

Różnice w komunikacji małżeńskiej i postawach rodzicielskich między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1

Differences in marital communication and parental attitudes between parents of healthy children and parents of children with type 1 diabetes

Katarzyna Cyranka¹, Krzysztof Rutkowski¹, Józef Król², Dariusz Krok³

¹Katedra Psychoterapii UJ CM
p.o. kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski

²Instytut Psychologii UO
Dyrektor: prof. dr hab. A. Szmajke

³Instytut Nauk o Rodzinie UO
Dyrektor: ks. prof. dr hab. P. Morciniec

Summary

Aim. The study investigated the differences between marital communication and parental attitudes in families of children with type 1 diabetes.

Method. Three instruments were used: Communication in Marriage Questionnaire - versions for self assessment and for the assessment of spouse, Parental Attitude Scale (SPR) by Plopa - versions for fathers and for mothers, and self-constructed questionnaire examining socio-demographic status. Two groups of parents (120 persons) from the Opole and Silesia regions were selected: the study group (30 mothers and 30 fathers, staying in marital union, who bring up a diabetic child with at least 5 year period of the disease), and the control group (30 mothers and 30 fathers, staying in marital union, who bring up their offspring with no chronic disease). The children were from 5 to 18 years old.

Results. The analysis of the marital communication results indicated that the fathers of diabetics assess 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 deprecation similarly to the fathers of healthy children and no significant differences were found between the groups of males in their partners' evaluation. Mothers from the study group evaluate themselves in terms of marital communication on an equal level as compared to mothers from the control group in all the three communication dimensions. However, they perceive their husbands to be less supportive and less involved in the marital relationship than the females from the control group do. Fathers of diabetics present a less accepting attitude towards their children than the fathers of healthy children. They also give their children more autonomy than the fathers from the control group and the mothers of diabetics, who are not

different in this dimension from the mothers of healthy children. Diabetics' mothers accept their children less than the mothers of healthy children, but at the same time they are more protective towards their offspring than women from the control group. They are also more inconsequent towards their children than the fathers of diabetics and parents of healthy children.

Conclusions. Statistically significant differences were found in some dimensions of marital communication and parental attitudes between diabetics' fathers and the fathers from the control groups as well as between the two groups of mothers. This indicates that there may be a relationship between the child's chronic and marital communication, as well as between the child's disease and parental attitudes, and thus between the disease and the functioning of the whole family system.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 1, komunikacja małżeńska, postawy rodzicielskie, system rodzinny

Key words: diabetes type 1, marital communication, parental attitudes, family system

Wstęp

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Cukrzyca typu 1 jest chorobą autoimmunologiczną, w której moment wystąpienia objawów klinicznych poprzedza okres rozwoju immunologicznej autodestrukcji komórek β wysp trzustkowych. Rozwój cukrzycy typu 1 jest efektem interakcji czynników genetycznych i środowiskowych [1]. Ocenia się, że na świecie na cukrzycę typu 1 choruje 430 000 dzieci poniżej 15. roku życia, a co roku diagnozuje się 65 000 nowych przypadków [1]. W Polsce rocznie blisko 1400 rodziców dowiaduje się, że ich dziecko będzie do końca życia uzależnione od przyjmowania insuliny, przestrzegania diety i samokontroli [2, 3, 4]. Wiadomość ta jest trudna z wielu powodów. Rodzice muszą 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 [5, 6, 7, 8, 9]. Muszą także zaakceptować siebie w nowej roli – rodziców dziecka przewlekłe chorego, co może przekładać się na konieczność licznych zmian także w obszarze komunikacji małżeńskiej.

Komunikacja małżeńska jest jednym z podstawowych czynników wpływających na funkcjonowanie systemu rodzinnego. Przedstawiciele tak zwanej szkoły z Palo Alto, jednego z bardziej znanych podejść w psychoterapii, ogłosili w latach 60. XX w., iż właściwie wszystko jest komunikacją [10] – nie tylko zamierzone wypowiedzi werbalne, lecz także rozmaite sygnały pozawerbalne (tempo, głośność, intonacja) i niewerbalne (mimika, pozycja ciała, utrzymywanie dystansu). Watzlawick i wsp. [11] przekonywali, że nie sposób się nie komunikować. Komunikatem jest wszelkie zachowanie człowieka, a nawet jego brak, na przykład milczenie, które może być bardzo wymowne [10].

W małżeństwie komunikacja dotyczy zarówno spraw ważnych, jak i codziennych, prozaicznych [12]. Komunikacja między małżonkami służy nie tylko wymianie informacji, ale też istotnie wpływa na jakość związku [13]. Dzięki niej dochodzi do negocjacji, definiowania różnych problemów, doświadczania stopnia zaangażowania w związek, ciągłego kreowania swojej tożsamości i tożsamości związku. Szeroko pojęta jest wymiana informacji o uczuciach, potrzebach, doświadczeniach, planach życiowych, wszystkim, co dotyczy relacji między małżonkami oraz innych osób tworzących rodzinę [12]. Efektywność małżeńskiego systemu komunikacji zależy

od jasnych i zrozumiałych wiadomości otrzymywanych od każdego z partnerów. W komunikacji małżeńskiej niezbędne są wzajemne wzmocnienia. Zachodzą one wówczas, gdy konsekwentnie przekazywane są pozytywne komunikaty. Wzmocnienia są metawiadomościami, które przenoszone są zarówno werbalnie, jak i niewerbalnie pomiędzy partnerami [13].

Treści przekazywane podczas komunikacji małżeńskiej i sposób ich ujawniania zmienia się w cyklu życia małżeństw. Proces komunikacji pomiędzy małżonkami zmienia się wtedy, gdy pojawia się dodatkowa osoba w rodzinie, np. dziecko [14]. Zmiany w zakresie komunikacji mają charakter zarówno ilościowy, jak i jakościowy [15]. Przewlekła choroba dziecka może stać się czynnikiem dodatkowo kształtującym jakość komunikacji w systemie małżeńskim.

Wychowywanie dziecka z cukrzycą typu 1 łączy się z odpowiedzialnością i różnorodnymi trudnościami, co może przyczyniać się do powstawania napięć pomiędzy małżonkami, a nawet doprowadzić do rozpadu związku [16]. Gdy ojcowie wycofują się, trud związany z leczeniem i opieką nad diabetykiem spada na matkę. W takiej sytuacji dochodzi często do zaniku komunikacji między małżonkami [17]. Na negatywny związek choroby dziecka z integracją małżeńską rodziców wskazali w swoich badaniach Crain i wsp. [18]. Z ich badań wynika, iż cukrzyca typu 1 u dziecka sprzyja pogorszeniu się relacji małżeńskiej, większej liczbie konfliktów oraz mniejszej zgodności w postępowaniu ze swoim potomstwem. Do podobnych wniosków doszła Dashiff [19]. W literaturze przedmiotu istnieją też opracowania sugerujące pozytywną, nie negatywną, zależność między chorobą dziecka a funkcjonowaniem matek i ojców w rolach małżeńskich. Badania Pond [20], Hanson i wsp. [21], Knafel i Zoeller [22] ujawniły, iż wspólne dążenia skoncentrowane na pomocy choremu dziecku z cukrzycą pomagają zapomnieć o różnicach dzielących współmałżonków, a tym samym poprawić jakość komunikacji małżeńskiej. Zarówno choroba może wpływać na jakość komunikacji w rodzinie, zwłaszcza w podsystemie małżeńskim, jak i rodzaj tej komunikacji może decydować o skutecznej umiejętności radzenia sobie z obowiązkami rodzicielskimi w sytuacji przewlekłej choroby dziecka. Przewlekła choroba dziecka może stać się czynnikiem dodatkowo kształtującym jakość komunikacji w systemie małżeńskim, i odwrotnie – jakość komunikacji wypracowana przez małżonków może przyczyniać się pozytywnie lub negatywnie do funkcjonowania rodziny z dzieckiem chorym. Choroba dziecka może również wpłynąć na kształtowanie się lub zmianę w zakresie postaw rodzicielskich.

Postawa rodzicielska, jak każda inna, zawiera trzy składniki: myślowy, uczuciowy i motywacyjno-dążeniowy, przy czym komponent uczuciowy jest dla niej najbardziej charakterystyczny [23]. Postawy, szczególnie rodzicielskie, są zazwyczaj plastyczne i podlegają zmianom w miarę, jak zmienia się ich przedmiot, tj. dziecko, przechodząc przez różne fazy rozwoju [24]. Liczne problemy oraz silne poczucie zagrożenia związane z chorobą dziecka przytłaczają często członków rodziny i niejednokrotnie wprowadzają dysharmonię w jej życie [25, 26]. Spostrzeżenie i współodczuwanie cierpień i dolegliwości dziecka modyfikują postawy domowników. Postawa rodziny wobec dziecka i jego choroby zależy przede wszystkim od wiedzy o chorobie, znajomości potrzeb biopsychospołecznych dziecka, rozeznania możliwości skutecznego zwalczania

skutków choroby, a głównie – od pozytywnego zaangażowania się emocjonalnego. Niekiedy długotrwałe sytuacje stresowe i frustracja spowodowana lękiem o dziecko mogą przyczynić się do wykształcenia się skrajnych postaw u rodziców – nadmiernej koncentracji na dziecku chorym lub odrzuceniu go [25].

W literaturze psychologicznej istnieją co najmniej dwa podejścia metodologiczne do badań problematyki postaw rodzicielskich: koncentrujące się na analizie informacji uzyskanych od rodziców drogą wywiadów i kwestionariuszy oraz opierające się na spostrzeżeniach samych dzieci. Liczba prac dotyczących postaw rodzicielskich w percepcji dzieci i młodzieży nie jest duża – częściej badacze koncentrują się na badaniu rodziców [27].

W publikacjach światowych ogłoszone zostały liczne sprawozdania z badań związanych z różnego rodzaju wpływem rodziców na zachowanie dzieci [np. 20, 28, 29]. Uzyskane wyniki zgodnie potwierdzają, że akceptacja dziecka przez rodziców, ich ciepły stosunek do niego i podtrzymywanie psychiczne w formie dawania mu otuchy czy zachęty, a więc pozytywne, właściwe postawy, oddziałują dodatnio na jego rozwój emocjonalny, społeczny i umysłowy. Nadmierne ograniczanie, postawa rygorystyczna oraz tendencja do stosowania kar, przy równoczesnym braku akceptacji i okazywania ciepła, zazwyczaj wywierają ujemny wpływ na kształtowanie się u dziecka obrazu samego siebie, na jego rozwój zarówno emocjonalny, jak i społeczny.

Celem niniejszego badania było określenie, czy ojcowie dzieci z cukrzycą typu 1 i matki dzieci z cukrzycą typu 1 różnią się w istotny sposób w zakresie poszczególnych wymiarów komunikacji małżeńskiej oraz w poszczególnych skalach postaw rodzicielskich od ojców i matek dzieci zdrowych.

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 co najmniej pięcioletni staż małżeński oraz wychowywanie przynajmniej jednego wspólnego dziecka w wieku 5-18 lat oraz nieposiadanie dziecka z chorobą przewlekłą. Kryterium doboru rodziców dzieci z cukrzycą był również co najmniej pięcioletni staż małżeński oraz wychowywanie przynajmniej jednego dziecka w wieku 5–18 lat chorego od co najmniej 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 Opolu.

Metoda

Do przeprowadzenia badań wykorzystano ankietę własnej konstrukcji, opisującą przynależność demograficzno-społeczną, oraz, jako podstawowe narzędzia badawcze, Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM – ocena zachowań własnych, KKM – ocena zachowań partnera) [30] i Skalę Postaw Rodzicielskich (wersja dla rodziców – kwestionariusz dla matek i kwestionariusz dla ojców) [31].

Biorąc pod uwagę szczególne znaczenie praktyczne pomiaru interakcji małżeńskich uwzględniając nie tylko samoocenę, ale też ocenę działań partnera, autorzy skonstruowali narzędzie do badania zachowań komunikacyjnych w małżeństwie 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) i deprecjację (11 pozycji). Za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej udowodniono, że rozwiązanie dwuczynnikowe (podział zachowania na pozytywne i negatywne) jest gorsze niż trójczynnikowe [13]. Skala stenowa składa się z 10 różnych jednostek. Steny 1–2 świadczą o bardzo niskich wynikach, 3–4 – o niskich, 5–6 – o przeciętnych, a 9–10 – o bardzo wysokich. Wyniki wyrażone w stenach interpretuje się jako stopień nasilenia danej zmiennej w kierunku pożądanym bądź niepożądanym z punktu widzenia teorii psychologicznej [30].

Skala Postaw Rodzicielskich opracowana została przez Ploęę na podstawie własnych badań, jak również wieloletniej pracy z pacjentami z problemami rodzinnymi [27, 32]. Konstrukcja skali oparta została na założeniach teoretycznych, zakładających zasadność wyodrębnienia 6 typów oddziaływań rodzicielskich (akceptacji, odrzucenia, autonomii, nadmiernego wymagania, niekonsekwencji i nadmiernego ochraniania). Opierając się na analizach, do każdej skali wybrano po 10 stwierdzeń, które wykazywały najwyższe wskaźniki mocy dyskryminacyjnej. Do każdej ze skal wybrano po 10 stwierdzeń. Skala stenowa składa się z 10 różnych jednostek. Steny 1–2 świadczą o bardzo niskich wynikach, 3–4 – o niskich wynikach, 5–6 – o przeciętnych, steny 7–8 – o wysokich, a 9–10 – o bardzo wysokich. Wyniki wyrażone w stenach interpretuje się jako stopień nasilenia danej postawy w kierunku pożądanym bądź niepożądanym z punktu widzenia teorii psychologicznej [31].

Wszystkie analizy przeprowadzono za pomocą programu statystycznego PASW 18 STATISTICS. Wyniki testu Levene'a pozwoliły na sprawdzenie założenia o jednorodności (homogeniczności) wariancji w porównywanych grupach. Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa potwierdziły rozkład normalny w grupach. Biorąc pod uwagę równoliczność grup oraz fakt, że zmienne zależne zaznaczone są 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. 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 potwierdzone zostały także w analizie ogólnego modelu liniowego jednej zmiennej (ANOVA), jednak ze względu na czytelność uzyskanych wyników w niniejszej pracy przedstawione zostały wartości uzyskane w teście t-Studenta.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 120 osób: 60 rodziców dzieci zdrowych i 60 rodziców dzieci z cukrzycą. Zarówno pod względem wieku, wykształcenia, jak i liczby dzieci, badani rodzice dzieci z cukrzycą nie różnili się w istotny sposób od rodziców dzieci

zdrowych. Średnia wieku ojców dzieci zdrowych wynosiła 39,43 roku, a ojców dzieci z cukrzycą – 39,47 roku. Średni wiek matek dzieci zdrowych wynosił 37,6 roku, matek zaś dzieci chorych 38,93 roku. Najniższy poziom wykształcenia odnotowany w grupie rodziców zarówno dzieci zdrowych, jak i dzieci z cukrzycą, to poziom zawodowy, najwyższy zaś – wyższe magisterskie. 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 4, średnia zaś liczba dzieci wynosiła 2 (tabela 1 i 2).

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

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

Wyniki Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej zostały poddane analizie oddzielnie w grupie mężczyzn i oddzielnie w grupie kobiet, co znajduje swoje uzasadnienie we wcześniejszych opracowaniach empirycznych oraz w konstrukcji samego kwestionariusza. Wyniki analizy przeprowadzonej za pomocą testu t-Studenta dla grupy mężczyzn i kobiet przedstawiają tabele 3-6. Podobnie, analizy porównawcze postaw rodzicielskich zostały przeprowadzone oddzielnie w grupie ojców, oddzielnie w grupie matek, co jest uzasadnione założeniami teoretycznymi i wnioskami z wcześniejszych badań, z których wynika, iż postawy ojców i matek nie są jednorodne i różnią się zwłaszcza w odniesieniu do dziecka z chorobą przewlekłą. Wyniki analizy postaw rodzicielskich, przeprowadzonej za pomocą testu t-Studenta, przedstawiają tabele 7 i 8.

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 współmałżonka.

Tabela 3. 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 – ocena własna	Ojcowie dzieci zdrowych		Ojcowie dzieci z cukrzycą		t	p
	M	SD	M	SD		
Wsparcie	6,47	1,57	5,40	1,49	2,69	0,009
Zaangażowanie	5,90	2,04	5,57	1,73	0,68	0,498
Deprecjacja	4,93	2,03	4,43	1,97	0,96	0,338

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

Tabela 4. 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 – ocena własna	Matki dzieci zdrowych		Matki dzieci z cukrzycą		t	p
	M	SD	M	SD		
Wsparcie	6,00	2,13	5,53	2,31	0,81	0,420
Zaangażowanie	6,07	1,99	5,60	1,88	0,93	0,356
Deprecjacja	5,00	1,81	5,07	2,37	-0,12	0,903

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

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

Kolejna analiza sprawdzająca różnice pomiędzy rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci z cukrzycą, z uwzględnieniem płci rodziców, obejmuje wyniki stenowe uzyskane przez osoby badane w KKM (ocena zachowań partnera) (tab. 5 i 6 – na następnej stronie).

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, zaangażowania, jak i deprecjacji ze strony żony mężczyźni z grupy badanej i grupy kontrolnej uzyskali wyniki zbliżone, oscylujące wokół wartości średnich w skali stenowej ($4 < M < 6$).

Tabela 5. 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 – ocena partnera	Ojcowie dzieci zdrowych		Ojcowie dzieci z cukrzycą		t	p
	M	SD	M	SD		
Wsparcie	5,70	2,35	5,23	2,25	0,78	0,436
Zaangażowanie	5,23	1,71	5,10	2,18	0,26	0,794
Deprecjacja	4,33	1,64	4,30	1,96	0,07	0,944

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

Tabela 6. 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 – ocena partnera	Matki dzieci zdrowych		Matki dzieci z cukrzycą		t	p
	M	SD	M	SD		
Wsparcie	6,53	2,43	4,83	2,23	2,82	0,007
Zaangażowanie	5,77	1,88	4,47	2,34	2,36	0,021
Deprecjacja	3,93	2,08	5,07	2,72	-1,88	0,076

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

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 współmałżonka niż matki diabetyków. Różnice istotne statystycznie ujawniły się także w wymiarze zaangażowania. Średnia ocena zaangażowania 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 – $t(58) = -1,88$; $p = 0,076$.

Tabela 7. Porównanie postaw rodzicielskich pod względem wyników uzyskanych przez ojców dzieci zdrowych i ojców 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		
Akceptacji/Odrzucenia	7,23	1,81	5,23	1,87	4,20	0,000
Autonomii	4,73	1,91	5,63	1,42	-2,06	0,043
Ochraniająca	4,93	1,55	5,33	1,60	-0,98	0,330
Wymagająca	5,00	2,30	5,80	1,71	-1,52	0,132
Niekonsekwencji	4,77	1,84	5,70	2,00	-1,81	0,075

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

Zestawienie wyników ojców dzieci zdrowych i ojców dzieci z cukrzycą uzyskanych w Skali Postaw Rodzicielskich wskazuje na istnienie statystycznie istotnych różnic w wymiarze akceptacja/odrzućenie – $t(58) = 4,20$; $p < 0,000$, 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 ($M = 5,63$), 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 – $t(58) = -1,81$; $p = 0,075$, 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 statystycznie.

Tabela 8. 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		
Akceptacji/Odrzucenia	7,73	1,50	6,67	1,50	2,53	0,014
Autonomii	5,57	2,31	4,93	1,74	1,19	0,236
Ochraniająca	5,87	2,25	7,07	1,87	-2,24	0,029
Wymagająca	5,20	2,32	5,80	1,90	-1,09	0,278
Niekonsekwencji	4,27	1,81	5,30	2,02	-2,08	0,042

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

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 postawie ochraniającej – $t(58) = -2,24$; $p = 0,029$, i nie-

konsekwentnej – $t(58) = -2,08$; $p = 0,042$. Matki diabetyków wykazują niższy poziom akceptacji swoich dzieci ($M = 6,67$) w porównaniu z matkami 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 wymagania.

Omówienie wyników

Badane grupy były równoliczne, a średni poziom wieku rodziców, wykształcenia oraz liczby posiadanego potomstwa był zbliżony w obu grupach. Jednorodność grup pod względem wymienionych czynników sprzyjała ograniczeniu wpływu zmiennych dodatkowych na zmienne badane i bardziej precyzyjnemu sprawdzeniu istnienia przewidywanych różnic. Analizy przeprowadzone zostały w podziale na grupy pod względem płci rodziców. Ma to swoje uzasadnienie zarówno w podstawach teoretycznych użytych narzędzi badawczych, zakładających różnicę między płciami badanych osób.

Istotna różnica pojawiła się we własnej ocenie wsparcia okazywanego kobietom przez małżonków. Ojcowie dzieci z cukrzycą okazują swoim żonom mniejsze zainteresowanie ich problemami i potrzebami niż ojcowie dzieci zdrowych. W mniejszym stopniu uczestniczą we wspólnym rozwiązywaniu problemów, rzadziej przejawiają troskę o partnerki nie tylko w trudnych sytuacjach, ale też w różnych wydarzeniach dnia codziennego. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w ocenie małżonków dokonanej przez matki dzieci chorych. Okazało się, że w znacznie mniejszym stopniu postrzegają one swoich partnerów jako interesujących się ich problemami i potrzebami, czują się mniej przez nich doceniane i wspierane niż matki dzieci zdrowych. Różnice w ocenie partnera przez matki dzieci chorych pojawiły się zarówno w wymiarze wsparcia, jak i zaangażowania, w obu przypadkach wskazując na gorszą jakość komunikacji w rodzinach z dzieckiem z cukrzycą. Z drugiej jednak strony matki cukrzyków, dokonując samooceny własnego zaangażowania, wsparcia i poziomu deprecjacji w kontaktach z mężem, nie ujawniły istotnych różnic w porównaniu z matkami dzieci zdrowych. Potwierdziły to wyniki oceny jakości komunikacji dokonane przez mężczyzn. Zarówno ojcowie dzieci zdrowych, jak i ojcowie dzieci z cukrzycą w podobny sposób oceniają zaangażowanie, wsparcie i deprecjację ze strony kobiet.

Wyniki te wskazują na fakt, iż w badanych rodzinach diabetyków kobiety czują się zaniedbywane przez swoich mężów, brakuje im ich troski, wsparcia i zaangażowania. Jednocześnie same starają się poprawić jakość komunikacji w związku, okazując ze swej strony takie samo wsparcie, zainteresowanie problemami małżonka, jak matki dzieci zdrowych. Być może z tego względu ojcowie diabetyków nie odczuwają różnicy w swoich kontaktach z żonami w porównaniu z ojcami dzieci zdrowych, jednocześnie mają jednak świadomość pomniejszania problemów małżonek. Zachowania takie mogą być związane z dużym poziomem ambiwalencji uczuć w rodzinach dzieci z cukrzycą. Poczucie zaniedbania przez małżonków może wynikać zarówno z np. mniejszego

wsparcia okazywanego przez mężów jak i z większych potrzeb odczuwanych przez matki w związku z chorobą dziecka.

Analiza jakości komunikacji małżeńskiej w rodzinach dzieci-diabetyków wykazała dużą rozbieżność pomiędzy wzorcami komunikacji kobiet i mężczyzn. Warto odnieść te wyniki do spostrzeżeń Szabały [16], która zauważyła, iż choroba dziecka nie zawsze negatywnie wpływa na komunikację małżeńską – czasem ten wpływ jest nawet pozytywny. Trzeba by zastanowić się, czy na jakość komunikacji małżeńskiej nie oddziałują także inne zmienne, nie uwzględnione w powyższych analizach.

Istotne statystycznie różnice pojawiły się także pomiędzy poszczególnymi typami postaw rodzicielskich. W grupie ojców różnice te dotyczą postawy akceptacji/odrzućenia oraz postawy autonomii. Badani ojcowie dzieci z cukrzycą w mniejszym stopniu akceptują swoje dziecko, z czym wiąże się mniejsza wrażliwość na potrzeby, problemy i troski dziecka. Rzadziej też stwarzają klimat wzajemnego wsparcia i zrozumienia niż ojcowie dzieci zdrowych. Z drugiej strony okazało się, że ojcowie diabetyków dają swoim dzieciom większą autonomię i swobodę w samodzielnym podejmowaniu różnych decyzji. Należałoby się zastanowić, czy większy zakres autonomii okazywany przez ojców dziecku z cukrzycą wynika z rzeczywistego poszanowania samodzielności dziecka adekwatnej do wieku, czy też związany jest z odrzuceniem dziecka i odcięciem się od konieczności brania odpowiedzialności za codzienne decyzje związane z leczeniem cukrzycy. Kwestię tę należałoby analizować zwłaszcza w kontekście faktu, iż ojcowie dzieci z cukrzycą nieco częściej niż ojcowie dzieci zdrowych przejawiają postawę niekonsekwentną, a co za tym idzie częściej brakuje im stabilności w postępowaniu z dzieckiem i niejednokrotnie mogą wykazywać tendencję do ukrywania własnych problemów w relacji z potomkiem.

W przypadku postaw matek istotne statystycznie różnice pojawiły się, podobnie jak w przypadku ojców, w zakresie postawy akceptacji/odrzućenia, postawy ochraniającej oraz niekonsekwentnej. Matki dzieci z cukrzycą w mniejszym stopniu akceptują dziecko takim, jakie ono jest, niż matki dzieci zdrowych. Obcowanie z dzieckiem chorym sprawia matkom mniej radości, a w sytuacjach trudnych dla dziecka matki diabetyków rzadziej identyfikują się z nim emocjonalnie w porównaniu z matkami dzieci zdrowych. Z drugiej strony matki dzieci z cukrzycą są nadopiekuńcze wobec swojego dziecka, traktując je jako osobę wymagającą stałej uwagi i opieki. Przejawy autonomii w postępowaniu dziecka odbierane są przez nie z większym lękiem i niepokojem niż w przypadku matek dzieci zdrowych. Matki dzieci z cukrzycą rzadziej uświadamiają sobie, że ich przesadne angażowanie się we wszystkie sprawy dziecka bywa źródłem konfliktów, rodzenia się obcości, buntu. Ambiwalencja uczuć wobec dziecka z cukrzycą sprawia, że stosunek matek do małego diabetyka jest zmienny i zależny od chwilowego samopoczucia czy nastroju częściej niż to jest w przypadku matek dzieci zdrowych. Postawa zaangażowania w sprawy dziecka częściej przeplata się z nadmierną ingerencją, nerwowością, krzykliwością, narzucaniem różnych ograniczeń. Otrzymane wyniki potwierdziły wcześniejsze badania empiryczne, ujawniające różnice w postawach rodzicielskich między matkami dzieci zdrowych a matkami dzieci przewlekle chorych [18, 19, 20].

Można przypuszczać, iż matki diabetyków, mimo mniejszej akceptacji chorego dziecka, starają się sprostać wymaganiom, jakie niesie ze sobą cukrzyca, przyjmując niekiedy postawę nadmiernie ochronną. Oczekują jednocześnie wsparcia i zaangażowania ze strony mężów, starając się same owo wsparcie mężom okazywać. Jednakże ojcowie dzieci z cukrzycą, nie akceptując w pełni swojego dziecka, prezentują postawę zwiększonego dystansu wobec niego, przejawiającą się okazywaniem mu większej autonomii niż w przypadku ojców dzieci zdrowych. Unikanie odpowiedzialności przejęcia pełnej opieki nad chorym dzieckiem przekłada się na mniejsze zaangażowanie w sprawę rodziny i mniejsze wsparcie okazywane małżonkom, mimo że one same takie zaangażowanie okazują i starają się stworzyć atmosferę sprzyjającą wspólnemu rozwiązywaniu problemów. Biorąc pod uwagę założenia teoretyczne dotyczące komunikacji w rodzinie [12, 15, 33, 34], warto zadać pytanie, w jakim stopniu różnice w komunikacji małżeńskiej pomiędzy rodzicami dzieci z cukrzycą wynikają z samego faktu choroby dziecka i braku jego akceptacji, a w jakim są konsekwencją patologicznych wzorców komunikacji pomiędzy małżonkami. Uzyskane wyniki częściowo potwierdzają wnioski przedstawione przez badaczy zagadnienia [16, 21, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41]. Być może dogłębniejsza eksploracja tych zagadnień w przyszłości pozwoli na jeszcze lepsze zrozumienie funkcjonowania rodzin dzieci z cukrzycą.

Wnioski

- Jakość komunikacji małżeńskiej rodziców dzieci z cukrzycą różni się w niektórych wymiarach od jakości komunikacji małżeńskiej rodziców dzieci zdrowych.
- 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 badanej oceniają własną komunikację małżeńską podobnie jak matki z grupy kontrolnej we wszystkich trzech wymiarach. Jednakże – w przeciwieństwie do kobiet z grupy kontrolnej – oceniają one swoich mężów jako znacząco mniej wspierających i zaangażowanych w związek małżeński.
- Postawy rodziców dzieci z cukrzycą różnią się w niektórych wymiarach od postaw rodziców dzieci zdrowych.
- 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.
- W przypadku postaw matek istotne statystycznie różnice pojawiły się w zakresie postawy akceptacji/odrzućenia, postawy ochraniającej oraz niekonsekwentnej.
- Matki z grupy badanej wykazują bardziej ochronną postawę wobec swoich dzieci, przy jednoczesnym mniejszym poziomie ich akceptacji. Odnaczają się też większą niekonsekwencją w stosunku do potomstwa niż wszyscy pozostali rodzice.
- Wyniki mogą wskazywać, iż obecność w rodzinie dziecka przewlekłe chorego na cukrzycę typu 1 może mieć związek z jakością związku małżeńskiego, a także ze zmianą

(kształtowaniem się) postaw rodzicielskich, co warto jest dalszej refleksji i uwzględnienia ewentualnych form wsparcia psychologicznego dla rodziców diabetyków.

- Warto kontynuować badania w zakresie długotrwałego wpływu innych chorób przewlekłych na komunikację małżeńską oraz w zakresie zależności między jakością komunikacji małżeńskiej a funkcjonowaniem dzieci przewlekle chorych.

Разницы в коммуникации супружеской четы и отношений родителей к здоровым детям и больных сахарным диабетом 1 типа

Содержание

Задание. Проверка существования различий в супружеской коммуникации и отношения родителей к здоровым детям и больным сахарным диабетом 1 типа.

Метод. Исследование проведено при помощи Глоссария супружеской коммуникации (ГСК – оценка собственных поведений, ГСК – оценка поведения партнера [1] Шкалы родительских отношений [2] – версия для родителей – глоссарий для матерей и глоссарий для отцов, а также собственной анкеты конструкции, исследующей, принадлежность к демографически-общественной группе. В исследовании приняло участие 120 человек: исследовательская группа состояла из 30 матерей и 30 отцов в супружеской чете, воспитывающих детей, болеющих не менее чем 5 лет сахарным диабетом 1 типа. Контрольная группа также составляла по 30 матерей и отцов в супружеской чете, воспитывающих здоровых детей, без какой-либо хронической болезни. Дети были в возрасте 5–18 лет. Исследованные проживали на территории Силезии и Опольского воеводства.

Результаты. Анализ результатов показал, м.п., что отцы детей, больных сахарным диабетом, в собственной оценке, оказывают своим жёнам меньше внимания и помощи, чем отцы контрольной группы. Одновременно отцы оценивают помощь, заинтересованность и уровень депрециации, которую проявляют к ним партнерки, так как и отцы контрольной группы. Не отмечено статистически существенных различий между группами мужчин в оценке партнерки. Матери исследовательской группы оценивают собственную супружескую коммуникацию так как и матери контрольной группы, во всех трех измерениях. Однако, матери оценивают своих мужей как недостаточно помогающих и привязанных к жёнам, нежели женщины контрольной группы. Отцы детей, больных сахарным диабетом, в меньшей степени акцептируют своих детей, чем отцы здоровых, но оказывают большую автономию по отношению к своим детям, в противоположность не только к отцам контрольной группы, но также и своим супруг, которые в этом случае не отличаются от матерей здоровых детей. Матери больных детей сахарным диабетом отличаются более защитной реакцией по отношению к своим детям, при одновременно более низким уровнем их акцептации. Кроме того, эти матери менее консеквентны по отношению к своим детям, чем отцы диабетиков и родители здоровых детей.

Выводы. Найдены различия между некоторыми параметрами супружеской коммуникации между родителями здоровых детей и родителями больных детей сахарным диабетом 1 типа, а также между некоторыми параметрами родительских отношений здоровых и больных сахарным диабетом 1 типа. Эти различия указывают на возможную связь между хронической болезнью ребенка и качеством супружеских отношений. Кроме того, можно предполагать существование различий в поведении родителей больного ребенка, а тем самым косвенно между болезнью ребенка и функционированием всей семейной среды.

Les différences de la communication conjugale et des attitudes parentales des parents ayant les enfants sains et des parents ayant les enfants souffrant du diabète de type 1

Résumé

Objectif. Trouver les différences de la communication conjugale et des attitudes parentales des parents ayant les enfants sains et des parents ayant les enfants souffrant du diabète de type 1.

Méthode. On examine les parents avec : Communication in Marriage Questionnaire [1] – KKM – version pour évaluer ses propres comportements, KKM – pour évaluer les comportements du partenaire, Parental Attitude Scale (SPR) de Plopa [2] – version pour les mères et pour les pères, questionnaire construit exprès par les auteurs pour analyser la condition démographique et sociales des personnes examinées. Elles se composent des groupes suivants : 30 mères et 30 pères continuant leur union conjugale et ayant les enfants souffrant du diabète de type1 depuis au moins de 5 ans, 30 mères et 30 pères continuant leur union conjugale et ayant les enfants sains ; donc les groupes examinés comptent 120 personnes, ils proviennent de la région de la Silésie et d'Opole. Les enfants en question sont âgés de 5 jusqu'à 18 ans.

Résultats. L'analyse du matériel démontre que les pères des enfants avec le diabète soutiennent leurs femmes moins que les pères du groupe de contrôle. Pourtant ces pères évaluent que le soutien, l'engagement et la dépréciation manifestée par leurs femmes ressemblent aux ceux-là des femmes du groupe de contrôle. On ne trouve pas de différences dans les groupes des hommes évaluant leurs partenaires. Les mères ayant les enfants malades et les mères du groupe de contrôle évaluent leur communication de la même façon dans toutes les trois dimensions. Pourtant les mères avec les enfants malades trouvent que leurs maris les soutiennent moins que les pères avec les enfants sains. les pères des enfants diabétiques acceptent moins leurs enfants que les pères ayant les enfants sains, mais ces premiers ont la plus grande autonomie envers leurs enfants, que les pères du groupe de contrôle et que leurs propres femmes qui ne diffèrent point de femmes du groupe de contrôle. Les mères des enfants diabétiques protègent plus leurs enfants, pourtant elles les acceptent moins. Elles manifestent aussi la plus forte inconséquence que les pères des diabétiques et que les parents des enfants sains.

Conclusions. On démontre l'existence des différences de certaines dimensions de la communication conjugale et des attitudes parentales des parents ayants les enfants malades et les enfants sains. Ces différences suggèrent les corrélations possibles de la maladie chronique de l'enfant et e la qualité de l'union conjugale ainsi que des attitudes des parents, de la maladie de l'enfant et le fonctionnement du système de la famille.

Piśmiennictwo

1. Myśliwiec M. *Cukrzyca u dzieci – etiopatogeneza, diagnostyka i terapia. Wybrane problemy kliniczne.* For. Med. Rodz. 2007; 2: 125–133.
2. Nitka-Siemiańska A, Myśliwiec M, Landowski J, Balcerska A. *Zespół wypalenia u rodziców osób chorych na cukrzycę typu 1.* Diabet. Prakt. 2008; 9, 2: 76–81.
3. Otto-Buczowska E. *Cukrzyca wieku rozwojowego.* Wrocław: Urban&Partner; 1999.
4. Tatoń J, Czech A, Bernas M. *Diabetologia kliniczna.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
5. Otto-Buczowska E. *Cukrzyca typu 1.* Warszawa: Cornetis; 2006.
6. Ragnar H. *Cukrzyca typu 1 u dzieci, młodzieży i dorosłych.* Bydgoszcz: Dia-Pol; 2006.
7. Maciarz A. *Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie.* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2006.
8. Mazur B. *Funkcjonowanie emocjonalne dzieci z cukrzycą typu 1 – przegląd badań.* Niepełnospraw. Rehab. 2003; 3: 50–60.
9. Lowes L, Gregory JW, Lyne P. *Childhood diabetes: parents' experience of home management and the first year following diagnosis.* Diab. Med. 2008; 21: 531–538.
10. Strelau J, Doliński D, red. *Psychologia.* Podręcznik akademicki (t. 2). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2008.
11. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *The pragmatics of human communication.* New York: W. W. Notron; 1967.
12. Harwas-Hapierała B. *Komunikacja interpersonalna w rodzinie.* Poznań : Wydawnictwo Naukowe UAM; 2006.

13. Plopa M. *Więzi w małżeństwie i rodzinie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2007.
14. Cummings MG. *Usefulness of experiments in the study of the family*. J. Fam. Psychol. 1995; 9: 175–185.
15. Krok D. *Znaczenie komunikacji interpersonalnej w funkcjonowaniu rodziny*. W: Soiński B, red. *Rodzina w świetle psychologii pastoralnej*. Łódź: Wydawnictwo AŁ; 2007, s. 41–53.
16. Szabała B. *Rodzina dziecka z cukrzycą*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2009.
17. Hamburg B, Gale A, Inoff GA. *Coping with predictable crises of diabetes*. Diabet. Care 1983; 6, 4: 409–416.
18. Crain AJ, Sussmann MB, Weil WB. *Effects of diabetic child on marital integration and related measures of family functioning*. J. Health Hum. Behav. 1966; 7, 2: 122–127.
19. Dashiff CJ. *Parents' perceptions of diabetes in adolescent daughters and its impact on the family*. J. Pediatr. Nurs. 1993; 8, 6: 361–369.
20. Pond H. *Parental attitudes toward children with a medical disorder: special reference to diabetes mellitus*. Diabet. Care 1979; 5, 2: 425–431.
21. Hanson CL, Henggeler SW, Harris MA, Burghen G.A, Moore M. *Family system variables and the health status of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus*. Health Psychol. 1989; 8, 2: 239–253.
22. Knafł K, Zoeller L. *Childhood chronic illness: a comparison of mothers' and fathers' experiences*. J. Fam. Nurs. 2008; 6, 3: 287–302.
23. Rembowski J. *Więzi uczuciowe w rodzinie. Studium psychologiczne*. Warszawa: PWN; 1972.
24. Król J. *Postawy rodzicielskie, poziom samoakceptacji a pojęcie Boga*. Studium psychologiczne. Lublin: Redakcja Wydawnictwa KUL; 1989.
25. Szczepaniak R. *Rodzina wobec dziecka chorego*. Prob. Opiek. Wychow. 2000; 8: 35–38.
26. Radochoński M. *Rodzina a choroba. Adaptacja systemu rodzinnego do sytuacji stresowej wywołanej chorobą somatyczną*. Rzeszów: Wydawnictwo WSP; 1987.
27. Plopa M. *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2005.
28. Darling-Fisher CS, Tiedje LB. *The impact of maternal employment characteristics on fathers participation in child care*. Fam. Relat. 1990; 39: 20–26.
29. Eapen V, Mabrouk AA, Bin-Othman S. *Attitudes, perceptions, and family coping in pediatric cancer and childhood diabetes*. Ann. New York Acad. Sc. 2008; 38, 11: 47–49.
30. Kaźmierczak M, Plopa M. *Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej*. Podręcznik. Warszawa: Vizja Press; 2008.
31. Plopa M. *Skala postaw rodzicielskich*. Podręcznik. Warszawa: Vizja Press; 2008.
32. Plopa M. *Skala postaw rodzicielskich*. Psychol. Wychow. 1987; 4: 552–567.
33. Kurcz I. *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2004.
34. Sujak E. *ABC komunikacji*. Kraków: WAM; 2006.
35. Kucharczyk I. *Zdrowie a przystosowanie społeczne dzieci chorych przewlekle*. Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia 2005; 60, 16: 147–151.
36. Gruba J. *Twórcze postawy rodziców i wychowawców wobec dzieci przewlekle chorych*. W: Kępski Cz, red. *Opieka i wychowanie w rodzinie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2003, s. 164–174.
37. 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*. Roczn. Pedagog. Specj. 1999; 10: 167–180.
38. Gawłowicz K, Krzyżaniak A. *Wpływ cukrzycy typu 1 u dziecka na funkcjonowanie rodziny*. Prob. Hig. Epidem. 2009; 90, 1: 72–77.

39. Dashiff CJ. *Parents' perceptions of diabetes in adolescent daughters and its impact on the family.* J. Pediatr. Nurs. 1993; 8, 6: 361–369.
40. Drozd E. *Postawy rodziców dzieci niepełnosprawnych.* Eduk. Dial. 1999; 10: 34–41.
41. Lame CA, Pugh AJ. *Attitudes of primary care providers toward diabetes.* Diab. Care 1998; 21: 1391–1396.

Adres: Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, Lenartowicza 14

Otrzymano: 23.12.2011
Zrecenzowano: 25.06.2012
Otrzymano po poprawie: 28.06.2012
Przyjęto do druku: 2.07.2012
Adiustacja: L. Sz.