

Stan zdrowia jako wyznacznik kształtującej się osobowości dziecka

Izabela Grzankowska¹, Małgorzata A. Basińska², Angelika Raczkiewicz³

¹Instytut Psychologii UKW Bydgoszcz

²Instytut Psychologii UKW Bydgoszcz, Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

³Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu

Wstęp

Zdrowie jest wartością cenioną społecznie i indywidualnie. W potocznym rozumieniu oznacza brak dolegliwości i chorób fizycznych lub psychicznych. Za osobę chorą uważa się człowieka, który źle się czuje. Zdrowy człowiek z kolei to ten, który może się w pełni rozwijać i dobrze wykorzystywać możliwości w różnych sferach swojego życia. Ze względu na dynamikę rozwoju stan zdrowia jest szczególnie ważnym elementem w doświadczeniu dziecka. Wydaje się, że dzieci przeżywające chorobę przewlekłą własną lub kogoś bliskiego w rodzinie szczególnie dotkliwie odczuwają brak zdrowia. Oznacza on zwykle utratę pełnych możliwości rozwojowych. Doświadczenia zdobywane przez członków rodziny, w tym dzieci w okolicznościach choroby przewlekłej, mogą być źródłem silnego stresu i niepożądanych rozwojowo zmian w funkcjonowaniu.

Obserwacje i dotychczasowe badania pozwalają sądzić, że choroba przewlekła, jako źródło powtarzających się wielokrotnie przykrych doświadczeń, może zmienić strukturę cech osobowości jednostki w wielu aspektach. Poprzez frustrację ważnych potrzeb wpływa na proces jej kształtowania się w dzieciństwie (Jundziłł 2000). Zarówno osobowość chorego dziecka, jak i dziecka, które przeżywa chorobę innej osoby w rodzinie, rozwija się w sytuacji obciążenia cierpieniem.

Stres wynikający z choroby odczuwa sam chory, a także inni ludzie w jego otoczeniu, szczególnie osoby z najbliższej rodziny. Cały system rodzinny w sytuacji choroby jednej z osób jest zmuszony do zmiany funkcjonowania, podjęcia czynności i zadań związanych z chorobą i koniecznością leczenia chorego. Można więc w myśl koncepcji Hobfolla (2006) zdrowie ujmować w kategoriach zasobu, czyli wartości ważnej ze względu na wielość aspektów życia, które od niego zależą. Pozbawiona zdrowia lub zagrożona w swoim zdrowiu osoba natrafia na szereg ograniczeń i doświadcza braku dostępu do licznych dóbr wcześniej potencjalnie osiągalnych. Z tego powodu utrata zasobu, jakim jest zdrowie, wiąże się ze stresem (Heszen, Sęk 2007). Skutkiem długotrwałego wysiłku radzenia sobie z nim może być zachwianie harmonii rozwojowej, a więc utrata innych poza zdrowiem zasobów w zakresie funkcjonowania osobowości. Jednocześnie jest prawdopodobne, że trudna sytuacja choroby własnej lub osoby najbliższej doprowadzi jednostkę, ze względu na nowe wymagania, do zmian adaptacyjnych, które mogą się okazać osiągnięciami rozwojowymi.

Prezentowane badania są próbą spojrzenia na rozwijającą się osobowość dzieci borykających się z chorobą własną lub bliskich z perspektywy zasobów.

Rozwój osobowości

Osobowość może być ujmowana jako złożona i unikalna całość funkcjonowania człowieka w zakresie myśli, emocji i zachowań (Pervin 2002). Jej struktura kształtuje się w ciągu całego życia człowieka, a formowanie przebiega zgodnie z prawami rozwoju i według indywidualnego rytmu pod wpływem złożonych oddziaływań wewnętrznych i zewnętrznych (Przetacznikowa 1986). Na rozwój psychiczny mają wpływ czynniki genetyczne i środowiskowe (Żebrowska 1986). Ich interakcja, jak się współcześnie zakłada, stanowi determinantę rozwoju osobowościowego jednostki (Brzezińska 2000). W zależności od ujęcia teoretycznego i sfery rozwoju inny czynnik uważany jest za dominujący (Oleś 2002).

Czasem zdobywania pierwszych doświadczeń w procesie budowania indywidualnego i spójnego *Ja* jest dzieciństwo (Przetacznik-Gierowska 2002). Indywidualny i niepowtarzalny styl funkcjonowania dziecka określa sposób regulacji jego kontaktów ze światem. Utrwala się w ciągu życia jako typowy układ cech, z czasem tworzących coraz bardziej zintegrowaną osobowość. Aktywność własna, którą nieustannie podejmuje człowiek, uwarunkowana predyspozycjami o charakterze biologicznym oraz zdobywane doświadczenie stanowią podstawę zmian rozwojowych obejmujących procesy kształtowania się osobowości (Tyszkowa 1990).

Podstawowe różnice w funkcjonowaniu ludzi oraz prawidłowości w zachowaniu można próbować określić na podstawie cech osobowości. Stanowią one podstawowe kategorie jej opisu (Pervin 2002). Cechy traktowane jako elementy struktury osobowości osiągają pewną stabilność około 7–12 roku życia (Oleś 2002, 2003). Z tego powodu, nie ujmując znaczenia innym fazom, jest to okres szczególnie istotny w jej rozwoju.

Dane uzyskane na podstawie badań podłużnych (McCrae, Costa 2005) dostarczają informacji o pełnej krystalizacji cech osobowości około 30 roku życia, co dowodzi trwałości różnic indywidualnych i trwałości cech w historii życia jednostki. Cechy osobowości analizowane przez McCrae i Costę (2005) są obserwowalne i wykazują dużą stabilność w czasie. Pełnią też ważną rolę w adaptacji do środowiska. Formowanie osobowości jest więc procesem długofalowym, co oznacza między innymi wielość wpływów rozłożonych w czasie, kształtujących osobowość do uzyskania jej stabilności i spójności wewnętrznej – czyli dojrzałości (Siek 1986).

O dojrzałości osobowości można mówić również w odniesieniu do każdego okresu rozwojowego, oceniając integrację cech możliwą do osiągnięcia w danym wieku na poziomie wyznaczonym przez normy rozwojowe. W tym znaczeniu dojrzałość osobowości jest ujmowana jako harmonijne funkcjonowanie w różnych sferach, zapewniające dalszy prawidłowy (zgodny z normami i przystosowawczy) rozwój i nazywana jest dojrzałością cząstkową (Przetacznik-Gierowska 2002). Na jej osiągnięcie mają wpływ predyspozycje wewnętrzne dziecka, ale i zewnętrzny kontekst rozwoju, którym w okresie dzieciństwa w sposób szczególny jest rodzina.

Rozwój osobowości w rodzinie

Rodzina jest pierwszym środowiskiem, w którym w dzieciństwie przebiegają fundamentalne procesy rozwojowe (Pecyna 1998, Oleś 2002). Uważana jest za primarny kontekst rozwojowy ze względu na dominację relacji rodzinnych w świecie społecznym jednostki w tym okresie. Od pierwszych chwil życia właśnie rodzina umożliwia indywidualny rozwój dziecka i jego osobowości, gdyż jego podstawowym warunkiem jest doświadczenie interakcji z otoczeniem społecznym (Tyszkowa 2002).

Pierwszą i najważniejszą możliwość interakcji daje dziecku matka. Relacja z nią nacechowana wyłącznością przyczynia się do ukształtowania podstaw osobowości, które wyznaczają jej dalszy rozwój. Prawidłowy przebieg relacji dziecka

z matką jest fundamentem prawidłowego rozwoju osobowości (Kościelska 1998). Z kolei istotnym warunkiem tej relacji jest zdrowie psychiczne i równowaga emocjonalna matek. Ich brak prowadzi do zaburzeń w przebiegu tworzenia się więzi dziecka z matką, które są uważane za źródła powstawania późniejszych zaburzeń osobowości (Jankowski 1983, Czownicka, Zalewska 1988).

Z czasem środowisko społeczne dziecka poszerza się o więzi i interakcje z pozostałymi członkami rodziny i dalszego otoczenia (Strojnowski 1986). Bliższe więzi rodzeństwa okazują się niezwykle ważne w sytuacji choroby jednego z dzieci. Poza cierpieniem, które jest nieodłącznie związane z chorobą, stają się źródłem cennego wsparcia dla chorego. Silna więź osłabia również poczucie zazdrości u zdrowego rodzeństwa, gdy dziecko chore otrzymuje więcej troski i uwagi rodziców. Pomaga uruchamiać postawy opiekuńcze dzieci zdrowych wobec chorych, ale także wskazuje dzieciom chorym drogę do wzajemności w reagowaniu na potrzeby innych osób i zmniejsza koncentrację na własnym cierpieniu (Pichler, Richter 1995).

Psychikę kształtują doświadczenia wynikające z relacji interpersonalnych w rodzinie, z naturalnego biegu procesów życiowych, jak i z szerszych zdarzeń społeczno-kulturowych, w których rodzina bierze udział bezpośrednio lub pośrednio. Istotne są również doświadczenia niezwykle – pozytywne i negatywne, zwane przez M. Tyszkową (1990) nienormatywnymi, które mobilizują do podejmowania aktywności wzbogacającej rozwój indywidualny. Rodzinne uwarunkowania zaznaczają się w toku wszystkich procesów kształtowania i rozwoju osobowości, a ich znaczenie jest fundamentalne dla później zdobywanych doświadczeń i aktywności człowieka (Tyszkowa 2002). Niewątpliwie ważnym nienormatywnym wydarzeniem jest doświadczenie przewlekłej choroby własnej lub osób najbliższych w rodzinie. Uważa się, że zakłóca i utrudnia ono rozwój osobowości, gdyż rodzi lęk chorego i jego bliskich (Góralczyk 1996).

Dla rozwijającego się dziecka przystosowanie może być związane z utrwaleniem niekorzystnych schematów zachowania, których uczy się jako skutecznych w radzeniu sobie z nadmiernie obciążającą sytuacją (Siek 1986). Powstające w zagrażających okolicznościach sposoby reagowania szybko się utrwalają, jeśli zmniejszają obciążenia. Stanowią podstawę obronnej modyfikacji funkcjonowania, kształtując trwale cechy osobowości. Nie zawsze są to zmiany dysfunkcyjne. Przystosowanie może także oznaczać rozwojowo korzystną adaptację do oddziałujących bodźców (Hurlock 1960).

Choroba przewlekła jako sytuacja utraty zasobów

Negatywne skutki choroby przewlekłej własnej lub członka rodziny rozwijającego się dziecka dotyczą wielu sfer funkcjonowania. Można więc ją określić jako sytuację związaną z utratą zasobów jednostki. Zasobami określa się elementy, które chronią jednostkę, mogą być wykorzystane do zaspokojenia jej potrzeb, dążeń i celów oraz przeciwdziałają negatywnym skutkom doświadczanego stresu. Pomagają także w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi i są spostrzegane jako wartość sama w sobie lub służą osiągnięciu wartościowych dla jednostki celów (Poprawa 2001, Mudyń 2003). Hobfoll (2006) zakłada, że istotnymi wśród nich są głównie cechy osobowości (szczególnie optymizm, nadzieja, własna skuteczność i samoocena) oraz umiejętności społeczne, zawodowe i przywódcze jednostki. Natomiast zasoby stanu (wiek, role społeczne, stan zdrowia, stabilność zawodowa, udane małżeństwo, status rodzinny) mają o tyle istotne znaczenie, że od nich zależy dostęp do innych zasobów.

Zdrowie jest zasobem osobistym, który jako zasób stanu umożliwia korzystanie z innych zasobów. Dzięki temu, że człowiek jest zdrowy, może zdobywać kolejne ważne dla siebie i swojego rozwoju zasoby, czyli to, co dla niego cenne i wartościowe. Choroba oznacza utratę albo znaczne ograniczenie dostępu do korzystania z dotychczas łatwo osiągalnych dóbr, może więc prowadzić do kolejnych strat zarówno związanych z zewnętrznym, jak i wewnętrznym funkcjonowaniem jednostki. Oznacza to uruchomienie spirali strat zasobów (Hobfoll 2006).

Szczególnie niebezpieczne wydaje się doświadczenie choroby przewlekłej w okresie dzieciństwa. Ze względu na możliwą fiksację dziecka na przeżywanych lękach oznacza często zahamowanie rozwoju, jego nieprawidłowy przebieg lub patologizację. Wskazują na to liczne badania osób, a w tym dzieci przewlekle chorych (McClellan, Cohen 2007). Potwierdzają, że choroba w przeżyciu dziecka jest przede wszystkim sytuacją wzbudzającą lęk, zarówno wtedy, gdy choruje samo dziecko (Góralczyk 1996), jak i w sytuacji choroby rodziców lub rodzeństwa (Pichler, Richter 1995).

W myśl teorii zasobów Hobfolla choroba przewlekła nie musi być jednak związana jedynie ze stratą. Obok bolesnych skutków, jako sytuacja nowa, stawiająca liczne wymagania, może dać także szansę rozwoju. Człowiek stający wobec choroby podejmuje wysiłek przystosowania się, który może doprowadzić do korzystnych zmian adaptacyjnych. Jest to bardziej możliwe, gdy osoba zmagająca się z chorobą posiada jeszcze inne zasoby, dzięki którym jej przystosowanie do choroby własnej lub osoby bliskiej będzie łatwiejsze, a utrata zdrowia mniej bolesna

(Basińska 2009). Wśród nich istotny jest układ czynników osobowościowych, które stanowią o psychologicznym kontekście radzenia sobie i są relatywnie stałymi cechami dyspozycyjnymi (Poprawa 2001). Za ich sprawą strata zasobów może zostać pomniejszona w jednoczesnym procesie uruchamiania pozytywnych zmian adaptacyjnych. Wymaga to między innymi od obciążonego chorobą człowieka posiadania zdolności do spojrzenia na chorobę przewlekłą z innej perspektywy niż tylko niepożądanego zjawiska, na które nie ma się wpływu. Można podjąć próbę nadania sytuacji choroby takiego znaczenia, aby w konsekwencji dostrzec i uzyskać dzięki niej pozytywne skutki (Sodergren, Hyland 2000). Dzięki uruchomieniu twórczej postawy w podejściu do choroby następuje rozwój autorefleksji, rozszerzenie struktury wartości, pogłębienie dojrzałości osobowości oraz wzrost wrażliwości na potrzeby drugiego człowieka, na wartość więzi z innymi ludźmi, a także często wzrost potrzeb religijnych i dojrzałości duchowej (Popielski 2005). Właśnie rozwój osobowy jest uznawany za możliwy i największy zysk wynikający z faktu choroby (Sodergren, Hyland 2000).

Dzieci nie dysponują jednak w pełni strategiami radzenia sobie, które dałyby im szansę pozytywnego przewartościowania okoliczności choroby. Na ogół upatrują w niej źródła zagrożenia, utraty poczucia bezpieczeństwa, niebezpieczeństwa rozłąki z bliskimi, utraty bez troski i konieczności zmagania się z cierpieniem (Pecyna 2000). Długotrwały lęk o dużym nasileniu staje się u nich czynnikiem dezorganizującym nie tylko działania, ale także naruszającym harmonię struktury osobowości, prowadząc do destrukcyjnych zmian w jej obrębie. Jego skutki są głębokie i bardzo niekorzystne szczególnie dla rozwoju dzieci (Kozłowska 1996).

Cechy osobowości jako zasoby

W myśl teorii czynnikowych osobowość jest rozumiana jako układ cech. Zwykle ujmuje się je w kategoriach dwubiegunowych wymiarów, które jako spójne wewnętrznie i stosunkowo mało zależne od siebie pozwalają opisać strukturę osobowości (Beauvale 1999). Indywidualne schematy reagowania ujawniane od najwcześniejszych chwil życia kształtują się w postaci cech pod wpływem czynników genetycznych w interakcji ze środowiskiem w różnych sytuacjach życiowych (Oleś 2002), także w sytuacji związanej z przeżywaniem choroby własnej lub osób bliskich. Z tej perspektywy osobowość jawi się jako stabilna struktura, składająca się z określonych czynników, w zakresie których elementy zachowania i schematy reagowania łączą się w specyficzne grupy, tworząc bieguny poszczególnych wymiarów (Siek 1986).

W oparciu o teorię czynnikową Cattella i Portera można poznać 14 wymiarów osobowości dziecka w wieku od 8 do 12 lat z uwzględnieniem uwarunkowań ich kształtowania się. W badaniach kwestionariuszem w polskiej adaptacji potwierdzono istnienie specyficznego układu cech charakterystycznych dla osobowości dziecka nerwicowego. Potwierdzono także wpływ uwarunkowań środowiskowych na kształt struktury osobowości dzieci, z uwzględnieniem zróżnicowania ze względu na płeć (Kostrzewski 1964).

Jak wynika z badań, cechy osobowości mogą być zasobami, ale też mogą sprzyjać uruchomieniu spirali strat. Wielu cechom przypisuje się istotne znaczenie dla stanu zdrowia. Właśnie te traktowane są jako zasoby, gdyż pomagają w utrzymaniu zdrowia lub akceptacji choroby (Zalewska i in. 2007).

Adaptację do sytuacji trudnych ułatwia temperament (Heszen, Sęk 2007), a niski neurotyzm chroni zdrowie (Plopa 1997) i pozwala przeżywać chorobę z mniejszym niepokojem (Słowik 1995). Ekstrawersja okazuje się silnie związana z poszukiwaniem wsparcia społecznego i optymizmem, co pomaga skoncentrować się skutecznie na problemie i zmniejszyć lęk w przeżywaniu choroby (Słowik 1995). Zdaniem Antonowskiego (1995) poczucie koherencji jest kluczowe dla utrzymania zdrowia, bo dzięki niemu ludzie radzą sobie ze stresem tak, że nie chorują lub szybko wracają do zdrowia. Również pozytywny nastrój jest czynnikiem, który sprzyja zdrowiu (Ogińska-Bulik 2003), dłuższym okresom przeżycia osób w chorobie nowotworowej, wzmacniając poczucie szczęścia u osób ciekawych i zainteresowanych światem, dodając im sił do radzenia sobie z wyzwaniami i energii potrzebnej do pomagania innym (Fridman 2003). Optymizm jest zasobem w sytuacjach trudnych, gdyż w mniejszym stopniu naraża na dystres, skłania do wybierania aktywnych technik radzenia sobie ze stresem oraz stanowi bufor, dzięki któremu odpowiedź immunologiczna na ostry stres zostaje opóźniona (Cohen i wsp. 1999). Radzeniu sobie z trudnościami pomaga wysoka samoocena (Fleishman 1984, Ogińska-Bulik 2003) oraz siła ego, która łagodzi wpływ nieprzewidzianych wydarzeń, powodując lepsze radzenie sobie z tego typu trudnościami (Plopa 1996).

U dzieci zasobem ochronnym przed negatywnymi skutkami stresu okazały się w badaniach Ogińskiej-Bulik (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008) cechy związane z Wzorem Zachowania A, na które składają się dążenie do przywództwa i odpowiedzialność w połączeniu z wysokim poczuciem własnej wartości.

Interesująca jest koncepcja tzw. odporności psychicznej. Schier (2005) opisuje ją jako zdolność niektórych osób, a szczególnie dzieci i młodzieży, do unikania negatywnych skutków wydarzeń traumatycznych. Namysłowska (2001, za Schier

2005) tłumaczy pojęcie odporności psychicznej (*resilience*) jako „zdolność zdrowienia, pogodę ducha, [...] lub elastyczność”. W poszukiwaniu źródeł zakłada się jej związku z mechanizmami kształtowania się więzi psychicznej w dzieciństwie. Odporność psychiczna może dotyczyć wybiórczo tylko niektórych obszarów funkcjonowania dziecka i wynika w dużym stopniu ze sposobu interpretacji przeżywanych wydarzeń. Stanowi więc swoisty wewnątrzpsychiczny sposób radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (Cohler, Stott, Musick 1995, za: Schier 2005). Jest to mechanizm adaptacyjny, który wydaje się zasobem ochronnym, pozwalającym zmniejszać straty zasobów w sytuacji choroby. Odporność w większym stopniu przypisuje się jednostkom twórczym, zdolnym do niekonwencjonalnego myślenia i zachowania.

W świetle wymienionych wyznaczników ochronnego funkcjonowania w sytuacji choroby istotna wydaje się zdolność i motywacja wychodzenia poza schemat w spostrzeganiu, poza etykietę, którą choroba narzuca. Jednostki o takich predyspozycjach łatwiej radzą sobie z chorobą, chroniąc się przed kolejnymi stratami poza utraconym zdrowiem (Basińska 2009).

Być może u dzieci dotkniętych przewlekłą chorobą własną lub bliskiej osoby w rodzinie poza utratą zasobów, do której niewątpliwie tak trudna sytuacja prowadzi, dochodzi także do uruchomienia albo ukształtowania cech ochronnych, umniejszających rozmiar strat.

Przekonania o własnej skuteczności jako element struktury osobowości

Poczucie własnej skuteczności (PWS) w uogólnionym pojęciu (*general self-efficacy*) ma status cechy osobowości determinującej zachowania w różnych sytuacjach (Schwarzer 1997, Juczyński 1998). Jest opisywane jako wiara w możliwość wpływania na otaczające środowisko, we własne uzdolnienia pozwalające na lepsze radzenie sobie oraz w to, że da się i można kontrolować wydarzenia (Zientek 2006). Przekonanie o własnej skuteczności, inaczej nazywane poczuciem kompetencji osobistej, jest także ważnym osobistym zasobem jednostki w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi w różnych dziedzinach życia. Wpływa na decyzje o podejmowaniu działań przez jednostkę, a zdolność do zmiany zachowania właśnie od tego zależy (Juczyński 2001). Własna skuteczność nie jest tym samym, co nierealistyczny optymizm, ponieważ opiera się na uprzednich doświadczeniach osoby (Schwarzer, Fuchs 1996, Schwarzer 2001). Jeśli jednostka działa w skuteczny sposób, to na tej podstawie rozwijają się jej przekonania o własnej skuteczności specyficznej dla tej sytuacji. Jest to więc droga od różnych doświadczeń,

z których jednostka wyciąga zbliżone konkluzje o sobie („jestem skuteczny”), do bardziej ogólnego przekonania (Łuszczczyńska 2004). Sukcesy lub porażki wynikające z własnych działań nie tylko ulegają generalizacji wpływając na bieżące przekonanie o własnej skuteczności, ale także rzutują na przewidywanie jej na przyszłość (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008).

Niska własna skuteczność jest związana z poczuciem bezradności, lękiem, nasileniem smutku i przygnębienia. Wysoka własna skuteczność sprzyja lepszemu wykonywaniu zadań, szybszemu przetwarzaniu informacji, formułowaniu celów i ich osiągnięciu (Bandura 1977, 2001). W licznych badaniach wykazano związki PWS z podejmowaniem i kontynuowaniem zachowań zdrowotnych. Wśród predyktorów takich zachowań poczucie własnej kompetencji znajduje swoje znaczące miejsce. Zdaniem niektórych autorów jego wpływ na zmiany zachowań tego typu przekracza wpływ innych wskaźników (Juczyński 2001). Wyniki badań dowodzą, że grupa dzieci i młodzieży, którą charakteryzują lepsze zachowania zdrowotne przejawia między innymi wyższe poczucie własnej skuteczności, przypisuje zdrowiu większą wartość i lepiej ocenia swoje własne zdrowie (Łuczak 2004). Poczucie własnej skuteczności jest też zasobem, który sprzyja poprawie stanu zdrowia w grupie dzieci prenatalnie zainfekowanych wirusem HIV. W leczeniu tych dzieci metodą antyretrowirusową osiągnęto lepsze efekty terapii, gdy prezentowały między innymi wyższy poziom poczucia własnej skuteczności (Nicholson i wsp. 2006).

Wydaje się więc prawdopodobne, że doświadczenia związane z przeżywaniem choroby przewlekłej własnej lub członka rodziny mogą spowodować zmianę w zakresie poczucia własnej skuteczności. Z jednej strony mają charakter stresora, a z drugiej są zazwyczaj związane z ograniczeniem sprawowania kontroli nad wydarzeniami i zmniejszeniem ich przewidywalności, co także wyznacza poziom poczucia własnej skuteczności (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008).

Hipotezy badawcze

Na potrzeby prowadzonych badań na podstawie analizy teoretycznej sformułowano następujące hipotezy:

- I. Choroba przewlekła własna jako doświadczenie stresujące zakłóca rozwój osobowości dziecka poprzez uruchamianą w tej sytuacji spiralę strat zasobów.
- II. Choroba przewlekła któregoś z członków najbliższej rodziny dziecka stanowi sytuację krytyczną związaną z utratą zasobów poprzez uruchomienie spirali strat w rozwoju osobowości dziecka.

III. Sytuacja utraty zdrowia własnego lub członków rodziny różnicuje poziom poczucia własnej skuteczności dziecka.

Hipotezy zostały zweryfikowane w przeprowadzonych badaniach.

Metody badań

Wobec badanych zastosowano dwie metody: Skalę Kompetencji Osobistej – KompOs (Juczynski 2001) do badania uogólnionego Poczucia Własnej Skuteczności dzieci i młodzieży w wieku od 11 do 17 lat oraz 14-czynnikowy kwestionariusz R.B. Portera–R.B. Cattella do badania osobowości dzieci w wieku od 8 do 12 lat. Kwestionariuszem Portera–Cattella zbadano wszystkie dzieci uczestniczące w eksperymencie, gdyż ich wiek odpowiadał wymaganiom metody. Skalę Kompetencji Osobistej zastosowano tylko wobec dzieci w wieku od 11 do 12 r. ż. ze względu na ograniczenia wiekowe ustalone przez autora metody.

• Kwestionariusz osobowościowy 14-czynnikowy R.B. Portera i R.B. Cattella jest w użyciu w Polsce od roku 1963 w modyfikacji i polskiej adaptacji Kostrzewskiego (1964). Opisuje strukturę osobowości badanego dziecka w 14 dwubiegunowych wymiarach określających cechy osobowości. Do uwzględnionych w zastosowanym kwestionariuszu wymiarów należą następujące czynniki wyróżnione przez Cattella (Kostrzewski 1964):

- ▶ A – cyklotymia/schizotymia
- ▶ B – wysoka inteligencja/niska inteligencja
- ▶ C – silne Ja słabe Ja
- ▶ D – pobudliwy/spokojny
- ▶ E – dominacja/submisja
- ▶ F – wzmożone samopoczucie/obniżone samopoczucie
- ▶ G – silne superego/słabe superego
- ▶ H – śmiałość/nieśmiałość
- ▶ I – wrażliwość emocjonalna/twardość
- ▶ J – skrępowanie wewnętrzne/mocny, krzepki
- ▶ N – refleksyjność/naiwność
- ▶ O – skłonność do obwiniania się/dostosowanie
- ▶ Q₃ – dobre panowanie nad sobą/niedostosowanie
- ▶ Q₄ – wysokie napięcie nerwowe/niskie napięcie nerwowe.

Badani udzielili odpowiedzi na 140 pytań kwestionariusza zawartych w dwu seriach: A i B. Wyniki surowe stanowiły podstawę określenia wartości przeliczonych jako wyniku w teście w zakresie od 1 do 5 stawa, według ustalonych przez autorów norm wiekowych odpowiednich dla każdej płci. Wyniki od 1 do 1,5 stawa

są uważane za niskie, wyniki w przedziale od 2 do 4 stawa są wynikami średnimi, a wyniki od 4,5 do 5 stawa uważa się za wysokie.

Poza wynikami dotyczącymi poszczególnych wymiarów osobowości analizowano także wskaźnik poziomu lęku, na który składają się wyniki w skalach: D, Q4, Q3, C, H, O, liczone na podstawie wzoru podanego przez autorów. Został on określony u wszystkich badanych dzieci. Wynik 30 punktów uważa się za wskaźujący na średnie nasilenie niepokoju u badanego, na wysoki poziom wskazuje wynik 40 i powyżej.

- Skala Kompetencji Osobistej – KompOs służy do oceny uogólnionego Poczucia Własnej Skuteczności oraz dwóch jego elementów, tj. przekonań dotyczących dysponowania Siłą konieczną do zainicjowania działania (S) oraz związanych z Wytrwałością niezbędną do kontynuowania działania (W). Każda ze skal zawiera sześć stwierdzeń, sformułowanych w połowie pozytywnie i w połowie negatywnie (Juczyński 2001). Dla każdej skali (S i W) rozpiętość wyników może wynosić od 6 do 24 punktów, zaś dla całej skali od 12 do 48 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższe Poczucie Własnej Skuteczności oraz Siły i Wytrwałości.

Osoby badane

Badania dzieci miały charakter indywidualny. Na badanie każdego dziecka zgodzili się jego rodzice lub prawni opiekunowie. W badaniach wzięły udział dzieci w wieku od 8 do 12 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 11,42 lat ($SD = 0,796$), gdyż większość stanowiły dzieci 11 i 12-letnie. Najmłodsze dziecko miało 8 lat, a najstarsze 12. Przebadano łącznie 85 dzieci, w tym 36 chłopców (42%) i 49 (58%) dziewczynek.

Dla celów badawczych wydzielono ze względu na stan zdrowia dzieci i członków ich rodzin trzy grupy: 1. Dzieci zdrowe bez chorób w rodzinie – 33 osoby (38,82%). 2. Dzieci zdrowe z osobą chorą w rodzinie – 27 osób (31,77%). 3. Dzieci chore na chorobę przewlekłą – 25 osób (29,41%). Podział stanowił podstawę przeprowadzonych analiz statystycznych.

W rodzinie dzieci przewlekłe chorych nie chorował inny członek rodziny poza badanym dzieckiem. Najwięcej spośród badanych chorych dzieci cierpiało z powodu alergii (33,3%) i astmy (18,5%). Poza tym badani chorowali na cukrzycę, choroby serca, bóle głowy i brzucha, epilepsję, guzowatość kości, niedosłuch i choroby hormonalne. Czynniki związane z chorobą i zaburzające funkcjonowanie dzieci były więc w badanej grupie zróżnicowane. Łączyła je cecha chroniczności zmian chorobowych.

Wyniki badań

Poczucie Własnej Skuteczności w badanych grupach dzieci

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że dzieci nie różnią się między sobą na poziomie istotnym statystycznie w zakresie Poczucia Własnej Skuteczności (PWS) i jego składowych ze względu na własny stan zdrowia lub stan zdrowia członka rodziny (tab. 1 i 2).

Tabela 1. Średnie wyniki dla badanych dzieci w zakresie poczucia kompetencji i jego składowych ze względu na stan zdrowia dziecka lub członków jego rodziny

<i>Badane grupy</i>	<i>Poczucie kompetencji</i>		<i>Sumiennność</i>		<i>Wytrwałość</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Dzieci zdrowe	36,06	5,35	18,15	3,09	17,91	3,59
Dzieci chore	35,85	5,96	18,56	2,97	17,30	3,92
Dzieci z chorobą w rodzinie	36,48	4,51	18,64	2,75	17,84	3,54
Ogół badanych	36,12	5,27	18,42	2,93	17,69	3,65

Tabela 2. Wyniki analizy wariancji dla poczucia kompetencji i jego składowych ze względu na stan zdrowia dziecka lub członków jego rodziny

<i>Analizowane zmienne</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Poczucie kompetencji	0,093	0,911
Sumiennność	0,233	0,793
Wytrwałość	0,233	0,793

Obraz cech osobowości w badanych grupach dzieci

Badane grupy dzieci różnią się istotnie statystycznie między sobą pod względem cech osobowości.

- Porównanie obrazu cech osobowości w grupach dzieci zdrowych i dzieci chorych przewlekle.

Badane grupy dzieci zdrowych i dzieci chorych różnią się istotnie pod względem natężenia następujących cech: poziomu lęku, poziomu napięcia nerwowego, poziomu zdolności do samokontroli oraz skłonności do martwienia się i obwiniania. Dzieci chore uzyskały odpowiednio w wymienionych wymiarach następujące

wyniki w porównaniu z dziećmi zdrowymi: wyższy ogólny poziom lęku, wyższe napięcie nerwowe i większą skłonność do martwienia się i obwiniania, a niższą niż dzieci zdrowe zdolność do samokontroli (tab. 3).

Tabela 3. Średnie wyniki w wymiarach poszczególnych cech osobowości ze względu na stan zdrowia dziecka w grupach dzieci zdrowych i chorych

Czynniki osobowości	Dzieci zdrowe N = 33		Dzieci chore N = 27		t	p
	M	SD	M	SD		
A – cyklotymia/schizotymia	2,83	1,080	2,72	1,112	0,391	0,697
B – wysoka inteligencja/niska inteligencja	3,23	0,867	2,93	0,927	1,298	0,199
C – silne Ja/słabe Ja	3,91	0,956	3,37	1,222	1,917	0,060
D – pobudliwość/spokojny	3,62	0,968	3,69	1,057	-0,244	0,808
E – dominacja/submisja	3,15	1,049	3,28	1,086	-0,456	0,650
F – wzmożone samopoczucie/obniżone samopoczucie	3,05	1,121	3,06	1,243	-0,033	0,974
G – silne <i>superego</i> /słabe <i>superego</i>	3,14	1,174	2,70	1,120	1,449	0,153
H – śmiałość/nieśmiałość	3,41	0,897	3,13	0,728	1,305	0,197
I – wrażliwość emocjonalna/twardy	2,39	0,966	2,28	1,163	0,423	0,674
J – skrępowanie wewnętrzne/mocny, krzepki	3,18	0,900	3,15	0,806	0,151	0,880
N – refleksyjność/naiwność	3,76	1,153	4,11	0,902	-1,300	0,199
O – skłonność do obwiniania się/dostosowany	2,82	0,882	3,33	0,930	-2,196	0,032
Q3 – dobre panowanie nad sobą/niedostosowany	2,39	1,021	1,87	0,873	2,107	0,039
Q4 – wysokie napięcie nerwowe/niskie napięcie nerwowe	3,03	0,847	3,70	0,973	-2,865	0,006
LĘK	30,83	5,939	35,20	6,539	-2,710	0,009

- Porównanie cech osobowości między grupami dzieci zdrowych i dzieci posiadających chorego członka rodziny.

Badane grupy dzieci zdrowych i dzieci posiadających chorego członka rodziny różnią się istotnie statystycznie pod względem natężenia następujących cech: poziomu lęku, poziomu napięcia nerwowego, poziomu śmiałości społecznej. Dzieci z osobą chorą w rodzinie uzyskały odpowiednio w wymienionych wymiarach następujące wyniki: wyższy ogólny poziom lęku, wyższe napięcie nerwowe, a niższą niż dzieci zdrowe śmiałość w relacjach społecznych (tab. 4).

Tabela 4. Średnie wyniki w wymiarach poszczególnych cech osobowości ze względu na stan zdrowia dziecka w grupach dzieci zdrowych i dzieci z chorą osobą w rodzinie

Czynniki osobowości	Dzieci zdrowe N = 33		Dzieci z chorym członkiem rodziny N = 25		t	p
	M	SD	M	SD		
A – cyklotymia/schizotymia	2,83	1,080	2,72	1,100	0,393	0,696
B – wysoka inteligencja/niska inteligencja	3,23	0,867	2,90	1,061	1,293	0,201
C – silne Ja/słabe Ja	3,91	0,956	3,86	1,066	0,184	0,854
D – pobudliwość/spokojny	3,62	0,969	3,82	0,934	-0,786	0,435
E – dominacja/submisja	3,15	1,049	3,06	1,219	0,307	0,760
F – wzmożone samopoczucie/ obniżone samopoczucie	3,05	1,121	2,66	0,976	1,370	0,176
G – silne <i>superego</i> /słabe <i>superego</i>	3,14	1,174	3,44	0,808	-1,108	0,273
H – śmiałość/nieśmiałość	3,41	0,897	2,86	1,066	2,129	0,038
I – wrażliwość emocjonalna/ twardy	2,39	0,966	2,86	0,995	-1,796	0,078
J – skrępowanie wewnętrzne/ mocny, krzepki	3,18	0,899	3,60	0,889	-1,761	0,084
N – refleksyjność/naiwność	3,76	1,153	3,90	1,041	-0,485	0,629
O – skłonność do obwiniania się/dostosowany	2,82	0,882	3,10	0,692	-1,318	0,193
Q3 – dobre panowanie nad sobą/niedostosowany	2,39	1,021	2,04	0,776	1,444	0,154
Q4 – wysokie napięcie nerwowe/niskie napięcie nerwowe	3,03	0,847	3,54	1,059	-2,036	0,047
ŁĘK	30,83	5,939	34,12	5,324	-2,181	0,033

• Porównanie wyników w zakresie cech osobowości grup dzieci chorych i dzieci z osobą chorą w rodzinie.

Badane grupy dzieci chorych i dzieci posiadających chorego członka rodziny różniły się istotnie statystycznie pod względem natężenia jednej cechy spośród badanych wymiarów, mianowicie poziomem dojrzałości *superego*, tj. wartością uzyskaną w czynniku G. Dzieci chore uzyskały wynik niższy od dzieci z osobą chorą w rodzinie. Inne badane cechy nie różnicowały tych grup między sobą (tab. 5).

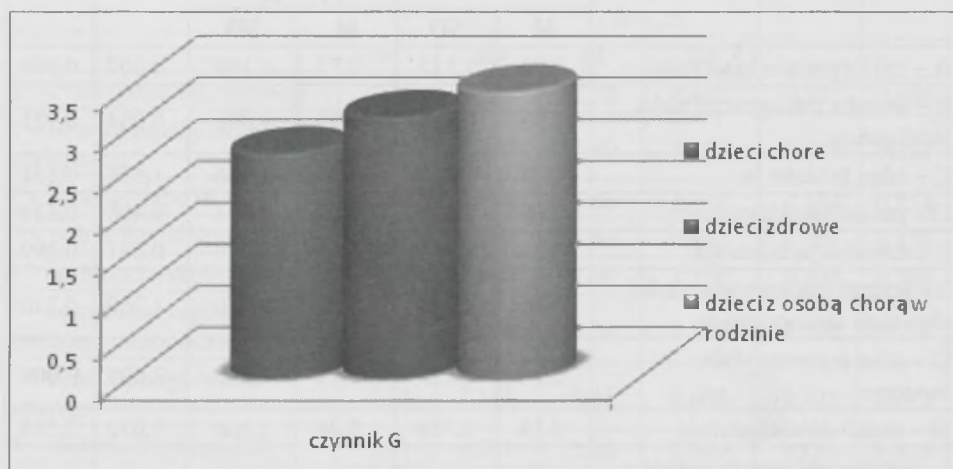
Tabela 5. Średnie wyniki w zakresie cech osobowości ze względu na stan zdrowia dziecka lub członków jego rodziny w grupach dzieci chorych i dzieci z osobą chorą w rodzinie

Czynniki osobowości	Dzieci chore N = 27		Dzieci z chorym członkiem rodziny N = 25		t	p
	M	SD	M	SD		
A – cyklotymia/schizotypia	2,72	1,112	2,72	1,100	0,007	0,994
B – wysoka inteligencja/niska inteligencja	2,93	0,927	2,90	1,061	0,094	0,925
C – silne Ja/słabe Ja	3,37	1,222	3,86	1,066	-1,535	0,131
D – pobudliwość/spokojny	3,69	1,057	3,82	0,934	-0,486	0,629
E – dominacja/submisja	3,28	1,086	3,06	1,219	0,681	0,499
F – wzmożone samopoczucie/ obniżone samopoczucie	3,06	1,243	2,66	0,976	1,269	0,210
G – silne <i>superego</i> /słabe <i>superego</i>	2,70	1,120	3,44	0,808	-2,699	0,009
H – śmiałość/nieśmiałość	3,13	0,728	2,86	1,066	1,072	0,289
I – wrażliwość emocjonalna/ twardy	2,28	1,163	2,86	0,995	-1,932	0,059
J – skrepowanie wewnętrzne/ mocny, krzepki	3,15	0,806	3,60	0,890	-1,921	0,060
N – refleksyjność/naiwność	4,11	0,902	3,90	1,041	0,783	0,437
O – skłonność do obwiniania się/dostosowany	3,33	0,930	3,10	0,692	1,019	0,313
Q3 – dobre panowanie nad sobą/niedostosowany	1,87	0,873	2,04	0,776	-0,738	0,464
Q4 – wysokie napięcie nerwowe/ niskie napięcie nerwowe	3,70	0,973	3,54	1,060	0,581	0,564
ŁĘK	35,20	6,539	34,12	5,323	0,652	0,517

- Porównanie wyników w czynniku G w perspektywie wszystkich badanych grup.

Czynnik G jest jedynym wskaźnikiem różnicującym istotnie grupę dzieci chorych z grupą dzieci z osobą chorą w rodzinie. Jest wart odrębnej prezentacji ze względu na tendencję, która wyraża się poprzez jego wartości w grupach badanych dzieci. Ciekawe jest mianowicie, że dzieci z osobą chorą w rodzinie uzyskały najwyższy wynik spośród wszystkich badanych dzieci ($G = 3,44$), nie tylko istotnie wyższy niż dzieci chore ($G = 2,70$), ale także nieco wyższy, choć ta różnica nie jest statystycznie znacząca, niż dzieci zdrowe ($G = 3,14$) (wykr. 1). Jest to interesujący wynik, gdyż wskazuje na kształtowanie u dzieci dojrzałości *superego* wyrażonej w czynniku G w związku z chorobą osoby w rodzinie dziecka.

Wykres 1. Średni poziom czynnika G w badanych grupach dzieci



Podsumowanie wyników

Wyniki uzyskane przez badanych w zakresie poczucia kompetencji (PWS) i jego składowych: Siły i Wytrwałości nie różniły się istotnie w grupach wyodrębnionych ze względu na stan zdrowia dziecka i członków jego rodziny. Uogólniony poziom Poczucia Własnej Skuteczności ani jego składowe: Siła i Wytrwałość nie wykazują w badaniach związku z doświadczeniem choroby własnej lub choroby osoby w najbliższej rodzinie badanych dzieci.

Wyniki badania cech osobowości uzyskane przez badanych w wyróżnionych grupach wskazują na istotne statystycznie różnice między nimi:

a) Pozwalają uznać, że choroba przewlekła własna jako doświadczenie stresujące zakłóca rozwój osobowości dziecka poprzez uruchamianą w tej sytuacji spiralę strat zasobów, gdyż: powoduje wzrost poziomu lęku i jest on na poziomie podwyższonym w stosunku do średniej, powoduje wzrost poziomu napięcia nerwowego (Q4), powoduje wzrost tendencji do martwienia się i obwiniania (O), powoduje obniżenie poziomu dojrzałości emocjonalnej (C). Na tej podstawie można stwierdzić, że doświadczenie własnej choroby przewlekłej dziecka jest związane z nasileniem tendencji do reakcji neurotycznych oraz z obniżeniem dojrzałości osobowości.

b) Pozwalają uznać, że choroba przewlekła kogoś z członków rodziny dziecka stanowi sytuację krytyczną związaną z utratą zasobów poprzez uruchomienie spirali strat w rozwoju osobowości dziecka, gdyż: powoduje wzrost poziomu lęku i jest on na poziomie podwyższonym w stosunku do średniej, powoduje wzrost poziomu napięcia nerwowego (Q4), powoduje kształtowanie się cechy nieśmiałości społecznej (H) istotnie większej, niż u dzieci, które nie doświadczają choroby własnej ani choroby osób w swojej rodzinie. Na tej podstawie można stwierdzić, że utrata zdrowia członka rodziny różnicuje kształtowanie się cech osobowości, ujawniając związek choroby członka rodziny z tendencją do neurotyzacji funkcjonowania dziecka i jego onieśmieleniem w relacjach społecznych.

c) Wyniki wskazują także na proces budowania zasobów związany z sytuacją choroby. Na taką tendencję wskazują wyniki dzieci z osobą chorą w rodzinie w zakresie czynnika G. Istotnie wyższy wynik w grupie dzieci z osobą chorą w rodzinie w stosunku do dzieci chorych, najwyższy wśród wszystkich badanych grup dzieci, pokazuje, że choroba członka rodziny jest sytuacją, która kształtuje u dziecka dojrzałość *superego* większą, niż prezentują inne badane dzieci. Jest to wynik, który potwierdza, że jednocześnie z uruchomioną spiralą strat zasobów u dzieci z osobą chorą w rodzinie dochodzi do wzmocnienia wybranych zasobów w rozwoju osobowości.

Wnioski

1. Stan zdrowia nie jest czynnikiem różnicującym badane grupy pod względem poziomu Poczucia Własnej Skuteczności i jego składowych.

2. Sytuacja własnej choroby przewlekłej dziecka zakłóca rozwój osobowości, kształtując cechy charakterystyczne dla funkcjonowania neurotycznego oraz charakterystyczne dla mniejszej dojrzałości osobowości, co wskazuje na uruchomienie spirali strat zasobów u chorych dzieci.

3. Choroba członka rodziny zakłóca rozwój osobowości dzieci, kształtując cechy charakterystyczne dla funkcjonowania neurotycznego oraz nieśmiałości społecznej, co wskazuje na uruchomienie spirali strat zasobów u dzieci obciążonych chorobą członka rodziny.

4. Jednocześnie choroba w rodzinie dziecka wzmacnia jego zasoby poprzez kształtowanie dojrzałości w zakresie *superego*, co pomniejsza straty w zasobach i wskazuje na osiągnięcie dóbr w postaci większej dojrzałości charakteru wspierającej rozwój osobowości.

Dyskusja wyników

W przytoczonych badaniach nie wykazano wpływu doświadczenia związanego z chorobą przewlekłą własną na kształtowanie się uogólnionego Poczucia Własnej Skuteczności ani jego składowych – Siły i Wytrwałości u badanych dzieci. Nie wykazano także wpływu doświadczenia związanego z przewlekłą chorobą członka rodziny na kształtowanie się poziomu Poczucia Własnej Skuteczności i jego składowych u dzieci. Otrzymane wyniki zastanawiają w świetle teoretycznej charakterystyki konstruktów (Juczyński 1998, 2001). Wydawać by się mogło, że choroba przewlekła własna lub osoby bliskiej w rodzinie jako doświadczenie długotrwałych trudności może mieć wpływ na kształtowanie się Poczucia Kompetencji Osobistej u dzieci. Być może uzyskane wyniki można traktować jako wskazówkę o niezależności poziomu PWS od sytuacji utraty zdrowia własnego i członków rodziny lub o związku PWS z innymi, poza doświadczeniem, elementami funkcjonowania jednostki, które warunkują jego kształtowanie, a których nie analizowano w opisywanych badaniach. Również niewielka liczebność grupy badawczej być może nie pozwalała na zróżnicowanie badanych pod tym względem.

Neurotyzacja funkcjonowania wydaje się najważniejszą stratą zasobów u dzieci chorych przewlekłe i dzieci, które mają osobę chronicznie chorą w najbliższej rodzinie. W porównaniu z dziećmi zdrowymi uzyskały one znacznie wyższe wskaźniki lęku i napięcia nerwowego. Są to wyniki, których w świetle dotychczasowych badań można było oczekiwać w tej grupie badanych (Armistead, Klein, Forehand 1995, Pilchler, Richter 1995, Góralczyk 1996, McClellan, Cohen 2007, Froch i in. 2009).

Lęk jest emocją, która towarzyszy utracie zdrowia, zagrożeniu życia, bolesnym dolegliwościom czy frustracji innych ważnych potrzeb dziecka związanych z dominującą potrzebą bezpieczeństwa (Kozłowska 1996). W takich warunkach, choć

z nieco innych powodów, funkcjonują zarówno dzieci chore, jak i dzieci z osobą chorą w rodzinie.

Dzieci chore przeżywają bezpośrednie zagrożenie zdrowia lub życia i być może z tego powodu ich lęk jest podwyższony w stosunku do poziomu lęku u dzieci zdrowych. Obciążenie chorobą przewlekłą niesie trudne skutki w wielu sferach życia dziecka. Jego funkcjonowanie jest zagrożone przede wszystkim w aspekcie fizycznym. Dolegliwości bólowe i inne objawy choroby obserwowalne w ciele dziecka potwierdzają obecność zagrożenia i fakt zachorowania. Zmniejszona aktywność fizyczna, konieczna ścisła kontrola stanu somatycznego organizmu i bezwzględne liczenie się z jego wymaganiami, aby nie dopuścić do zaostrzenia objawów choroby, wymagają ciągłej czujności. Świadomość zagrożenia i ograniczenia rodzi lęk i napięcie (Góralczyk 1996). Potwierdzają to inne badania. Dziewczęta chorujące na cukrzycę wykazują więcej cech neurotycznych. Są niezadowolone z życia, a radzenie sobie z codziennymi kłopotami jest dla nich trudniejsze niż dla zdrowych rówieśniczek (Ruszczyńska i wsp. 1991).

Dla dzieci w wieku badanych grupa rówieśnicza jest ważną częścią życia. W sytuacji choroby dziecko często zostaje odizolowane od kolegów ze względu na konieczność hospitalizacji i specyfikę zabiegów leczniczych oraz wyłączone z wielu wspólnych działań. Ograniczenie kontaktów z innymi dziećmi jest źródłem silnej frustracji, tak jak i zmieniony wygląd czy odmienność funkcjonowania dziecka, które mogą być źródłem negatywnych ocen społecznych. Zjawisko neurotyzacji obserwowano na przykład u dzieci z dysfunkcją w zakresie narządu ruchu. Jest ono wynikiem trudności fizycznych, ale także negatywnych doświadczeń społecznych związanych z odrzuceniem (Arusztowicz, Bąkowski 1989).

Potwierdzeniem uruchamiającej się z powodu choroby spirali strat zasobów chorujących przewlekle dzieci wydaje się również obniżona dojrzałość emocjonalna. Zaprezentowały ją dzieci chore w przedstawionych badaniach, ale duża niestabilność emocjonalna charakteryzuje również dzieci i młodzież z chorobą nowotworową (Kołodziejczyk, Majerowicz 1999), a trudności w regulacji emocji prezentują dzieci chore na astmę oskrzelową (Schier 2005) i cukrzycę (Szewczyk i wsp. 2006). Może to być związane ze specyfiką choroby, ale w prezentowanych badaniach charakteryzuje dzieci z różnymi schorzeniami. Sugeruje to także inną przyczynę braku dojrzałości emocjonalnej u chorych dzieci. Można ją wiązać z postawą nadopiekuńczości ze strony rodziców, którzy chcąc chronić chore dziecko przed cierpieniem, wyręczają je i ograniczają wymagania, nie egzekwując dyscypliny. Źródłem tej postawy rodziców jest na ogół brak akceptacji choroby

dziecka (Kołodziejczyk, Majerowicz 1999). Konsekwencją takiego postępowania jest między innymi niska dojrzałość w zakresie samokontroli u dzieci.

Podwyższona skłonność do martwienia się i obwiniania jest także charakterystyczna szczególnie dla dzieci chorych. Prezentują tę cechę na znacznie podwyższonym poziomie w stosunku do zdrowych badanych. Poza przeżywaniem własnego cierpienia i lęku o siebie dzieci chore martwią się trudnościami w relacjach i izolacją społeczną. Poza wymienionymi wcześniej grupami chorych prezentują to również dzieci chore na padaczkę, które doświadczają odrzucenia i trudności przystosowawczych (Szewczyk i in. 2006).

Wydaje się, że poważnym źródłem martwienia się dzieci chorych może być również obserwowane zmartwienie rodziców. Ich przykre emocje związane z chorobą dziecka budzą poczucie winy za niepokój i kłopoty. Wystraszeni i bezradni wobec choroby rodzice przekazują sygnały własnego lęku dziecku, co dodatkowo osłabia jego poczucie bezpieczeństwa, pogłębiając w rezultacie niepokój (McClellan, Cohen 2007). Ze względu na własne trudności z akceptacją cierpienia dziecka rodzice często zmieniają dotychczasowe postawy wychowawcze. Postępują zbyt ochronnie lub stają się zbyt wymagający, rzadziej unikowo przerzucają opiekę nad dzieckiem na inne osoby. Trudno ich winić w tak dramatycznym doświadczeniu. Jednak każda z postaw, która nie jest przejawem prawdziwej akceptacji dziecka z jego chorobą, pogłębia u niego niepokój (Kołodziejczyk, Majerowicz 1999).

W sferze emocjonalnej dzieci chorych dominuje więc lęk wynikający z zachwianego poczucia bezpieczeństwa, napięcie nerwowe, poczucie winy i tendencja do przeżywania zmartwień, co jest jednoznacznie negatywnym skutkiem choroby. W przeprowadzonych badaniach dzieci chore przewlekłe nie ujawniły posiadanych zasobów ani tendencji do ich budowania. Być może proces ich uruchamiania jest specyficzny dla poszczególnych schorzeń w związku z ich charakterystycznym przebiegiem, którego tu z powodu zróżnicowanych dolegliwości badanych nie zaobserwowano.

Neurotyzacja funkcjonowania dzieci obciążonych chorobą w rodzinie również wydaje się przewidywalnym skutkiem tej trudnej sytuacji. Deprywacja potrzeb także w tej grupie dzieci wywołuje lęk i rodzi napięcie emocjonalne na poziomie istotnie wyższym niż u dzieci zdrowych. Jeśli osobą chorą jest któreś z rodziców, to zagrożenie jego zdrowia i życia jest źródłem silnego lęku przed utratą ważnej, najbliższej osoby, której obecność jest gwarantem poczucia bezpieczeństwa. Trudności emocjonalne czy psychiczne rodziców związane z chorobą także stanowią źródło niepokoju dziecka (Armistead, Klein, Forehand 1995). Przeżywa wtedy lęk zarówno o ukochaną osobę, jak i o siebie samego. Dotkliwą stratą jest dla dziecka

również to, że rodzic ze względu na chroniczne dolegliwości nie jest w pełni sił i nie może podjąć wszystkich zadań wynikających ze swej roli (Jankowski 1983). Oznaczać to może brak wsparcia w wielu sferach aktywności dziecka i konieczność zdania się w większym stopniu na własne siły (Armistead, Klein, Forehand 1995).

Sytuacja jest trudna również, gdy choruje inne dziecko w domu. Choroba rodzeństwa absorbuje uwagę rodziców, jest źródłem ich lęku. Pozostałe dzieci niepokoją się o brata lub siostrę, ale także o siebie, gdy ich potrzeby stają się w świetle choroby rodzeństwa niemożliwe do zaspokojenia lub zaspokajane w dalszej kolejności (Pichler, Richter 1995). Jeśli nie otrzymują uwagi od rodziców w stopniu zaspokajającym potrzebę znaczenia, to może rodzić się przekonanie, że na tę uwagę nie zasługują, że nie są jej wystarczająco godne (Richardson, Richardson 1999). Przekłada się to prawdopodobnie na inne kontakty społeczne w postaci prezentowanej w badaniach nieśmiałości, niepewności w relacjach z innymi. Z powodu onieśmienia dzieci z osobą chorą w rodzinie nie prezentują w pełni swoich walorów osobowych, a nawiązywanie kontaktów społecznych jest w ich przypadku związane z większym wysiłkiem niż ich kolegów z rodzin nieobciążonych chorobą (Armistead, Klein, Forehand 1995). Zmniejsza to między innymi możliwości tych dzieci w otrzymywaniu wsparcia w relacjach z innymi ludźmi, które w ich sytuacji życiowej może być bardzo cennym zasobem.

Zarówno w sytuacji choroby rodziców, jak i rodzeństwa dzieci zdrowe w rodzinie podejmować muszą większą odpowiedzialność za siebie, a jednocześnie podejmują aktywność związaną z troską o osobę chorą. Są to zadania, które często wykraczają poza kompetencje rozwojowe dziecka, a jako nadmierne mogą stać się źródłem lęku i napięcia (Kołodziejczyk, Majerowicz 1999, Jundziłł 2000). Doświadczenie nadmiernych oczekiwań społecznych i ograniczonego wsparcia może stanowić również podłoże nieśmiałości prezentowanej przez dzieci. Przejawia się ona często w mniejszej aktywności i dynamice działań podejmowanych poza domem, w szkole i środowisku rówieśniczym (Armistead, Klein, Forehand 1995). Może ją wzmacniać także poczucie ograniczonego dostępu do korzystania z różnych możliwości życiowych ze względu na koncentrację sił rodziny na zmaganiu się z chorobą. Choroba rodziców lub rodzeństwa sprawia, że ograniczone są np. możliwości wspólnych wyjazdów czy wyjazdów, także z powodów ekonomicznych (Góralczyk 1996). Rodzina z osobą chorą w mniejszym stopniu uczestniczy w pozarodzinnych wydarzeniach społecznych, a przez to dzieci zdobywają mniej doświadczeń społecznych w kontaktach z innymi i mogą czuć się gorsze. Ich relacje społeczne nie są tak różnorodne, doświadczenia nie są tak urozmaicone, jak zdrowych rówieśników. Stąd odczucie niepewności i onieśmienia (Pichler, Richter 1995).

Zarówno neurotyczne cechy, jak i nieśmiałość stanowią utratę kolejnych zasobów u dzieci z rodzin dotkniętych chorobą przewlekłą, co potwierdza uruchomienie w tej grupie badanych tzw. spirali strat zasobów. Jednocześnie jednak dzieci z chorym członkiem w rodzinie prezentują zysk w zakresie cech osobowości związany z ich sytuacją życiową. Prawdopodobnie poprzez funkcjonowanie wśród wielu trudnych wymagań uczą się intensywnie podejmowania odpowiedzialności i troski w stosunku do innych oraz większej odpowiedzialności za siebie. Poza obciążeniem stanowi to trening charakteru, kształtując silne *superego* u tych badanych. Jest to osiągnięcie rozwojowe, które prowadzi w kierunku większej dojrzałości osobowości. Pokazuje możliwość zysku zasobów w sytuacji krytycznej (Tyszkowa 1990).

Podsumowanie

W perspektywie powyższych badań choroba przewlekła jawi się jako sytuacja szczególnie obciążająca rozwój, gdy choruje samo dziecko. To krytyczne doświadczenie powoduje utratę zasobów w rozwoju osobowości, a straty nie zostają pomniejszone przez uruchomienie innych zasobów. Wobec tego choroba własna dziecka poprzez swoje skutki staje się doświadczeniem ograniczającym możliwości rozwojowe dziecka w znacznym stopniu.

Jej przeżywanie umożliwia budowanie zasobów jedynie tym dzieciom, które doświadczają choroby pośrednio, ale same nie chorują. Na podstawie doświadczeń związanych z chorobą osoby bliskiej są zdolne do osiągnięcia większej dojrzałości osobowej. Choroba osoby w rodzinie jest więc wydarzeniem krytycznym, które może mieć jednocześnie pozytywne skutki dla rozwoju dziecka.

Literatura

1. Antonovsky A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa, Fundacja IPN.
2. Armistead L., Klein K., Forehand R. (1995). Parental Physical Illness and Child Functioning. *Clinical Psychology Review*, 15(5), 409-422.
3. Arusztowicz B., Bąkowski W. (1989). *Dziecko kalekie jakiego nie znamy*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
4. Bandura A. (1977). Self-efficacy: Towards unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
5. Bandura A. (2001). Social cognitive theory: An agnatic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
6. Basińska M.A. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
7. Beauvale A. (1999). Czynniki ujęcie osobowości (osobowość w świetle psychologii różnic indywidualnych). W: A. Gałdowa (red.), *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości* (s. 235-256). Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
8. Brzezińska A. (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
9. Cohen F., Kearney K.A., Zegans L.S., Kemeny M.E., Neuhaus J.M., Stites D.P. (1999). Differential immune system changes with acute and persistent stress for optimists and pessimists. *Brain Behavior and Immunity*, 13(2), 155-174.
10. Czownicka A., Zalewska M. (1988). Więź emocjonalna dziecka z matką jako przedmiot diagnozy klinicznej. W: M. Kościelska (red.), *Studia z psychologii klinicznej dziecka* (s. 63-94). Warszawa, WSiP.
11. Fleishman J.A. (1984). Personality Characteristics and doping patterns. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 229-244.
12. Friedman H.S. (2003). *Uzdrowiająca osobowość*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
13. Froch B., Zwolińska-Wcisło B., Bętkowska-Korpała B., Mach T. (2009). Dynamika reakcji emocjonalnych u chorych na nieswoiste zapalenia jelit. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 4(3), 141-146.
14. Góralczyk E., (1996). *Choroba dziecka w twoim życiu*. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.

15. Heszen L., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
16. Hobfoll S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
17. Hurlock E.B. (1960). *Rozwój dziecka*. Warszawa, PWN.
18. Jankowski K. (1983). Schizofrenia jako niedokończony cykl rozwojowy rodziny. *Przegląd Psychologiczny*, t. XXVI, nr 1, 25-42.
19. Juczyński Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 14, 54-63.
20. Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
21. Jundziłł E. (2000). *Potrzeby psychiczne dzieci i młodzieży*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
22. Kołodziejczyk M., Majerowicz A. (1999). Problemy psychologiczne dzieci z chorobą nowotworową oraz ich rodzin. *Nowiny Psychologiczne*, 2, s. 53-65.
23. Kostrzewski J. (1964). *Podręcznik do 14-czynnikowych kwestionariuszy osobowościowych dla dzieci od 8 do 12 lat*. Lublin.
24. Kościelska M. (1998). *Trudne macierzyństwo*. Warszawa, WSiP.
25. Kozłowska A. (1996). *Jak pomagać dziecku z zaburzeniami życia uczuciowego*. Warszawa, Wydawnictwo „Żak”.
26. Łuczak J. (2004). Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. *Psychologia Zdrowia*, ZN 1(44)2004. Łódź, Wydawnictwo AHE.
27. Łuszczynska A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą?* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
28. McClellan C.B., Cohen L.L. (2007). Family Functioning in Children with Chronic Illness Compared with Healthy Controls: A Critical Review. *The Journal of Pediatrics*, 150(3), 221-223.
29. McCrae R.R., Costa P.T. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka: perspektywa teorii pięcioczynnikowej*. Kraków, Wydawnictwo WAM.
30. Mudyń K. (2003). Czy można mieć zasoby nie mając do nich dostępu? Problem dostępności zasobów. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 63-77). Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
31. Nicholson O., Mellins C., Dolezal C., Brackis-Cott E., Abrams E. (2000). HIV treatment-related knowledge and *self-efficacy* among caregivers of HIV-infected children. *Patient Education And Counseling*, 61(3), 405-10.

32. Ogińska-Bulik N. (2003). Zasoby osobiste chroniące funkcjonariuszy policji przed negatywnymi skutkami stresu zawodowego. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 91-106). Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
33. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa, Difin.
34. Oleś P. (2002). Rozwój osobowości. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 131-177). Warszawa, PWN.
35. Oleś P. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
36. Pecyna M.B. (1998). *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka*. Warszawa, WSiP.
37. Pecyna M.B. (2000). *Dziecko i jego choroba*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
38. Pervin L. (2002). *Psychologia osobowości*. Gdańsk, GWP.
39. Pichler E., Richter R. (1995). *Nasze dziecko ma nowotwór. Pokonać chorobę*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka.
40. Plopa M. (1996). Psychospołeczne determinanty odporności na stres. *Psychologia Wychowawcza*, 4, 301-311.
41. Plopa M. (1997). Wymiary osobowości według H. Eysencka a dynamika stresu w warunkach długotrwałej izolacji zadaniowej. *Forum Psychologiczne*, 2(1), 55-67.
42. Popielski K. (2005). Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych. *Reumatologia*, 43(3), 160-165.
43. Poprawa R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dołęńska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 143-155). Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
44. Przetacznik-Gierowska M. (2002). Zasady i prawidłowości psychicznego rozwoju człowieka. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 57-84). Warszawa, PWN.
45. Richardson R.W., Richardson L.A. (1999). *Najstarsze, średnie, najmłodsze. Jak kolejność narodzin wpływa na twój charakter*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
46. Ruszczyńska B., Semetkowska-Jurkiewicz E., Burka M., Krupa-Wojciechowska B. (1991). Ocena stanu psychicznego chorych na cukrzycę typu 1 z uwzględnieniem czasu trwania choroby. *Psychiatria Polska*, 25(1), 23-31.
47. Schie K. (2005). *Bez tchu i bez słowa*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

48. Schwarzer R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175-205). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
49. Schwarzer R. (2001). Social-cognitive factors in changing health – related behaviour. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51.
50. Schwarzer R., Fuchs R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. W: M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Buckingham, UK, Open University Press.
51. Siek S. (1986). *Formowanie osobowości*. Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej.
52. Słowik P. (1995). Chory somatycznie wobec własnej choroby – propozycje pomocy psychologicznej. W: D. Kubacka-Jasiecka (red.), *Wybrane problemy zmagania się ze stresem* (s. 105-122). Kraków, Uniwersytet Jagielloński.
53. Sodergren S.C., Hyland M.E. (2000). What are the positive consequences of illness? *Psychology and Health*, 15(1), 85-97.
54. Strojnowski J. (1986). Interakcje w rodzinie a kształtowanie się osobowości dziecka. W: J. Strojnowski (red.), *Spojrzenia na współczesną rodzinę w Polsce* (s. 207-218). Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.
55. Szewczyk L., Wiśniowiecka M., Krawczyk A. (2006). Psychologiczne konsekwencje chorób przewlekłych u dzieci i młodzieży na przykładzie cukrzycy typu 1 oraz padaczki. W: L. Szewczyk, A. Kulik (red.), *Aktualności psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości* (s. 161-173). Lublin, Prokurat Andrzej Prokurat.
56. Tyszkowa M. (1990). Rodzina, doświadczenie i rozwój jednostki. Paradygmat teoretyczny badań. W: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 13-37). Poznań, CPBP 09.02.1990
57. Tyszkowa M. (2002). Jednostka a rodzina: interakcje, stosunki, rozwój. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 124-150). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
58. Zalewska A., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Narbutt J. (2007). Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 21(2), 235-242.
59. Zientek I. (2006). Poczucie własnej skuteczności w wymiarze międzykulturowym: ocena Skali Samoskuteczności w Karierze Międzynarodowej. *Czasopismo Psychologiczne*, 12(1), 61-71.
60. Żebrowska M. (1986). Teorie rozwoju psychicznego. W: M. Żebrowska (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży* (s. 123-190). Warszawa, PWN.

Streszczenie

Utrata zdrowia w postaci choroby przewlekłej u dziecka lub w jego najbliższym otoczeniu stanowi źródło stresu. Poprzez stratę ważnego zasobu obciąża funkcjonowanie indywidualne i całej rodziny oraz ogranicza szanse prawidłowego rozwoju. Osobiste zasoby jednostki, pomocne w radzeniu sobie z sytuacją trudną, odzwierciedla osobowość, a w niej między innymi poczucie kompetencji osobistej. Celem prezentowanych badań było określenie różnic w nasileniu cech osobowości i poczucia kompetencji osobistej w zależności od stanu zdrowia dziecka i ich najbliższych. Przebadano 85 dzieci w wieku od 8 do 12 lat, w tym trzy podgrupy: dzieci zdrowe, dzieci chore przewlekłe oraz dzieci zdrowe, które miały w najbliższej rodzinie chorą przewlekłe osobę. Wyniki badań wykazały brak różnic w zakresie poczucia własnej skuteczności i jego składowych w badanych grupach dzieci. Jednocześnie wskazały na uruchamiającą się pod wpływem choroby własnej dziecka lub członka rodziny spiralę strat zasobów w postaci podwyższonego poziomu lęku, napięcia nerwowego u dzieci chorych i dzieci z osobą chorą w rodzinie, a także na wzrost skłonności do obwiniania się i martwienia oraz obniżenie funkcji samo-kontroli u dzieci chorych. Dowiodły także, że sytuacja trudna może prowadzić do budowania zasobów, w tym wypadku do kształtowania *superego* sprzyjającego rozwojowi dojrzałej osobowości u dzieci z osobą chorą w rodzinie.

Słowa kluczowe: stan zdrowia, osobowość dzieci, poczucie kompetencji

Abstract

State of health as a determinant of developing child's personality

The loss of health in the form of a child's chronic illness generates the source of stress. By losing an important reserve, it strains individual and family functioning and limits the possibility of proper child development. Personality, as well as self-efficacy, is a personal resource which is useful in coping with a difficult situation. The aim of this research was to define the difference in intensity of personality traits and self-efficacy depending on a child's and closes relatives' state of health. The sample included 85 children aged between 8 to 12, among them were formed three subgroups: healthy children, children with chronic illnesses, and healthy children having close relatives who suffered from chronic illnesses. A detailed analysis showed that there are no differences in self-efficacy and its components among studied children. However, the research indicated the loss of resources

which occurs in the influence of a child's or close relatives' chronic illness in the form of higher anxiety level, constant tension, a tendency to blame oneself and worry, a fall in self-control. The conducted research also presented that a complex situation may lead to creating a new resource like *superego*, which is favourable in a development of mature personality among children who live with a person suffering from a chronic illness.

Key words: state of health, child's personality, self-competence