieżdzanowska-Peszko, Opole 2010.
2. Cyranka K., *Cukrzyca insulinozależna typu 1 u dziecka jako stresor wpływający na funkcjonowanie systemu rodzinnego*, praca magisterska napisana pod kierunkiem J. Króla, Opole 2009.
3. Cyranka K., *Psychologiczne aspekty funkcjonowania rodziny dziecka chorego na cukrzycę typu 1*, „Psychoterapia”, przyjęte do druku.
4. Cyranka K., Rutkowski K., Król J., Krok D., *Różnice w postawach rodzicielskich między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.
5. Cyranka K., Rutkowski K., Król J., Krok D., *Różnice w komunikacji małżeńskiej między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*, „Psychiatria Polska”, zgłoszone do druku.
6. Heszen-Niejodek I., *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, [w:] *Psychologia*, t. III, red. J. Strelau, Gdańsk 2007.
7. Kaźmierczak M., Płopa M., *Kwestionariusz komunikacji małżeńskiej. Podręcznik*, Warszawa 2008.
8. Myśliwiec M., *Cukrzyca u dzieci – etiopatogeneza, diagnostyka i terapia*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2007, t. 1, nr 2.
9. Otto-Buczkowska E., *Cukrzyca – definicja, klasyfikacja, rozpoznanie*, [w:] *Cukrzyca wieku rozwojowego*, red. E. Otto-Buczkowska, Wrocław 1999.
10. Otto-Buczkowska E., Jarosz-Chobot P., *Cukrzyca u noworodków, niemowląt i małych dzieci*, [w:] E. Otto-Buczkowska, *Cukrzyca wieku rozwojowego*, Wrocław 1999.
11. Płopa M., *Skala postaw rodzicielskich. Podręcznik*, Warszawa 2008.
12. Szabala B., *Rodzina dziecka z cukrzycą*, Lublin 2009.
13. Szczepaniak R., *Rodzina wobec dziecka chorego*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2000, nr 8.
14. Tatań J., Czech A., Bernas M., *Diabetologia kliniczna*, Warszawa 2008.

BIBLIOGRAFIA PRZEDMIOTOWA

1. Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa 2004.
2. Dashiff C. J., *Parents' Perceptions of Diabetes In Adolescent Daughters and its Impact on the Family*, „Journal of Pediatric Nursing” 1993, No. 8.
3. Dobek-Ostrowska, B. *Podstawy komunikowania społecznego*, Wrocław 2004.
4. Drozd E., *Postawy rodziców dzieci niepełnosprawnych*, „Edukacja i Dialog”, 1999, nr 10.
5. Dyduch E., *Funkcjonowanie psychospołeczne dziecka z cukrzycą*, „Nowa Szkoła” 2003, nr 4.
6. Eapen V., Mabrouk A. A., Bin-Othman S., *Attitudes, Perceptions, and Family Coping in Pediatric Cancer and Childhood Diabetes*, „Annals of New York Academy of Sciences” 2008, No. 38, 11.
7. Francuz R., Mackiewicz R., *Liczy nie wiedzą, skąd pochodzą. Przewodnik po metodologii i statystyce nie tylko dla psychologów*, Lublin 2005.
8. Gawłowicz K., Krzyżaniak A., *Wpływ cukrzycy typu 1 u dziecka na funkcjonowanie rodziny*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, nr 90.
9. Gruba J., *Twórcze postawy rodziców i wychowawców wobec dzieci przewlekle chorych*, [w:] *Opieka i wychowanie w rodzinie*, red. Cz. Kępski, Lublin 2003.
10. Grygielski M., *Style komunikacji rodzicielskiej a identyfikacja dzieci z rodzicami*. Lublin 1999.
11. Harwas-Napierała B., *Komunikacja interpersonalna w rodzinie*, Poznań 2006.
12. Klaus A., *Postawy allocentryczne i egocentryczne 10–12-letnich chłopców chorych na cukrzycę a cechy ich osobowości oraz wpływ postaw wychowawczych rodziców na cechy osobowości ich synów*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej” 1999, nr 10.
13. Knafl K., Zoeller L., *Childhood Chronic Illness: a Comparison of Mothers' and Fathers' Experiences*, „Journal of Family Nursing” 2008, No. 6.
14. Krok D., *Znaczenie komunikacji interpersonalnej w funkcjonowaniu rodziny*, [w:] *Rodzina w świetle psychologii pastoralnej*, red. B. Soiński, Łódź 2007.
15. Kucharczyk I., *Zdrowie a przystosowanie społeczne dzieci chorych przewlekle*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin–Polonia” 2005, nr 60.
16. Kurcz I., *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa 2004.
17. Larne C. A., Pugh A. J. *Attitudes of Primary Care Providers Toward Diabetes*, „Diabetes Care” 1998, No. 21.
18. Lowes L., Gregory J. W., Lyne P., *Childhood Diabetes: Parents' Experience of Management and the First Year Following Diagnosis*, „Diabetic Medicine” 2008, No. 21.
19. Maciarz A., *Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie*, Warszawa 2006.
20. Mazur B., *Funkcjonowanie emocjonalne dzieci z cukrzycą typu 1 – przegląd badań*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2003, nr 3.
21. Mianowska B., *Hipoglikemia w przebiegu cukrzycy typu 1*, [w:] E. Otto-Buczowska, *Cukrzyca typu 1*, Warszawa 2006.
22. Nowak A., Jarosz-Chobot P., Krajewska-Siuda E., Koehler, B., *Pierwsze dni na oddziale diabetologicznym w percepcji dzieci i młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1*, „Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna”, 2003, nr 3.
23. Nitka-Siemiańska A., Myśliwiec M., Landowski J., Balcerska A., *Zespół wypalenia u rodziców osób chorych na cukrzycę typu 1*, „Diabetologia Praktyczna”, nr 9.
24. Otto-Buczowska E., *Cukrzyca wieku rozwojowego*, Wrocław 1999.
25. Otto-Buczowska E., *Cukrzyca typu 1*, Warszawa 2006.
26. Płopa M., *Psychologia rodziny: teoria i badania*, Kraków 2005.
27. Płopa M., *Więzi w małżeństwie i rodzinie*, Kraków 2007.
28. Ragnar H., *Cukrzyca typu 1 u dzieci i młodzieży i dorosłych*, Bydgoszcz 2006.

29. Radochoński M., *Rodzina a choroba. Adaptacja systemu rodzinnego do sytuacji stresowej wywołanej chorobą somatyczną*, Rzeszów 1987.
30. Smoczkiwicz R., *Psychologiczne aspekty cukrzycy u dzieci i młodzieży*, [w:] *Cukrzyca wieku rozwojowego*, red. E. Otto-Buczowska, Wrocław 1999.
31. *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, red. J. Strelau, D. Doliński, Gdańsk 2008.
32. Sujak E., *ABC komunikacji*, Kraków 2006.
33. Szewczyk L., Szółek A., *Poziom zmęczenia psychicznego u nastolatków chorych na cukrzycę typu 1*, „Endokrynologia Pediatria” 2004, nr 3.
34. Tatoń J., *Cukrzyca. Poradni dla pacjentów*, Warszawa 1992.
35. Wiśniowiecka M., *Samokontrola a niektóre cechy osobowości dzieci chorych na cukrzycę*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 1996, nr 9.
36. Wojcieszke B., *Człowiek wśród ludzi*, Warszawa 2007.
37. Zagarlicka-Poręba M., *Cukrzyca bez tajemnic*, „Psychologia w Szkole” 2006, nr 1.
38. Zeman I., *Poczucie sensu u rodziców a akceptacja niepełnosprawnego dziecka*, „Psychologia Wychowawcza” 1999, nr 4.