

**Wizje  
przyszłego życia  
dzieci przewlekle chorych  
na cukrzycę**

*Tym, którym zawdzięczam najwięcej  
– mojej Mamie i Tacie*

UNIwersYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

SERIA PSYCHOLOGIA I PEDAGOGIKA NR 144

MARZENA BUCHNAT

**Wizje  
przyszłego życia  
dzieci przewlekle chorych  
na cukrzycę**



POZNAŃ 2008

ABSTRACT. Buchnat Marzena. *Wizje przyszłego życia dzieci przewlekle chorych na cukrzycę* [Visions of the future life of children with chronic diabetes]. Poznań 2008. Adam Mickiewicz University Press. Seria Psychologia i Pedagogika nr 144. Pp. 134. ISBN 978-83-232-1920-0. ISSN 0083-4254. Text in Polish with a summary in English.

Disorders caused by chronic disease which is diabetes have a great significance on the overall functioning of people, particularly in the emotional and social spheres. That is why a lot of research work is conducted the aim of which is to support the development of these people and in particular of children. The study of the differences in the ideas of vision of the future life of healthy people and of the chronically sick ones concerned predictions of this life as well as of the desirable condition, which, unfortunately, confirmed the negative influence of the chronic disease on the development of children.

Attention should be drawn to the fact that visions of life determine only preferences of making plans for life. However, if at the level of these preferences, children suffering from diabetes have a worse opinion on their value then this makes one state that this opinion may be reflected in their plans for the future. It is also important to mention the fact that the discrepancy between the predicted and the desirable visions is a reflection of the structure of I. The improper discrepancy between the real I and the ideal I threatens normal development of identity, that is why professional intervention to enable children to correctly develop their structure of I seems to be particularly important.

The studies conducted on the vision of the nearest future and of the future life as adults suggest that the differences which arose between sick children and the healthy ones always result from the same conditions in which children suffering from diabetes have to live. These conditions are as follows: upset safety, their low opinion about their own value and an inadequate view of their disease. The factors distinguished in the book should define the direction of prophylaxis of children with diabetes the aim of which should be offering them equal opportunities.

Marzena Buchnat, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Studiów Edukacyjnych, Zakład Pedagogiki Specjalnej, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland.

Recenzent: prof. dr hab. Aleksandra Maciarz

Wydanie publikacji dofinansowane przez  
Wydział Studiów Edukacyjnych UAM

© Copyright by Marzena Buchnat 2008  
© Copyright for this edition by Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2008

Projekt okładki: Karolina Koka Stelmach  
Redaktor: Karolina Hamling  
Redaktor techniczny: Dorota Borowiak  
Łamanie komputerowe: Danuta Kowalska

ISBN 978-83-232-1920-0  
ISSN 0083-4254

---

## Spis treści

---

<b>Wprowadzenie</b> .....	7
ROZDZIAŁ PIERWSZY	
<b>Wizje przyszłego życia w kontekście pojęcia Ja</b> .....	11
1. Pojęcie Ja w świetle wybranych koncepcji psychologicznych .....	11
2. Kształtowanie się Ja na przestrzeni życia .....	20
3. Pojęcie wizji życiowych, jej definicje, podziały i funkcje .....	24
ROZDZIAŁ DRUGI	
<b>Czynniki kształtujące wizje przyszłego życia u dzieci</b> .....	30
1. Wpływ rozwoju poznawczego dziecka na powstawanie wizji przyszłości .....	31
2. Formowanie się wizji przyszłego życia w świetle teorii socjalizacji .....	34
3. Kształtowanie się wizji rodzinnych i zawodowych .....	38
ROZDZIAŁ TRZECI	
<b>Wpływ choroby przewlekłej na rozwój dziecka</b> .....	47
1. Choroba przewlekła i jej wpływ na funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne dziecka .....	47
2. Cukrzyca i jej charakterystyka .....	57
3. Portret dziecka chorego na cukrzycę .....	63
ROZDZIAŁ CZWARTY	
<b>Charakterystyka metodologiczna pracy</b> .....	71
1. Założenia metodologiczne i cele badań .....	71
2. Pytania badawcze .....	73
3. Zmienne, ich kategorie, definicje i wskaźniki .....	76
4. Procedura badań, techniki i narzędzia badawcze .....	77
5. Dobór osób i organizacja badań .....	79
6. Opracowanie wyników badań .....	83
ROZDZIAŁ PIĄTY	
<b>Wyniki badań własnych</b> .....	84
1. Charakterystyka badanych osób .....	84
2. Wizje najbliższej przyszłości i przyszłego życia dorosłego dzieci przewlekłe chorych i zdrowych. Obraz podobieństw i różnic .....	86
2.1. Przewidywane i pożądane wizje najbliższej przyszłości dzieci przewlekłe chorych i zdrowych .....	87

2.2. Przewidywane i pożądanе wizje przyszłego życia dorosłego osobistego dzieci przewlekle chorych i zdrowych .....	92
2.3. Przewidywane i pożądanе wizje przyszłego życia dorosłego zawodowego dzieci przewlekle chorych i zdrowych .....	96
3. Wizje najbliższej przyszłości i przyszłego życia dorosłego dzieci przewlekle chorych a wybrane czynniki biograficzne związane z chorobą .....	100
3.1. Przewidywane i pożądanе wizje przyszłości dzieci przewlekle chorych a czas od rozpoczęcia choroby .....	101
3.2. Przewidywane i pożądanе wizje przyszłości dzieci przewlekle chorych a przebieg choroby .....	102
3.3. Przewidywane i pożądanе wizje przyszłości dzieci przewlekle chorych a częstość hospitalizacji .....	107
4. Wizje najbliższej przyszłości i przyszłego życia dorosłego dzieci przewlekle chorych a płeć .....	110
<b>Zakończenie</b> .....	114
<b>Bibliografia</b> .....	122
<b>Visions of the future life of children with chronic diabetes (Summary) ...</b>	133

---

## Wprowadzenie

---

Problematyka chorób przewlekłych jest często poruszana w literaturze. Można odnaleźć wiele opracowań dotyczących wpływu choroby przewlekłej na rozwój aktualny dziecka, szczególnie na jego funkcjonowanie w rodzinie czy w grupie rówieśniczej. Brak jednak informacji na temat tego, jak choroba przewlekła wpływa na tworzenie się wizji przyszłego życia w takich aspektach funkcjonowania jednostki, jak: kontakty z rówieśnikami, kariera szkolna, sposób spędzania wolnego czasu, stan zdrowia, przyszłe funkcjonowanie rodzinne czy zawodowe.

Rozwój osobowości związany z wizjami przyszłego życia jest wkomponowany w szeroko ujęty rozwój jednostki. Składa się on z wielu etapów, z których każdy stanowi efekt poprzedniego oraz przygotowanie do wejścia w etap następny. Analizując rozwój osobowości w taki sposób, zdajemy sobie sprawę, iż prawidłowy lub zaburzony jego przebieg ma ogromne znaczenie dla ogólnego funkcjonowania człowieka, szczególnie w sferze emocjonalnej i społecznej. Zaburzenia spowodowane chorobą przewlekłą mogą zniekształcać obraz własnego Ja, czego konsekwencją może być podejmowanie w przyszłości zadań na poziomie poniżej faktycznych możliwości osób przewlekłe chorych. Osoby funkcjonujące na takich zaniżonych wymaganiach nie mogą osiągnąć sukcesu, ponieważ go nie oczekują. Dla nich sukcesem staje się uniknięcie porażki.

Choroba przewlekła, która może ograniczać rozwój poczucia własnej wartości, powoduje również obniżenie możliwości osiągnięcia sukcesu, a co za tym idzie, nie zostaje zaspokojona potrzeba osiągnięć, która informuje o kompetentności, daje poczucie satysfakcji, aprobaty, buduje motywację i poczucie własnej wartości. Wpływa też na sposób spostrzegania oraz interpretowania przyczyn sukcesów i porażek, co stanowi główny wyznacznik motywacji osiągnięć (Zimbardo, Ruch, 1996; Żebrowska, 1982). Życie każdego człowieka jest zorientowane na osiąganie poszczególnych celów. Jeżeli osoby przewlekłe chore postrzegają siebie przez pryzmat choroby i budują na bazie tych spostrzeżeń wizje przy-

szłego życia, to jaka jest możliwość osiągnięcia sukcesu w przyszłym życiu, skoro już na poziomie wyobrażeń tego życia działa czynnik zakłócający – choroba przewlekła – prawidłowy ich rozwój. Przy czym przez sukces rozumie się często możliwość pełnienia tych samych ról społecznych, co osoby zdrowe. Różnice wynikające z wyobrażeń wizji przyszłego życia pomiędzy osobami zdrowymi i przewlekle chorymi mogą dotyczyć przewidywań tego życia, jak i jego stanu pożądanego. Mogą się one też odnosić do różnych aspektów przyszłości, a mianowicie przyszłości najbliższej czy związanej z życiem dorosłym. Wyróżniono w nim sferę życia rodzinnego i zawodowego. Jednak rozpatrując tę sferę funkcjonowania, trzeba pamiętać o pewnych ograniczeniach spowodowanych chorobą przewlekłą, np. przy wyborze zawodu zwracać uwagę, czy jest on spowodowany bezpośrednio chorobą, czy pośrednio zaniżonym obrazem własnej osoby. Myślę, że poznanie różnic w wizjach przyszłego życia pomiędzy osobami zdrowymi a przewlekle chorymi pozwoliłoby na wyodrębnienie sfer życia, w jakich dzieci przewlekle chore mają zaniżony obraz własnej osoby. Umożliwiłoby to wspieranie rozwoju Ja dziecka w tych obszarach w celu zminimalizowania ewentualnych różnic, gdyby okazały się one niekorzystne.

Praca ta jest skróconą wersją rozprawy doktorskiej opartej na metodzie diagnozy porównawczej. Koncentruje się więc na rozpoznaniu wizji przyszłości w dwóch grupach – dzieci przewlekle chorych na cukrzycę i zdrowych. Skupia się na określeniu wizji najbliższej przyszłości oraz życia dorosłego osobistego i zawodowego dla obu grup badawczych, w celu wyłonienia ewentualnych różnic i podobieństw, które wskażą, jaki jest faktyczny obraz wyobrażeń przyszłości dzieci chorych na cukrzycę, by w przypadku ewentualnych różnic określić, czego one dotyczą i czym mogą być spowodowane. Badania te oparte są na podstawach teoretycznych mających swoje źródła w pedagogice specjalnej oraz w dwóch dziedzinach psychologii: psychologii rozwojowej i psychologii poznawczej.

Dysertacja składa się z pięciu rozdziałów. W trzech pierwszych przedstawione zostało tło teoretyczne pracy, natomiast pozostałe tworzą część empiryczną. Rozdział pierwszy obejmuje zagadnienia ogólne dotyczące pojęcia Ja, jego sposoby rozumienia w wybranych teoriach psychologicznych, strukturę, funkcję, wpływ na tworzenie się wizji. Rozdział drugi przedstawia czynniki kształtujące wizje przyszłości u dzieci. Do czynników tych zaliczono procesy poznawcze i proces socjalizacji. Prezentowane są w nim też teorie rozwoju rodzinnego i zawodowego. Przedstawione czynniki są szczegółowo rozpatrywane w odniesieniu do dzieci w okresie średniego i późnego dzieciństwa. Rozdział trzeci poświęcono koncepcjom zdrowia i choroby, ze szczególnym uwzględnieniem choroby

przewlekłej, jej wpływu na funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne dziecka. Przedstawiona została również charakterystyka cukrzycy insulinozależnej i jej znaczenie dla rozwoju dziecka. Rozdział czwarty zawiera charakterystykę metodologiczną badań. Ostatni rozdział, piąty, to prezentacja wyników połączona z ich interpretacją. Zakończenie pracy zawiera podsumowanie badań i najważniejsze wnioski wynikające z pracy.

Intencją tej pracy jest poszerzenie wiedzy na temat kształtowania się wizji przyszłości dzieci przewlekle chorych na cukrzycę. Wskazanie różnic pomiędzy dziećmi chorymi a zdrowymi ma pozwolić określić obszary, w których te dzieci już na poziomie wyobrażeń przyszłości zaniżają swoją wartość. Dokładne ich rozpoznanie mogłoby stanowić podstawę do opracowania programu profilaktycznego, który wskazane obszary wzmocniłby już we wczesnych etapach rozwoju choroby u dziecka, nie pozwalając na jej niekorzystny wpływ na rozwój lub chociażby go minimalizując. Tym samym dawałby takie same szanse osiągnięcia sukcesu w przyszłym życiu zarówno dzieciom chorym, jak i zdrowym.

Myślę, że przedstawiona wiedza i wyniki badań pomogą osobom zajmującym się wychowaniem, nauczaniem i rehabilitacją osób przewlekle chorych na cukrzycę w przygotowaniu ich do startu w przyszłe życie na równi z dziećmi zdrowymi.

Chciałabym w tym miejscu złożyć serdeczne podziękowania wszystkim, którzy okazali mi pomoc i wsparcie w trakcie pisania pracy.

Słowa podziękowania kieruję do prof. dr. hab. Władysława Dykcika, promotora mojej pracy doktorskiej, za przewodnictwo naukowe i wyrozumiałość.

Dziękuję recenzentom rozprawy: prof. dr. hab. Aleksandrze Maciarz, prof. dr. hab. Lechosławowi Gapikowi za cenne uwagi i wskazówki.

Dziękuję Koleżankom z Zakładu Pedagogiki Specjalnej UAM za życzliwość i pomoc.

Wyrazy wdzięczności pragnę przekazać przede wszystkim badanym Dzieciom, ich Rodzicom, Terapeutom i Lekarzom. Dzięki ich pomocy udało mi się zgromadzić ten cenny materiał empiryczny.

Moim najbliższym – mężowi, dzieciom, rodzicom i teściom – dziękuję za cierpliwość i wyrozumiałość, na którą zawsze mogę liczyć.



---

## Rozdział pierwszy

---

# Wizje przyszłego życia w kontekście pojęcia Ja

### 1. Pojęcie Ja w świetle wybranych koncepcji psychologicznych

Wizje dotyczące wyobrażeń przyszłości danej osoby opisują pożądane stany Ja, noszące nazwę przeważnie Ja idealnego (Łukaszewski, 1984, Reykowski, 1978, 1979, 1990; Koziński, 1976, 1986). Żeby móc jednak przedstawić pojęcie wizji, trzeba szerzej zapoznać się z pojęciem Ja, które wyznacza wyobrażenie przyszłości. Trzeba poznać, jaka jest jego struktura, jak się kształtuje i dzieli, by zobaczyć, jak determinuje wizje przyszłości.

Człowiek ma rozległą wiedzę na temat samego siebie. Dotyczy ona tego, jak siebie spostrzega pod względem cech fizycznych, psychicznych, społecznych, swoich zdolności i trudności. Przez pryzmat tej wiedzy doświadcza i konstruuje otaczający go świat. Na bazie obrazu świata kształtuje się i rozwija obraz samego siebie, który odzwierciedla doświadczenia człowieka, dotyczące jego samego. Doświadczenia te mogą mieć charakter sądów opisowych – jak postrzega siebie osoba, wartościujących – jak ocenia sama siebie lub normatywnych – jaką chciałaby być osoba. Sądy określające, jaka jest dana osoba, tworzą Ja realne, natomiast sądy normatywne Ja idealne. To wszystko tworzy koncepcję własnej osoby.

Pojęcie Ja można interpretować w różny sposób w zależności od podejść psychologicznych. Wprowadził je do psychologii William James w 1890 roku. Jego teoria stanowi źródło wielu współczesnych koncepcji Ja (za Pervin, 2002). Przypisywał on bardzo duże znaczenie strukturze Ja, która jest głównym ośrodkiem życia umysłowego i stanowi podstawę ludzkich doświadczeń. Podzielił on Ja na Ja jako poznający oraz Ja jako poznawany, przy czym pierwszy rodzaj Ja jest trudny do zbadania i sta-

nowi pewnego rodzaju strumień świadomości. W Ja jako poznawany można wydzielić trzy formy: materialną, społeczną i duchową. Ja materialne składa się z najbardziej podstawowego komponentu – ciała i wszystkiego, co jest z nim materialnie związane. Formą rozpoznawania siebie jest Ja społeczne. W zależności od tego, z kim się spotykamy, z iloma osobami, tyle mamy perspektyw swojego Ja, mogą one być zawodowe, rodzinne, szkolne itp. Ja duchowe stanowi zbiór własnych stanów świadomości, subiektywnych właściwości, ale także aspiracji intelektualnych, moralnych. Pomiedzy wyróżnionymi rodzajami Ja dochodzi do ciągłej rywalizacji, wynikającej z faktu realizacji samego siebie, zdeterminowanej stosunkiem rzeczywistych osiągnięć do naszych zamierzeń (Gasiul, 1993; Pervin, 2002).

Analizując pojęcie Ja w kontekście wizji przyszłości, zostaną przedstawione te teorie, w których Ja jest analizowane jako element determinujący zachowanie człowieka.

Po wprowadzeniu przez Jamensa pojęcia Ja, proces badawczy nad nim, niestety, został zahamowany przez przedstawicieli behawioryzmu, którzy przeciwstawiali się badaniu nieuchwytnych z zewnątrz zachowań. Dopiero w latach czterdziestych powróciła ta tematyka głównie dzięki pracy Gordona Alloporta i Carla Rogersa (za Pervin, 2002).

Trzema podstawowymi koncepcjami teoretycznymi odnoszącymi się do struktury Ja są: fenomenologiczna, psychoanalityczna i poznawcza. Oczywiście inne teorie również analizują pojęcie Ja, tylko w mniej wnikliwy sposób. Najmniej istotną rolę pojęcie Ja odgrywało w koncepcjach Millera, Dollarda, Esnecka, Skinnera, Sheldona (Hall, Lindzey, 1990).

W koncepcji fenomenologicznej propozycja interpretacji Ja przedstawiona przez W. Cobsa i D. Snygga odnosi się do symbolizacji doświadczeń i interpretacji percepcji. Wprowadzili oni pojęcie pola fenomenologicznego, które oznacza obszar gromadzący doświadczenia, będące rezultatem kontaktów ze światem wewnętrznym i zewnętrznym. Obejmuje ono zarówno dane świadome, jak i nieświadome. W obrębie tego pola zostało także wydzielone Ja jako centrum w strukturze osobowości. Wyodrębnienie to odbywa się na zasadzie różnicowania figury i tła. Z racji, iż doświadczenia dotyczące „mnie” są najważniejsze, stają się figurą centralną, która w wyniku procesu dojrzewania wyróżnia się z tła (Hall, Lindzey, 1990; Gasiul, 1993; Gałdowa, 1999; Strelau, 2000; Pervin, 2002).

Jednak głównie pojęciem Ja zajmował się Carl Rogers. Na bazie interpretacji wcześniej zaproponowanych, jak i innych autorów, stworzył on swoją teorię, uznając Ja za ważną część osobowości. Twierdził, iż najważniejszą częścią pola fenomenologicznego jest Ja danego człowieka. Doświadczenia tworzące Ja dotyczą „mnie, ja, siebie, ja-ty, świat”. Poję-

cie własnej osoby stanowi zorganizowany zbiór spostrzeżeń i choć ulega ono zmianom, to zawsze zachowuje ten sam uporządkowany charakter. Wpływa też bezpośrednio na zachowanie. Ja kształtuje się przez doświadczenia, ale także je determinuje. Rogers zwrócił uwagę, iż każdy człowiek oprócz swojego Ja ma także swoje Ja idealne, przez które rozumie wymarzony obraz siebie, na który składają się wartości, przedmioty, cechy wysoko przez niego cenione. Wpływ na kształtowanie się Ja ma tendencja do aktualizacji, przy czym jest to możliwe tylko wtedy, gdy doświadczenia będą adekwatnie symbolizowane. Duży wpływ na rozwój poczucia własnej wartości ma otoczenie społeczne. Szczególnie zachodzi to w okresie dzieciństwa, gdy dziecko podlega sposobom wartościowania podawanym przez dorosłych, przeważnie rodziców. Zwłaszcza oceny rodziców uczą różnicowania pomiędzy działaniami i uczuciami. Te, które zostały zaakceptowane, są internalizowane i włączane w zakres Ja. Mówi się wówczas o zgodności Ja i doświadczeń. Natomiast te działania i uczucia, które zostały negatywnie ocenione, zostają wykluczone z zakresu Ja, pomimo iż mogą być słuszne. Dochodzi wtedy do niezgodności pomiędzy doświadczeniami a strukturą Ja, co może prowadzić do dezorganizacji Ja. Rogers odszedł jednak od koncepcji spójności, uznając, że ważniejszy jest pozytywny obraz własnej osoby od tego, czy jest on spójny. W swoich badaniach zajmował się rozbieżnością pomiędzy ja realnym a idealnym. Stwierdził on, iż im mniejsza jest rozbieżność pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym, tym lepsze jest osobiste przystosowanie i mniejsza obronność percepcyjna. Zainteresowanie tymi badaniami zmniejszyło się, gdy uznano, iż wypowiedzi badanych mogą być zniekształcone z racji na działanie mechanizmów obronnych. Rogers skupił się na pojęciu Ja w aspektach świadomych, podkreślając potrzebę pozytywnego odbierania własnego obrazu, jak i potrzebę spójności struktury Ja (Rogers, 1978; Hall, Lindzey, 1990; Gasiul, 1993; Pervin, 2002).

Pojęcie Ja interpretowane jako symbolizacja doświadczeń i interpretacja percepcji znalazła swoje miejsce, oprócz teorii fenomenologicznych, w teoriach organizmicznych. Najwyraźniej odzwierciedla się w koncepcjach P. Lecky'ego i A. Angyala (Hall, Lindzey, 1990; Gasiul, 1993; Gałdowa, 1999).

W koncepcji P. Lecky'ego osobowość została określona jako organizacja wzajemnie powiązanych wartości, przypisanych różnym obiektom, ideom, które pojawiają się w różnych momentach życia. Wartości odnoszące się do Ja tworzą jądro osobowości. Człowiek gromadzi różne doświadczenia, przez co następuje rozwój organizacji idei. Szczególną rolę odgrywają pierwsze doświadczenia związane z relacją matka – dziecko. Pierwsze idee dotyczące własnego Ja stanowią podstawę wartościowania

i przyjmowania nowych idei, dlatego ich rola jest tak istotna. W myśl zasady dążenia do jedności i ciągłej asymilacji, idee w ciągu biegu życia ulegają reorganizacji.

Angyala w swojej koncepcji odwołuje się do Ja symbolicznego jako zdolności symbolizowania doświadczeń odnoszących się do własnych przeżyć. U człowieka następuje rozwój zdolności symbolizowania, który jest możliwy dopiero na poziomie świadomości refleksyjnej. Rozwinięte Ja symboliczne stanowi całość koncepcji siebie samego. Jednocześnie zaznacza, że nie zawsze Ja symboliczne stanowi prawdziwy obraz rzeczywistości, a wręcz może ją nawet fałszować (Hall, Lindzey, 1990; Gasiul, 1993; Gałdowa, 1999).

Klasyczna teoria psychoanalityczna koncentrowała się raczej na popędach i instynktach oraz konfliktach z nich wynikających niż na pojęciu Ja. Można oczywiście się zastanawiać, na ile pojęcie ego Z. Freuda jest tożsame z Ja. Jednak należy wspomnieć, że traktowali oni Ja jako rezultat wykorzystania możliwości własnego rozwoju, jako coś, co potencjalnie istnieje. Najwyraźniej można to zauważyć w teoriach Junga, Fromma i Horney. W teorii Junga (1981) pojęcie Ja ma trzy kategorie: ego, persona i self, przy czym self jest danym archetypem określonym jako zamierzone centrum osobowości. Persona, jako jeden z archetypów, jest pewnego rodzaju kompromisem pomiędzy indywidualnością a kulturowymi i społecznymi oczekiwaniami. Dobrze dopasowana persona wynika ze współdziałania trzech czynników: konstrukcji psychicznej i fizycznej, osobowego ideału Ja, ideału otoczenia i zapewnia przystosowanie się do rzeczywistości (Siek, 1986; Hall, Lindzey, 1990).

E. Fromm kładzie nacisk na tę postać Ja, do której powinien zmierzać człowiek, bo po jej osiągnięciu wyznaczy ona jego prawdziwą tożsamość. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy człowiek doświadcza siebie jako sprawcę (Fromm, 1970; Hall, Lindzey, 1990). Podobnie jak Fromm, Karen Horney przypisuje duże znaczenie dla rozwoju Ja realnego. Różni się jednak ono co do interpretacji tego pojęcia. Według badaczki na Ja realne składa się potencjalność i proces. Oprócz Ja realnego, wyróżnia Ja rzeczywiste. W wyniku rozwoju różnice pomiędzy nimi powinny się zacierać. Horney wyróżnia jeszcze jeden rodzaj Ja, który na skutek braku bezpieczeństwa odchodzi od swojego realnego Ja i tworzy wyidealizowany obraz samego siebie. Jest to jednak obraz neurotycznie zaburzony (Horney, 1976; Hall, Lindzey, 1990).

W ostatnich trzydziestu latach nastąpił zwrot w orientacji psychoanalitycznej w kierunku interpretacji zachowań ludzkich, uwzględniających kontekst społeczny i kulturowy. Rozpoczęto badania koncentrujące się na rozwoju człowieka jako rezultatu interakcji z osobami znaczącymi. Zainteresowanych tym problemem psychoanalityków nazwano teoretykami relacji z obiektem. W ramach tej teorii można wyróżnić dwa nurty

skupione wokół ego i Ja. Koncepcje W.R. Fairbairna i O. Kernberga zmierzają do zrozumienia, jak pod wpływem jakości relacji z obiektem znaczącym dochodzi do zmiany mechanizmów struktury osobowości ego. Nurt skupiony wokół pojęcia Ja próbuje wyjaśnić, jakie zmiany w reprezentacji samego siebie następują na skutek relacji ze znaczącymi obiektami. Do głównych teorii w tym nurcie należą koncepcje D. Winnicotta i H. Kohuta (Gasiul, 1993; Strelau, 2000; Pervin, 2002).

Winnicott szczególny nacisk w swojej teorii stawia na rozwój dziecka, jak i przeżycia matki. Przyjmuje on, iż podstawowym czynnikiem kształtującym przyszłe zachowania dziecka jest jego relacja z matką. Ta relacja jest podstawą kształtowania się prawdziwego Ja. Nieadekwatne reagowanie opiekunów może doprowadzić do rozwoju fałszywego Ja. W interpretacji H. Kohuta tzw. Ja szczątkowe istnieje od urodzenia i stanowi rdzeń rozwoju osobowości. Na skutek optymalnych relacji z obiektem, Ja kształtuje się. Składa się z trzech elementów: „bieguna, od którego wywodzą się podstawowe dążenia do mocy i sukcesu, bieguna skupiającego podstawowe wyidealizowane cele, intermedialnego obszaru podstawowych talentów i nawyków aktywnych przez stany napięć pomiędzy ambicjami i ideałami” (Gasiul, 1993, s. 133). Rozwój zatem zmierza do osiągnięcia spójnego Ja.

Zupełnie nowe rozumienie pojęcia Ja wprowadził Harry Stack Sullivan, który opracował alternatywne podejście do psychoanalizy, zwane interpersonalną szkołą psychiatrii. Dokonał on interpretacji pojęcia Ja w kategoriach dynamizmu. Wprowadził pojęcie self systemu, który umożliwia realizację własnych potrzeb pod wpływem interakcji społecznych. Położył duży nacisk na więź pomiędzy matką a niemowlęciem. Poprzez społeczne, interpersonalne doświadczenia oraz odzwierciedlone oceny kształtuje się Ja. Personifikacja ma strukturę trójdzielną. Składają się na nią tzw. Dobre Ja – doświadczenia kojarzone z przyjemnymi odczuciami, czułością macierzyńską; Złe Ja – doświadczenia związane z niepokojem, zagrożeniem; Nie Ja – odrzucone aspekty Ja z powodu związanego z nim lęku. Sullivan pokazuje pojęcie Ja jako pewną strukturę dynamiczną osobowości, regulującą zachowaniem ludzkim w celu zabezpieczenia poczucia bezpieczeństwa. Przedstawił je także jako bardzo ważne centrum osobowości człowieka (Hall, Lindzey, 1990; Gasiul, 1993; Gałdowa, 1999; Strelau, 2000; Pervin, 2002).

Warto wspomnieć, że również Ja jako dynamizm interpretowali inni psychologowie, jak np. R. Cattell, twórca teorii czynnikowej. Używa on pojęcia Ja jako formy organizacji i pewnej stałości zachowań człowieka. Obok tego wymienia pojęcie Ja sentymentu, które ukazuje dynamiczny charakter organizacji zachowań i ma zdolność kontrolowania innych dynamizmów. Zwrócił on także uwagę na podział na Ja realne i Ja idealne. Poprzez Ja realne rozumie to, co człowieka racjonalnie charaktery-

zuje, a przez Ja idealne stan, do którego człowiek dąży. Cattell uważał, iż prawidłowo przebiegający rozwój prowadzi do integracji tych dwóch aspektów Ja.

Wcześniej omawiana koncepcja W. Jamensa rozpatrywała pojęcie Ja jako interakcje, co jest charakterystyczne dla orientacji interakcjonizmu symbolicznego. W ramach tego nurtu fundamentalnymi koncepcjami są: koncepcja odzwierciedlonego Ja Ch.H. Cooleya, koncepcja Ja mnie H.G. Meada czy teoria imitacji J.M. Baldwina. Zwrócić uwagę należy też na oryginalną koncepcję H.J. Hermansa, którą, z racji na pewne elementy fenomenologiczne, można również umiejscowić w nurcie fenomenologicznym. Zakłada on istnienie dwóch rodzajów Ja – Ja aktualnego i Ja symbolicznego, pomiędzy którymi zachodzi interakcja (stąd umiejscowienie w nurcie interakcjonizmu symbolicznego). Ja aktualne odnosi się do rzeczywistości, stanowi centrum procesu doświadczania i jako takie nie jest symbolizowane. To, co jest symbolizowane, staje się Ja symbolicznym. Ja aktualne może lokować w Ja symboliczne różne strefy wartości lub stany idealnych przeżyć, tzw. idealne Ja symboliczne, ale może także się od niego odizolować. Wzajemne oddziaływanie Ja symbolicznego i Ja aktualnego prowadzi do rozwoju osobowości (Hall, Lindzey, 1990; Gasiul, 1993; Gałdowa, 1999; Pervin, 2002).

W psychologii poznawczej Ja przyjmowane jest jako powiązana ze sobą organizacja informacji odnoszących się do podmiotu, jako ośrodek sterujący informacjami. Ja rozwija się stopniowo wraz z rozwojem struktur poznawczych i jest efektem przeżywanych doświadczeń. Podstawowe elementy podejścia poznawczego do pojęcia Ja dała koncepcja G.A. Kelly'ego. Opracował on teorię konstruktywizmu osobistego, gdzie Ja jest osobą, rolą, do której odnoszą się konstrukty lub sama może być konstruktem nawet centralnym. Pojęcie Ja jest konstruktem reprezentowanym przez Ja, mnie, siebie. Konstrukty mają dwa przeciwległe bieguny, dlatego oprócz pojęcia Ja będzie nie-Ja, które powstaje na bazie obserwacji podobieństw i różnic z innymi osobami. Kelly przypisywał dużą wagę spójności konstruktywizmu, które zapewniają poczucie bezpieczeństwa. Mają one też duże znaczenie w przewidywaniu przyszłości, a w przypadku nieskuteczności tych przewidywań wpływają na destabilizację osobowości. Warto zwrócić uwagę również na koncepcję H.R. Markusa, który stwierdził, że ludzie tworzą struktury poznawcze dotyczące siebie, jak i otoczenia. Nazwał je schematami Ja, które są poznawczymi informacjami na własny temat, powstałymi na podstawie wcześniejszych doświadczeń i kierującymi przetwarzaniem informacji o sobie. Informacje te oceniane są według znaczenia dla Ja. Ludzie mają skłonność wyszukiwania informacji potwierdzających własne schematy Ja. A. Fenigstein, A.H. Buss, M.F. Sheier określają, że Ja może składać się z dwóch struk-

tur – prywatnej i publicznej. Publiczne Ja składa się na społeczny obraz człowieka. Prywatne Ja możemy podzielić na obraz samego siebie – Ja rzeczywiste i Ja idealne. Zadaniem człowieka jest dążenie do Ja idealnego poprzez zmianę swojego zachowania na takie, jakie jest pożądane (Hall, Lindzey, 1990; Gałdowa, 1999; Pervin, 2002).

Struktura Ja pojawia się też w teoriach nurtu poznawczego takich polskich przedstawicieli, jak: Kozielecki (1976, 1986, 1987), Reykowski (1978, 1979, 1990), Łukaszewski (1974, 1984), Zaborowski (1980, 1989).

Teoria Kozieleckiego została nazwana teorią samowiedzy. Przedmiot jej badań jest zbliżony do przedmiotu teorii Ja badających obraz własnej osoby. Pokazuje on różne sposoby interpretacji struktury Ja w odniesieniu do samowiedzy obejmującej informacje o własnej osobie, w skład których wchodzi: sądy opisowe – samoopis, sądy wartościujące – samoocena, standardy osobiste (zespół życzeń i pragnień na temat własnej osoby), reguły generowania samowiedzy, reguły komunikowania wiedzy o sobie – samoprezentacja. Kozielecki ukazał w swojej teorii konsekwencje zniekształceń w zakresie samowiedzy. Analizował on także rozwój samowiedzy w ontogenezie. Wyróżnił trzy kluczowe stadia jej rozwoju. Pierwsze stadium samowiedzy elementarnej przypadające na okres 3–4 lat, w którym kształtuje się samoświadomość. Dziecko zaczyna zdawać sobie sprawę ze swojej odrębności fizycznej i psychicznej. Drugie stadium przypada na okres od 4 do 11–12 lat i jest to okres samowiedzy zróżnicowanej. Dziecko zaczyna kształtować pierwsze samooceny i standardy osobiste. Potrafi zróżnicować własne wartości, określić własne pragnienia. Samowiedza pełni funkcję już nie tylko poznawczą, ale i instrumentalną. Trzecie stadium samowiedzy dojrzałej kształtuje się pomiędzy 12. a 24. rokiem życia. Samowiedza w tym czasie tworzy zwartą całość o strukturze hierarchicznej, pełniąc funkcję poznawczą, instrumentalną, motywacyjną i generatywną. Samowiedzę podczas całego rozwoju kształtują następujące czynniki: dojrzewanie biologiczne, przedmiotowe, jak i podmiotowe działania człowieka, oddziaływania społeczne (Kozielecki, 1976, 1986, 1987).

J. Reykowski w swojej teorii uznał, że struktura Ja zajmuje centralne miejsce w sieci poznawczej osobowości człowieka. Tworzą ją doświadczenia związane z własną fizyczną i duchową strukturą, jak i osoby, obiekty zewnętrzne. Zaczyna się ona wyodrębniać pomiędzy 2.–3. rokiem życia i jej rozwój trwa do okresu dojrzałości. Struktura Ja przyczynia się do budowania poczucia własnej wartości. Umożliwia generowanie, segregowanie wiadomości na temat własny, jak i innych obiektów. Reykowski podzielił ją na Ja realne i idealne. Ja realne stanowi zbiór doświadczeń życiowych wraz z odniesionymi sukcesami i porażkami. Ja idealne, które pozostaje w ścisłym związku z Ja publicznym, przyszłym i wyobrażeniowym, stanowi pragnienia jednostki, które w swoim życiu

chciałby zrealizować. Rozwój tych aspektów Ja zależy od tego, w jakim stopniu uświadamia sobie człowiek swoje plany na przyszłość (Reykowski, 1978, 1979, 1990; Reykowski, Kochańska, 1980).

W ramach teorii Z. Zaborowskiego pojęcie Ja jest bardzo bogato interpretowane. Wyróżnia on w strukturze osobowości Ja pierwotne i obraz własnej osoby. Ja pierwotne, ukształtowane w okresie dzieciństwa, reprezentuje mechanizmy popędowo-emocjonalne, które stanowią załączek osobowości dziecka. Ja pierwotne dzieli na: pozytywne, negatywne, neutralne. Obraz samego siebie składa się z samooceny, czyli informacji, opinii, myśli, uczuć o sobie, jak i swoich cechach, postawach i rolach. Struktura samooceny zależy od samoświadomości, której treścią są, oprócz obrazu własnej osoby, wspomnienia, jak i plany na przyszłość. Samoświadomość może być rozpatrywana na różnych poziomach, np. zewnętrzna, wewnętrzna, obronna, a także w różnych relacjach, np. dominacji (Zaborowski, 1980, 1989).

W teorii W. Łukaszewskiego struktura Ja została wieloaspektowo zanalizowana zarówno pod kątem poznawczo-projekcyjnym, jak i czasowym. Badacz określał strukturę Ja jako zbiór informacji o sobie. Na te informacje składają się: wiedza o swoich cechach fizycznych i psychicznych, różnych stanach organizmu, związkach pomiędzy stanami a cechami własnej osoby. W swojej analizie poznawczo-projekcyjnej rozpatruje on wyodrębnienie stanów możliwych Ja, stanów idealnych Ja, stanów normatywnych Ja, stanów pożądaných Ja i ich wzajemnych relacji, wpływu regulacyjnego poszczególnych podstruktur. W aspekcie czasowym wyróżnia Ja przeszłe, Ja teraźniejsze, Ja przyszłe. Podkreślał on rolę wizji wpływającą na rozwój osobowości jako źródło napędowe ludzkiego działania (Łukaszewski, 1984).

Analizując pojęcie Ja w zależności od teorii, można zauważyć różne jej struktury. Poszczególne teorie koncentrują się na innych elementach struktury Ja dla nich najbardziej istotnych. Próbę uporządkowania podjął E.T. Higgins, który łącząc założenia psychologii społeczno-poznawczej i teorii relacji z obiektem, opracował teorię ukierunkowań Ja. Zaproponował w niej wyróżnienie dwóch wymiarów perspektyw i obszarów. Perspektywy to punkty widzenia, z jakich Ja jest oceniane. Wyróżnia tu Higgins perspektywę własną i perspektywę znaczących osób innych (co myśli osoba o sądach innych na swój temat). Natomiast obszary odnoszą się do dziedzin Ja i są to: „Ja realne – zbiór atrybutów (umiejętności, cech, aspiracji, wiedzy, marzeń itp.), o których jednostka sądzi, że jest nimi obdarzona lub sądzi, że ktoś inny uważa je za ją charakteryzujące; Ja idealne – zbiór atrybutów, które jednostka chciałaby mieć lub sądzi, że ktoś inny chciałby, aby je miała; Ja powinnościowe – zbiór atrybutów, które powinny charakteryzować jednostkę (ona sama

tak uważa bądź, jej zdaniem, ktoś inny tak sądzi” (Strelau, 2000, s. 575). Zestawienie wymienionych dziedzin z obszarami Ja daje nam sześć aspektów Ja.

**Tabela 1.** Sześć aspektów Ja według Higginsa (Strelau, 2000, t. 2, s. 576)

Sześć aspektów Ja według Higginsa		
Dziedziny Ja podlegające ocenie	Perspektywa oceny	
	Własna	Cudza
Ja realne	Ja realne w oczach własnych (pojęcie Ja)	Ja realne w oczach innych ludzi (pojęcie Ja)
Ja idealne	Ja idealne w oczach własnych (ukierunkowane Ja)	Ja idealne w oczach innych ludzi (ukierunkowane Ja)
Ja powinnościowe	Ja powinnościowe w oczach własnych (ukierunkowane Ja)	Ja powinnościowe w oczach innych ludzi (ukierunkowane Ja)

Higgins w swojej teorii opierał się na aspekcie rozwojowym, stąd jego twierdzenie, że ukierunkowania Ja są efektem wcześniejszych doświadczeń społecznych oraz emocjonalnych konsekwencji sprostania lub niesprostania pewnym wymogom. Ja idealne wiąże się właśnie z uczuciem przyjemności spełnienia standardów ustanowionych przez ważne osoby z dzieciństwa, natomiast Ja powinnościowe z porażki wynikającej z niespełnienia tych standardów. Higgins uważał, że z racji, iż rozbieżności Ja rodzą negatywne emocje, motywuje to do ich zmniejszenia. Rozbieżność pomiędzy Ja realnym a idealnym wiąże się z niskim poziomem samoakceptacji i z niespełnieniem nadziei innych (w zależności od rozpatrywanej perspektywy własnej czy cudzej), co budzi frustracje i inne negatywne emocje. Poczucie winy, niepokoju, niespełnienia wymogów społecznych wiąże się z rozbieżnością pomiędzy Ja realnym a Ja powinnościowym. W swoich badaniach Higgins dowiódł, że rozbieżności te nie tylko negatywnie wpływają na psychikę, ale i na układ immunologiczny człowieka (Strelau, 2000; Pervin, 2002).

Przedstawione w tym rozdziale pojęcia Ja z perspektywy różnych teorii psychologicznych pozwalają zauważyć szczególne znaczenie, jakie ma ono dla rozwoju człowieka. Oczywiście nie zostały przedstawione wszystkie teorie dotyczące tego zagadnienia. Skupiono się na podstawowych teoriach wyjaśniających pojęcie Ja, a także na tych, które zwracają uwagę na znaczenie Ja idealnego jako nośnika oczekiwań, pragnień dotyczących własnej osoby, stosunków społecznych i otoczenia, czyli przyczyniają się do tworzenia wizji przyszłości. Warto podkreślić również, jaką rolę pełni Ja dla rozwoju człowieka. Jest to struktura, która nie tylko pozwala poznać samego siebie i otaczającą rzeczywistość, ale motywuje do podejmowania różnego typu działalności, ochrania i nagradza.

## 2. Kształtowanie się Ja na przestrzeni życia

Sposób analizowania rozwoju Ja zależy od sposobu rozumienia tego pojęcia. Przedstawione wcześniej różne koncepcje teoretyczne pokazują, jak sposób rozumienia pojęcia Ja znacznie się różni. Analizując kształtowanie się struktury Ja, ważne jest też ustalenie, jakiego aspektu osobowości ona dotyczy: czy oddzielenia siebie od innych, czy samoświadomości, czy też łączy się ją z rozwojem poznawczym. W rozdziale tym zostanie przedstawiony rozwój struktury Ja na przestrzeni życia ze szczególnym zwróceniem uwagi na dzieci w wieku 7–11 lat, a także teorie zwracające uwagę na relacje pomiędzy Ja realnym a idealnym w procesie kształtowania się struktury Ja.

Pierwszym etapem badania samoświadomości u dziecka jest stwierdzenie momentu, w którym odróżnia ono siebie od innych ludzi i przedmiotów. Pomimo iż dzieci dość wcześnie interesują się swoim odbiciem w lustrze, dopiero około osiemnastego miesiąca życia można powiedzieć, że dziecko utożsamia odbicie w lustrze z własną osobą (Vasta i in., 1995; Pervin, 2002). Rozwój spostrzegania siebie i samoświadomości na podstawie badań Lewisa i Brooks-Gunna przedstawia tabela 2.

**Tabela 2.** Etapy rozpoznawania siebie w lustrze i na wideo w wieku niemowlęcym (Pervin, 2002, s. 246)

Etap	Wiek (w miesiącach)	Opis
Niewyuczone zainteresowanie obrazem innych ludzi	Pierwsze trzy miesiące	Pierwszym trzem miesiącom poświęcono niewiele systematycznych badań.
Wykrywanie kontyngencji	3–8	Zainteresowanie odbiciem lustrzanym. Dziecko zbliża się do lustra dotyka go, uśmiecha się, zachowuje się „towarzysko”.
Spostrzeganie własnej stałości	8–12	Świadomość stałości własnych cech. Dziecko za pomocą lustra lokalizuje przedmioty przyłączone do siebie; odróżnia zapis wideo odzwierciedlający ruchy jego ciała od zapisu, niezwiązanego z ruchami jego ciała.
Odróżnianie siebie od innych	12–15	Za pomocą lustra lokalizuje innych w przestrzeni. Odróżnia siebie od innych na ekranie telewizora.
Rozpoznawanie cech twarzy	Rozpoczyna się około 15. miesiąca, dobrze utrwalone około 2. roku życia	Rozpoznanie oparte na cechach swoistych. Usuwanie plam z twarzy.

Według Lewisa, spostrzeganie siebie w lustrze, a raczej rozpoznawanie siebie, jest przejawem samoświadomości. Spostrzeżenia dotyczące Ja wraz z rozwojem poznawczym, emocjonalnym i społecznym pozwolą dziecku w przyszłości zbudować obraz własnej osoby.

Rozwój Ja na przestrzeni życia i gotowości do podejmowania pewnych form zachowań kulturalno-społecznych analizuje w swojej psychospołecznej teorii E. Erikson. Oparł on ją na zasadzie epigenezy sugerującej, że wszystko co się rozwija, ma swój podstawowy plan, bowiem rozwój podporządkowany jest pewnym prawidłowościom. Na każdym etapie życia może dojść do kryzysu, który wynika ze zmiany perspektywy i przejścia na wyższy etap rozwoju. Przewyciężanie tych kryzysów jest realizacją podstawowego planu rozwoju tożsamości. E. Erikson wyróżnił osiem faz rozwojowych. Faza przypadająca na okres 6–11 lat – to czas latencji, prowokuje do pojawienia się kryzysu będącego wynikiem konfliktu pomiędzy poczuciem produktywności a niższości. Dziecko w tym wieku opanowuje nawyki życia w społeczeństwie. Szkoła buduje w nim poczucie obowiązkowości, kształtuje się różnica pomiędzy zabawą a pracą. Dziecko w tym wieku przejawia duże zainteresowanie nauką, charakteryzuje się chęcią do eksperymentowania, samodzielnego wytwarzania. Następuje rozwój świadomości współuczestnictwa w świecie (Erikson, 1989, 1970; Weigl, 1986; Galloway, 1988; Witkowski, 1989).

W koncepcji Ch. Bühler rozwój Ja jest rozpatrywany na przestrzeni całego życia i dotyczy całej osoby. Kształtowanie się tej struktury polega na wyłonieniu się prawdziwej tożsamości danej osoby, na co duży wpływ ma otoczenie. Dziecko od urodzenia manifestuje swoją indywidualność, ale także przejawia silne zdolności do reagowania na bodźce zewnętrzne i identyfikację z innymi (Bühler, 1993). Określa ona, że dopiero około dziesiątego miesiąca życia zaczyna pojawiać się świadomość samego siebie, rozpoczyna się okres świadomości, dotyczący na początku własnego ciała. Jest to tendencja do satysfakcji, po której następuje samoograniczenie (1,5 roku do 4 lat). W tym czasie dziecko uczy się stylów życia, posłuszeństwa, ideałów prezentowanych przez otoczenie. W okresie 4–8 lat uaktywnia się dominacja do twórczej ekspresji, dziecko określa własne wartości w aspekcie zadań, ustala idealne Ja. Po ósmym roku życia pojawiają się próby obiektywnej oceny siebie w rolach społecznych. W momencie wejścia przez dziecko w wiek adolescencji kończy się pierwszy cykl życia i pojawia następny (Gasiul, 1993, s. 114–116).

Rozpatrując modele rozwoju Ja, należy też przedstawić modele strukturalno-rozwojowe, które są oparte na teorii J. Piageta. Określa on, że w stadium sensoryczno-motorycznym zaczyna się wyodrębniać poczucie Ja. Dziecko wyróżnia siebie spośród innych przedmiotów. W okresie przedoperacyjnym (2–7 lat) intensywnie rozwija się myślenie symbolicz-

ne, przez co dziecko potrafi różnicować pomiędzy symbolami a tym, co one reprezentują zarówno w rzeczywistości wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Dziecko 8–11-letnie, które znajduje się w stadium operacji konkretnych, potrafi wyprzeć się swojego egocentryzmu na rzecz zachowań społecznych. Pozwala to na różnicowanie pomiędzy założeniami a faktami. W ostatnim stadium operacji formalnych (od 12 lat do dorosłości) dziecko zaczyna sobie przypisywać cechy niezależne, buduje się poczucie tożsamości (Piaget, 1967, 1981; Weigl, 1986; Piaget, Inhelder, 1993). Na bazie tych ogólnych założeń rozwoju Ja swoje bardziej wnikliwe modele stworzyli między innymi R.L. Leahy, S.R. Shirk, D. Hart i W. Damon (Leahy, 1985).

W modelu R.L. Leahy, S.R. Shirk wyróżnili oni trzy poziomy rozwoju Ja. Pierwszy, zwany obiektywnym Ja, kiedy dziecko poznaje wszystko to, co ma fizyczne właściwości i nie potrafi uczynić obiektem poznania własnego świata wewnętrznego lub innej osoby. Drugie stadium, przypadające na około 8. rok życia, to poziom subiektywnego Ja. Dziecko zaczyna interesować się swoim światem wewnętrznym, cechami, motywacjami, zaczyna różnicować siebie od innych, co stanowi źródło wiedzy o sobie i wpływa na przyjmowanie roli. Potrafi analizować swoje zachowania pod kątem oczekiwań, umie przypisywać sobie pewne właściwości. Trzeci poziom to Ja podlegające subiektywnym procesom, przypadający na późny okres adolescencji. Obraz samego siebie jest modyfikowany przez czas i sytuacje. Następuje refleksja nad konstrukcją samego siebie, co pozwala określić dalszą linię rozwoju (Leahy, 1985, s. 123–150).

Inny model rozwoju Ja zaprezentowali D. Hart i W. Damon (1985). W swojej teorii wyróżnili oni cztery okresy: pierwszy – niemowlęctwo i wczesne dzieciństwo, w którym dominuje Ja materialne, drugi – przypadający na okres średniego i późnego dzieciństwa z dominującym Ja aktywnym, trzeci – związany z wczesną adolescencją, w którym dominuje Ja społeczne. Czwarty okres to tzw. późna adolescencja, charakteryzująca się dominacją Ja psychologicznego. Wracając do drugiego okresu, trzeba zaznaczyć, że następuje w nim wzrost poczucia woli, przez co dzieci formułują życzenia, oczekiwania, zaczynają postrzegać własne właściwości jako niezmiennie.

Rozpatrując rozwój Ja, należy także wspomnieć o modelu T. Achenbacha i E. Ziglera (Glick, Zigler, 1985) interpretacji poznawczo-rozwojowej. W swojej teorii przyjęli oni dwa podstawowe założenia. Po pierwsze, wraz z rozwojem wzrasta zróżnicowanie poznawcze, które wiąże się z rozdzieleniem Ja realnego i Ja idealnego. Drugie założenie zakłada, że ze wzrostem zdolności do przyjęcia zasad społecznych, standardów moralnych i wartości wzrasta indywidualna zdolność do przeżywania poczucia winy, co może prowadzić do rozbieżności pomiędzy Ja

realnym a idealnym. Przyjmowali oni, że rozwój stanowi uporządkowana kolejność zmian strukturalnych lub wewnętrznych. Natomiast czas jest mniej istotny w rozwoju, ponieważ nie decyduje tak naprawdę o zmianie. Wyróżnili oni trzy poziomy organizacji relacji pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym. Pierwszy poziom charakteryzuje się słabo zróżnicowaną organizacją Ja idealnego i Ja realnego. Poziom wyższy, nazwany intermedialnym, pokazuje postępujące zróżnicowanie Ja idealnego i realnego przy małej reintegracji, co może motywować do zmian. Najwyższy poziom to ten, w którym dochodzi do interakcji pomiędzy Ja osobowym a społecznymi wartościami.

Integracyjny model rozwoju Ja przedstawiła w swojej koncepcji M. Chłopkiewicz (1987). Uznaje ona Ja jako centrum osobowości. Dzięki niemu możemy sobie uświadamiać zarówno samego siebie, jak i rzeczywistość zewnętrzną i wewnętrzną. Traktuje ona rozwój jako pojawienie się wyższych dynamizmów zachowania, które przeorganizują całość. Wyróżnia 8 etapów rozwoju Ja:

1. Etap preosobowy (do 6. miesiąca życia).
2. Etap osobowości symbiotycznej z Ja empatyczno-fizjologicznym (od 6. miesiąca do 1. roku życia).
3. Etap osobowości ekspansywnej z Ja pośrednio-odzwierciedlonym (od 1–3 lat).
4. Etap osobowości autonomicznej z Ja wyodrębnionym (3–5 lat).
5. Etap osobowości interakcyjnej zależnej z Ja emocjonalnym (5–8 lat). U dziecka w wyniku nawiązywania nowych interakcji z otoczeniem powstaje dynamizm potrzeb interakcyjnych, tj. aprobaty, uznania, afiliacji. Powstają też struktury poznawcze dotyczące oczekiwań, jakie ma dziecko, sposobów reagowania, relacji z rodziną i otoczeniem. Otoczenie jest jednak odbierane w kategoriach znaczeń emocjonalnych.
6. Etap osobowości obiektywnej z Ja realnym (8–12 lat). Na skutek rozbudowy struktur poznawczych tworzy się nowy dynamizm poszukiwania zgodności poznawczej. Dziecko zaczyna racjonalnie spostrzegać otoczenie, przez co następuje wzrost samoorientacji. Jest to etap budowania logicznego Ja, tworzenia zintegrowanego obrazu siebie.
7. Etap osobowości selektywnej z Ja wartościującym (12–18 lat).
8. Etap osobowości dojrzałej z Ja samorealizującym się (18–25 lat).

Etapy te są ściśle przypisane do wieku, co może ograniczać zastosowanie przedstawionej koncepcji.

Szczegółową analizę rozwoju samoświadomości u dzieci przedstawił R. Selman. Opierając się na przeprowadzonych badaniach, stworzył model rozwoju świadomości Ja u dzieci. Wyróżnił w nim pięć poziomów:

Poziom 0 – przypada na okres niemowlęcy i trwa do 2. roku życia. Dziecko w tym czasie jest świadome swojej odrębności fizycznej, ale nie rozumie, co znaczy odrębność psychiczna.

Poziom 1 – obejmuje dzieci od 3 do 5 lat. Dziecko oddziela zachowanie od poznania, ale uważa, że zachowanie ukazuje wewnętrzne stany osoby. Można poznać Ja drugiej osoby przez jej obserwację.

Poziom 2 – to dzieci w wieku od 6 do 9 lat. Są świadome tego, że zachowanie może różnić się od wewnętrznych odczuć. Rozpoznają fakt, iż Ja może być częściowo ukryte dla osób z zewnątrz, ale jest ono jawne dla samego siebie.

Poziom 3 – charakteryzuje dzieci mające 10–12 lat. Postrzegają one Ja jako element swojej osobowości. Oddzielają też Ja od umysłu, który dostarcza informacji o tej strukturze.

Poziom 4 – przypada na dorastanie, obejmuje dzieci powyżej 12 lat, które uświadamiają sobie, że Ja nie może być w pełni poznane (Vasta i in., 1995, s. 518–520).

Przedstawione teorie ukazują, że nie ma jednego spójnego modelu rozwoju Ja. Każda teoria opiera się na innych przesłankach i innym czynnikom przypisuje priorytetową rolę. Jednak analizując powyższe teorie, można przedstawić stwierdzenie, że dziecko w wieku 7–11 lat odchodzi od swojego egocentryzmu, przez co podejmuje próby obiektywnej oceny siebie w różnych rolach społecznych. Interesuje się także swoim światem wewnętrznym, zastanawia się nad swoimi zainteresowaniami, cechami. Potrafi określić, co lubi robić, co robi dobrze, co chciałoby robić i jakie chciałoby być. Można więc powiedzieć, że dzieci zaczynają formułować swoje standardy osobiste przez mówienie o swoich pragnieniach i życzeniach. Pragnienia te nie mają stałego charakteru, dotyczą przeważnie konkretów i są jeszcze bardzo zmienne. Istotny jest jednak fakt, że dziecko w tym wieku zaczyna określać swoje Ja idealne, czyli jest zdolne do tworzenia wizji przyszłości.

### **3. Pojęcie wizji życiowych, jej definicje, podziały i funkcje**

Człowiek w pełni rozwijający się odnosi się nie tylko do przeszłości i teraźniejszości, ale i do przyszłości. Analizując, wyobrażając, próbując ją planować, stara się na nią wpływać, kształtować ją. Próbując kreować swoją przyszłość, tworzy projekty stanu rzeczy, które w całości nie są mu znane z dotychczasowego doświadczenia, co za W. Łukaszewskim (1984) możemy nazwać wizją stanu możliwego danego obiektu. Wizje będące samodzielnymi kryteriami wartościowania rzeczywistości możemy nazwać modelami idealnymi lub za J. Reykowskim (1978) – standardami stanu idealnego.

Wizje idealne dotyczą różnych form rzeczywistości, z którymi człowiek ma do czynienia oraz relacji między nim a społeczeństwem, jak i jego samego. Wizje tworzą się na bazie własnych przemyśleń związanych ze strukturą Ja, z doświadczeń i oddziaływania otoczenia.

Głównym źródłem powstawania wizji stanów możliwych jest kombinatoryka, dzięki której powstają wizje oryginalne (Reykowski, 1978; Łukaszewski, 1984). Mogą one mieć charakter asymilowany i powstają wtedy na zasadzie przedłużenia ideałów i prognoz oferowanych przez społeczeństwo. Człowiek w procesie socjalizacji przyjmuje wartości, ideały przyjęte przez innych razem z ich uzasadnieniem. Uznaje je za własne i ma na ten wybór argumenty. Trzecim źródłem wizji stanów możliwych jest negacja stanu istniejącego – mowa wtedy o wizjach wtórnych. Człowiek dzięki kontaktowi z otaczającym go światem poznaje coraz więcej stanów rzeczy, ale także uzmysławia sobie istnienie rzeczy mu nieznanych. Doświadczenia ludzkie bogate w różnorodność stanowią przesłankę porównań, kombinacji. Stanowią zatem czynnik stymulujący tworzenie się wizji, na co duży wpływ mają: oddziaływanie społeczne, szczególnie wzmocnienia, nagrody. Pozytywny wpływ ma także kultura, która w swoich przesłankach jest nastawiona na przyszłość, uznaje ją za wartość, ale także daje przyzwolenie na kreowanie przyszłych wzorców kulturowych innych od dotychczasowych.

Wizje stanów możliwych występują w dwóch postaciach: prognoz i życzeń. Człowiek może wyobrażać, prognozować stany mające małą wartość, jak i te znaczące o tzw. życiowej doniosłości, których spełnienie stanowi pragnienie człowieka. Takie wizje zostały nazwane wizjami stanów pożądanых. I w tym przypadku możemy wyróżnić ich hierarchizację od mniej pożądanых do pożądanых w najwyższym stopniu, nazwane wizjami stanu idealnego (Łukaszewski, 1984, s. 266).

Wyróżniono wiele formuł wizji stanów pożądanых. Można je pogrupować na wizje osobiste, pozaosobiste i ponadosobiste; wizje ogólne, konkretne i ogólnikowe; wizje indoktrynowane i autonomiczne; wizje konsumpcyjne i wzrostowe, a także na sprawcze i niesprawcze. Każda z wymienionych inaczej wpływa na rozwój osobowości.

Wizje osobiste dotyczą stanów własnej osoby. Są to stany, jakie chciałaby osiągnąć dana jednostka, pożądanе z jej subiektywnego punktu widzenia, w psychologii nazwane Ja idealnym (Reykowski, 1978, 1979, 1990; Łukaszewski, 1984; Koziński, 1986, 1987). Wizje pozaosobiste charakteryzują się gratyfikacją stanów świata poza Ja danego człowieka. Wizje ponadosobiste oparte są na pożądanеj relacji Ja – świat. Większość osób ma wizje osobiste, wręcz jest na nich skupiona. Wynika to z egocentryzmu, z koncentrowania się na własnej osobie, na swojej

wartościowości. Nieraz świadczy to o dużej tendencji do samodoskonalenia się. Jednak częściej skupienie się na wizjach osobistych powoduje przyporządkowanie otaczającej rzeczywistości i osób swojemu idealnemu Ja. Wszystko, co nie podlega tej strukturze, zostaje odrzucone. Następuje izolacja i skupienie się na swoim Ja idealnym, co nie w pełni sprzyja rozwojowi. Osoby skupione na wizjach pozapersonalnych orientują swoje zachowanie na maksymalizację interesu świata, nie wartościując zasadniczo osobistych interesów. Są wspaniałymi altruistami, którzy jednak nie dostrzegają własnej wartości. Celem działania przy koncentracji na wizjach ponadosobistych jest zmiana relacji Ja – świat, przez co osoba zwraca uwagę zarówno na interes własny, jak i świata. Są to wizje, które odgrywają największą rolę w rozwoju osobowości. Powodują, że człowiek dostrzega zarówno własną wartość, ma swoje cele, jak i zabezpiecza interesy społeczne, uznając je za równie ważne. Wizje te zabezpieczają przed egocentryzmem, ale i przed brakiem poczucia własnej wartości.

Wizje ogólne, konkretne i ogólnikowe różnią wizje stanów możliwych, pożądaných i idealnych pod kątem konkretności i ogólności. Wizja ogólna charakteryzuje się wyrazistym rozczłonkowaniem, a zarazem zintegrowaniem etapów pośrednich pomiędzy stanem wyjściowym i docelowym, a także ma wysoki poziom konkretyzacji. „Wizja konkretna opisuje jeden konkretny stan docelowy, osiągnięciu którego służy wyrazisty i spójny program realizacji. Wizja jest ogólnikowa wtedy, gdy brak jej konkretyzacji lub rozczłonkowania etapów pośrednich między stanem wyjściowym i stanem docelowym” (Łukaszewski, 1984, s. 275). Człowiek zapewnia sobie najbardziej optymalny rozwój, realizując ogólną wizję stanu idealnego, ponieważ wyznacza pewien ogólny cel, który jest reprezentacją powiązanych ze sobą stanów rzeczy. Do jego realizacji jest potrzebne ustalenie wskaźników postępowania, co wymaga ciągłego zbierania informacji, przetwarzania ich, podejmowania decyzji. Działania takie bardzo sprzyjają rozwojowi, budując także motywację. Już dużo mniejszej organizacji i przemyśleń wymaga realizacja wizji konkretnych, gdzie cel jest jasno sprecyzowany, wyznaczając tym samym sposób jego wykonania.

Wizje indoktrynowane od autonomicznych różnią się tym, czy powstały na skutek socjalizacji, czy zostały wytworzone przez jednostkę. Wizje autonomiczne nie tylko zostały przez jednostkę stworzone, ale także uzasadnione jej subiektywnymi argumentami. Samodzielne ich tworzenie wzbogaca osobowość, pokazując jego twórczy charakter. Wizje indoktrynowane zostają w procesie socjalizacji przyswojone, co oznacza, że jakiś stan rzeczy jest dla danej jednostki stanem pożądanym czy wręcz idealnym. Człowiek przyjmuje tę wizję, jednak nie potrafi tego racjonalnie umotywić (Łukaszewski, 1984).

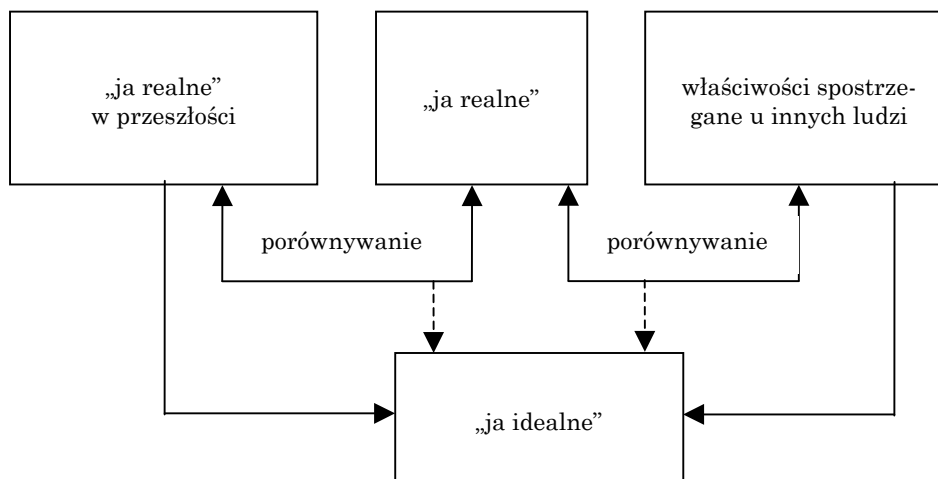
W zależności od tego, czy dana wizja jest „zakańczalna”, czy nie, możemy wyróżnić wizje konsumpcyjne i wizje wzrostowe. Wizje konsumpcyjne stanowią opis wartościowych stanów konkretnych lub ich zbiorów. Charakteryzują się tym, że ich realizacja jest dostępna, a osiągnięcie zamierzonego celu przerywa aktywność skierowaną na jej realizację. Wizje wzrostowe – rozwojowe nie mają stanu docelowego, dlatego ich realizacja nie ma końca. Powoduje to ciągły rozwój zmierzający do osiągnięcia celu, co chroni także przed utratą sensu życia. Zrealizowanie wizji konsumpcyjnej może powodować utratę celu życia (Łukaszewski, 1984).

Spełnienie wizji sprawczych zależy od aktywności własnej, natomiast wizji niesprawczych jest możliwe i prawdopodobne nawet przy braku własnej aktywności. Wizje niesprawcze mogą budować błędne przekonanie o własnej wartości człowieka. Przypisując sobie ich realizację, uznaje się swoje zasługi, których nie ma. Wizje wpływają bezpośrednio na rozwój osobowości i często są uznawane za tożsame z Ja idealnym jednostki.

Według W. Łukaszewskiego (1984) istnieją dwa czynniki budujące Ja idealne, rozpatrywane jako system wizji pojęciowych: postrzeganie innych ludzi oraz przechowywanie w pamięci modeli Ja realnego z przeszłości. W pierwszym przypadku Ja idealne tworzy się pod wpływem innych osób najczęściej znaczących – personifikacje. Może się też tworzyć przez kompozycje wyabstrahowanych cech charakterystycznych dla innych osób. Kształtowanie się wizji idealnej odbywa się na zasadzie zestawienia dwóch informacji Ja realnego z informacjami dotyczącymi innych osób, następnie porównanie tych informacji. Warto podkreślić, że według Łukaszewskiego (s. 185) już „ośmiolatki sprawnie potrafią takich porównań dokonywać, a co więcej – dysponują już kryteriami wartościowania”. Drugi model tworzenia się wizji Ja idealnego bazuje na porównaniu Ja realnego z modelami siebie z przeszłości. Występuje on szczególnie u osób, które przeżywają stratę, np. utrata zdrowia, kalectwo, starzenie się. A. Wright (Łukaszewski, 1984) dowodzi, że w przypadku utraty zdrowia, powodującego trwałe kalectwo, u wielu osób Ja idealne jest przeniesieniem przeszłości w przyszłość.

Rozważając wizje dotyczące własnej osoby, należy także przedstawić ich podział na wizje opisowe i normatywne. Wizje opisowe dotyczą cech, które dany człowiek chciałby sobie przypisać lub uważa, że mógłby je mieć, ale z różnych powodów ich nie ma. Najczęściej powstają one przez porównanie Ja realnego z obrazami siebie z przeszłości. Natomiast wizje normatywne ukazują człowieka, jaki powinien być i tworzą się na podstawie porównania siebie z innymi.

**Schemat 1.** Mechanizmy tworzenia się Ja idealnego (Łukaszewski, 1984, s. 186)



Można wyróżnić cztery typy informacji wchodzących w treść Ja idealnego (Łukaszewski, 1984, s. 187).

1. Informacje o idealnych stanach organizmu podmiotu – ten typ informacji występuje najczęściej u osób, które mają jakieś zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, np. choroba przewlekła, kalectwo itp.

2. Informacje na temat idealnych właściwości podmiotu, np. cech fizycznych, umysłowych.

3. Informacje o idealnym miejscu własnym wśród innych, np. pożądana pozycja społeczna.

4. Informacje dotyczące idealnych relacji między treściowymi składnikami osobowości.

Tworzenie się wizji pożądanых, jak i idealnych wydaje się z różnych względów konieczne w życiu człowieka. Człowiek ma potrzebę ingerencji w swoją przyszłość, w to, co będzie się w niej działo i kim w niej będzie. Wymaga to ciągłego zbierania informacji, planowania działania, porównywania i weryfikacji. Czyni to wizje organizatorem i inspiratorem zachowań człowieka mających wpływ na tworzenie przyszłości. Jej funkcją jest bowiem stymulowanie myślenia, działania i twórczości poszczególnych ludzi. Wizje pozwalają znaleźć człowiekowi swoje miejsce w świecie przyrody, społeczeństwa i kultury, stając się składnikiem świadomości. Wizja urzeka tym, że daje poczucie bezpieczeństwa w przyszłości i wiarę w spełnienie oczekiwań (Szczepański, 1995).

Wizje spełniają dwie podstawowe funkcje – motywującą i sterującą. Rozbieżność między stanem realnym a idealnym stanowi źródło motywacji do działania w kierunku zmiany tego stanu rzeczy, a w przypadku wizji do zmniejszenia tej rozbieżności. Motywacja tego rodzaju jest naj-

bardziej zaangażowana w proces samorozwoju (Łukaszewski, 1984; Reykowski, 1979). Motywacja uruchomiona przez rozbieżność pomiędzy stanami realnymi a idealnymi stanowi źródło działania nie tylko w sytuacjach zagrożenia, ale przede wszystkim ogólnego zadowolenia – gdy człowiek chciałby, aby było lepiej. Jak przedstawiono wcześniej, nie wszystkie wizje są możliwe do osiągnięcia. Zabezpiecza to przed utratą sensu życia, utratą motywacji do ciągłego samorozwoju. Przecież właśnie ta motywacja, ciągle podsycona nowym wyobrażeniem swojej przyszłości, rozwija w człowieku mechanizm samorozwoju. Wizje wyznaczają program sterujący działalnością człowieka do jego realizacji. Stąd funkcja sterująca wizji idealnych. Ukazują one stan pożądany danego stanu rzeczy, który stanowi wskazówkę, na podstawie której człowiek podejmuje działanie polegające na zbieraniu informacji, dokonywaniu wyborów i ocenianiu prawidłowości tych wyborów, by osiągnąć pożądany stan rzeczy. Standardem regulacji zachowania w przypadku rozbieżności pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym może być zarówno treść Ja realnego, jak i Ja idealnego. W pierwszym przypadku następuje kreowanie siebie według Ja idealnego, stanowiącego standard regulacji (Reykowski, 1979; Łukaszewski, 1984). Człowiek próbuje zmienić swoje umiejętności oraz cechy poprzez samokształcenie, samowychowanie. Zmiany powodują redukcje rozbieżności pomiędzy Ja realnym a idealnym, co jest widoczne w zachowaniu się człowieka. W drugim przypadku dochodzi do manipulowania ocenami, sądami takiego interpretowania informacji, by bez rzeczywistych zmian wytworzyć obraz zmienionego Ja realnego. Technika ta powoduje tylko pozorne zmniejszenie rozbieżności pomiędzy Ja realnym a idealnym i zmusza do stałego podtrzymywania tego fałszywego obrazu. Takie działanie powoduje narastające zwiększanie się rozbieżności.

Ciągłe dążenie do realizacji Ja idealnego powoduje zmienność ludzkiej osobowości, jej ciągły rozwój, wzbogacanie o nowe doświadczenia, które są weryfikowane w relacjach z samym sobą i światem zewnętrznym, motywuje do podejmowania następnych działań.

Tylko wizje, które uwzględniają realne cechy rzeczy, wiedzę rzeczywistą, mogą pełnić funkcję motywującą, jak i sterującą ludzkim działaniem. Wizje oderwane od rzeczywistości, np. poetyckie, mogą pełnić funkcje jedynie motywujące.

---

## Rozdział drugi

---

# Czynniki kształtujące wizje przyszłego życia u dzieci

Geneza i psychospołeczny mechanizm tworzenia się wizji przyszłego życia nie są w pełni zbadane. Literatura fachowa skupiona jest głównie na tworzeniu się planów życiowych dzieci w wieku adolescencji na podstawie pierwszych doświadczeń, kształtowania się zainteresowań, podejmowania pierwszych decyzji związanych z życiem rodzinnym, a także zawodowo-edukacyjnym, które wyznaczają drogę kształcenia do wybranego zawodu (Borowicz, 1980; Niebrzydowski, 1974, 1976; Zielińska, 1989, 1991). Rzadko jednak odnosi się do wyobrażeń tych planów i genezy ich powstawania, a przecież to właśnie wizje przyszłości wpływają na motywację, sterują działaniem, by osiągnąć zamierzony stan, są wyznacznikiem samorealizacji. Geneza tworzenia się wizji jest zawarta w rozwoju osobowości szczególnie w zakresie struktury Ja, której rozwój jest różnie interpretowany w zależności od przesłanek naukowych danej teorii (Erikson, 1989; Witkowski, 1989). Jednak nie należy zapominać, iż wizję nazwano stanem rzeczy, który w całości nie jest znany jednostce z wcześniejszych doświadczeń. Wizje, jakie tworzy dziecko, opierają się na relacji dziecko – rzeczywistość społeczna, w tym rodzinna i zawodowa. Tworzą się one na podstawie własnych przemyśleń związanych ze strukturą Ja, w których należy uwzględnić znaczenie czynników rozwojowych w kształtowaniu się obrazu przyszłości u dziecka. Dziecko z określonym potencjałem psychofizycznym osadzone w świecie zewnętrznym poznaje samego siebie, jak i określoną rzeczywistość poprzez zachodzenie w relacje. Budowanie wizji przyszłego życia wymaga od dziecka porównania Ja realnego i Ja idealnego w rzeczywistości społecznej, rodzinnej i zawodowej, co wiąże się z poszukiwaniem wiedzy na swój temat, otaczającego świata oraz relacji, jakie w nim obowiązują i w przetwarzaniu tej wiedzy. Możliwości poznawcze dziecka uzależnione są nie tylko od indywidual-

nego rozwoju poznawczego dziecka, ale także od uwarunkowań biografii indywidualnej dziecka, doświadczeń, jego indywidualnej socjalizacji. Wszystko to wpływa na rozwój jego osobowości.

## **1. Wpływ rozwoju poznawczego dziecka na powstawanie wizji przyszłości**

Tworzenie się wizji jest uzależnione od wiedzy na temat samego siebie, świata rodzinnego, zawodowego i relacji, jakie w nim zachodzą. Na jakość tego poznania ma wpływ rozwój poznawczy: myślenie, mowa, zasób słownictwa, umiejętność spostrzegania. Duże znaczenie w tworzeniu się obrazu samego siebie, jak i otaczającej rzeczywistości ma sposób wartościowania dziecka, uznawania, co dla niego stanowi wartość, co jest godne naśladowania, jakie chciałoby być, dlatego obok rozwoju poznawczego zostanie w tym rozdziale przedstawiony jego rozwój moralny.

Dziecko w okresie od 2. do 6. roku życia jest w fazie myślenia przedoperacyjnego. Około 2.–4. roku życia osiąga zdolność tworzenia przedstawień symbolicznych odpowiadającym osobom, rzeczom lub zdarzeniom bezpośrednio nieobecnym w jego otoczeniu. Nie ma wyraźnej granicy pomiędzy rzeczywistością a fikcją, dlatego przypisuje przyrodzie cechy ludzkie – antropomorfizm, przedmiotom martwym cechy żywe – animizm, ma przeświadczenie, iż świat jest dla ludzi – artyficyzizm. Takie myślenie powoduje, że obraz świata jest jeszcze mocno zniekształcony. Dziecko w tym wieku nie rozumie zasady stałości rzeczy w przypadku zmiany ich fizycznej formy. Charakteryzuje je myślenie synpraktyczne, sztywność myślenia oraz uległość wobec percepcji. Mowa pozwala mu na wskazanie swoich symbolicznych przedstawień. Dziecko nie potrafi zrozumieć perspektywy innych osób, co jest wyrazem jego egocentryzmu, chociaż potrafi przypisać zarówno sobie, jak i innym pewne stany umysłu, jak uczucia czy przekonania (Debesse, 1963; Hurlock, 1985; Donaldson, 1986; Tyszkowa, 1985, 1988; Brzezińska, 1991). Spostrzega inne osoby przez ich cechy zewnętrzne lub sytuacje, w jakich się znalazły, ujmując je w terminach subiektywnych. Stąd tak częste występowanie zaimków: ja, mnie (Skarżyńska, 1981). W tym wieku znaczenia nabierają rówieśnicy – dzieci zaczynają się bawić w grupie, a zabawa jest podstawową formą ich aktywności. To ona pomaga dziecku poznać świat (Hurlock, 1985). Umożliwia poznanie samego siebie, pozwala na sprawdzenie swoich możliwości w świecie fikcyjno-wyobrażeniowym. Rola, którą przyjmuje dziecko, pozwala mu wyjść poza ramy rzeczywistości, dając satysfakcję z wykonywania rzeczy wymarzonych, ale nieosiągalnych (Elkonin, 1984; Dyner, 1983; Brzezińska, Burtowy, 1992).

W tym wieku dziecko nastawione jest na realizowanie własnych potrzeb, nie zauważa potrzeb innych osób, ponieważ nie jest w stanie zrozumieć innych celów moralnych ponad te, które są następstwem jego własnego postępowania (Muszyński, 1987).

Dziecko w wieku 6–7 lat zaczyna myśleć konkretnie. Jego myślenie logiczne jest jednak ściśle związane z rzeczywistym doświadczeniem lub przedmiotem fizycznym. Operacje myślowe mogą być też związane z wyobrażeniowym przedstawieniem konkretnych przedmiotów lub doświadczeń. Pozwala to jednak dziecku oderwać się od swojego egocentryzmu, przez co staje się małym realistą, ma dość rzeczowe podejście do otaczającej rzeczywistości. Dziecko przestaje fantazjować na każdy temat, a granica pomiędzy realną a wyimaginowaną rzeczywistością jest bardzo wyraźna i nieprzekraczalna (Szuman, 1985). Zmienia się także sposób spostrzegania, które staje się bardziej dowolne, powoli oderwane od typowo jednostronnego, egocentrycznego spojrzenia na świat. Dziecko zaczyna uwzględniać perspektywę innych osób, próbując ją porównać z własnym punktem widzenia, myślenia, odczuwania. Oczywiście, odbywa się to na różnym poziomie decentracji. Wiek 7–12 lat można potraktować jako przejściowy w rozwinięciu świadomości cudzej perspektywy poznawczej i społecznej, z czym wiąże się zauważanie, że inne osoby mają własne sądy, uczucia, myśli i potrzeby (Skarżyńska, 1981). Dziecko poprzez rozwój spostrzegania potrafi zastąpić rzeczywisty obraz świata jego pojęciowym modelem. U dzieci w tym wieku znacznie wzrasta zasób słownictwa, a w treści swoich wypowiedzi zaczynają stosować elementy opisu. W miejsce najczęściej pojawiających się określeń, dotyczących cech zewnętrznych, zaczynają być używane określenia dotyczące cech wewnętrznych, typów zachowań. Pojawia się opis wzajemny, uwzględniający relacje między opisującym a opisywanym (Winiarska, 1991).

Dziecko około 9. roku życia zaczyna w swoim zachowaniu rozważać sposób postępowania innych osób, nawiązując głównie do zewnętrznych atrybutów aktywności społecznej. Personalizuje środowisko pracy, rodziny z konkretnymi osobami. Normy moralne łączy z konkretnymi osobami, co wiąże się z dziecięcym partykularyzmem (Muszyński, 1987). Dziecko, odnosząc się do korzyści płynących z życia rodzinnego czy zawodowego, bierze pod uwagę pryzmat indywidualnych osób, a nie szerszej perspektywy społecznej. Jest to charakterystyczne dla stadium heteronomii rozwoju moralnego (poziom prekonwencjonalny z teorii rozwoju moralnego L. Kohlberga) (Muszyński, 1987).

W okresie szkolnym zabawa cały czas stymuluje rozwój funkcji poznawczych dziecka, ułatwia przystosowanie społeczne, ale także pomaga przejść od spontanicznego działania z wczesnego dzieciństwa do intencjonalnego w pełni świadomego działania. Pomaga dziecku w tym wieku

podjąć nowe formy aktywności, jakimi są nauka i praca. Dziecko poprzez zabawę poznaje obraz rzeczywistości społecznej, rodzinnej, zawodowej, w której jako dorosły będzie uczestniczyć. Pozwala ona na łagodne przejście ze świata dziecięcej iluzji do rzeczywistości człowieka dorosłego.

W końcowym okresie wczesnoszkolnym dzieci wchodzą w stadium socjonomii moralnej (poziom konwencjonalny według Kohlberga). Dziecko zaczyna działać konformistycznie, dostosowuje się do wyznaczonych reguł. Potrafi uznać dobro innych członków społeczeństwa, choć czyni to często na zasadzie opłacalności. Za wartości moralne przyjmuje to, co przez większość uznane jest za dobre. Potrafi postawić siebie w perspektywie drugiej osoby, choć trudno mu zgeneralizować własną z inną perspektywą (Muszyński, 1987). Postrzega funkcjonowanie społeczne – życie rodzinne, zawodowe jako zaspokojenie potrzeb innych i własnych, ale nie odnosi tego do szerszych struktur społecznych.

Dzieci ok. 10.–11. roku życia mogą osiągać powoli stadium myślenia formalno-operacyjnego (Debesse, 1963), jednak dalej jest ono mocno związane z konkretem. Większość dzieci osiąga ten poziom myślenia około 13. roku życia. Dojście do tego etapu rozwoju poznawczego oznacza, że dziecko ma zdolność rozumowania hipotetyczno-dedukcyjnego, przez co jest zdolne do wyobrażania sobie, jaka byłaby rzeczywistość, gdyby dana hipoteza była spełniona (Piaget, 1966; Piaget, Inhelder, 1993; Vasta i in., 1995). W spostrzeganiu społecznym dziecko zaczyna odwoływać się do cech psychicznych, zaczyna wychodzić poza to, co obserwuje, analizując dane z wcześniejszych doświadczeń. Znacznie wzrasta poziom decentracji u dzieci, przez co uważa się, że są one gotowe do uznania cudzej perspektywy percepcyjnej, umysłowej, emocjonalnej i społecznej, a także do skoordynowania jej ze swoją własną (John, 1980; Skarżyńska, 1981; Winiarska, 1991).

Rozwój myślenia dziecka jest, oczywiście, bardzo indywidualny, choć w większości u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym przechodzi od etapu przedoperacyjnego przez operacje konkretne do początku myślenia formalno-operacyjnego. Pogłębiający się proces decentralizacji pozwala na odejście od egocentryzmu i zauważenie perspektywy innych osób. Stopniowa intelektualizacja czynności pozwala na stopniowe uniezależnienie działania dziecka od bezpośredniego wpływu aktualnej sytuacji zewnętrznej. Dziecko zaczyna formułować zamiary, jakie chce osiągnąć. Najpierw formułuje w trakcie działania, dobierając odpowiednie środki, a następnie określa je przed rozpoczęciem działania, układając plan, który ma doprowadzić do osiągnięcia zamierzonych celów (Tyszkowa, 1988). Rozwój postrzegania, który przechodzi od egocentryzmu, nierozzerwalności rzeczywistości z fikcją do umiejętności oderwania świata fikcji od realnych zdarzeń otaczającej rzeczywistości, pozwala na budo-

wanie coraz to bardziej adekwatnego obrazu rzeczywistości społecznej, rodzinnej i zawodowej. Pomaga w tym stale wzrastający zasób słownictwa dziecka. Rozwój mowy jest w dużej mierze stymulowany przez czynniki kulturowe, które ukazują drogę przekładu doświadczeń na symbole językowe. Mowa otoczenia dziecka, szczególnie najbliższego, ma znaczenie nie tylko dla budowania jego słownictwa, rozwoju uogólnień, ale także wyznacza sposób myślenia. Sposób posługiwania się pojęciami jest determinowany nie tylko przez jego wiedzę, ale i doświadczenia z nimi związane.

W okresie dzieciństwa rozwój poznawczy ma służyć dziecku do nauki tworzenia reprezentacji powtarzających się w otoczeniu prawidłowości, wychodzeniu poza doraźne dane i ich integracji, przez co dziecko jest zdolne połączyć przeszłość z teraźniejszością i przyszłością (Wygotski, 1971). To łączenie teraźniejszości z przyszłością jest możliwe dzięki budowaniu przez dziecko wizji przyszłości. Wizji dotyczących zarówno życia rodzinnego, zawodowego, jak i innych sfer funkcjonowania osobistego i społecznego człowieka. Wizje te powstają na bazie obrazu świata społeczno-rodzinno-zawodowego, który powstaje wskutek gromadzenia, analizowania i przetwarzania coraz to bardziej licznych, ogólnych informacji, spostrzeżeń na temat otaczającej rzeczywistości i relacji w niej panujących. Rozwój własnej tożsamości dziecka, a także sposób jego socjalizacji pozwalają wyłonić to, co stanowi wizję, czyli obraz pożądaný – wizję, która będzie determinować dalszy rozwój dziecka jako czynnik motywujący i sterujący jego działaniem.

## **2. Formowanie się wizji przyszłego życia w świetle teorii socjalizacji**

Analizując kształtowanie się wizji, należy zwrócić uwagę na proces socjalizacji, który wywiera realny wpływ na rozwój osobowości, a także przystosowuje do życia w otaczającym środowisku. Przyjmując definicję Klausa Hurrelmanna (1994, s. 16), „socjalizacja jest procesem wyłaniania się, kształtowania i rozwoju osobowości ludzkiej. Proces ten aktualizuje się w zależności od organizmu jednostki i w interakcjach z nimi z jednej strony, z drugiej zaś – w zależności od i w interakcjach ze społecznymi i ekologicznymi warunkami życiowymi, istniejącymi w konkretnym, historycznie określonym społeczeństwie. Socjalizacja oznacza proces, w toku którego istota ludzka ze swoimi specyficznymi biologicznymi i psychicznymi dyspozycjami staje się dojrzałą społecznie jednostką, wyposażoną w dynamicznie podtrzymywane w okresie całego życia zdolności i umiejętności skutecznego działania w obrębie tak całego spo-

łeczeństwa, jak i w poszczególnych jego elementach”. Biorąc pod uwagę różnice występujące pomiędzy socjologicznym rozumieniem procesu socjalizacji w różnych teoriach, np.: teorii systemów T. Parsonsa, teorii działania G.H. Mead czy teorii struktury społecznej J. Habermasa oraz w psychologicznym jego ujęciu, np. psychoanalitycznym, teorii uczenia się, rozwoju poznawczego, można się dopatrzeć jednak wielu podobieństw. Wszystkie wymienione wyżej stanowiska psychologiczne uznają koncepcje rozwoju, w którym zmiany jednostki, jej cech, kompetencji, postaw, kształtują się na podstawie wcześniej zdobytych doświadczeń. Doświadczenia te wynikają z konfrontacji własnego fizycznego i organicznego rozwoju z wydarzeniami środowiskowymi. I w tym stanowisku są one spójne z teoriami socjologicznymi (Hurrelmann, 1994).

Socjalizacja jest różnie rozumiana w zależności od badaczy, którzy ją interpretowali. F. Elkin, H. Pieron interpretowali proces socjalizacji jako wychowanie. Według Pierona, „socjalizacja to proces włączania dziecka w społeczeństwo, które dostarcza mu szeregu wiadomości i środków komunikowania się językowego. Dzięki temu przejmuje ono zasady życiowe, nawyki, sposób myślenia, ramy przestrzenno-czasowe, wierzenia i ideały środowiska, w jakim się wychowuje” (Lis, 1992, s. 11–12). Ale socjalizację rozumie się również jako proces wrastania w kulturę (Baldwin, 1971; Przeclawski, 1971; Watson, Lindgren, 1973) lub jako proces zdobywania świadomości społecznej i umiejętności porozumiewania się z innymi ludźmi (Mauss, 1960; Piaget, 1966). Wielu badaczy rozumie socjalizację jako proces kształtowania się osobowości (Reykowski, 1990; Szczepański, 1970; Przeclawski, 1971). Osobowość ludzka jest skutkiem doświadczania społecznego, „psychika i Ja tworzą się w trakcie wzajemnych relacji jednostek” (Lis, 1992).

W kształtowaniu się wizji warto zwrócić uwagę na psychoanalityczne ujęcie socjalizacji. Z. Freud uważał, że czynnik społeczny ma znaczący wpływ na rozwój osobowości, szczególnie rozwój superego tworzony pod wpływem nacisku otoczenia. „Ja idealne później utożsamiane z superego, kształtuje się dzięki identyfikowaniu się dziecka z wyidealizowanymi wyobrażeniami ojca i matki (...); właśnie dzięki interioryzacji relacji interpersonalnych dziecko uczy się traktować siebie jako przedmiot, stanowiący podobny do innych w otaczającym świecie obiekt poznania” (Lis, 1992, s. 15). Według Freuda, Ja idealne jednostki jest oparte na Ja idealnym grupy, zbiorowej idei, a proces socjalizacji ma służyć zmniejszeniu różnicy pomiędzy ideami jednostki a społeczeństwem. Proces socjalizacji przez relacje z innymi członkami społeczeństwa wpływa na budowanie się obrazu własnej osoby, struktur Ja i Ja idealnego. Szczególną rolę w rozwoju osobowości i tworzeniu się relacji dziecko – otoczenie społeczne odgrywają więzi z najbliższymi osobami, zwłaszcza z rodzicami.

W socjalizacji można wyróżnić dwie postacie: pierwotną i wtórną. Najbardziej znaczący wpływ na rozwój ma socjalizacja pierwotna, która w dużej mierze kształtuje osobowość w okresie dzieciństwa. Socjalizacja wtórna polega na przyswojeniu świata instytucjonalnego, wynikającego ze społecznego podziału pracy (Berger, Luckmann, 1983).

W okresie dzieciństwa dziecko przechodzi przez proces socjalizacji pierwotnej, podczas której doświadcza świata społecznego – rodzinnego i zawodowego. Doświadczenia te są głównie związane z osobami znaczącymi, przeważnie rodzicami i innymi osobami, które pojawiają się w życiu dziecka i odgrywają dla niego ważną rolę, a także przez zastępcze formy działania w świecie zabawy. Socjalizacja pierwotna dokonuje się na gruncie poznawczym i emocjonalnym. Poznanie przez doświadczenie otaczającego świata pozwala na budowanie przez dziecko obrazu rzeczywistości społecznej. Socjalizacja nie ogranicza się jednak do samego poznania, dochodzi również do identyfikacji najpierw z konkretnymi osobami, później całym społeczeństwem. Emocje stanowią podstawę procesu identyfikacji. Dziecko z racji swojej niedojrzałości żyje w świecie, którego reguły i zasięg wyznaczają dorośli, a ich treści są w dużej mierze uniwersalne. Socjalizacja pierwotna uwarunkowana jest wiekiem dziecka, ale także płcią, warstwą społeczną itp. Głównymi partnerami tworzenia roli społecznych internalizowanych przez dziecko jest społeczno-kulturowe środowisko, głównie rodzina, w dalszym etapie nauczyciele, wychowawcy w przedszkolu, szkole, rówieśnicy i inni dorośli zachodzący z różnych przyczyn w interakcje z dzieckiem. Decydujący wpływ na proces socjalizacji mają jednak dorośli. To oni wprowadzają dziecko w świat społeczno-rodzinnych i zawodowych zależności i wpływają na sposób relacji dziecko – świat rodzinny, dziecko – świat zawodowy. Można powiedzieć, że socjalizacja pierwotna przyczynia się do budowania i strukturyzowania obrazu rzeczywistości, w której dziecko uczestniczy przez całe swoje życie (Skorny, 1987; Tyszkowa, 1985, 1988; Ziółkowski, 1989; Pielka, 1990).

Rodzina, jak ujmuje M. Tyszkowa (1985), stymuluje rozwój, stwarzając określone warunki do aktywności i zaspokajania potrzeb dziecka, dostarczając wzorców i standardów wykonywania czynności oraz zachowania się, jak też modeli osobowości i wzorców pełnienia ról; a dzieje się to poprzez przekazywanie sposobów opracowywania, interpretacji i oceny doświadczeń zgodnych z przyjmowanym w niej systemem wartości oraz przez organizowanie trybu życia (Lis, 1992, s. 59). Ponieważ rodzina jest pierwszym środowiskiem społecznym oddziałującym na dziecko, na dodatek stanowi jego główną przestrzeń życiową, odgrywa szczególną rolę w jego rozwoju. Wzajemne interakcje pomiędzy dzieckiem a rodzicami są tym ważniejsze, że są pierwsze i przypadają na okres najwięk-

szej podatności, kiedy dziecko zdobywa podstawowe umiejętności. Relacje te są trwałe, oparte na głębokiej więzi emocjonalnej. Dziecko w kontaktach z rodziną zabezpiecza sobie także podstawowe potrzeby psychiczne, jak bezpieczeństwo i miłość. Rodzice dwutorowo oddziałują na dziecko: świadomie, reprezentując określony styl wychowawczy, postawy rodzicielskie oraz nieświadomie – spontanicznie. Na ten drugi typ składają się wzory zachowań rodziców, sposób komunikacji, atmosfera w domu. Dziecko, naśladowując rodziców, identyfikując się z nimi, asymiluje ich wzory osobowe, co jest najbardziej skutecznym sposobem nauki (Jackowska, 1980; Skorny, 1987; Tyszkowa, 1985, 1988; Pielka, 1990).

Dla kształtowania się wizji przyszłości, szczególnie w aspektach wyobrażeń życia rodzinnego czy zawodowego, potrzebna jest dziecku orientacja w świecie rodzinnym i zawodowym, którą nabywa przez doświadczenia, jakie wynosi z domu rodzinnego. Rodzice stanowią wzorce osobowe, spostrzegani są przez pryzmat rodzica (rola matki, ojca, ale także żony, męża), jak i wykonywanego zawodu, który ma swoje przeniesienie na funkcjonowanie w domu. Poprzez proces naśladownictwa i identyfikacji dziecko internalizuje te wzorce. Upodabniając się do rodziców, sprawia, że wyznaczone przez nich wartości, postawy, cele stają się częścią jego psychicznej organizacji. Dziecko nieraz naśladuje rodziców, zazdroszcząc im statusu związanego z byciem dorosłym (Grygielska, 1992).

Rodzina jest dla dziecka pierwszym środowiskiem, w którym doświadcza zróżnicowanych form relacji podmiotowych i przedmiotowych. Rodzina określana jest przez: miejsce bytu, poziom ekonomiczny i kulturowy, obyczaje w niej panujące, działalność zawodową i specyficzne role społeczne jej członków (Lis, 1992). Rodzina pełni różne funkcje: biopsychiczne, ekonomiczne, społeczne, socjopsychologiczne. Funkcje socjopsychologiczne zostały podzielone na: socjalizacyjno-wychowawcze, kulturalne, rekreacyjno-towarzyskie, emocjonalno-ekspresyjne. I to właśnie głównie dzięki nim dziecko jest socjalizowane w rodzinie. Rozwija się jego osobowość, nabywa umiejętności potrzebnych do odgrywania różnorodnych ról społecznych. Umiejętność znalezienia swojego miejsca w społeczeństwie pozwala na pełne uczestnictwo w życiu społeczno-kulturalnym (Jackowska, 1980; Tyszka, 1984; Adamski, 1984; Skorny, 1987; Muszyńska, 1992).

Duży wpływ na proces socjalizacji mają takie instytucje, jak przedszkole czy szkoła. To one stanowią źródło doświadczeń dziecka z osobami poza rodziną. Pokazują dzieciom, że osoby spoza najbliższego otoczenia także mają swoje rodziny, zawody. Mogą one przyjmować inne wartości czy zasady niż przyjęte w rodzinie dziecka, co nie stanowi, że są one złe. Pokazują, że istnieją wspólne wartości przyjęte społecznie, ale są też

takie, które każdy człowiek przyjmuje indywidualnie. Takie doświadczenia pozwalają dziecku na zauważenie, że świat jest różny i dla każdego jest w nim miejsce. Instytucje wychowawcze dostarczają także wiedzy o roli i funkcji rodziny oraz poszczególnych jej członków. Przedstawiają świat zawodowy poprzez przekazywanie informacji o różnych zawodach oraz ich funkcjach społecznych. Instytucje te, oprócz przekazywania wiedzy, dają dziecku, poprzez zabawę, możliwość odgrywania różnych ról społecznych i to zarówno związanych ze światem rodzinnym, jak i zawodowym. Przebywanie w grupie rówieśniczej pomaga dziecku w nawiązywaniu kontaktów społecznych, uczy reguł uczestnictwa w życiu społecznym. Ukazuje w mikroskali relacje zachodzące w otaczającej go rzeczywistości. Oczywiście, środowisko instytucjonalne może dostarczać również negatywnych wzorców, niekorzystnie wpływając na proces socjalizacji, jeżeli edukacja w tych placówkach nie odbywa się prawidłowo (Żebrowska, 1982; Skorny, 1987).

### **3. Kształtowanie się wizji rodzinnych i zawodowych**

Człowiek w swoim życiu podejmuje różne formy aktywności, jednak większość z nich jest skupiona wokół dwóch centralnych cykli życia: rodzinnego i zawodowego. Oba te cykle mają swoją strukturę rozwoju, w której określoną rolę odgrywają wyobrażenia przyszłości, wizje życiowe. Są one elementem motywującym do podejmowania określonej aktywności w celu osiągnięcia następnego etapu na drodze życia rodzinnego czy zawodowego.

Cykl życia rodzinnego przechodzi od stadium ścisłego związku z rodziną, oddalenia się od niej, do długiego i transformatywnego okresu budowania i rozwijania własnej rodziny.

W cyklu życia rodzinnego można też wyróżnić poszczególne etapy, które są związane z fazami rozwoju rodziny. Według klasycznego podziału E. Duvell, wyróżniono osiem stadiów rozwoju rodziny:

- pierwsza faza – małżeństwo bez dzieci,
- druga faza – rodzina wychowująca małe dzieci,
- trzecia faza – rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym,
- czwarta faza – rodzina z dzieckiem w wieku szkolnym,
- piąta faza – rodzina z dorastającymi dziećmi,
- szóstą fazą – rodzina z dziećmi opuszczającymi dom,
- siódma faza – „pustego gniazda”, dzieci odeszły z domu,
- ósma faza – zbliżanie się do końca cyklu rodziny (Balcerzak-Paradowska, 1988; Dodziuk-Lityńska, 1975).

Natomiast H. Worach-Kardas (1988), opierając się na klasycznym podziale stadiów rozwoju rodziny, wyróżnia następujące fazy w życiu rodzinnym:

1. Faza prokreacji – podczas której następuje koncentracja na funkcji prokreacyjnej rodziny, angażuje ona głównie kobietę, która na okres pełnienia obowiązków macierzyńskich pozostaje poza pracą zawodową.

2. Faza wczesnego rodzicielstwa – przypada na okres wczesnego i średniego dzieciństwa, angażuje ona oboje rodziców, którzy muszą podjąć się roli rodzicielskiej. Jest to okres poszukiwania metod wychowawczych i sposobów łączenia ról małżeńskich z rodzicielskimi i zawodowymi. Nowe obowiązki i większa odpowiedzialność za rodzinę wiążą się ze wzrostem poziomu stresu, przez co nasila się liczba konfliktów rodzinnych.

3. Faza względnej stabilizacji rodziny – obejmuje okres późnego dzieciństwa i dorastania dzieci. Jest to czas, w którym następuje usamodzielnianie się dzieci. Rodzice mają możliwość powrotu do aktywności zawodowej i społecznej.

4. Faza postprenatalna – określana fazą „pustego gniazda”. Dzieci odchodzą z domu, małżonkowie mają możliwość realizowania planów odkładanych na później. Wymaga to jednak dużego zaangażowania obu partnerów. Znaczenia nabiera praca zawodowa, która wyznacza rytm życia codziennego.

Dziecko uczestniczy w tych fazach życia rodzinnego jako obserwator i współuczestnik, by opuścić swój dom rodzinny, założyć własną rodzinę i już samodzielnie przejść przez te etapy, oczywiście pod warunkiem, że nie wybierze innej drogi życiowej. Potrafi podjąć się tego zadania dzięki doświadczeniu, jakie wyniosło z własnego domu. Socjalizacja, sposób spostrzegania swojej rodziny, wpływa na wyobrażenia przyszłego życia rodzinnego. Dziecko w drodze socjalizacji pierwotnej przyjmuje wzorce i standardy zachowania się, poznaje modele osobowości i wzorce pełnienia ról – szczególnie role matki, ojca, ale także żony i męża (Tyszkowa, 1985). Samo otoczenie rodzinne socjalizuje przez dobór przedmiotów codziennego użytku, np. mebli, ubrań, żywności oraz przekazanie sposobu obchodzenia się z nimi, użytkowania ich i przypisywania im wartości (Hurlock, 1985). Wiedza ta buduje obraz życia rodzinnego u dziecka, wpływ na budowanie tego obrazu ma też sposób spostrzegania rodziny i swojego w niej miejsca. W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że dzieci jako najbardziej istotną osobę w rodzinie postrzegają matkę. Drugą znaczącą osobą jest ojciec (ma istotne znaczenie szczególnie dla chłopców). W następnej kolejności dzieci postrzegają swoje rodzeństwo i dziadków ze szczególnym zwróceniem uwagi na babcię (Anthony, Bene,

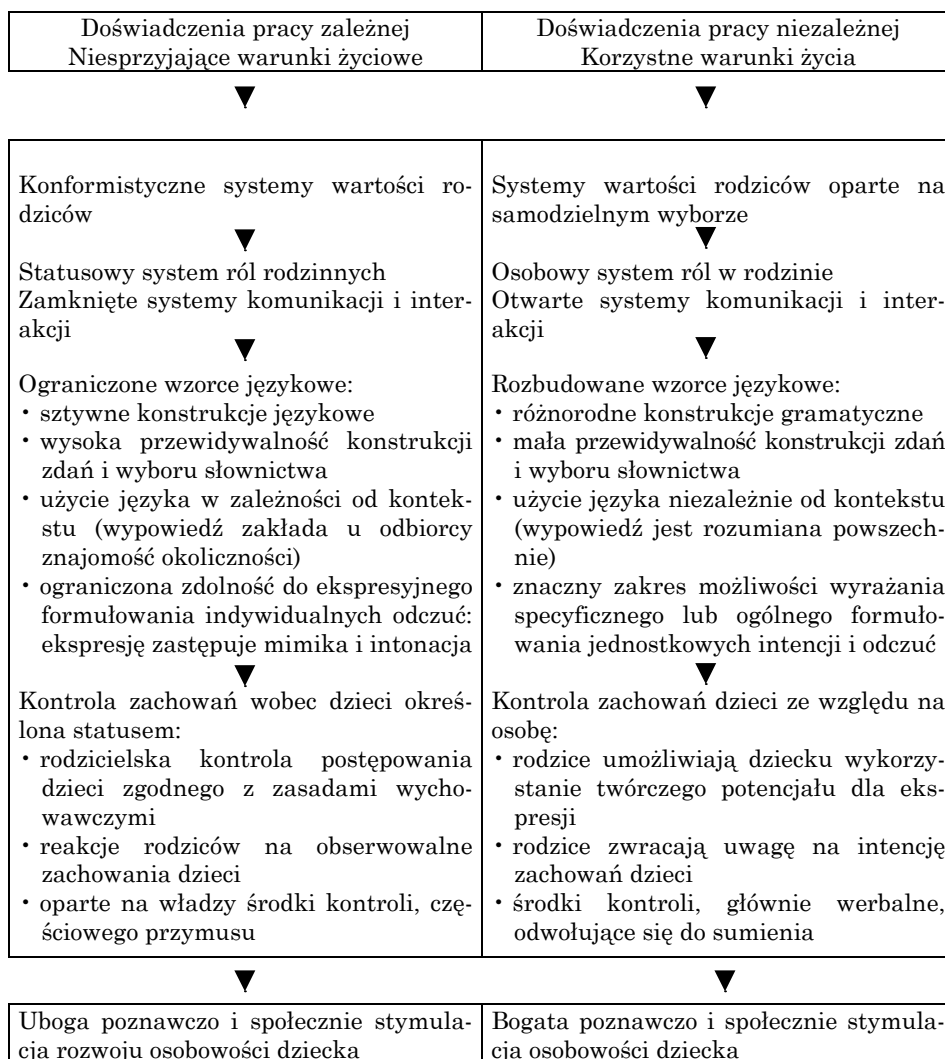
1984; Rembowski, 1986). Matki postrzegane są także jako osoby dostępne emocjonalnie, bardziej czułe, empatyczne, służące pomocą, zdolne do szybkiego opanowania innych czynności, wszechstronne i elastyczne. Przypisuje im się obowiązki domowe związane z tradycyjnym podziałem ról, tzn. sprzątanie, gotowanie itp. Natomiast ojcowie postrzegani są jako bardziej zamknięci, mniej empatyczni, ale mądrzejsi od matek, uznawanych za rodzinny autorytet, jak i za wykonawców kar oraz odpowiedzialni za utrzymanie materialne domu (Rembowski, 1972; Kwak, 1983; Vasta i in., 1995). Taki model dominuje nie tylko w spostrzeżeniach rodziny, ale także w wyobrażeniach na temat przyszłego życia rodzinnego. Młodzież planuje swoje role rodzinne, opierając się na tym modelu (Kulpiński, 1992). Doświadczenia i wiedza zdobyta w rodzinie, jak i sposób jej spostrzegania buduje obraz życia rodzinnego, na bazie którego dziecko kształtuje swoje wyobrażenie przyszłości.

W budowaniu tego obrazu ogromne znaczenie ma funkcjonowanie emocjonalne, które u dzieci przewlekłe chorych jest często zakłócone. W przypadku dzieci z zaburzeniami w tej sferze, rodzice są spostrzegani jako mniej kochający niż są w rzeczywistości. Ta błędna percepcja stanowi główny czynnik patologizujący ich rozwój (Anthony, Bene, 1984).

Socjalizacja pierwotna wpływa także na rozwój obrazu zawodowego. Rodzice wychowują dzieci dla świata w taki sposób, w jaki go doświadczają, szczególnie w trakcie pracy zawodowej. Bernstein w swoich teoriach socjalizacji przyjmował, że system ról w rodzinie jest wyznaczony z jednej strony – funkcją pośredniczenia pomiędzy zawodowymi a życiowymi doświadczeniami rodziców, z drugiej strony – kształtowaniem osobowości dziecka. Wyodrębnił on typologie, charakteryzujące różne struktury ról rodzinnych, ze względu na: zróżnicowane warunki życia rodziców, doświadczenia pracy zawodowej i cechy osobowościowe dzieci.

W swojej typologii pokazał on, jak ważne są wszystkie czynniki życia rodzinnego i zawodowego w kształtowaniu osobowości dziecka. Zwraca on uwagę na specyficzny symboliczny kod, obejmujący system komunikacyjny rodziny, który kształtują doświadczenia wszystkich jej członków. Wskazuje to, że w procesie socjalizacji istotne jest także materialno-przedmiotowe funkcjonowanie rodziny z perspektywy zawodowej socjalizacji rodziców. Rodzice przenoszą na teren domu swoje doświadczenia i emocje związane z pracą, co stanowi wzorce osobowe, dotyczące zawodowych ról społecznych. Przekazują w sposób świadomy lub nieświadomy wiadomości i doświadczenia zawodowe, które budują wiedzę o świecie zawodowym i kształtują określone postawy względem pracy (Rachalska, 1987; Piorunek, 1996).

**Schemat 2.** Bernsteina model zależności pomiędzy warunkami pracy, strukturą ról rodzinnych, wzorcami językowymi, środkami rodzicielskiej kontroli i rozwojem osobowości dziecka (Hurrelmann, 1994, s. 101).



Socjalizacja pod kątem zawodowym rozpoczyna się w rodzinie, a jest kontynuowana poza nią przez instytucje wychowawcze: przedszkole, szkołę, mass media, inne znaczące placówki dla rozwoju dziecka, np. szpital czy sanatorium w przypadku dzieci przewlekle chorych. Instytucje wychowawcze nie tylko przekazują wiedzę na temat aktywności zawodowej dorosłych, ale pośredniczą w kształtowaniu się relacji dziecko – świat zawodowy. M. Piorunek (1996, s. 47) pisze o przedszkolu i szkole jako:

- „źródle dziecięcych doświadczeń z ludźmi pracy środowisk pozarodzinnych – z przedstawicielami określonych instytucji zorganizowanych zgodnie z zasadami panującymi w świecie formalnych zależności i społecznego podziału pracy,
- źródle doświadczeń dzieci z konkretną pracą jako działalnością zorganizowaną, prowadzącą do określonych efektów (nauka i elementy pracy w codzienności szkoły),
- źródle intencjonalnego generowania wiedzy o rzeczywistości społeczno-zawodowej (realizacja programu kształcenia z jego prozawodowymi treściami)”.

Przedszkole i szkoła w procesie socjalizacji wtórnej nie tylko rozwijają intelektualnie dzieci, dostarczając im wiedzy na tematy związane ze światem zawodowym, ale pozwalają im doświadczyć pracy. W przedszkolu odbywa się to na płaszczyźnie fantazji, gdy dzieci w swoich zabawach odgrywają różne role zawodowe. Przejście do szkoły zmienia status dziecka, stawiane są mu inne zadania (kryzys tożsamości według E. Eriksona). Oprócz zabawy dziecko podejmuje naukę, która jako działalność w pełni zorganizowana, skierowana na realizację określonych celów, których zdobycie wymaga wysiłku, a skutki zostają ocenione, jest coraz bardziej zbliżona do pracy, jaką wykonują osoby dorosłe. Do tego dochodzą relacje uczeń – nauczyciel jako przedstawiciel instytucji, osoba mająca określone uprawnienia, ale i autorytet. Szkoła jako instytucja formalna mająca cechy instytucji totalnych jest podobnie zorganizowana, jak wiele miejsc pracy (Meighan, 1993). Doświadczenia, jakie wynosi uczeń z funkcjonowania w szkole jako instytucji formalnej, są pierwszym przygotowaniem do umiejętności poruszania się po instytucjach świata pracy. Instytucje wychowawcze poza rozwojem wiedzy i doświadczeń uczniów oraz stworzeniem im możliwości zachodzenia w różne interakcje związane ze światem rodzinnym, jak i zawodowym, mają na celu przekazywanie systemu wartości społecznych. Wartościują one nie tylko samą pracę, jej rodzaje, ale także sposób jej zdobywania i wykonywania. Naznaczają zawody, ze względu na płeć, które są przeznaczone dla mężczyzn, kobiet (Meighan, 1993).

Rozpatrując proces budowania obrazu świata zawodowego, nie można pominąć teorii psychologicznych, wyjaśniających rozwój zawodowy. Zasadniczym celem badań naukowych było wykrycie i wyjaśnienie ogólnych prawidłowości rozwoju psychicznego jednostki w ramach pracy zawodowej. Badanie takie zapoczątkował T. Parsons, którego teoria cechy i czynnika stanowiła odniesienie do wielu późniejszych koncepcji. Pojawienie się prac Ch. Bühlera, która przedstawiła teorie wyjaśniające genezę biografii zawodowych, zaowocował wieloma teoriami przedstawiającymi problem rozwoju zawodowego z perspektywy rozwoju człowieka

w ciągu życia (*life span*), np. teorie Ginzberga, Supera. Teorie wyjaśniające rozwój zawodowy koncentrowały się wokół różnych teorii, dlatego istnieje wiele ich podziałów. J. Fenczyn, I. Surówka (1987) podzielili te teorie w następujący sposób:

- 1) teorie koncentrujące się na roli potrzeb w rozwoju zawodowym,
- 2) teorie opierające się na periodyzacji rozwoju zawodowego,
- 3) teorie opierające się na cechach osobowości jako wyznaczniku rozwoju zawodowego.

Przykładem teorii, która uznaje, że głównym wyznacznikiem wyboru zawodowego są potrzeby jednostki, jest teoria A. Roe. Podkreśla ona wpływ doświadczeń wczesnodziecięcych i stosunków wewnątrzrodziny na sposób zaspokajania potrzeb przez dziecko. Wyróżnia trzy typy postaw rodzicielskich, które kształtują hierarchię potrzeb przyszłych dorosłych stylów życiowych. Dzieli ona zawody na pracę zorientowaną na ludzi i rzeczy. Zawody zorientowane na ludzi to: usługi, biznes, kierowanie ludźmi, przemysł, handel, kultura, edukacja, sztuka, reklama. Do zawodów zorientowanych na rzeczy należą zawody techniczne, np. transport, zawody wykonywane na wolnym powietrzu, np. leśnictwo i nauka. Wybór zawodu jest uzależniony od stylu sprawowania opieki rodzicielskiej, która wyznacza potrzeby dziecka, zaś osiągnięcia w wybranym zawodzie zależą od czynników wrodzonych, np. inteligencji i statusu ekonomicznego (Bańka, 2000; Piorunek, 1996).

Pierwszą teorią rozwoju zawodowego opartą na rozwoju człowieka była teoria E. Ginzberga, S.W. Ginsburga, S. Alexandra, J.C. Herma. Oparli oni swoje badania na pracach Ch. Bühlera, która przedstawiła teorie wyjaśniające genezę biografii zawodowej, ujmując człowieka od dzieciństwa do starości. Wyróżnili oni trzy stadia wyboru zawodu:

1) stadium fantazji – przypadające na okres dzieciństwa od 6.–10. do 11. roku życia. W okresie tym dziecko jest skupione na odgrywaniu różnych zawodów, pod koniec tego okresu zabawa orientuje się na pracę,

2) stadium próby – obejmuje okres wczesnej młodości od 11. do 17. roku życia. Jest to proces przejściowy, dziecko zaczyna zauważać swoje zdolności, umie przypisać, jakie rodzaje działań mają dla niego wartość. Zaczyna rozróżniać różne perspektywy pracy i style życia, które się z nimi łączą. Jest to początek postrzegania kariery zawodowej jako wieloletniej działalności, która wyznacza sposób życia,

3) stadium realizmu – określone na okres młodości powyżej 17. roku życia do 22–24 lat. Dzieli się na trzy etapy: eksploracji, krystalizacji, samookreślenia. W okresie tym następuje połączenie uzdolnień z zainteresowaniami. Rozwija się system wartości i następuje wybór zawodu.

Teoria ta ukazuje rozwój zawodowy jako ciąg dokonywanych wyborów, które trudno zmienić (Bańka, 2000, s. 312).

Koncepcja E. Ginzberga, S.W. Ginsburga, S. Alexandra, J.C. Herma została rozbudowana przez Tiedmana i O'Hare. Połączyli oni rozwój zawodowy z rozwojem Ja. Traktowali Ja jako byt realny i dynamiczny, na którego rozwój wpływają czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Decyzje są podejmowane w momentach przełomowych. Po dokładnym zanalizowaniu, połączonym ze sprawdzeniem różnych możliwości wyboru, następuje krystalizacja i wprowadzenie decyzji w życie oraz przystosowania się do niej (Piorunek, 1996, s. 23).

Inną teorią, opierającą się na poglądach Ch. Bühler z zakresu psychologii rozwojowej, jest teoria rozwoju zawodowego D. Supera. Wpływ na jego poglądy miały też prace Parsonsa (teoria cechy i czynnika), jak i Rogersa, Cartera, Bordina (teorie dotyczące Ja – wybór zawodu uzależniony jest od odbioru samego siebie, jak i stereotypu dotyczącego danego zawodu). Rozwój zawodowy według Supera jest uzależniony od rozwoju własnej osoby i ma różne jakościowo zadania w poszczególnych okresach życia. Wyróżnia on następujące fazy:

1) stadium rośnięcia – od narodzin do 14.–15. roku życia, obejmuje podokresy:

- fantazji – do 10 lat, odgrywanie w wyobraźni wybranych ról, identyfikacja z rodzicami
- zainteresowań – 11–12 lat, rozwój wiedzy zawodowej
- zdolności – 13–14 lat, odkrycie własnych zdolności i ich rozwój,

2) stadium eksploracji – od 15 do 24 lat obejmuje podokresy:

- próbowania – 15–17 lat, pierwsze próbne wybory zawodu oparte na realnych przesłankach
- przejściowy – 18–21 lat, konfrontowanie własnego Ja z sądami o rzeczywistości zawodowej
- próby – 22–24 lat, wkraczanie w realną rolę zawodową,

3) stadium stabilizacji – od 25 do 44 lat obejmuje podokresy:

- doświadczenia – 25–30 lat, zdobywanie doświadczeń zawodowych
- stabilizacji – 31–44 lat, najbardziej twórcze lata pracy, zmiana statusu, stabilizacja kariery zawodowej przez awansowanie,

4) stadium podtrzymania – 45–64 lat, charakteryzuje się stałym dążeniem do poprawy pozycji zawodowej,

5) stadium schyłkowe – powyżej 65 lat obejmuje podokresy:

- osłabienia – 65–70 lat, praca dostosowywana do zmniejszających się możliwości, zdominowana decyzjami związanymi z ułożeniem sobie życia na emeryturze
- wycofywania się – powyżej 70 lat (Piorunek, 1996, s. 25–26; Bańka, 2000).

Teoria D. Supera uważana jest za jedną z najbardziej wyczerpujących teorii rozwoju zawodowego. Wprowadził on też wzory tożsamości zawodowej, wyróżniając wzory kariery zawodowej dla mężczyzn i kobiet.

Przykładem teorii stawiającej w centrum zainteresowania cechy osobowości jest teoria J. Hollanda. Określa ona, że rozwój zawodowy dokonuje się poprzez modyfikowanie osobowościowych cech w relacji do świata zawodowego. Wyróżnia on sześć typów osobowości zwanych modalnymi preferencjami personalnymi. Są to: realistyczny, badawczy, artystyczny, społeczny, przedsiębiorczy, konwencjonalny, którym odpowiadają określone środowiska zawodowe. Kształtują się one na bazie dziedzicznych czynników i osobistych doświadczeń. Wybór zawodu jest oparty na procesie dopasowywania swoich cech osobowościowych do określonych środowisk.

Najnowszym modelem planowania kariery zawodowej podobnym do modelu A. Hollanda jest ACT – American College Testing. Twórcy tej teorii Predigera i Vansickle'a oparli swój model na czterech typach zawodów skoncentrowanych na: ludziach, danych, rzeczach, ideach i odpowiadających im typach osobowości (Bańka, 2000).

Jak można zauważyć, klasyczne ujęcie rozwoju zawodowego jest skupione głównie na okresie dorastania czy podejmowania decyzji zawodowych. Okres dzieciństwa jest w niewielkim stopniu zauważony i mało przeprowadzono analiz na temat jego znaczenia dla późniejszego rozwoju. Okres trzeciego dzieciństwa odpowiada fazie fantazji i to zarówno w typologii Ginzberga, jak i Supera. Jest to okres, w którym dziecko odgrywa w swoich zabawach różne role, także związane ze światem zawodowym, identyfikuje się ze swoimi rodzicami. W tej identyfikacji znaczącym czynnikiem jest płeć – dziewczynki bardziej naśladują mamy, a chłopcy ojców. Kształtuje się w ten sposób odpowiednie postawy wobec kobiecości i męskości, ukazując dziecku sformalizowaną przestrzeń życiową, odmienną dla kobiet i mężczyzn, przez co dziecko nie tylko identyfikuje się ze swoją płcią, ale przyjmuje na siebie wszelkie konsekwencje wynikające z tej identyfikacji (Meighan, 1993; Hurrelmann, 1994). Dziecko w związku z ogólnym rozwojem przechodzi od fazy aktywności skupionej na zabawie, na orientację skupioną na pracy. W świecie zabawy, poznaje różne zawody, do których się ustosunkowuje pozytywnie, obojętnie lub negatywnie. Na podstawie tych ustosunkowań stają się one, lub nie, przedmiotem jego zainteresowań, a nawet marzeń. Jest to pierwsza reorientacja w świecie zawodowym, w której można wyróżnić pierwsze preferencje zawodowe. Dziecko stopniowo rozwija swoje wyobrażenia, zdobywa wiedzę i analizuje sposoby zachowania, by były one aprobowane społecznie. Często dzieci utożsamiają się z bliskimi, bawiąc się w ich role zawodowe. Przyjmują ich system wartości, naśladując za-

chowania, socjalizują się do przyszłego funkcjonowania w świecie zawodowym. Oczywiście wybory zawodu, jakich dziecko dokonuje w tym okresie rozwoju, nie są jeszcze realistycznym wyborem. Jest to niemożliwe z powodu stopnia rozwoju dziecka, między innymi brak umiejętności odczytania perspektywy czasowej, myślenia konkretnego, brak perspektywy rzeczywistości. Wybory te jednak wpływają na preferencje zawodowe, które w późniejszym okresie już realnie zaważą na podjęciu decyzji wyboru zawodu, dlatego nie należy ignorować i zapominać o tym pierwszym etapie rozwoju zawodowego.

Badania przeprowadzone w Niemczech dowodzą, że dzieci w okresie średniego i późnego dzieciństwa budują swoje wizje przyszłości.

Badania W. Jaide wykazały występowanie u dzieci do 10–11 lat życzeń dotyczących zawodu. Wpływ na te wyobrażenia mają potrzeby dziecka, chwilowe impulsy, ale także doświadczenia, zabawy i interakcje, w jakie zachodzi. Już te życzeniowe wybory zawodu pokazują indywidualne zróżnicowania zależne od płci czy statusu społecznego rodziny. Ukazują także pierwsze zwiastuny zainteresowań i talentów dziecka (Piorunek, 1996).

Dzieci w wieku 11–12 lat zostały przebadane przez Bender-Szymańskiego, który wykazał, że wybory zawodowe dzieci nie są już nierzeczywiste. Za ich realnością przemawia fakt, że dzieci w tym wieku zastanawiają się, jakie muszą podjąć działania w celu realizacji określonych planów zawodowych.

Natomiast E. Smith określa, że dziecięce marzenia zawodowe związane są ze zmieniającymi się zainteresowaniami dziecka, jak i ze znaczącymi osobami. Pomimo traktowania ich jako fantazjowanie, zwraca uwagę na fakt, że stanowią one podstawę poszukiwań przyszłego zawodu. Dlatego należy pomóc dziecku urealniać obraz świata zawodowego, zrozumieć wagę tych zawodowych marzeń, a nie je ignorować (Piorunek, 1996).

Podsumowując dostępne w literaturze informacje na temat rozwoju kształtowania się przyszłej drogi życia rodzinnego i zawodowego, można wyciągnąć wniosek, że nie jest dostrzegana w niej waga okresu średniego i późnego dzieciństwa. Brak jest charakterystyki, jak wyglądają, kształtują się obrazy przyszłego świata rodzinnego i zawodowego. A przecież to ten obraz jest źródłem i stymulatorem procesu formowania się tożsamości. Zdobywana wiedza na temat świata rodzinnego i zawodowego pozwala dziecku na tworzenie pierwszych projektów swojego przyszłego życia i sprawdzanie ich w świecie wyobraźni, ukazując pierwsze preferencje do pełnienia przyszłych ról społecznych.

## **Wpływ choroby przewlekłej na rozwój dziecka**

### **1. Choroba przewlekła i jej wpływ na funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne dziecka**

Analizując zagadnienie choroby, rozpatruje się głównie dwie orientacje: pierwszą, traktującą chorobę jako zaburzenie homeostazy (stanowisko fizjologiczne), drugą, negującą znaczenie mechanizmów fizjologicznych, interpretującą chorobę jako sytuację trudną, na którą organizm odpowiada całym syndromem reakcji biochemicznych, psychicznych i społecznych. Współcześnie jest więc choroba traktowana jako dynamiczna reakcja organizmu na działanie czynników szkodliwych. Istnieje duża różnorodność czynników chorobotwórczych i reakcji na nie, w związku z tym wyróżnia się wiele klasyfikacji chorób. Głównie wyodrębnia się kategorie chorób w zależności od zaatakowanego układu/narządu i ze względu na charakter czynnika chorobotwórczego. Podział taki pozwala na zoptymalizowanie kształcenia i organizacji opieki zdrowotnej.

Choroby można także podzielić z racji na ich przebieg. Mogą one mieć przebieg gwałtowny, o krótkim czasie trwania, tj. od kilku dni do trzech miesięcy, z bardzo wyraźnie występującymi objawami, jak np.: gorączka, dreszcze, omdlenia, nadmierne pocenie się itp., taką chorobę nazywa się ostrą. Przebieg może być też długotrwały i powolny, trwający powyżej trzech miesięcy, w sposób ciągły lub dający nawroty z mniejszym nasileniem objawów i wtedy mowa jest o chorobie przewlekłej. Przy czym choroba ostra może niekiedy stawać się z czasem chorobą łagodną w przebiegu lub przechodzić w długotrwałą, przewlekłą i odwrotnie – choroba początkowo łagodna w przebiegu może stawać się w określonych fazach chorobą ostrą. Zarówno choroby ostre, jak i przewlekłe mogą prowadzić do utrwalenia się zmian morfologicznych w organizmie lub psychicznych, mających nieodwracalny charakter, co jest równoznaczne

z niepełnosprawnością, jaka pozostaje po zlikwidowaniu lub zahamowaniu procesu chorobowego (Wielgosz, 1991; Maciarz, 1995; Pilecka, 1995, 2002; Pecyna, 1993a, 2000).

Choroba przewlekła ma ogromny wpływ na rozwój dziecka. Charakter tych zmian zależy od specyfiki samej choroby, ale przede wszystkim od psychofizycznych właściwości dziecka, jego wieku i otaczających go warunków zewnętrznych. Bezpośredni wpływ choroby na rozwój dziecka wyznaczają takie jej cechy:

1. Rodzaj i stopień ciężkości choroby – w badaniach stwierdzono prawidłowość, iż dzieci o mniejszych ograniczeniach ujawniają niekiedy więcej problemów emocjonalnych niż dzieci dotknięte cięższą postacią choroby. Jest to związane z brakiem grup odniesienia dla tych dzieci, nie identyfikują się one ani z dziećmi zdrowymi, ani chorymi, przez co wzrasta ich poczucie pokrzywdzenia, przeżywają częstsze konflikty wewnętrzne.

2. Stopień jawności choroby – dzieci dotknięte chorobami, których objawy są widoczne, przejawiają mniej problemów emocjonalnych i przystosowawczych.

3. Prognoza – jeżeli dziecko zna pozytywne rokowania swojej choroby, to zwiększa się jego przystosowanie społeczne.

4. Przebieg i czas trwania – im dłuższy czas trwania choroby i im więcej hospitalizacji, zabiegów, tym większe trudności emocjonalno-społeczne.

5. Koszty – jeżeli choroba interpretowana jest w kategoriach kosztów, to im są one wyższe, tym zwiększa się poczucie winy i wstydu u osoby chorej (Pilecka i in., 1999, s. 7–9).

Te czynniki tkwiące w chorobie zakłócają nie tylko czynności organizmu, ale wpływają na psychikę dziecka i jego funkcjonowanie społeczne (Pilecka, Pilecki, 1992, Pilecka i in., 1999; Maciarz, 1996, 1997; Pecyna, 2000).

Wpływ choroby na psychikę dziecka był przedmiotem wielu badań. W Polsce pierwszą psychologiczną koncepcję choroby przedstawiła J. Doroszevska, która uznała, iż choroba powoduje kształtowanie się swoistych obrazów psychicznych charakterystycznych dla danego schorzenia (Doroszevska, 1963). Uważała ona, że powstawanie tych specyficznych obrazów psychicznych zależy od indywidualnych cech układu nerwowego. Pod wpływem tej koncepcji doszukiwano się typowych sylwetek osobowości przypisanych danym rodzajom choroby. Teorię tę poddał krytyce A. Hulek, który w swoich badaniach pokazał, iż osoby pełnosprawne i niepełnosprawne mają więcej cech wspólnych niż swoistych. Choroba stanowi tylko jeden z czynników kształtujących osobowość dziecka. Stwarza ona różne trudne sytuacje w rozwoju dziecka, ale skut-

ki tych sytuacji bardziej zależą od dyspozycji osobowościowych dziecka i środowiska, jakie je otacza niż od rodzaju choroby (Hulek, 1977). W konsekwencji przedstawionych koncepcji przyjęto pogląd, że choroba może powodować ujemne zmiany psychiczne (Maciarz, 1998).

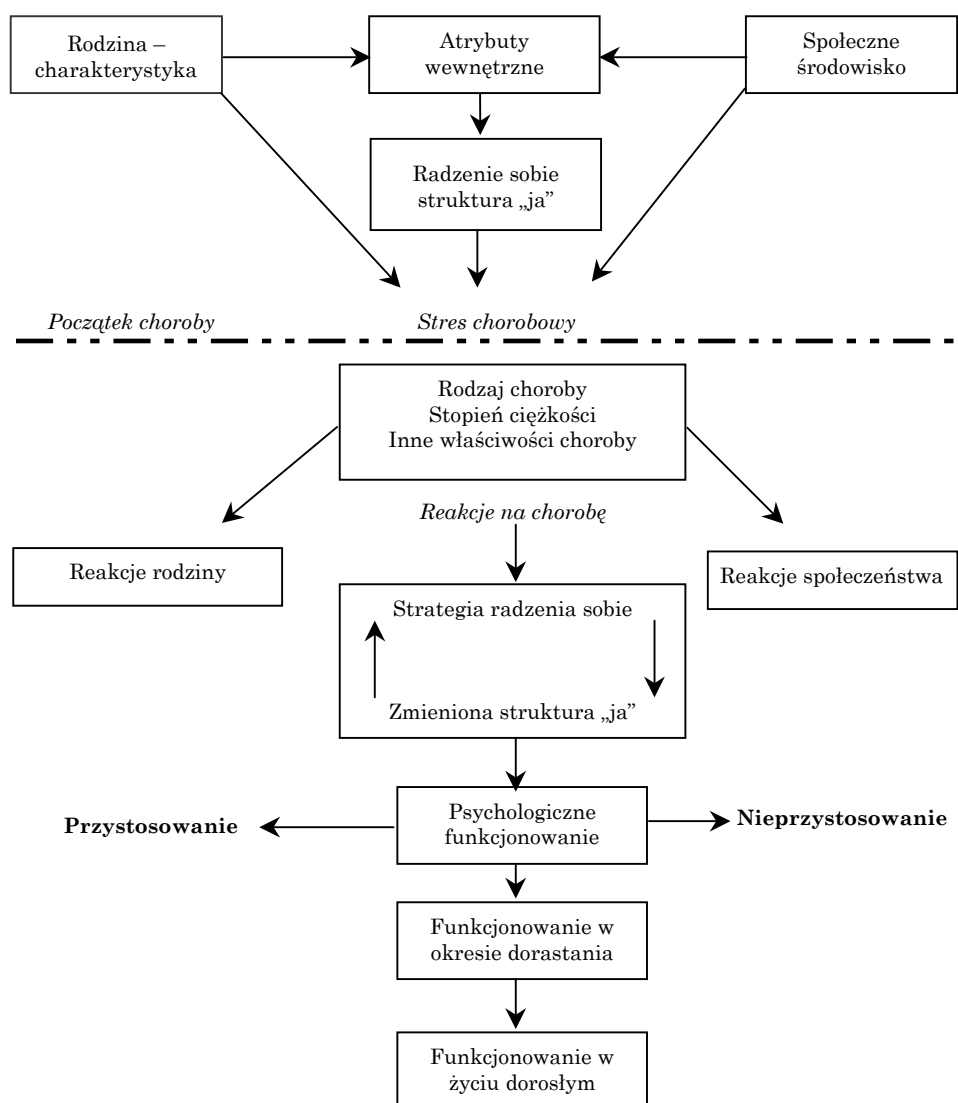
Choroba przede wszystkim ujmowana jest jako źródło stresu, który powoduje istotne zmiany w funkcjonowaniu psychicznym, a co za tym idzie społecznym człowieka (Reykowski, 1978; Heszen-Klemens, 1983; Sękowska, 1976; Wielgosz, 1991; Porzak, 1995). Choroba przewlekła jest ściśle związana ze stresem, dlatego stanowi szczególne zagrożenie dla rozwoju osobowości dziecka i to zarówno procesów emocjonalno-motywacyjnych, jak i struktury własnej osoby. Poznawcza reprezentacja własnego Ja stanowi system zgromadzonego, zorganizowanego i uogólnionego doświadczenia dotyczącego własnej osoby. W tle tworzonego obrazu świata kształtuje się obraz własnej osoby. Dzieci dotknięte chorobą przewlekłą konstruują przeważnie negatywny obraz świata zewnętrznego, pełnego zagrożeń, co wpływa dezintegrująco na relacje z najbliższym i dalszym otoczeniem.

Na obraz własnego Ja składa się Ja realne – jaki jestem i Ja idealne – jaki chciałbym być. Dzieci przewlekłe chore budują obraz własnego Ja przez pryzmat swojej choroby. Stopień rozbieżności pomiędzy tym, co chcą, a tym, co osiągnęły, stanowi samoocenę. Zbyt duża rozbieżność pomiędzy Ja idealnym a Ja realnym powoduje spadek motywacji do pracy nad sobą. Stan idealny staje się nieosiągalnym marzeniem, a realny obraz własnej osoby jest coraz bardziej zaniżany. Samoocena jest coraz niższa, spada poczucie własnej wartości, przez co jest też coraz niższa akceptacja samego siebie. Można z tego wywnioskować, iż dzieci chore przewlekłe w odmienny sposób kształtują obraz własnego Ja niż dzieci zdrowe i zmiany te są niekorzystne dla rozwoju obrazu własnej osoby (Janowicz, 1988; Mazurowa i in., 1981; Ślenzak, 1994; Margalit, 1985; Larkowa, 1987; Pilecka, 1989; Pilecka i in., 1999; Maciarz, 1998; Urlińska, 1991; Pecyna, 2000). W konsekwencji dzieci te stają się niepewne siebie, niezdecydowane, wyhamowane, o zaniżonej wierze we własne umiejętności. Często wykorzystują mechanizmy obronne, takie jak: ucieczka, wyczekiwanie, regresja czy zaprzeczenie.

Wychodząc z podejścia do choroby jako źródła stresu, spostrzega się ją jako sytuację trudną w życiu każdego człowieka, szczególnie dziecka, wymagającą przystosowania się do choroby zarówno samego chorego, jak i najbliższego środowiska, w którym żyje, np. rodziny. Analizując literaturę przedmiotu, można przytoczyć wiele modeli określających, jakie czynniki wpływają na proces adaptacji do choroby przewlekłej i jakie interakcje między tymi czynnikami zachodzą. Interesujący z punktu widzenia założeń tej pracy wydaje się model integracyjny, opracowany

przez Plessa i Pinkertona (por. Pilecka, 2002). W procesie adaptacji do choroby przypisywali oni szczególną rolę strukturze Ja i stylowi radzenia sobie. Określili również, że wpływ na przystosowanie mają czynniki związane z chorobą, reakcją dziecka na nią i otoczenia oraz wewnętrzne właściwości dziecka, jak np. osobowość, temperament itp. Model ten przedstawia schemat 3 (Pilecka, 2002, s. 18–20).

**Schemat 3.** Integracyjny model adaptacji do sytuacji choroby przewlekłej (według Plessa i Pinkertona) (Pilecka, 2002, s. 19)



W układzie emocjonalno-motywacyjnym choroba, a zwłaszcza choroba przewlekła, traktowana jest jako blokada potrzeb (Skorny, 1986; Dobrzycka, 1995) i źródło frustracji (Sękowska, 1976). Przyczyna frustracji tkwi zarówno w samej chorobie, w procesie leczenia, jak i w stosunku społecznym do osoby chorej. Przeżywanie tej trudnej sytuacji wyzwała u dziecka negatywne emocje, co może prowadzić do zachwiania równowagi nerwowej. Dzieci przewlekle chore często przeżywają frustracje z racji braku zaspokojenia potrzeb. Na pierwszy plan u dziecka chorego wysuwają się potrzeby bezpieczeństwa i miłości, ponieważ każda niepełnosprawność uruchamia mechanizm egocentryzacji człowieka. U dzieci przewlekle chorych mechanizm ten widać jeszcze bardziej, ponieważ uwarunkowany jest poczuciem bezradności wobec choroby. Dzieci przewlekle chore z racji swojej choroby mają poczucie zagrożenia własnego zdrowia i życia, co burzy ich poczucie bezpieczeństwa. Wpływ na ten stan rzeczy ma również lęk przed rozstaniem z rodzicami spowodowany hospitalizacją. Dzieci podczas leczenia w szpitalu nie mają stałego kontaktu z najbliższymi, a zarazem najważniejszymi osobami i często są poddawane bolesnym zabiegom. Czynniki te powodują deprawację potrzeby bezpieczeństwa, ale i potrzeby miłości, ponieważ dzieci często odczytują fakt pozostawienia w szpitalu jako brak uczucia do nich. Choroba przewlekła może mieć wpływ na jego funkcjonowanie poznawcze. Wiąże się to ze zmianami w tkance nerwowej, z zaburzeniami gospodarki tlenowej, metabolizmu oraz z niekorzystnym działaniem niektórych leków, a także wpływem mechanizmu regulacji emocjonalnej. Potrzeby behawioralne głównie są rozpatrywane w wymiarze ruchu fizycznego, który z uwagi na chorobę często jest w dużej mierze ograniczony (Maciarz, 1998; Pilecka i in., 1999; Pecyna, 2000).

Według koncepcji I. Obuchowskiej, uniwersalnymi czynnikami psychicznego obciążenia dziecka w przypadku choroby, którą ujmuje jako zdarzenie w procesie jego rozwoju, są: lęk, ból i ograniczenie aktywności. Ich wpływ na zachowanie się zależy od siły obciążenia, jakie stwarza choroba oraz od właściwości osobowości dziecka (Obuchowska, Krawczyński, 1991).

Szczególną rolę w organizacji zachowania dzieci przewlekle chorych odgrywa lęk. Może on mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne znaczenie. Lęk jest rozpoznawany jako mechanizm sygnalizująco-obronny, jednak przy zbyt dużym lub małym nasileniu jest czynnikiem, który dezorganizuje działanie, dezintegruje strukturę jego osobowości i może prowadzić do trwałych destruktywnych zmian, najczęściej typu nadaktywności psychomotorycznej. U dzieci przewlekle chorych lęk przed bólem często łączy się ze strachem przed rozstaniem z matką, a więc utratą poczucia bezpieczeństwa i miłości, a także strachem przed nowym śro-

dowiskiem, jakim jest szpital. Ten brak poczucia bezpieczeństwa przekształca się w okresie dojrzewania w lęk przed brakiem akceptacji przez środowisko. Chore dziecko stara się bronić przed obciążeniem psychicznym, jakie powoduje lęk, w czym pomagają mu mechanizmy obronne typu wyparcie czy racjonalizacja. Przeżycia emocjonalne dzieci przewlekle chorych bardzo często występują z negatywnymi objawami wegetatywnymi, np.: obgryzanie paznokci, jękanie, zaburzenia snu, moczenie nocne, biegunki, bóle głowy, brak apetytu (Pecyna, 1993; Cackowski, 1995; Pilecka, 2002).

Dzieci przewlekle chore często są narażone na ból i cierpienie z nim związane. Ból z psychologicznego punktu widzenia jest wrażeniem zmysłowym, informującym o zachwianiu równowagi organizmu. Powstaje w wyniku podrażnienia zakończeń nerwów czuciowych przez bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne, najczęściej na skutek procesów chorobowych. Charakter bólu zależy od wywołującej go przyczyny oraz od osobniczych właściwości ustroju. Receptory bólu podlegają działaniu zarówno czynników farmakologicznych, jak i psychologicznych. Długotrwały ból przeraża się w cierpienie, które w podstawowym znaczeniu obejmuje wszystko to, czego osoba doświadcza jako przykre, niepożądane i bolesne. Ma ono charakter niszczący i karny. Rozpatrując psychologię przewlekłego bólu, musimy pamiętać, że będzie on zawsze wywoływał, stres i frustracje, szczególnie u dzieci przewlekle chorych, które są słabsze fizycznie, mniej odporne psychicznie i łatwiej ulegają zmęczeniu (Pecyna 1993; Cackowski, 1995; Maciarz, 1998; Pilecka, 2002).

Choroba narusza funkcjonowanie rodziny, jest postrzegana jako zjawisko traumatyzujące dziecko, jego rodziców, rodzeństwo. E. Wielgosz (1991) uważa, że choroba przewlekła zmienia zasadniczo sytuację rodziny, jej strukturę i wzajemne relacje między jej członkami. Jest to moment krytyczny w stadiach rozwoju rodziny. Oczywiście każda rodzina przechodzi w swoim rozwoju poprzez wiele takich momentów i są to wydarzenia normatywne (np. narodziny dziecka, małżeństwo) lub nienormatywne, które mają miejsce tylko w niektórych rodzinach. Przykładem takiego nienormatywnego wydarzenia krytycznego jest choroba dziecka, rozwód itp. Cechą charakterystyczną tych zdarzeń jest to, że zmieniają one relacje pomiędzy członkami rodziny, wywołują stan destabilizacji, dezaktualizacji stosowanych przez nich mechanizmów przystosowania oraz form zachowania, stawiając ich przed koniecznością poszukania nowych sposobów na życie (Sęk, 1993; Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 2000). W przypadku rodzin z dziećmi przewlekle chorymi głównym źródłem stresu jest choroba przewlekła zarówno dla osoby chorej, jak i całej rodziny – stresor pierwotny, jednak w miarę rozwoju choroby pojawiają się następne problemy, trudności – tzw. stresory wtórne, z któ-

rzymi cała rodzina musi sobie poradzić. Należą do nich trudności ze zrozumieniem istoty samej choroby, przewidywań jej rozwoju i wynikających z tego konsekwencji (intelektualne). Choroba zakłóca kontakty pomiędzy chorym dzieckiem a członkami rodziny (interpersonalne). Zmienia się hierarchia systemu wartości, światopogląd (egzystencjonalne). Powstają trudności instrumentalne wynikające z przestrzegania zaleceń, przeciwwskazań lekarskich, związane z podziałem pracy, obowiązków, a także ze wzrostem kosztów utrzymania takiej osoby (Pecyna, 2000). Sytuacja ta jest jednak potencjalnie dwuwartościowa. Znaczy to, że w biografii rodziny może wywołać zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Niestety, znacznie częściej występują reakcje negatywne. Choroba zmienia sposób funkcjonowania rodziny w wielu aspektach i dość trudno, by te zmiany były pozytywne. Zmienia też układ więzi emocjonalnych. Na skutek choroby, matki stają się bardziej związane ze swoimi dziećmi, powstaje więź symbiotyczna. Często uważają, że tylko one są w stanie zaspokoić wszystkie potrzeby swego potomstwa, osoby z zewnątrz nie znają ich chorego dziecka, więc mogą mu zaszkodzić. Postępowanie takie jest spowodowane lękiem o zdrowie, życie dziecka, a także chęcią wynagrodzenia mu wszystkich negatywnych doświadczeń, jakie przeżyło przez swoją chorobę. Wykształcenie takich więzi emocjonalnych stanowi jednak duże zagrożenie dla rozwoju osobowości dziecka – może powodować stale utrzymujący się lęk separacyjny, brak poczucia wartości, brak umiejętności wyrażania swoich negatywnych emocji w sposób aprobowany społecznie. Ponadto skłania to do bierności wychowawczej ojców, a u rodzeństwa zdrowego często kształtuje poczucie krzywdy i odrzucenia. Rodzeństwo obarczane jest zbyt wieloma obowiązkami, wzrastają też w stosunku do nich oczekiwania. W rodzinach takich często dominuje postawa rodziców charakteryzująca się nadmierną opiekuńczością i ochranianiem lub nadmiernym krytycyzmem i ujemną komunikacją uczuciową. Zarówno jedna, jak i druga postawa wpływa negatywnie na rozwój dziecka. Nadmierna opiekuńczość i ochrona dziecka powodują, iż jest ono uzależnione od rodziców, co utrudnia mu w znacznym stopniu zdobycie samodzielności, nawiązywanie kontaktów z rówieśnikami. Nadmiernie rozwija się potrzeba zależności, której choroba jest środkiem zaspokojenia. Zbyt duży negatywizm dziecka chorego powoduje, że komunikacja pomiędzy nim a rodzicami staje się coraz bardziej negatywna uczuciowo, co często stanowi źródło stresu. Ten zaś wpływa na zmianę funkcjonowania gruczołów dokrewnych, które działają na system immunologiczny, czyli pośrednio zostaje pogorszony jego stan zdrowia. Działa to także na rozwój osobowości dziecka, obniżając poczucie własnej wartości oraz powodując spadek motywacji. Choroba przewlekła wpływa także na wzajemne relacje pomiędzy rodzicami, na ich zachowanie, jak i oso-

bowość. Silne emocje przeżywane przez rodziców, takie jak: lęk, stany depresyjne, poczucie winy, bezradności zazwyczaj negatywnie wpływają na stosunki wzajemne w rodzinie. Często wynikiem tego są napięcia, kłótnie, wskutek czego dziecko może nie mieć zabezpieczonej bazalnej potrzeby bezpieczeństwa i kontaktu emocjonalnego, za co nierzadko obwinia siebie. Autorzy wielu badań podkreślają, iż czynnikiem w znacznym stopniu decydującym o rozwoju dziecka jest sposób, w jaki rodzina spostrzega jego chorobę i ograniczenia nią spowodowane oraz jak sobie radzi z sytuacjami trudnymi, problemami powstałymi w jej wyniku. Dlatego tak istotna w rozwoju dziecka przewlekle chorego jest rodzina, która zaakceptuje jego chorobę, otoczy go miłością i da mu wsparcie w pokonywaniu trudności (Sęk, 1993; Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 2000; Maciarz, 1998; Pilecka i in., 1999; Pecyna, 2000).

Następnym niezwykle ważnym czynnikiem determinującym rozwój dziecka przewlekle chorego jest środowisko instytucji leczniczych. Długotrwałe leczenie utrudnia zaspokojenie potrzeb, powoduje wiele negatywnych emocji, przeciążeń fizycznych, psychicznych, jak i społecznych. Jest wiele sytuacji związanych z procesem leczenia, których nie sposób wyeliminować. Można je podzielić na sytuacje:

- związane z czynnościami medycznymi, podejmowanymi w fazie diagnozy stanu zdrowia i choroby dziecka, jego leczenia i usprawniania;
- związane ze zmianą warunków, organizacji życia i aktywności dziecka chorego, np. pobyt w szpitalu, sanatorium, nauczanie indywidualne itp.;
- związane z niewłaściwym stosunkiem przejawianym wobec dziecka i jego choroby przez niektóre osoby dorosłe oraz przez inne dzieci;
- związane z obserwowanymi i doświadczanymi przez dziecko postęпами leczenia (lub ich brakiem) i kształtującym się u niego w procesie leczenia „obrazem własnej choroby” (Maciarz, 1998, s. 24).

Sytuacje te mogą jednak w sposób mniej lub bardziej negatywny wpływać na rozwój dziecka. Często przyczyną pogarszania sposobu przeżywania tych sytuacji jest niezauważanie potrzeb małego pacjenta, nie traktowanie go w sposób podmiotowy. Dziecko wbrew ogólnym opiniom ma dużo większe wymagania w stosunku do personelu medycznego niż dorośli, potrzebuje większego zrozumienia z ich strony, co wynika w dużej mierze z możliwości rozwojowych dziecka. Jego wiedza i świadomość zaczynają się dopiero pod wieloma względami kształtować, możliwości percepcyjne są ograniczone i dlatego potrzebuje odpowiedniego przygotowania wiadomości o swojej chorobie i procesie leczenia dopasowanego do wieku. Już same badania, które często wiążą się z bólem, wzbudzają w dziecku lęk, strach, który można by zminimalizować, przygotowując dziecko do badania. Pokazując mu narzędzia i aparaturę me-

dyczną, tłumacząc jej funkcje i zastosowanie, stwarza się dziecku możliwość realnego podejścia do potencjalnego zagrożenia, a nie z wyobrażeniem lęku. Oprócz wiedzy, jaką można dostarczyć dziecku, jego stosunek do procesu leczenia w dużej mierze będzie zależał od „obrazu własnej choroby”. Nie wystarczy mu sama świadomość bycia chorym, potrzebuje wiedzy na temat własnej choroby, jej skutków dla rozwoju, sposobów i możliwości leczenia oraz prognoz wyzdrowienia. Wiedzę tę dziecko powinno nabywać długofalowo. „Podstawowym zaleceniem psychologicznym jest dostosowanie odpowiedzi na pytania dziecka do jego wewnętrznej potrzeby i niewykraczania poza nią” (Obuchowska, Krawczyński, 1991, s. 47). Prawidłowo ukształtowany „obraz własnej choroby” pomaga dziecku w aktywnym uczestnictwie w procesie leczenia. Obraz ten kształtuje się poprzez przetwarzanie i kodowanie wszelkich komunikatów odnoszących się do choroby. Źródłem tych informacji są m.in.: diagnoza lekarska, samopoczucie chorego, opinie rodziny i innych osób, literatura, mass media. Informacje te modyfikowane są w zależności od stanu emocjonalnego, postawy chorego wobec swojej choroby, jak i źródła informacji, poziomu wykształcenia, środowiska społeczno-kulturalnego, w którym żyje.

Ujemnym zjawiskiem, związanym z procesem leczenia, jest wymóg unieruchomienia, począwszy od leżenia w łóżku, aż po mechaniczne unieruchomienie gipsem, co powoduje deprawację potrzeby aktywności ruchowej, która jest tym większa, im młodsze jest dziecko. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest izolacja dziecka od środowiska społecznego, jak i przyrodniczego. Powoduje to niezaspokojenie potrzeby kontaktu z innymi rówieśnikami, uniemożliwia nawiązywanie z nimi wzajemnych relacji. Dziecko zdobywa wiedzę o otaczającym go świecie z książek, a nie poprzez doświadczanie, co jest naturalną metodą zdobywania wiedzy i umiejętności. Jest ono uzależnione od innych osób, ograniczona jest jego samodzielność. To wszystko powoduje negatywne emocje, złość, rozdrażnienie, poczucie krzywdy, prowadzi do ograniczenia rozwoju poznawczego, emocjonalno-społecznego i fizycznego. Szczególnie traumatycznym przypadkiem unieruchomienia i izolacji jest pobyt w szpitalu, zwłaszcza gdy dziecko ma utrudniony kontakt z najbliższą rodziną. Izolacja od osób najbliższych może powodować chorobę szpitalną. Najbardziej narażone są na nią dzieci pomiędzy 6. miesiącem życia a 3.–4. rokiem życia (Obuchowska, Krawczyński, 1991; Wielgosz, 1991; Ostrowski, 1995). W chorobie tej można wyróżnić trzy stadia. Pierwsze stadium – protestu – dziecko domaga się obecności bliskich osób, płacze, złości się. Drugie stadium – rozpacz – dziecko zamyka się w sobie, obraża się, nie nawiązuje kontaktu, traci apetyt. Trzecie stadium – pozornego przystosowania – dziecko na pozór staje się bardziej otwarte, odzyskuje apetyt, ale igno-

ruje rodziców, unika przywiązania do jednej osoby, ponieważ nie potrafi jej zaufać. Dwa pierwsze stadia uważa się za odwracalne w momencie powrotu dziecka do domu, jednak trzecie stadium prowadzi do trwałych zmian w sferze emocjonalnej, dziecko traci umiejętności nawiązywania głębszych więzi emocjonalnych (Wielgosz, 1991). Pobyt dziecka w szpitalu może narażać je na działanie czynników jatrogennych. Wiązą się one z tymi zachowaniami personelu medycznego i z tymi sytuacjami w szpitalu, które charakteryzują się obojętnym stosunkiem wobec pacjenta, nieuwzględnieniem jego potrzeb i przeżyć psychicznych w procesie leczenia (Jarosz, 1983; Maciarz, 1995, 1998). Takie przedmiotowe traktowanie pacjenta powoduje, iż znacznie pogarszają się jego umiejętności adaptacyjne, wywołuje stany przygnębienia, niepokoju. Sytuację tę pogarszają postawy personelu medycznego, rodziców, którzy straszą dzieci zastrzykami, jeśli nie zjedzą obiadu itp. Do tego dochodzi przesadne dbanie o sterylny porządek, z czym wiąże się zakaz przynoszenia na oddział własnych zabawek (przytulanki u małych dzieci pełnią rolę obiektu zastępczego przy rozłące z mamą) czy zakazywanie różnych zajęć, szczególnie plastycznych, z uwagi na brud. Wszystko to powoduje, że dziecko skazane jest na deprivację swoich potrzeb, na nudę i koncentrację na własnej chorobie. Przyczynia się to też do budowania obrazu szpitala jako miejsca kojarzonego z odrzuceniem, karą.

Choroba przewlekła może także wzbogacać osobowość. Walka z chorobą wymaga od dziecka nabywania nowych umiejętności. Uczy się ono pokonywania bólu, lęku, słabości. Wzmacnia się u niego samokontrola emocjonalna. Wzrasta jego świadomość zdrowotna, która może dotyczyć przestrzegania diety, dozowania ruchu, dostrzegania symptomów chorobowych. Dzieci te zdobywają umiejętności związane z dbaniem o swoje zdrowie, np. pomiar temperatury, badanie glukometrem zawartości cukru we krwi. Ponadto, poprzez chorobę przewlekłą, często narażone są na unieruchomienie, które, oprócz wszystkich swoich negatywnych konotacji, pozwala im, przy zapewnieniu odpowiednich warunków stymulujących ciekawość i aktywność poznawczą, poszerzać wiedzę, rozwijać zainteresowania. Dzieci te często też uciekają w świat fantazji, mają czas na głębszą analizę swoich przeżyć, jak i cudzych, przez co stają się bardziej empatyczne, spostrzegawcze, lepiej znają siebie i są bogatsze wewnętrznie. Potrafią bardziej świadomie określić własne potrzeby. Częste pobyty w szpitalu, sanatorium powodują także, iż dziecko ma bardziej wyćwiczony proces adaptacji do nowych warunków. Mali pacjenci szybciej nawiązują kontakty z rówieśnikami i z dorosłymi.

Można zatem powiedzieć, że choroba przewlekła, oprócz wielu zagrożeń, jakie niesie ze sobą dla rozwoju dziecka, może także go wzbogacać. Dziecko staje się bardziej dojrzałe, empatyczne, lepiej nawiązuje kontak-

ty, ma bogatszą osobowość. Oczywiście, choroba ta może pozytywnie wpływać na rozwój tylko tych dzieci, które potrafią sobie poradzić z własną niedyspozycją i mają adekwatny jej obraz.

## 2. Cukrzyca i jej charakterystyka

Cukrzyca (*diabetes mellitus* – moczówka cukrowa) jest chorobą przewlekłą, metaboliczną (przemiany materii), charakteryzującą się stanem całkowitego lub względnego niedoboru insuliny, prowadzącym do przewlekłe podwyższonego poziomu glukozy we krwi. Najczęściej wynika z niedoboru insuliny wytwarzanej w komórkach beta wyspepek trzustki. Przeważnie jest skutkiem nieprawidłowej czynności nie tylko aparatu wyspepkowego trzustki, ale również układu przysadkowo-podwzgórzowego. Krawczyński (Obuchowska, Krawczyński, 1991) definiuje cukrzycę jako chorobę metaboliczną (przemiany materii), wynikającą z niedoboru lub braku insuliny – hormonu niezbędnego do życia produkowanego przez trzustkę, co prowadzi do zaburzeń regulacji stężenia glukozy we krwi. Cukrzyca jest zespołem chorobowym o niejednolitej etiologii i zróżnicowanym przebiegu klinicznym. Jest w istocie zbiorem kilkunastu chorób, różniących się etiologią i patogenezą, ale wszystkie one w pewnej fazie swojego patofizjologicznego rozwoju powodują względny lub bezwzględny niedobór insuliny, a co za tym idzie, zahamowanie jej wpływu na komórki i tkanki, a także hiperglikemię, glukozurię i cały zespół towarzyszących im zaburzeń metabolicznych i morfologicznych (Steven, 1995; Czyżyk, 1995; Silink, Fichna, 1997; Tracz, 1997; Noczyńska, 1998; Tatoń, 1998; Fichna, 1999a, 1999b, 1999c; Koch-Heintzeler, Puhl, 1999; Pańkowska, Pawełczak, 1999; Biermann, Toohey, 2000; Symonides-Ławecka, 2000; Tatoń, Czech, 2000).

Na podstawie współczesnej wiedzy o etiologii cukrzycy definiuje się ją jako przewlekłą chorobę przemiany materii, dotyczącą pierwotnie metabolizmu węglowodanów. Objawia się zawsze przy obniżonej tolerancji na wprowadzone do organizmu węglowodanowe składniki pokarmowe i niezdolności do prawidłowego śródkomórkowego przetwarzania glukozy, która jest głównym materiałem energetycznym w organizmie zdrowego dziecka. We krwi znajduje się w stałym stężeniu 80–120 mg%, pod wpływem zaś insuliny ulega polimeryzacji w wątrobie na glikogen. Jeśli opisany proces jest zaburzony, wtedy dochodzi do objawów charakteryzujących cukrzycę, a więc chorobę autoimmunologiczną, w której rozpoczyna się postępujące niszczenie komórek beta wysp trzustkowych, a w dalszej konsekwencji początkowy niedobór, a następnie bezwzględny deficyt insuliny w organizmie (Pecyna, 2000, s. 251). Cukrzyca ujawnia

się, gdy zostanie zniszczonych ok. 90% komórek beta wysp trzustkowych produkujących insulinę. Insulina jest hormonem białkowym o budowie polipeptydowej. Jej zadaniem jest przyspieszanie tempa przenikania glukozy z krwi do niektórych komórek i przekształcania jej w glukozo-6-fosforan, co powoduje obniżenie stężenia glukozy we krwi, zwiększenie zapasu glikogenu w wątrobie i mięśniach oraz wzmożenie spalania glukozy. Z kolei przy niedoborze insuliny następuje zmiana w metabolizmie węglowodanów, a energia jest pobierana w większym stopniu ze spalania tłuszczów. Prowadzi to do hiperglikemii, czyli wzrostu cukru we krwi na skutek zachwiania równowagi pomiędzy szybkością gromadzenia się acetylo-koenzymu A oraz szybkością jego spalania. Insulina jest produkowana przez komórki beta wysp trzustkowych (Langerhansa). Wyspy trzustkowe są swego rodzaju gruczołami wydzielania wewnętrznego. Znajdują się w trzustce, która jest gruczołem trawiennym i jednocześnie gruczołem dokrewnym. Wyspy trzustkowe są tworami wyraźnie odgraniczonymi, bogato unaczynionymi i unerwionymi. Występują w nich cztery rodzaje komórek endokrynych: komórki alfa (10%) wydzielające glukagon, komórki beta (75–80%) wydzielające insulinę, komórki delta (ok. 7%) wydzielające somatystynę oraz komórki F/PP (ok. 2%) wydzielające peptyd trzustkowy. Wszystkie wymienione komórki tworzą ze sobą sieć połączeń umożliwiającą w układzie sprzężeń zwrotnych przekazywanie do całego organizmu hormonów, jonów i innych substancji niezbędnych dla prawidłowej przemiany materii (Tatoń, 1982; Silink, Fichna, 1995; Fichna, 1999b; Symonides-Ławecka, 2000).

Cukrzyca jest w istocie zbiorem kilkunastu chorób. Wielość chorób składających się na pojęcie cukrzyca uwidacznia różne kryteria jej podziału i klasyfikacji. Do najczęstszych kryteriów podziału należą:

1. Czynniki etiologiczne: cukrzyca genetycznie uwarunkowana dysfunkcjami komórek beta (np. MODY, MODY 3, MODY 1), genetycznie uwarunkowane zaburzenia działania insuliny (np. Leprechaunizm, Zespół Rabsona i Mandenhalla), autoimmunologiczna, wirusowa, toksyczna, trzustkowa, endokrynopatie.

2. Wiek, w którym doszło do zachorowania: cukrzyca typu dziecięcego, młodzieńczego, dorosłych i starcza.

3. Masa ciała: cukrzyca skojarzona z otyłością, bez otyłości, przebiegająca z wyniszczeniem organizmu.

4. Rodzaj głównych objawów:

– obecność lub nieobecność objawów; cukrzyca jawna klinicznie albo cukrzyca bezobjawowa ze skłonnością do ketozy lub bez takiej skłonności,

– stopień hiperglikemii: cukrzyca łagodna, umiarkowana i ciężka,

- obecność lub nieobecność powikłań: cukrzyca niepowikłana lub powikłana angiopatią, neuropatią,
- typ potrzebnego leczenia: cukrzyca insulinozależna typu I, częściowo insulinozależna, insulinoniezależna typu II,
- wrażliwość na egzogenną insulinę: cukrzyca insulinowrażliwa, insulinooporna.

5. Inne współistniejące zaburzenia: cukrzyca ciężarnych występuje u około 1–2 na 1000 ciężarnych kobiet, powstaje w czasie ciąży i mija po porodzie. Jednak jej wczesne rozpoznanie i leczenie jest konieczne dla prawidłowego rozwoju płodu; cukrzyca skojarzona z lipodystrofią – z marskością wątroby; cukrzyca będąca wynikiem upośledzenia odżywiania i uszkodzenia trzustki w przebiegu wyniszczenia; cukrzyca z obecnością zaburzeń immunologicznych, jak: występowanie przeciwciał przeciwwspowych i innych lub niektórych szczególnych antygenów (genów) układu HLA; zespół Tattersalla występujący w wieku młodzieńcym; cukrzyca bez ketozy i inne.

#### 6. Zależność od insuliny

- bezwzględna zależność od insuliny – cukrzyca insulinozależna typu I IDDM – istnieje duża skłonność do ketozy, sekrecja endogennej insuliny prawie nie występuje lub jest w znacznym stopniu niewystarczająca; ketonemia lub znaczna hiperglikemia pojawia się mimo optymalnego leczenia dietetycznego, cukrzyca ta zazwyczaj rozpoczyna się w dzieciństwie lub młodości; utrzymanie przy życiu wymaga zawsze aktywnej insulinoterapii,
- względna lub częściowa zależność od insuliny: hiperglikemia i inne objawy cukrzycy nie występują pod wpływem leczenia doustnymi lekami hipoglikemizującymi i bez podania insuliny; nie pojawia się ketoza,
- brak zależności od insuliny – cukrzyca insulinoniezależna typu II NIDDM; przeważnie występuje u osób dorosłych, skojarzona z otyłością, wszystkie objawy ustępują pod wpływem leczenia bez podawania insuliny.

Żaden z powyższych podziałów nie obejmuje wystarczająco dokładnie wszystkich przypadków cukrzycy (Steven, 1995; Tatoń, Czech, 2000; Czyżyk, 1995; Silink, Fichna, 1997; Tatoń, 1998; Fichna, 1999b; Koch-Heintzeler, Puhl, 1999; Pańkowska, Pawełczak, 1999; Biermann, Toohy, 2000; Symonides-Ławecka, 2000).

Rozpatrując cukrzycę pod kątem dzieci, wymienia się następujące typy cukrzycy wieku rozwojowego: typ I – cukrzyca insulinozależna oraz typ II – cukrzyca insulinoniezależna.

Typ II – cukrzyca insulinoniezależna NIDDM, występuje w dwóch odmianach – jako cukrzyca typu dorosłego MOD i cukrzyca młodzieńcza

MODY. Charakteryzują się one dziedziczeniem autosomalnie dominującym i pierwotnymi defektami genetycznymi wydzielania insuliny stymulowanej glukozą. U osób dorosłych występuje jako zespół typu MOD, spowodowany odpornością na insulinę, połączony z defektem jej wydzielania. Najczęściej związany z otyłością (80% przypadków), nadciśnieniem (60% przypadków) i chorobą sercowo-naczyniową. Typ MODY występuje u dzieci i młodzieży dość rzadko, stanowi mniej niż 1% cukrzyc w tej grupie wiekowej. Może być wynikiem swoistych wad genetycznych, dotyczących komórek beta lub receptorów insulinowych, zaburzeń części zewnątrzwydzielniczej trzustki, innych chorób endokrynologicznych, leków, zakażeń i niektórych zespołów genetycznych. Początek choroby jest najczęściej skryty i powolny. Charakterystyczną cechą jest umiarkowana hiperglikemia, pojawiająca się przed 25. rokiem życia.

Cukrzyca insulinozależna typu I IDDM jest charakterystyczna dla dzieci i obejmuje prawie 98% cukrzyc w tej grupie wiekowej. Spowodowana jest całkowitym brakiem insuliny z powodu zniszczenia komórek beta wysp trzustkowych.

Przyczyny powstawania insulinozależnej cukrzycy dotyczą głównie genetycznie uwarunkowanej podatności zachorowania na tę chorobę, wpływów środowiska, w którym żyjemy, np. infekcji wirusowych oraz procesu autoimmunologicznego polegającego na nieprawidłowym mechanizmie obronnym, który doprowadza błędnie do zniszczenia własnych komórek beta (wiąże się to z występowaniem antygenów HLA) (Tatoń, 1992; Silink, Fichna, 1997; Fichna, 1999b; Pańkowska, Pawełczak, 1999; Symonides-Ławecka, 2000).

Analizując powyższe przyczyny powstawania cukrzycy, trzeba stwierdzić, że do jej rozwoju mogą prowadzić takie mechanizmy, jak:

- zakażenie wirusowe u dziecka z genetycznie uwarunkowaną podatnością na zachorowanie i rozwój autoagresji,
- zakażenie wirusowe jako jedyna i bezpośrednia przyczyna zniszczenia komórek beta,
- autoagresja w stosunku do własnych komórek beta bez uchwytej przyczyny, powodującej ich zniszczenie (Pecyna, 2000, s. 250).

Objawy kliniczne cukrzycy, które umożliwiają rozpoznanie choroby, pojawiają się często pod wpływem stresu, który może być wywołany zakażeniem, szczepieniem ochronnym, urazem fizycznym, psychicznym lub wskutek leków hormonalnych. Stres powoduje zwiększone zapotrzebowanie na insulinę. Dziecko będące w zaawansowanej fazie niszczenia komórek beta nie może sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na insulinę. Z powodu niedoboru insuliny organizm dziecka reaguje hiperglikemią, której objawy są widoczne. Należą do nich: zwiększone pragnienie (polydipsia); wielomocz – dziecko oddaje znacznie częściej i w dużych

ilościach moczu; wzmożone łaknienie (polyphagia) – dziecko spożywa znacznie więcej pokarmu, ale nie przybiera na wadze; uczucie stałego fizycznego i psychicznego zmęczenia – dziecko bez przyczyny staje się apatyczne, drażliwe; zaburzenia wzroku charakteryzujące się nieostrym widzeniem; często pojawiają się dodatkowe choroby, takie jak grzybica, zmiany skórne, swędzenie krocza i inne; wyczuwalny zapach acetonu; cechy wstrząsu i zaburzenia świadomości o różnym nasileniu aż do śpiączki (Tatoń, Czech, 2000; Fichna, 1999c; Symonides-Ławecka, 2000).

W rozpoznawaniu cukrzycy głównie uwzględnia się następujące objawy: zwiększone pragnienie, wielomocz, zwiększone łaknienie. Są one spowodowane niedoborem insuliny, która zaburza przemianę materii, w konsekwencji czego powstaje szczytowe stężenie glukozy we krwi. Stężenie to ostatecznie przekracza próg nerkowy, prowadząc do częstego oddawania moczu. Utrata płynów, elektrolitów, a także kalorii jest przyczyną wzmożonego pragnienia i łaknienia. Początek choroby może mieć charakter ostry, kiedy objawy narastają w ciągu kilku lub kilkunastu tygodni, szczególnie u małych dzieci, jak również znacznie przedłużony. U dzieci starszych można zaobserwować ewolucję objawów trwającą nawet 2–3 lata, charakteryzującą się okresami bezobjawowymi i niestałą hiperglikemią. Objawy kliniczne w cukrzycy typu I są bardziej jednorodne aniżeli w innych typach cukrzycy. Należą do nich: nadmierne pragnienie, wielomocz, ogólne zmęczenie, chudnięcie, ketonuria, oddawanie moczu w ciągu nocy, paradontoza, wzmożone łaknienie, powiększenie wątroby, kwasica ketonowa, która jest wywołana znacznym deficytem insuliny, przez co dochodzi do nagromadzenia związków ketonowych we krwi, które poprzedzają stan śpiączki cukrzycowej, nefropatie, bóle brzucha, nocne moczenie się, retinopatie zmiany dotyczące narządu wzroku, dermapatia cukrzycowa, grzybice skóry i błon śluzowych, białkomocz, objawy odmiedniczkowego zapalenia nerek.

Przebieg cukrzycy typu I jest przeważnie chwiejny. Chwiejność metaboliczna wynika ze zmieniającego się zapotrzebowania na insulinę, co powoduje skłonność do znacznych wahań glikemii często z towarzyszącą ketonurią i stanami hipoglikemicznymi. Przyczyną może być też brak endogennej insuliny, zmienne zapotrzebowanie na ruch, labilność psychiczna dziecka, błędy w żywieniu i insulinoterapii (efekt Somogyi), a także dodatkowe choroby. Przebieg cukrzycy u dzieci i młodzieży charakteryzuje się kilkoma fazami:

1. Faza przedcukrzycowa (przedkliniczna) – jest stanem określanym przez obecność immunologicznych wyznaczników, mogących wskazywać na rozwój cukrzycy insulinozależnej. Jest ona wykrywana dzięki badaniu krewnych pierwszego stopnia osoby chorej na cukrzycę. Identyfikacja fazy przedcukrzycowej pozwala mieć nadzieję na postępowanie w prewencji

form cukrzycy insulinozależnej przez zahamowanie przewlekłej autoimmunologicznej destrukcji komórek beta.

2. Faza ujawnienia się cukrzycy – charakteryzuje się wystąpieniem u dziecka podstawowych objawów: zwiększonego pragnienia, łaknienia, wielomocz. Początek cukrzycy może mieć ostry przebieg, np. charakteryzujący się hiperglikemią lub powolny, o małym nasileniu objawów, trwający nawet kilka miesięcy. Trudność w zdiagnozowaniu choroby polega na tym, że dzieci podejrzewane są wtedy o inne zaburzenia. Początek cukrzycy insulinozależnej wyznacza data pierwszego podania insuliny.

3. Faza częściowej remisji lub łagodnego przebiegu *honeymoon* – po rozpoczęciu leczenia u około 50% dzieci zapotrzebowanie na insulinę przejściowo maleje. Faza ta rozpoczyna się w ciągu kilku dni lub tygodni od rozpoczęcia insulinoterapii i może trwać nawet do kilku miesięcy. W tym czasie cukrzyca jest stabilna, czasami można zaprzestać podawania insuliny. Faza ta daje choremu dziecku i jego rodzinie czas na wstępną adaptację do choroby, należy jednak stale pamiętać, że jest to stan przejściowy.

4. Faza stałej zależności od egzogennej insuliny, czyli okres po częściowej remisji. W tej fazie przewlekłej stałej zależności od insuliny, jedyną formą leczenia cukrzycy jest podawanie w iniekcjach insuliny.

Najczęstszymi ostrymi powikłaniami w cukrzycy jest hipoglikemia i hiperglikemia.

Hipoglikemia oznacza zbyt małe stężenie glukozy we krwi – mniejsze niż 3,3 mmol/l (60 mg%), tzw. niedocukrzenie. Zwykle wywołuje je zbyt duża dawka insuliny lub leku hipoglikemizującego, nagłe zmniejszenie pożywienia albo zbyt duży, nieoczekiwany wysiłek fizyczny. Hipoglikemia może być łagodna, umiarkowana i ostra w zależności od występowania objawów klinicznych. Profilaktyka ma szczególne znaczenie u małych dzieci, których mózg jest w trakcie intensywnego rozwoju i jego udział w konsumpcji glukozy z krwi przekracza 50%, a u niemowląt nawet 80%. Obserwowane u dzieci objawy hipoglikemii nasilają zmiany w układzie nerwowym. Objawami hipoglikemii są: potliwość, głód, mrowienie wokół ust, błądź, lęk, osłabienie, ból głowy, zmęczenie, rozdrażnienie, depresja, zaburzenia widzenia, zamazana mowa, zawroty głowy, trudność w myśleniu, senność, zmiany nastroju, zagubienie myślowe, drgawki, a nawet śpiączka.

Przyczyną znacznej hiperglikemii mogą być zaniedbania w diecie, błędy w insulinoterapii, za mała aktywność fizyczna, dodatkowa choroba, przyjmowanie niektórych leków. Hiperglikemia występuje, gdy stężenie glukozy we krwi przekroczy próg nerkowy (powyżej 100 mg%), co może prowadzić do rozwinięcia się kwasicy ketonowej, a następnie do

śpiączki ketonowej, która stanowi już zagrożenie życia. Objawami znacznej hiperglikemii są: nadmierne pragnienie, wielomocz, chudnięcie, osłabienie, utrata apetytu, nudności, wymioty, zapach acetonu, uczucie pieczenia w jamie ustnej, przyspieszenie tętna, zaróżowienie skóry. Przewlekłe powikłania długotrwałej cukrzycy dotyczą uszkodzeń narządu wzroku, np. jaskra, retinopatia cukrzycowa, zmiany w nerkach – nefropatia cukrzycowa, zmiany w układzie sercowo-naczyniowym, neuropatie cukrzycowe, dermapatie cukrzycowe. Oczywiście, prawidłowe postępowanie medyczne może w dużej mierze zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań. Z tego względu każde dziecko powinno być objęte opieką ze strony interdyscyplinarnego zespołu doświadczonego w leczeniu cukrzycy, w którego skład wchodzi: pediatra (endokrynolog lub lekarz doświadczony w leczeniu cukrzycy), edukator cukrzycowy, dietetyk, psycholog. Skuteczne leczenie cukrzycy opiera się na edukacji cukrzycowej, insulinoterapii, odpowiedniej diecie, umiejętności samokontroli, odpowiednio zaplanowanym ruchu fizycznym i wsparciu psychologicznym (Steven, 1995; Czyżyk, 1995; Silink, Fichna, 1997; Tracz, 1997; Noczyńska, 1998; Tatoń, 1998; Fichna, 1999a, 1999b, 1999c; Koch-Heintzeler, Puhl, 1999; Pańkowska, Pawełczak, 1999; Biermann, Toohey, 2000; Symonides-Ławecka, 2000; Tatoń, Czech, 2000).

### **3. Portret dziecka chorego na cukrzycę**

Cukrzyca jako choroba przewlekła, zaburzająca przeminę materii, stanowi źródło badań naukowców na całym świecie. Określana jest mianem choroby społecznej. Autorzy badań nad rozwojem dzieci i młodzieży cierpiących na różne choroby podkreślają, że dzieci chore na cukrzycę częściej ujawniają w funkcjonowaniu emocjonalno-społecznym różne zaburzenia, które występują pod postacią reakcji lękowych, tendencji do wycofywania się z uczestnictwa w życiu oraz różnego rodzaju zachowań agresywnych, postaw fatalistycznych wobec życia i choroby, współwystępujących z wyuczoną bezradnością i zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli (Ślenzak, 1994; Maciarz, 1998; Pilecka, 1989; Pilecka i in., 1999). Wpływ cukrzycy na funkcjonowanie intelektualne, emocjonalne czy społeczne dziecka zależy w dużej mierze od jego wieku i początku choroby.

W rozdziale tym zostanie scharakteryzowany rozwój i funkcjonowanie dziecka przewlekłe chorego na cukrzycę, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka w wieku wczesnoszkolnym (7–12 lat).

Choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca, powoduje zmianę sposobu życia zarówno dziecka, jak i jego rodziny. Jest źródłem wielu trudnych

sytuacji, ponieważ wpływa na sposób funkcjonowania dziecka na różnych płaszczyznach. Jednak jak dalece choroba będzie zakłócać ten sposób funkcjonowania, zależy nie tylko od samej choroby, ale i od sposobu jej przyjęcia przez dziecko. Chorobę można traktować w różny sposób: jako wyzwanie, wroga, karę, słabość, ulgę, strategię, stratę wartości (Pecyna, 2000). W zależności od tej interpretacji różny jest sposób zachowania. Za C. Herzlichem wyróżniono (Ślenzak, 1994) trzy modele zachowania się wynikające ze sposobu przyjęcia choroby.

Pierwszy model traktuje chorobę jako destrukcję.

Chory nie akceptuje swojego stanu zdrowia, popada w izolację społeczną, bierność, skoro nie może robić tego, co chce, nie robi nic. Dzieci chore na cukrzycę, postrzegające ją jako czynnik destrukcyjny, nie potrafią się pogodzić ze swoją chorobą. Nieadekwatnie do rzeczywistych zagrożeń narasta u nich lęk o przyszłość. Dzieci te boją się nawiązywać kontakty z rówieśnikami, postrzegają siebie na niższej pozycji, stają się bezradne wobec swojej choroby, nie podejmując z nią walki.

Drugi model interpretuje chorobę jako wyzwolenie.

Chory traktuje swoją chorobę jako tarczę ochronną. Uwalnia go ona od wymagań środowiska rodzinnego, rówieśniczego, szkolnego itp. Dziecko traktujące cukrzycę w taki sposób pośrednio akceptuje swoją chorobę i zaczyna ją wykorzystywać. Nie podejmuje wyzwań codziennego życia, które wiążą się z rozwiązywaniem problemów, zrzucając odpowiedzialność za ten stan rzeczy na swoją chorobę. Wchodzą w rolę ofiary i z tej pozycji manipulują innymi.

Trzeci model przyjmuje chorobę jako nową formę aktywności.

Chory wykazuje wiarę i energię w walce o swoje zdrowie. Dziecko z cukrzycą przy takim rozumieniu swojej choroby podejmuje walkę z chorobą. Stara się ją przezwyciężyć, wierzy we własne możliwości, co pozytywnie wpływa na osobowość, w znacznej mierze przyczyniając się do poprawy stanu zdrowia i jak najpełniejszego funkcjonowania społecznego.

Wymienione modele ukazują różne zachowania się dziecka chorującego na cukrzycę. Sposób interpretacji swojej choroby ma istotny wpływ na przebieg rozwoju dziecka – od niego zależy stopień nasilenia różnych typów zaburzeń. Jaki model zachowania dziecko przyjmie wobec swojej choroby, w dużej mierze zależy od oddziaływania otoczenia, szczególnie tego najbliższego, tzn. rodziny.

Przyjmując za W. Pilecką (2002, s. 108) podział czynników psychospołecznej adaptacji chorego dziecka, wyróżniono trzy grupy. Pierwszą tworzą czynniki biomedyczne, do których zaliczono rodzaj choroby, stopień ciężkości i jej przebieg. Na drugą składają się czynniki związane

z osobą dziecka, takie jak: płeć, wiek oraz wiek, w którym wystąpiła choroba, dziecięce strategie radzenia sobie, procesy poznawcze. Trzecią grupę stanowią czynniki ekologiczne, określone jako socjoekonomiczny status rodziny i jej funkcjonowanie. Jak widać, wpływ na adaptację dziecka do nowej sytuacji w jego życiu, jaką jest choroba, ma wiele bardzo istotnych czynników. Zarówno wymienione czynniki, jak i sposób przyjęcia przez dziecko choroby znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie w jego zachowaniu, co determinuje rozwój dziecka.

Właściwie leczona cukrzyca nie powinna powodować żadnych niepożądanych objawów fizycznych. Jednak w przypadku nieprawidłowego leczenia mogą wystąpić stany hiperglikemii, powodujące utratę wagi ciała dziecka; może zostać opóźniony rozwój fizyczny i dojrzewanie płciowe; może dojść do powikłań, wskutek czego u dziecka w późniejszym okresie mogą wystąpić np. retinopatie, nefropatie cukrzycowe, a w skrajnych przypadkach może dojść do bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia wpływa stresująco na dziecko. Możemy wyróżnić cztery kategorie stresu związanego z cukrzycą. Są to:

1. Stresory poznawcze, które wiążą się ze zrozumieniem mechanizmów choroby, jej objawów, metod leczenia, zabiegów służących leczeniu, zastosowanej diety. Poznanie ograniczeń związanych z chorobą, ale także poszukiwanie sfer życia, które nie są objęte chorobą.

2. Stresory emocjonalne, do których zalicza się: poczucie winy, kalektwa, poczucie zagrożenia, bezradności i cierpienia, obniżenie własnej wartości, lęk przed bólem, izolacja.

3. Stresory behawioralne objawiające się potrzebą wytrenowania sposobu leczenia i reżimu z nim związanego, potrzebą „normalności” zachowań w kształtowanym ciągle na nowo układzie psychicznym, intelektualnym, społecznym, rozwijania poczucia własnej wartości.

4. Stresory społeczne wymagające przygotowania do roli chorego, ograniczenia zawodowe, nawiązywanie kontaktów z otoczeniem i reprezentowanie postaw z tym związanych (Tatoń, Czech, 2000, s. 51).

Jak można zauważyć, choroba dotyka wszystkich sfer funkcjonowania dziecka i wywiera wpływ na jego psychikę. Zwłaszcza, że w tym okresie jest ona szczególnie podatna na działanie czynników patogennych. Badania prowadzone przez W. Gruszczyńską i Z.E. Kozłowską (1996) pozwoliły ustalić, że u 30% dzieci z cukrzycą zmiany organiczne mózgu manifestują się objawami nerwicowymi lub zaburzeniami charakteru ze znacznym komponentem lękowym (Maciarz, 1998, s. 19). Ogólnie przyjmuje się, że w czynnościach intelektualnych nie obserwuje się różnic pomiędzy dziećmi obciążonymi chorobą a ich zdrowymi rówieśnikami. Okresowo w stanach hiperglikemii lub hipoglikemii mogą występować zaburzenia pamięci, uwagi bądź krótkotrwałe obniżenie sprawności

umysłowej. Nie wpływa to jednak znacząco na osiągnięcia szkolne dzieci. Znacznie większy, negatywny wpływ mają absencje spowodowane chorobą oraz okresy hospitalizacji, a także trudności z przystosowaniem się do nowych warunków (Jarosz-Chrobot i in., 1997; Maciarz, 1998).

Cukrzyca nie zaburza rozwoju umysłowego dziecka pod warunkiem, że nie doszło do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego wskutek neuroglikopenii. Może natomiast mieć znaczny wpływ na rozwój emocjonalny dziecka. Związane jest to z obciążeniem psychicznym, jakie zawsze stwarza przewlekła choroba oraz z uciążliwością codziennej kontroli i leczenia. Zakres wpływu choroby na psychikę dziecka zależy w znacznej mierze od postaw rodziców i rodzeństwa.

Choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca, stanowi szczególne zagrożenia dla rozwoju osobowości dziecka, ale też od jej zasobów zależą jego możliwości do przystosowania się do choroby. Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności człowieka umożliwia osiągnięcie równowagi między jednostką a środowiskiem, jest więc predykatorem przystosowania (Pilecka i in., 1999). W tak rozumianej osobowości J. Reykowski (1978) wyróżnia dwa subsystemy:

- mechanizmy popędowo-emocjonalne (popędy, emocje, potrzeby),
- struktury poznawcze (sieć wartości i sieć operacji).

Cukrzyca może mieć jednak negatywny wpływ na oba te podsystemy. Choroba ta, wymagająca ciągłej kontroli poziomu cukru we krwi, przestrzegania diety, jak i ograniczeń w wysiłku fizycznym, powoduje w dziecku ciągle napięcia przed nieoczekiwanymi stanami hiperglikemii lub hipoglikemii i ich skutkami. Sprzyja to neurotyzacji kształtującej się osobowości. Sferę emocjonalną dzieci z cukrzycą charakteryzuje: ciągly niepokój i lęk, impulsywność, wzmożone skłonności neurotyczne. Reakcje emocjonalne dzieci są labilne i nie zawsze adekwatne do działającego bodźca. Bywają rozdrażnione, marudne, trudność sprawia im podejmowanie decyzji. Brak możliwości rozładowania negatywnych emocji może prowadzić do zaburzeń psychosomatycznych, w konsekwencji czego zostaje zakłócony rozwój sfery emocjonalnej. Cukrzyca powoduje też derywacje potrzeb. Szczególnie istotna jest tu potrzeba bezpieczeństwa, która poprzez ciągly lęk o zdrowie, a nawet życie, może być niezaspokojona. To stan deprawacji pogłębia rozdzielanie z matką, np. przez pobyt w szpitalu. Niezaspokojenie bazalnych potrzeb powoduje, że dla dziecka stają się one dominujące nad innymi potrzebami, a cała jego aktywność jest skupiona na ich zaspokojeniu. Niewystarczające lub nieprawidłowe zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa i miłości rozwija w niedojrzałej osobowości dziecka mechanizmy lękotwórcze, które powodują unikanie nawiązywania kontaktów z otoczeniem przy silnej ich potrzebie. Jest to szczególnie istotne dla dzieci 7–12-letnich, ponieważ w tym wieku szcze-

gólnie dąży się do nawiązywania kontaktów z rówieśnikami. Może to prowadzić do izolacji społecznej, która jest pogłębianą przez hospitalizację dziecka. Pobyt w placówkach leczniczych powoduje także deprivację czynnościową, a także ze względu na to, że dziecko nie może uczestniczyć w różnych czynnościach zabawowych, porządkowych itp., przeżywa frustrację, ponieważ ma za mało ruchu. Dochodzi również do deprivacji sensorycznej zubożenia bodźców słuchowych i wzrokowych (Skorny, 1986). U dziecka, które często przebywa w szpitalu czy sanatorium, obniża się także empatia, wrażliwość na problemy innych ludzi, co może powodować trudności w nawiązywaniu trwałych więzi uczuciowych.

Choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca, ma także wpływ na kształtowanie się poznawczych struktur osobowości obrazu samego siebie i świata (Ślenzak, 1994; Bogucka, Mazanek, 1993; Pecyna, 2000). Według koncepcji samego siebie, w skład której wchodzi element poznawczy (stanowiący poznawczą reprezentację Ja definiowaną jako wyobrażenia, wiedzę o swoich właściwościach i możliwościach fizycznych, emocjonalnych i społecznych) oraz element emocjonalno-wartościujący (wyrażający się postawą wobec siebie samego – samoakceptacją), choroba przewlekła niekorzystnie wpływa na rozwój obrazu samego siebie. Choroba przewlekła powoduje przyspieszenie rozwoju samowiedzy, jest ona bardziej wnikliwa i krytyczna. Obraz własnej osoby stopniowo zaczyna być budowany przez pryzmat choroby i ulega zaniżaniu. Szczególnie niekorzystny wpływ na ten stan rzeczy mają w przypadku cukrzycy stany hipoglikemii i hiperglikemii, powodujące ciągle zagrożenie u dziecka oraz poczucie stałej kontroli związane z wymogami leczenia, utrzymaniem diety.

Negatywna ocena własnego stanu zdrowia, możliwości fizycznych, nieraz wyglądu zewnętrznego (przy występowaniu dermatopatii cukrzycowych) ulega generalizacji na wszystkie wymiary Ja. Dzieci głównie spostrzegają swoje ograniczenia, zaniżając własne możliwości. Im dłużej trwa choroba, tym bardziej ulega obniżaniu samoocena realna, natomiast podnosi się samoocena idealna. Wzrasta rozbieżność pomiędzy Ja realnym a idealnym, powodując obniżenie umiejętności adekwatnej oceny rzeczywistości, mniejszego zadowolenia z samego siebie, co prowadzi do braku samoakceptacji. Zbyt wygórowane Ja idealne powoduje, że oczekiwania i wymagania w stosunku do siebie są nierealne. Chory, nie mogąc im sprostać, przypisuje sobie winę, obniżając swoje poczucie wartości lub następuje u niego obniżenie standardów kształtujących Ja idealne, przez co staje się ono możliwe do osiągnięcia, jednak nie jest w pełni satysfakcjonujące (Gałkowski, 1981; Bartnik i in., 1994; Janowicz, 1988; Pilecka, 1980, 2002; Urlińska, 1991; Maciarz, 1996, 1998; Pilecka i in., 1999; Pecyna, 2000). Poczucie wartości jest miarą rozbieżności pomiędzy realnym a idealnym obrazem samego siebie. Im jest ona mniej-

sza, tym większe poczucie własnej wartości. Zaniżone poczucie własnej wartości powoduje, że dziecko nie wykorzystuje swoich możliwości, czyli ogranicza aktywność (Misiewicz, 1983). Nieadekwatny obraz własnej osoby wpływa na rozwój osobowości, wyznaczając płaszczyznę przyszłego funkcjonowania. Dziecko z zaniżonym obrazem własnej osoby nie może w pełni swoich możliwości podjąć walki z własną chorobą, by na równi z osobami zdrowymi uczestniczyć w życiu społecznym. Tylko prawidłowo ukształtowany obraz własnej osoby daje podstawy do sprawnego działania, zadowolenia z życia i zapewnia poczucie wartości, które mobilizuje wewnętrzne siły do pokonywania wszelkich trudności, jakie niesie ze sobą choroba przewlekła. Wpływ na tworzenie się obrazu własnej osoby mają nie tylko bodźce z wnętrza organizmu, ale oddziaływanie otoczenia, głównie rodziców. To oni dostarczają wzorców osobowych, oceniają i wartościują zachowanie dziecka, przekazują wiedzę i prezentują akceptację dla dziecka i jego problemów zdrowotnych. Ich pozytywny stosunek do choroby jest fundamentem dla dziecka do budowy obrazu własnej choroby. Niestety, zaniżony obraz własnej osoby, charakteryzujący się nieadekwatnym poczuciem własnej wartości, brakiem samoakceptacji oraz wiary we własne umiejętności i możliwości, jest typowy dla osób chorych na cukrzycę (Prochow, Kulczycka, 1967; Bartnik i in., 1994; Maciarz, 1998; Pilecka i in., 1999; Pecyna, 2000; Pilecka 2002).

Dziecko w wieku siedmiu lat rozpoczyna edukację szkolną, z czym związany jest proces adaptacji, będący naturalnym kryzysem rozwojowym, z którym każde dziecko w tym wieku musi sobie poradzić. Dziecko z cukrzycą ma to zadanie znacznie utrudnione, ponieważ już sama choroba wpływa niekorzystnie na rozwój i społeczne przystosowanie się dziecka, utrudniając wypełnianie roli ucznia i członka grupy rówieśniczej. W przeprowadzonych badaniach dotyczących (za: Maciarz, 1998) zachowań dzieci przewlekle chorych (przebadano dzieci chore na cukrzycę, padaczkę i alergię), ich poziomu społecznego przystosowania w środowisku szkolnym, został ukazany stopień zaburzeń spowodowanych chorobą. Dzieci z cukrzycą wykazały najwięcej negatywnych przejawów społecznego przystosowania, przez które rozumiano: nadruchliwość, nerwowość, odsuwanie się, roztargnienie, nieśmiałość, zawziętość w grupie badanej. Po analizie uzyskanych wyników w trzech wymiarach: ekstrawersji – introwersji, pozytywnego – wrogiego zachowania, pozytywnego – wrogiego nastawienia do pracy stwierdzono, że dzieci z cukrzycą charakteryzują się przewagą introwersji i negatywnego zachowania w stosunku do dzieci z alergią i padaczką. Wykazują także nieznaczną przewagę negatywnego nastawienia do pracy nad pozytywnym. Powyższe dane prowadzą do wniosku, że dzieci z cukrzycą uzyskały najniższy ogólny wynik w zakresie trzech wymiarów społecznego przystosowania

się, wykazując przeciętne lub złe przystosowanie. Wszystkie dzieci źle przystosowane społecznie miały wysoko nasiloną chorobę, wykrytą już w pierwszych latach życia, z czego można wysnuć, że cukrzyca w miarę nasilania się coraz bardziej zaburza społeczne zachowanie się dziecka (Maciarz, 1998, s. 44–50). Negatywny wpływ cukrzycy na przystosowanie społeczne potwierdziły też badania W. Pileckiej (1989), które udowodniły, że aż 73,3% badanej młodzieży chorej na cukrzycę przejawia trudności adaptacyjne, najczęściej o charakterze lękowym lub izolacyjnym.

Jak widać, cukrzyca znacznie zakłóca proces adaptacji dziecka do szkoły. Pójście do szkoły wiąże się też z nawiązywaniem relacji z rówieśnikami, a potrzeba akceptacji i więzi emocjonalnej w tym okresie jest bardzo silna. Dzieci te potrzebują kontaktu z rówieśnikami zdrowymi, który jest dla nich szczególnie atrakcyjny, ale niestety utrudniony z racji ukrytej, a nieraz jawnej niechęci zdrowych dzieci do bliskich kontaktów z chorym kolegą. Dzieci chore na cukrzycę muszą stosować ograniczenia w wysiłku fizycznym, zatem nie są równorzędnymi partnerami w uprawianiu sportu, podejmowaniu długotrwałych treningów, długich wycieczek. Również występujące nieraz zmiany skórne sprawiają, że niechętnie uczestniczą w zajęciach wychowania fizycznego, w czasie którego te defekty stają się widoczne. Nieuczestniczenie zaś w tego typu zajęciach powoduje izolację od grupy rówieśniczej. Oczywiście izolacja nie jest tutaj wcale konieczna. Dziecko chore na cukrzycę może uczestniczyć w zajęciach wymagających wysiłku fizycznego, pamiętając jednak, że wysiłek obniża poziom cukru. Świadomość stałej kontroli wzbudza w dziecku lęk i hamuje jego swobodę zachowania. Częste nieobecności spowodowane chorobą, pobytami w szpitalu pogłębiają ten stan izolacji. Wszystkie wymienione wyżej czynniki mają negatywny wpływ na rozwój społeczny dziecka. Dzieci chore na cukrzycę wykazują cechy złego przystosowania społecznego z dużą tendencją do izolacji, co wpływa na ich trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami.

Leczenie cukrzycy nakłada bardzo duże obciążenia związane z kontrolą poziomu cukru we krwi, przestrzeganiem diety, ograniczeniami wysiłku fizycznego. Wszystko to może powodować wzrost samodyscypliny, poczucia odpowiedzialności, co pomaga dziecku w wykonywaniu innych czynności, np. uczeniu się. Jednak głównie stanowi to duże obciążenie psychiczne spowodowane ciągłą troską o swoje zdrowie, wymogiem kontroli diety, ruchu. Natomiast u dzieci, których rodzice nie przyjmują za nie całego ciężaru leczenia, szczególnie rozwija się samodzielność i odpowiedzialność. Stawianie adekwatnych wymagań dzieciom chorym na cukrzycę, zwłaszcza w momencie pójścia do szkoły, może pomóc im w zaadaptowaniu do nowych warunków. Nie można jednak zbyt obciążać

żyć dziecka. Wymaganie od niego, że w momencie pójścia do szkoły samodzielnie będzie kontrolowało poziom cukru i dbało o dietę, nakłada na nie w okresie i tak dla niego trudnym, jakim jest rozpoczęcie nauki w szkole, zbyt duże obowiązki. Taka postawa może spowodować u dziecka nasilony lęk, który demobilizująco wpłynie na jego proces adaptacji. Z kolei nadmierna opiekuńczość rodziców wywołuje u dziecka również niepożądane reakcje emocjonalne, które utrudniają osiągnięcie odpowiedniej dla wieku dojrzałości społecznej.

Choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca, wpływa niekorzystnie na rozwój dziecka. Szczególnie negatywne oddziaływanie ma na kształtowanie się osobowości. O przebiegu rozwoju człowieka decyduje jednak wiele czynników powiązanych ze sobą. Wpływ na niego mają zarówno czynniki dziedziczne, jak i środowiskowe. Sytuacja rodzinna, środowisko szkolne, medyczne, kontakty z rówieśnikami oraz aktywny udział dziecka w życiu społecznym, skoncentrowany na rozwoju własnych zasobów, może zminimalizować niekorzystne oddziaływanie choroby, pozwalając dziecku w pełni ukształtować pozytywny obraz własnej osoby. Osoby, która pomimo choroby będzie zdolna realizować swoje cele życiowe na równi ze zdrowymi rówieśnikami.

# Charakterystyka metodologiczna pracy

### 1. Założenia metodologiczne i cele badań

Budowanie wizji przyszłego życia stanowi pewien etap rozwoju każdego człowieka, a szczególnie wiąże się ono z rozwojem własnej osobowości. Z racji, iż jest to jeden z etapów całościowego rozwoju człowieka, jego przebieg ma istotne znaczenie dla późniejszego funkcjonowania społecznego. Okres formułowania pierwszych wizji przyszłości przypada na wiek średniego i późnego dzieciństwa. Tworzenie się wizji życiowych determinuje sposób, w jaki jednostka spostrzega wiedzę na swój własny temat i otaczającej ją rzeczywistości, a także sposób, w jaki ta wiedza porządkuje jej relacje z samym sobą i otoczeniem oraz jakie subiektywne znaczenie na bazie tej wiedzy nadaje czynnikom zewnętrznym, jak i wewnętrznym (Kozielecki, 1976; Łukaszewski, 1984; Tyszkowa 1990). Przekonanie o istotnej roli postrzegania i interpretowania informacji jest charakterystyczne dla podejścia poznawczego. Przyjmując założenia psychologii poznawczej, można za J. Reykowskim (1978) podzielić wiedzę na: wiedzę o sobie samym, która buduje obraz naszego Ja i wiedzę o otaczającej nas rzeczywistości. Taki podział może mieć znaczenie w tworzeniu się wizji przyszłego życia u dzieci.

Większość badań (Banasiak, 1996; Bartnik i in., 1994; Heszen-Klemens, 1983; Heszen-Niejodek, 2000; Janowicz, 1988; Jarosz-Chrobot i in., 1997, 1999; Maciarz, 1996, 1998; Obuchowska, Krawczyński, 1991; Pecyna, 1993a, 1993b, 2000; Pilecka, 1989, 1995, 2002; Pilecka i in., 1999; Porzak, 1995; Wielgosz, 1991) odnoszących się do rozwoju dzieci przewlekle chorych dotyczy tak zwanego stanu obiektywnego, czyli tego, jaka jest ich sytuacja w danym momencie rozwojowym i jaki wpływ na ten rozwój mają czynniki związane z chorobą przewlekłą. Niewiele jednak wiadomo, jakie są wyobrażenia tych dzieci o swojej przyszłości zwią-

zanej zarówno z najbliższą przyszłością: szkołą, rówieśnikami, jak i z przyszłością związaną z życiem dorosłym, tj. z domem, pracą, zdrowiem i czy na to spostrzeganie swojego miejsca w przyszłości ma wpływ choroba przewlekła. Można przypuszczać, mając na uwadze twierdzenia teorii poznawczych, że czynnikiem wywierającym wpływ na kształtowanie się wizji przyszłości jest choroba przewlekła, ale także sposób spostrzegania siebie samego w otaczającej rzeczywistości, co wiąże się z procesami poznawczymi i sposobem socjalizacji dziecka, które na bazie obrazu samego siebie i świata zewnętrznego, formułuje swoje wizje przyszłości, stanowiące mechanizm sterująco-motywuujący o dalszym jego rozwoju.

Brak danych w literaturze przedmiotu na temat kształtowania się wizji przyszłego życia u dzieci przewlekle chorych oraz przekonanie, że informacje takie mogłyby pomóc w ustaleniu tego, jak dalece choroba determinuje powstawanie dziecięcych wyobrażeń – to dwa najważniejsze powody, dla których podjęto prezentowane w tej pracy badania.

Uzyskanie informacji na temat, w jaki sposób dzieci formułują swoje wizje przyszłego życia w aspekcie najbliższej przyszłości i przyszłości związanej z życiem dorosłym – osobistym i zawodowym, określenie różnic pomiędzy przewidywanym a pożądanym obrazem tych wizji, a także stwierdzenie na ile choroba przewlekła (cukrzyca) wpływa na te wyobrażenia, wydaje się szczególnie przydatne w teorii i praktyce, odnoszącej się do tych dzieci. Wyłonienie różnic w formułowaniu wizji przyszłego życia u dzieci przewlekle chorych, w porównaniu z dziećmi zdrowymi, pozwoliłoby na zwrócenie uwagi osobom wychowującym dzieci przewlekle chore na ten problem, w celu wyeliminowania ewentualnych różnic. Właściwe sterowanie procesem wychowawczym zapewni dzieciom dotkniętym cukrzycą optymalne warunki rozwoju osobistego, jak i zawodowego, co warunkuje osiągnięcie sukcesu w tych dwóch sferach życia.

W związku z powyższym, cele pracy są następujące:

1. Ukazanie, jak dzieci wyobrażają sobie najbliższą przyszłość w odniesieniu do:

- relacji z rówieśnikami,
- kariery szkolnej,
- spędzania wolnego czasu,
- stanu zdrowia,
- zainteresowań.

2. Wyodrębnienie, jaką reprezentację samych siebie mają dzieci w swoich wizjach przyszłego życia dorosłego – osobistego, pod względem:

- cech fizycznych,
- cech psychicznych,
- pełnionych przez siebie ról społecznych,
- ujawnianych potrzeb.

3. Określenie, jaką reprezentację samych siebie mają dzieci w swoich wizjach przyszłego życia dorosłego – zawodowego, pod względem:

- reprezentacji zawodów,
- motywacji wyboru danego zawodu,
- pełnionych przez siebie ról zawodowych.

4. Wskazanie, czy istnieją różnice w formułowaniu się przewidywanych i pożądanых wizji przyszłego życia, związanego z najbliższą przyszłością i przeszłością życia dorosłego, pomiędzy dziećmi zdrowymi a przewlekle chorymi.

5. Określenie, jakie doświadczenia biograficzne związane z chorobą przewlekłą (czas od rozpoczęcia choroby, przebieg choroby, częstość hospitalizacji) mają znaczenie w tworzeniu się wizji przyszłego życia.

6. Wskazanie, czy istnieją związki między formułowaniem się wizji przyszłego życia a płcią dziecka.

## **2. Pytania badawcze**

Po wcześniejszym przedstawieniu głównych celów badawczych, sformułowano pytania główne i szczegółowe. W pracy używane są wymienione słowa wizje i wyobrażenia.

Pierwsze pytanie główne brzmi:

1. Jak dzieci wyobrażają, a jak chciałyby wyobrażać sobie swoją najbliższą przyszłość?

Zbadanie wizji dzieci, dotyczących najbliższej przyszłości, ma na celu określenie wyobrażeń dziecka w następujących aspektach – jakie ma wyobrażenie samego siebie w otaczającej go rzeczywistości szkolnej? Jak postrzega swoje kontakty z rówieśnikami i możliwości spędzania wolnego czasu, swoje zainteresowania? Jak postrzega swój stan zdrowia? Istotne jest także ustalenie, co dziecko myśli na temat tego, co będzie (wizje przewidywane), a jak chciałoby siebie postrzegać w najbliższej przyszłości (wizje pożądane).

Określenie wizji najbliższej przyszłości wymaga uzyskania dokładnych informacji na pytania szczegółowe:

1.1. Jak dzieci sobie wyobrażają, a jak chciałyby wyobrażać sobie swoją przyszłość w grupie rówieśniczej?

1.1.1. Jak dzieci postrzegają swoje relacje z rówieśnikami? Jak dzieci chciałyby postrzegać swoje relacje z rówieśnikami?

1.1.2. Jakie jest ich miejsce w grupie rówieśniczej? Jakie chciałyby zajmować miejsce w grupie rówieśniczej?

1.2. Jak wyobrażają sobie swoją karierę szkolną? Jak chciałyby sobie wyobrażać karierę szkolną?

1.2.1. Jak postrzegają poziom swojej nauki? Jak chciałyby postrzegać poziom swojej nauki?

1.2.2. Jakie szkoły wyobrażają sobie skończyć? Jakie szkoły chciałyby ukończyć?

1.3. W jaki sposób wyobrażają sobie spędzanie wolnego czasu? W jaki sposób chciałyby spędzać wolny czas?

1.4. Jaka sytuację własnego zdrowia postrzegają dzieci w swoich wizjach najbliższej przyszłości? Jaka sytuację własnego zdrowia chciałyby postrzegać dzieci w swoich wizjach najbliższej przyszłości?

1.5. Jak dzieci wyobrażają sobie własne zainteresowania? Jak chciałyby wyobrażać sobie własne zainteresowania?

Drugie globalne pytanie badawcze jest następujące:

2. Jaka reprezentację samych siebie mają, a jaką chciałyby mieć dzieci w swoich wizjach przyszłego życia dorosłego – osobistego?

Założeniem tego pytania jest ustalenie, jaką wizję przyszłości życia dorosłego – osobistego mają dzieci. Jaka reprezentację samych siebie mają w swoich wizjach pod względem cech fizycznych, psychicznych, swoich potrzeb? Jak postrzegają swoje relacje z najbliższym otoczeniem, w jakich rolach społecznych wyobrażają sobie siebie? Ustalenie, jak dzieci przewidują, że będzie wyglądała ich przyszłość, a jak chciałyby, by ona wyglądała.

2.1. Jak przedstawia się reprezentacja cech fizycznych samych siebie? Jak chciałyby, by przedstawiała się reprezentacja cech fizycznych samych siebie?

2.1.1. Jaki wygląd zewnętrzny samych siebie dzieci wyobrażają sobie, a jaki chciałyby sobie wyobrażać?

2.1.2. Jak sytuację własnego zdrowia spostrzegają dzieci w swoich wizjach przewidywanych i pożądanym?

2.2. Jaka reprezentację cech psychicznych samych siebie mają dzieci w swoich pożądanym i przewidywanych wizjach życia osobistego?

2.2.1. Jak wyobrażają sobie poziom swojego rozwoju intelektualnego? Jaki chciałyby mieć poziom rozwoju intelektualnego?

2.2.2. Jak postrzegają swoją emocjonalność w wizjach życia dorosłego, a jak chciałyby, aby ona wyglądała?

2.3. Jakie role społeczne przyjmuje dziecko w swoich przewidywanych i pożądanym wizjach?

2.4. Jakie potrzeby dziecko ujawnia w swoich wyobrażeniach przewidywanych i pożądanym przyszłego życia osobistego?

Trzecie globalne pytanie badawcze brzmi:

3. Jaka reprezentację samych siebie mają, a jaką chciałyby mieć dzieci w swoich wizjach życia zawodowego?

Pytania szczegółowe, odnoszące się do przewidywanej i pożądanej wizji przyszłości życia dorosłego – zawodowego, mają na celu ustalenie, w jakim zawodzie dziecko wyobraża sobie siebie i jaka jest jego wiedza na temat tego zawodu. Ma także pokazać, jakie są motywy wyboru takiego zawodu, a także wskazać, jakie role zawodowe jest gotowe podjąć. Pokazują również, jaka jest przewidywana wizja przyszłego życia zawodowego, a jaka pożądana.

3.1. Jak w wyobrażeniach przewidywanych i pożądanych dzieci przedstawia się reprezentacja zawodów?

3.2. Na jakim poziomie dziecko ma wiedzę o przewidywanym i pożądanym wyobrażeniu swojego przyszłego zawodu?

3.3. Jak przedstawia się reprezentacja motywów wyboru danego zawodu w wizjach dziecięcych przewidywanych i pożądanych?

3.4. Jakie role społeczne przyjmują, a jakie chciałyby przyjmować dzieci w swoich wizjach życia zawodowego?

Po określeniu wizji najbliższej przyszłości oraz przyszłości życia dorosłego osobistego i zawodowego w celu określenia znaczenia, jakie ma choroba przewlekła, w tym wypadku cukrzyca, w ich formułowaniu, zostaną one porównane z wizjami przyszłości dzieci zdrowych.

Kolejne pytanie badawcze jest następujące:

4. Czy i w jakim stopniu istnieją różnice w formułowaniu przewidywanych i pożądanych wizji przyszłego życia, związanego z najbliższą przyszłością i przyszłością życia dorosłego, pomiędzy dziećmi przewlekle chorymi na cukrzycę a dziećmi zdrowymi?

4.1. Czy i w jakim stopniu istnieją różnice w formułowaniu się przewidywanych i pożądanych wizji życia najbliższej przyszłości pomiędzy dziećmi przewlekle chorymi na cukrzycę a dziećmi zdrowymi?

4.1.1. Czego dotyczą ewentualne różnice?

4.2. Czy i w jakim stopniu istnieją różnice w formułowaniu się przewidywanych i pożądanych wizji przyszłego życia dorosłego pomiędzy dziećmi przewlekle chorymi na cukrzycę a dziećmi zdrowymi?

4.2.1. Czego dotyczą ewentualne różnice?

Porównanie postrzegania wizji przyszłego życia dzieci przewlekle chorych i dzieci zdrowych pozwoli wnioskować, jakie znaczenie dla tworzenia się dziecięcych wyobrażeń przyszłości ma choroba przewlekła. Jednak ważne wydaje się również stwierdzenie, czy różnice te dotyczą wizji przewidywanych, pożądanych, a może obu.

Kolejnym celem badań było określenie, jakie czynniki, związane z chorobą przewlekłą, mają wpływ na tworzenie się wizji przyszłego życia u tych dzieci, dlatego następane globalne pytanie badawcze brzmi:

5. Jakie doświadczenia biograficzne, związane z chorobą przewlekłą, mają znaczenie w tworzeniu się dziecięcych wizji przyszłego życia?

- 5.1. Czy, a jeżeli tak, to jaki, wpływ na tworzenie się wizji najbliższej przyszłości mają wyróżnione czynniki:
  - 5.1.1. Czas od rozpoczęcia choroby.
  - 5.1.2. Przebieg choroby.
  - 5.1.3. Częstość hospitalizacji dziecka.
- 5.2. Czy, a jeżeli tak, to jaki, wpływ na tworzenie się wizji życia dorosłego – osobistego mają wyróżnione czynniki:
  - 5.2.1. Czas od rozpoczęcia choroby.
  - 5.2.2. Przebieg choroby.
  - 5.2.3. Częstość hospitalizacji dziecka.
- 5.3. Czy, a jeżeli tak, to jaki, wpływ na tworzenie się wizji życia dorosłego – zawodowego mają wyróżnione czynniki:
  - 5.3.1. Czas od rozpoczęcia choroby.
  - 5.3.2. Przebieg choroby.
  - 5.3.3. Częstość hospitalizacji dziecka.

W badaniach zwrócono uwagę także na czynniki osobowe, które mogą mieć znaczenie w tworzeniu się wizji przyszłego życia u dzieci przewlekle chorych na cukrzycę i dzieci zdrowych. Spośród wielu czynników wybrano płeć dziecka. Pytanie związane z tą problematyką przedstawia się następująco:

6. Czy istnieją związki między formułowaniem się wizji przyszłego życia a płcią dziecka?

W odniesieniu do wszystkich pytań badawczych wyłoniono zmienne, ustalono ich definicje, określono kategorie i wskaźniki. Dane na ten temat zostaną przedstawione w następnym punkcie tego rozdziału.

### 3. Zmienne, ich kategorie, definicje i wskaźniki

W omawianych badaniach główną zmienną zależną są wizje przyszłego życia u dzieci przewlekle chorych na cukrzycę.

Pojęcie wizji życiowych zostało szczegółowo omówione w części teoretycznej (por. rozdz. I). Na podstawie analiz różnych znaczeń tego pojęcia w pracy została przyjęta następująca definicja **wizji życiowych**: jest to wyobrażenie projektu idealnego, dotyczącego stanów własnej osoby, relacji Ja – świat, który jako całość nie jest znany jednostce z jej dotychczasowego doświadczenia (Łukaszewski, 1984).

Zmienną globalną zależną w pracy jest wizja przyszłego życia, która została zdefiniowana w następujący sposób:

**Wizja przyszłego życia** – jest to wyobrażenie projektu idealnego, dotyczącego stanów własnej osoby w przyszłym życiu, relacji Ja – świat

osobisty, Ja – świat zawodowy, Ja – rówieśnicy, który jako całość nie jest znany jednostce z jej dotychczasowego doświadczenia.

Na zmienną globalną wizji przyszłego życia składają się dwie zmienne: wizja najbliższej przyszłości i życia dorosłego, które są rozpatrywane w odniesieniu do przewidywania przyszłości i pożądanego przyszłości.

**Wizja przewidywanego przyszłego życia** – jest to wyobrażenie projektu (dotyczącego stanów własnej osoby w przyszłym życiu, relacji Ja – świat osobisty, Ja – świat zawodowy, Ja – rówieśnicy, który jako całość nie jest znany jednostce z jej dotychczasowego doświadczenia), jaki wydaje się danej osobie, że będzie.

**Wizja pożądanego przyszłego życia** – jest to wyobrażenie projektu idealnego (dotyczącego stanów własnej osoby w przyszłym życiu, relacji Ja – świat osobisty, Ja – świat zawodowy, Ja – rówieśnicy, który jako całość nie jest znany jednostce z jej dotychczasowego doświadczenia), jaki dana osoba chciałaby, żeby był.

Na zmienną wizję życia dorosłego składają się dwie zmienne: wizja życia osobistego i zawodowego.

Głównymi zmiennymi zależnymi w omawianych badaniach są:

- wizja najbliższej przyszłości,
- wizja życia dorosłego osobistego,
- wizja życia dorosłego zawodowego,
- poziom różnic pomiędzy wizjami dzieci zdrowych a przewlekłe chorych na cukrzycę,
- poziom różnic między wizjami przewidywanymi a pożądanymi pomiędzy dziećmi przewlekłe chorymi na cukrzycę a dziećmi zdrowymi,
- poziom różnic pomiędzy wizjami najbliższej przyszłości i życia dorosłego wśród dziewczynek i chłopców.

Zmiennymi niezależnymi są:

- doświadczenia biograficzne,
- czynniki osobowe.

Szczegółowe definicje poszczególnych zmiennych dostępne są w części niepublikowanej pracy doktorskiej.

#### **4. Procedura badań, techniki i narzędzia badawcze**

Przedstawione badania zostały przeprowadzone w ramach procedury diagnostycznej. Z uwagi na wybraną procedurę badawczą, wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, która jest „sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice

zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk (...), posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której dane zjawisko występuje” (Pilch, 1998).

W niniejszej pracy w ramach przedstawionej metody badawczej zostały zastosowane cztery techniki. Są to: analiza dokumentów, wywiad, rozmowa oraz pomocniczo rysunek projekcyjny.

Analiza dokumentów to technika „służąca do gromadzenia wstępnych, opisowych, także ilościowych informacji o badanej instytucji czy zjawisku wychowawczym. Jest także techniką poznawania biografii jednostek i opinii wyrażonych w dokumentacji” (Pilch, 1998, s. 88). Technika ta została wykorzystana w badaniach w celu uzyskania informacji na temat diagnozy i przebiegu choroby przewlekłej. Głównie posłużono się nią w przypadku dzieci z grupy właściwej, badanych na terenie szpitala i podczas niektórych wywiadów z rodzicami, którzy swoje odpowiedzi uzupełniali dokumentami. Najczęściej były to wypisy szpitalne, karty przebiegu choroby oraz zeszyty prowadzone przez rodziców, lekarzy, diabetyków, obrazujące historię choroby. Na podstawie tych dokumentów określano, na jaki rodzaj cukrzycy dziecko choruje, czas trwania choroby, jej przebieg i częstość hospitalizacji. Dostęp do tych dokumentów był poprzedzony zgodą rodziców i ordynatora oddziału.

Następną zastosowaną techniką jest wywiad, który „jest rozmową badającego z respondentem według opracowanych wcześniej dyspozycji lub w oparciu o specjalny kwestionariusz” (Pilch, 1998, s. 82). W niniejszych badaniach przeprowadzono dwa wywiady: jeden z rodzicami, drugi z dziećmi. Wywiad z rodzicami dzieci przewlekle chorych miał na celu ustalenie rodzaju choroby, czasu jej trwania, sposobu przebiegu oraz częstości hospitalizacji. Dotyczył on jednak tej grupy rodziców, których dzieci nie były badane na terenie szpitala.

Wywiad przeprowadzony z dziećmi miał na celu określenie poziomu konkretnej wiedzy na temat zawodów, jakie dzieci wybrały w swoich wizjach dorosłego życia zawodowego. Dzięki zastosowaniu tej techniki możliwe było stwierdzenie poziomu wiedzy w wiarygodny i porównywalny sposób w odniesieniu do wszystkich badanych dzieci. Wywiady zostały przeprowadzone na podstawie przygotowanych kwestionariuszy, zawierających pytania zamknięte, jak i otwarte, dające swobodę wypowiedzi respondentowi.

Kolejną techniką, która została wykorzystana w badaniach, jest rysunek projekcyjny stworzony przez dziecko, które miało wykonać dwa obrazki zatytułowane: „Ja jako dorosły” i „Ja w swoim przyszłym zawodzie”. Wprowadzenie tej techniki do badań miało na celu: po pierwsze,

dostarczenie informacji na temat tego, jak dziecko postrzega siebie w życiu dorosłym, po drugie, jak przedstawia siebie i jakie miejsce w świecie rodzinnym i zawodowym sobie wyznacza, po trzecie, stanowiło pomoc w nawiązaniu kontaktu z dzieckiem i w utrzymaniu uwagi na właściwym temacie. Rysunek nie był analizowany ściśle pod kątem psychologicznym, ponieważ nie stanowił źródła podstawowych informacji, dawał jedynie dopełnienie wypowiedzi badanego. Jego podstawowym zadaniem była pomoc w nawiązaniu i utrzymaniu kontaktu z dzieckiem, a także koncentrowanie uwagi dziecka na temacie rozmowy.

Rozmowa z dzieckiem to główna technika, która została zastosowana podczas badań. Była to wieloczęłkowa rozmowa indywidualna, wymagająca dwu-, trzykrotnego kontaktu z każdym z badanych, podparta innymi narzędziami badawczymi. Jej osnowę stanowiły rysunki wykonane przez dzieci przewlekle chore na cukrzycę. Na podstawie prezentowanych rysunków prowadzono wielowątkową rozmowę, koncentrującą się na badanym aspekcie wizji przyszłego życia, np. osobistego. Stawiane pytania miały na celu zebranie informacji na temat tych aspektów wizji przyszłego życia, o których dziecko samodzielnie nie mówiło, a były one objęte badaniami. Opierając się na informacjach uzyskanych poprzez rysunek, wywiad czy rozmowę, pogłębiono wiedzę na tematy wyznaczone w schemacie rozmowy, np. dlaczego wybrałeś taki zawód? Dlaczego myślisz, że inni nie będą chcieli się z tobą bawić?

## **5. Dobór osób i organizacja badań**

Osoby badane zostały dobrane pod względem dwóch kryteriów – stanu zdrowia i wieku. Ze względu na stan zdrowia przedmiotem zainteresowań były dzieci przewlekle chore na cukrzycę typu I – insulinozależne. W celu ustalenia specyfiki wizji dzieci przewlekle chorych do badań została włączona grupa porównawcza (dzieci zdrowe). Poprzez porównanie wizji najbliższej przyszłości oraz przyszłego życia dorosłego osobistego i zawodowego dzieci chorych i zdrowych można stwierdzić, w jaki sposób choroba wpływa na kształtowanie się wizji przyszłości. W celu jak najbardziej rzetelnego zbadania tej zależności postawiono drugi wymóg w stosunku do badanych dzieci z grupy właściwej – co najmniej rocznego okresu od zdiagnozowania choroby. Warunek ten wydaje się istotny z uwagi na fakt, że dzieci po stwierdzeniu u nich choroby potrzebują odpowiedniego czasu na uwewnętrznienie tej wiadomości, a także na poznanie ograniczeń i obowiązków związanych z chorobą, jaką jest cukrzyca insulinozależna.

W odniesieniu do wieku, osobami badanymi były dzieci, które ukończyły 7. rok życia, ale nie przekroczyły 12 lat. Wybór takiej kategorii

wiekowej był podyktowany faktem, iż dzieci w tym wieku znajdują się już na takim etapie rozwoju intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, że mają ukształtowane pojęcie rodziny, pracy, orientują się w strukturze ról społecznych, potrafią się ustosunkować do zjawisk zachodzących w otoczeniu. Na podstawie tej wiedzy formułują pierwsze projekty swojego przyszłego życia, które nie wyznaczają jeszcze planów życiowych, ale ukazują ich pierwsze preferencje. Ponadto dzieci w tym wieku potrafią się koncentrować na zadaniu, a także na pracy z zastosowaniem metod słownych. Dzieci powyżej 12. roku życia wchodzą w wiek dojrzewania, zatem ujęcie ich byłoby możliwe jedynie po uwzględnieniu kolejnej zmiennej, co bardzo rozszerzyłoby badania (Piaget, 1981; Żebrowska, 1982).

Liczba badanych osób, dobranych według wyżej wymienionych kryteriów, które miały stanowić materiał empiryczny, wynosiła 140. Osoby te tworzyły dwie grupy: właściwą – dzieci przewlekle chore na cukrzycę – liczącą 70 osób i porównawczą – dzieci zdrowe – liczącą też 70 osób. W obrębie każdej grupy było 35 dziewczynek i 35 chłopców.

Badania pilotażowe i właściwe były przeprowadzone w kilku etapach, na terenie dwóch losowo wybranych szkół podstawowych, szpitala dziecięcego, ośrodka Koła Przyjaciół Dzieci z Cukrzycą i w domach dzieci chorych. Rozpoczęły się one od spotkań z ordynatorem oddziału, prezesem KPDzC, dyrektorem danej szkoły w celu przedstawienia tematyki, zakresu badań i uzyskania zgody na ich przeprowadzenie.

Następny etap badań polegał na odbyciu rozmów z lekarzami, pielęgniarkami, psychologiem i rodzicami. Każda z rozmów miała na celu przedstawienie tematyki badań, planu ich przeprowadzenia i uzyskania zgody na uczestnictwo w nich dzieci. Na podstawie rozmowy zebrano informacje, czy na oddziale lub w ośrodku znajdują się dzieci chore na cukrzycę insulinozależną w wieku od 7–12 lat, które co najmniej od roku mają zdiagnozowaną tę chorobę. Z rodzicami, którzy wyrazili zgodę na uczestnictwo swojego dziecka w badaniach, umówiono termin spotkania w związku z przeprowadzeniem badań, a także rozdano kwestionariusze wywiadu (dotyczące stanu zdrowia dziecka), prosząc o wypełnienie ich w domu. Jednocześnie ustalono, że w razie trudności lub jakichkolwiek niejasności istnieje możliwość pozostawienia i wspólnego wypełnienia z osobą prowadzącą badania. W przypadku, kiedy rodzice dzieci przebywających w szpitalu wyrazili zgodę na uczestnictwo w badaniach, a nie mogli oni wypełnić kwestionariusza wywiadu, wówczas korzystano z udostępnionej dokumentacji choroby w celu uzyskania informacji o ich stanie zdrowia. Dzieci na terenie szpitala badane były w sposób ciągły, tzn. gdy na oddział trafiło dziecko kwalifikujące się do badań, psycholog przekazywał tę informację osobie zbierającej materiały, będącej z nim w stałym kontakcie.

Rozmowy odbyto też z wychowawcami klas wybranych szkół, zwracając uwagę na potrzebę zbadania dzieci zdrowych w celu ustalenia wizji przyszłości dzieci chorych, a także określenia, czy w badanej grupie porównawczej nie znajdują się dzieci przewlekle chore na cukrzycę lub na inną chorobę, mogącą zakłócać sposób ich funkcjonowania. Z każdym wychowawcą umawiano się na najbliższe zebranie z rodzicami w celu przedstawienia im tematu i planu badań oraz uzyskania zgody na uczestnictwo w nich dzieci. W klasach, w których uzyskano zgodę, przeprowadzono badania. Uprzedzono też wszystkich, że o ostatecznym udziale w badaniach decydować będzie wynik losowania. Dzieci chore, które spełniały postawione kryteria, zostały włączone do badań, tworząc grupę właściwą, natomiast spośród zdrowych została losowo wybrana liczba dzieci odpowiadająca grupie właściwej, tworząca grupę porównawczą.

Następnym etapem badań były rozmowy z dziećmi leżącymi na oddziale oraz z danej klasy, w celu wyjaśnienia, dlaczego niektóre z nich będą miały spotkanie z osobą prowadzącą badanie. Dowiadywały się, że jest pisana książka, w której zostaną przedstawione wyobrażenia dzieci o swojej przyszłości. Będzie ona o tym, kim chciałyby być w swoim przyszłym domu, w pracy, jakich chcieliby mieć w przyszłości przyjaciół, jakie zainteresowania. Dzieci, u których badanie było przeprowadzone w domu lub w późniejszym terminie na terenie szpitala, uzyskiwały tę informację na początku spotkania.

Kolejnym etapem było przeprowadzenie badania spośród wybranych dzieci. Każde spotkanie z dzieckiem rozpoczynało się krótką rozmową, mającą na celu zapoznanie się, nawiązanie kontaktu i stworzenie poczucia bezpieczeństwa. Dzieci zostały poinformowane o celu i przebiegu badań, że ma ono charakter anonimowy, a także były poproszone, aby w przypadku wątpliwości wyjaśnić je z osobą prowadzącą badanie. Pierwszym zadaniem było wykonanie rysunku zatytułowanego „Ja jako dorosły”. Kolejność rysowania poszczególnych postaci, dobór kolorów, wypowiedzi dziecka oraz wszystkie inne dane były notowane na specjalnym arkuszu, zgodnie z postępowaniem typowym dla tej metody. Następnie dziecko było proszone o omówienie swojego rysunku. Na podstawie tej wypowiedzi i rysunku przeprowadzono rozmowę z dzieckiem na temat jego wizji przyszłego życia dorosłego w aspekcie cech fizycznych, psychicznych i społecznych oraz ujawnianych potrzeb. Dzieci przeważnie odnosiły swoje wypowiedzi do przewidywanej przyszłości, czyli dziecko udzielało informacji, jak myśli, że będzie wyglądało jego życie dorosłe osobiste, dlatego w dalszej części badania, gdy wszystkie obszary zostały zanalizowane, proszono dziecko, aby wyobraziło sobie, że jest posiadaczem czarodziejskiej różdżki, za dotknięciem której może wszystko zmie-

nić tak, jak chciałoby, by było. Jak zmieniłby się wówczas ten rysunek? Dalej rozmowa z dzieckiem polegała na dopytaniu o te wszystkie aspekty wyobrażanej przyszłości w kontekście wizji pożądanej przez dziecko. Natomiast gdy dziecko zaczynało wypowiedź od pożądanej wizji swojej przyszłości, zadawano pytania uzupełniające, dotyczące przewidywanej wizji, czyli tego, jak myśli, że będzie. W przypadku, gdy dziecko było zmęczone, na tym etapie kończono pierwszą część badania właściwego. Przy dobrym samopoczuciu przechodzono do następnego etapu. Kiedy dzieci nie miały siły kontynuować badania, druga część odbywała się w innym dniu. Wtedy rozmawiano z dzieckiem o jego najbliższej przyszłości: najpierw przewidywanej, później pożądanej. Na początku rozmowy wprowadzano dziecko w zagadnienie, czym jest najbliższa przyszłość i pytano, jak ono ją rozumie, dopiero później kierowano rozmowę na wybrane obszary, podlegające badaniu. Najbliższą przyszłość badano w aspektach relacji z rówieśnikami, kariery szkolnej, sposobu spędzania wolnego czasu, reprezentacji stanu zdrowia i zainteresowań.

Na drugim spotkaniu, lub w niektórych przypadkach na trzecim (szczególnie dotyczyło to dzieci młodszych), dzieci były proszone o narysowanie rysunku „Ja w swoim przyszłym zawodzie”. Wypowiedzi dziecka oraz sposób wykonywania pracy był zapisywany na specjalnym arkuszu, zgodnie z wytycznymi postępowania dla tej metody. Na podstawie tego rysunku toczyła się rozmowa z dzieckiem, mająca na celu ustalenie wizji przyszłego życia zawodowego. Po ustaleniu reprezentacji zawodu, motywu jego wyboru, roli społecznej, przechodzono do kwestionariusza wywiadu. Jego zadaniem było ustalenie poziomu wiedzy o wybranej przez dziecko profesji. Tym razem dzieci najczęściej rysowały i wypowiadały się na temat swojej pożądanej wizji, dlatego w dalszym ciągu badania były one dopytywane o przewidywane wyobrażenie przyszłego życia zawodowego, tzn. jak myśla, że będzie wyglądało ich przyszłe życie zawodowe. Po uzyskaniu wszystkich informacji dziękowano dziecku i odprowadzano do rodzica, wychowawcy lub pielęgniarki. Każda część badania składającego się z rysunku i rozmowy zajmowała jednemu dziecku około 75 minut. Przygotowanie do badań oraz uzupełnienie arkusza trwało około 30 minut. W przypadku dzieci badanych w domu, badanie było poprzedzone wywiadem z rodzicami, którzy kwestionariusz otrzymali już wcześniej, jednak w większości z wypełnieniem czekali na osobę prowadzącą badania. W niektórych przypadkach rodzice przekazywali do wglądu wszystkie dokumenty związane z chorobą i informacje o stanie zdrowia dziecka pochodziły z analizy dokumentów, tak jak w przypadku dzieci leżących w szpitalu, a nie z wywiadu z rodzicami. Zbieranie materiału empirycznego odbywało się w roku szkolnym 1999/2000 oraz 2000/2001. Zgromadzenie tak obszernego materiału badawczego, pomi-

mo wielu trudności, mogło się odbyć tylko dzięki życzliwości i zaangażowaniu rodziców, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, dyrektorów szkół, nauczycieli, pracowników Koła Przyjaciół Dzieci z Cukrzycą i oczywiście samych dzieci.

## **6. Opracowanie wyników badań**

Do analizy statystycznej zebranych danych zastosowano następujące testy:

- test Pearsona,
- test dokładnego prawdopodobieństwa Fishera,
- test Wilcoxon,
- test Kruskala-Wallisa,
- test Manna-Whitneya,
- analizę wariancji,
- współczynnik korelacji rang Spermanna (por. Brzeziński, 1997; Ferguson, Takane, 1997).

Kolejnym etapem działań badawczych była analiza merytoryczna uzyskanych wyników. Jej przedstawieniu będzie poświęcony następny rozdział, który oprócz analizy merytorycznej, zawiera szczegóły opracowań statystycznych.

---

## Rozdział piąty

---

# Wyniki badań własnych

### 1. Charakterystyka badanych osób

W badaniach nad wizjami przyszłego życia wzięło udział 140 dzieci. Dzielily się one na dwie grupy badawcze: właściwą i porównawczą. W skład grupy właściwej wchodziło 70 dzieci co najmniej od roku chorych na cukrzycę insulinozależną, natomiast w grupie porównawczej znajdowało się 70 dzieci zdrowych. Każda grupa została podzielona na dwie podgrupy: dziewczynek i chłopców.

Szczegółowe zestawienie liczebności badanych osób z uwzględnieniem stanu zdrowia i płci przedstawia tabela 3.

**Tabela 3.** Stan zdrowia a płeć dziecka

Płeć	Stan zdrowia		Razem (L)
	Zdrowe (L)	Chore (L)	
Dziewczynki	35	35	70
Chłopcy	35	35	70
Razem	70	70	140

Badane dzieci były w wieku od siedmiu do dwunastu lat. Liczebność dzieci w danym wieku z uwzględnieniem płci i stanu zdrowia przedstawia tabela poniżej. Wynika z niej, że najliczniejszą grupą wiekową zarówno wśród zdrowych, jak i chorych były dzieci ośmioletnie. Dwunastolatki stanowili najmniej liczną grupę wiekową, która w ogóle nie występowała u dzieci zdrowych.

Do opisu grupy właściwej dzieci przewlekłe chorych na cukrzycę istotne wydały się informacje związane z samą chorobą. Na ile bezpośrednio związane z chorobą czynniki, takie jak: czas trwania choroby, przebieg choroby i częstość hospitalizacji będą wpływały na wyobrażenia przyszłości dzieci.

**Tabela 4.** Stan zdrowia i płeć a wiek badanych dzieci

Wiek badanych dzieci	Stan zdrowia i płeć				Razem (L)
	Zdrowe		Chore		
	Dziewczynki (L)	Chłopcy (L)	Dziewczynki (L)	Chłopcy (L)	
7 lat	3	5	1	1	10
8 lat	11	9	10	9	39
9 lat	8	9	5	7	29
10 lat	9	8	8	9	34
11 lat	4	4	7	8	23
12 lat	0	0	4	1	5
Razem	35	35	35	35	140

Pierwszą zmienną różnicującą właściwą grupę badawczą były informacje na temat czasu trwania choroby.

Dane na ten temat zamieszczono w tabeli 5.

**Tabela 5.** Czas trwania choroby

Czas trwania choroby	Płeć		Razem (L)
	Dziewczynki (L)	Chłopcy (L)	
1–2 lat	5	5	10
2–3 lata	26	25	51
Powyżej 3 lat	4	5	9
Razem	35	35	70

Jak pokazują dane zawarte w tabeli, czas, jaki upłynął od rozpoczęcia choroby, różnicuje badane dzieci. Najmniej przebadanych dzieci, tj. 12,9% cierpi na chorobę dłużej niż 3 lata, najliczniejszą grupę 65,7% stanowią dzieci, u których choroba trwa od 2 do 3 lat.

W celu uzyskania pełniejszego obrazu badanej grupy dzieci przewlekle chorych ustalono również, jaki jest przebieg choroby – ostry czy łagodny. Jak kształtuje się ten obraz, pokazuje tabela 6.

**Tabela 6.** Przebieg choroby a płeć dziecka

Przebieg choroby	Płeć		Razem (L)
	Dziewczynki (L)	Chłopcy (L)	
Ostry	15	12	27
Łagodny	20	23	43
Razem	35	35	70

Ważnym wydarzeniem w życiu dziecka jest hospitalizacja, dlatego jej częstość może wpływać na rozwój dziecka. Dla uzyskania jak najpełniejszego obrazu właściwej grupy badanej, a także stwierdzenia ewentualnego wpływu na tworzenie się wizji przyszłości każdego czynnika zwią-

zanego z chorobą, grupa została scharakteryzowana pod kątem ilości pobytów w szpitalu. Wyniki pokazuje tabela 7.

**Tabela 7.** Częstość hospitalizacji a płeć dziecka

Częstość hospitalizacji	Płeć		Razem (L)
	Dziewczynki (L)	Chłopcy (L)	
Bez hospitalizacji	1	2	3
Jeden raz	13	17	30
2-3 razy	16	12	28
Powyżej 3 razy	5	4	9
Razem	35	35	70

Jak się okazuje, w badanej grupie dzieci wystąpiła różna częstość hospitalizacji. Z tabeli wynika, że 40% było hospitalizowanych 2-3 razy w związku z cukrzycą, a 39 % badanych dzieci tylko raz.

## **2. Wizje najbliższej przyszłości i przyszłego życia dorosłego dzieci przewlekle chorych i zdrowych. Obraz podobieństw i różnic**

Zbadanie wizji przyszłości u dzieci przewlekle chorych pozwoliło określić, jak wyobrażają sobie siebie w swoim przyszłym życiu. Jaki budują obraz najbliższej przyszłości, jaką reprezentację samych siebie mają w swoich wizjach przyszłości życia dorosłego osobistego i zawodowego, w jakich rolach spozstrzegają siebie, jakie mają potrzeby i motywacje? (Wyniki te są dostępne w części niepublikowanej pracy doktorskiej). Określenie tego, jak wyglądają wizje dzieci przewlekle chorych, byłoby mało użyteczne, gdyby nie zostało porównane z wizjami dzieci zdrowych, bowiem pozwoliłoby na ukazanie wizji przyszłości dzieci chorych na cukrzycę. Poprzez to porównanie można poznać, jak kształtują się wizje dzieci chorych na cukrzycę, ale przede wszystkim dowiedzieć się, czy występują w nich jakieś cechy szczególne, które mogą być wynikiem choroby przewlekłej, jaką jest cukrzyca. W celu określenia, czy występują specyficzne różnice pomiędzy wyobrażeniami przyszłości dzieci chorych oraz zdrowych i czego ewentualnie one dotyczą, zadano następujące pytanie badawcze:

- Czy i w jakim stopniu istnieją różnice w formułowaniu się przewidywanych i pożądaných wizji przyszłego życia, związanego z najbliższą przyszłością i przyszłością życia dorosłego, pomiędzy dziećmi przewlekle chorymi na cukrzycę a dziećmi zdrowymi?

Do pytania głównego sformułowano również pytania szczegółowe:

- Czy i w jakim stopniu istnieją różnice w formułowaniu się przewidywanych i pożądanых wizji życia najbliższej przyszłości pomiędzy dziećmi przewlekle chorymi na cukrzycę a dziećmi zdrowymi?

- Czego dotyczą ewentualne różnice?

- Czy i w jakim stopniu istnieją różnice w formułowaniu się przewidywanych i pożądanых wizji przyszłego życia dorosłego pomiędzy dziećmi przewlekle chorymi na cukrzycę a dziećmi zdrowymi?

- Czego dotyczą ewentualne różnice?

Odpowiadając na postawione wyżej pytania, stwierdzono, że:

1) wizje najbliższej przyszłości różnią się u dzieci chorych na cukrzycę i dzieci zdrowych. Poziom tych różnic jest jednak różny dla poszczególnych aspektów badanej przyszłości,

2) poziom różnic pomiędzy przewidywanymi wizjami dzieci przewlekle chorych i zdrowych jest znaczący, natomiast w przypadku pożądanых wizji jest on znikomy,

3) dzieci zdrowe prawie nie różnicują swoich przewidywanych wizji od pożądanых, są one prawie spójne. Dzieci chore na cukrzycę mają zupełnie odmienne przewidywane wyobrażenia przyszłości od pożądanых, przy czym w stosunku do dzieci zdrowych, ich przewidywana wizja przyszłości jest znacznie zaniżona.

Dokładny opis występujących różnic pomiędzy wizjami przewidywanymi i pożądanymi najbliższej przyszłości, jak i przyszłego życia osobistego i zawodowego przedstawiają następane podrozdziały.

### **2.1. Przewidywane i pożądanе wizje najbliższej przyszłości dzieci przewlekle chorych i zdrowych**

Analizując wyniki badań związanych z wizją najbliższej przyszłości, można zauważyć wiele różnic i podobieństw w zależności od aspektów badanej przyszłości.

Badania wykazały, że w obrębie wizji przewidywanej przyszłości występują znaczące różnice pomiędzy dziećmi z grupy właściwej i porównawczej. Dzieci przewlekle chore w sposób mniej wartościowy wyobrażają sobie swoją najbliższą przyszłość.

Analizując wyobrażane w przyszłości związki z grupą rówieśniczą pod kątem relacji z rówieśnikami, jak i spostrzegania swojego miejsca w grupie, stwierdzono istotne statystyczne różnice ( $\chi^2=10,59$ ;  $df=3$ ;  $p=0,014$ ). Dzieci zdrowe wyobrażają sobie swoje kontakty z rówieśnikami przede wszystkim jako przyjacielskie lub co najmniej koleżeńskie. Dzieci chore na cukrzycę przewidują, że ich relacje z rówieśnikami będą co najwyżej koleżeńskie, ale niestety, często określają je jako odrzucające, wrogie. W swoich wypowiedziach często używają sformułowań odnoszą-

cych się bezpośrednio do choroby, na przykład „myślę, że nie będą moimi przyjaciółmi, bo kto takiego przyjaciela chce mieć, ciągle muszę na coś uważać, tylko są ze mną kłopoty”; „nie lubią mnie, bo nie mogę robić wszystkiego”; „ciągle mnie nie ma, bo się źle czuję, dlatego myślę, że mogę mieć jedynie kolegów”.

W przewidywanym w najbliższej przyszłości wyobrażeniu swojego miejsca w grupie rówieśniczej również stwierdzono istotne różnice statystyczne. Większość dzieci zarówno chorych na cukrzycę, jak i zdrowych wyobraża sobie siebie jako członka grupy rówieśniczej. Istotna różnica zaczyna pojawiać się w spostrzeganiu siebie jako przywódcy grupy i jako osoby odrzuconej przez grupę. Dzieci chore prawie nie spostrzegały siebie w rolach przywódczych, w których dość często wyobrażały sobie siebie dzieci zdrowe. Natomiast dzieci zdrowe prawie nie wybierały kategorii osoby odrzuconej przez grupę, co pojawiło się u dzieci chorych. Warto zaznaczyć, że dzieci chore na cukrzycę, które wyobrażały sobie siebie w swoich przewidywanych wizjach przyszłości jako osoby odrzucone przez grupę, w momencie dopytania, dlaczego uważają, że dzieci ich nie akceptują, w większości wskazywały na czynniki związane z chorobą, na przykład: „nie będą chcieli się ze mną bawić, bo boją się, że będę słaby”; „nie chcą mnie, bo ciągle się kłuję”.

Oprócz związków z grupą rówieśniczą zbadano również zagadnienie, jak dzieci w swoich przewidywanych wizjach najbliższej przyszłości spostrzegają swoją karierę szkolną dotyczącą wyobrażanego poziomu nauki i wyboru szkoły. W obu aspektach okazało się, że występują istotne statystycznie różnice. Dzieci chore na cukrzycę w przewidywanych wyobrażeniach spostrzegały swoją naukę na poziomie średnim, gdy tymczasem dzieci zdrowe w większości deklarowały poziom wysoki. W wyborze szkoły dzieci zdrowe widziały siebie znacznie częściej w szkołach o wyższym statusie, jak np. liceum, w następnej kolejności technikum; dzieci przewlekłe chore natomiast częściej przewidywały, że wybiorą szkoły zawodowe lub technikum.

Przewidywane wyobrażenia sposobu spędzania wolnego czasu też w sposób znaczący różnicowały badane grupy. W wyróżnionych kategoriach znajdowały się takie, które w podobny sposób były wybierane zarówno przez dzieci zdrowe, jak i chore, na przykład – indywidualne zabawy na dworze, w domu, z rówieśnikami, z rodzicami. Jednak część wyróżnionych kategorii była w sposób odmienny wyobrażana przez dzieci z obu grup badanych. Dzieci z grupy właściwej znacznie częściej wskazywały w swoich przewidywanych wizjach najbliższej przyszłości na spędzanie wolnego czasu w domu na zabawie z rodzicami. Dzieci z grupy porównawczej natomiast często wybierały następujące sposoby spędzania wolnego czasu: sport, zabawy z rówieśnikami na dworze, zabawy na komputerze.

W wyobrażeniach swojego stanu zdrowia różnica, jak zakładano, była bardzo znacząca. Dzieci chore w większości wyobrażają sobie siebie jako chore, a zdrowe spostrzegają w przyszłości swój stan zdrowia jako bardzo dobry.

Zainteresowania dzieci w ich przewidywanych wizjach najbliższej przyszłości, w wielu wyróżnionych kategoriach w sposób istotny różnicowały dzieci zdrowe od chorych na cukrzycę. Odmienne wyobrażenie miały dzieci w odniesieniu do zainteresowań sportem, książkami, medycyną-zdrowiem, motoryzacją i podróżami. Dzieci chore na cukrzycę znacznie częściej przewidywały, że będą się interesować medycyną-zdrowiem i książkami, natomiast dzieci zdrowe częściej miały wyobrażenia na temat swoich zainteresowań sportem, motoryzacją i podróżami. Zainteresowaniami, które dzieci z obu grup badawczych wyobrażały sobie na porównywalnym poziomie, były: zwierzęta, moda, muzyka, sztuka, komputery. Okazuje się, że zainteresowania, na które nie ma wpływu choroba, dzieci wybierają w taki sam sposób. Choroba może sprzyjać realizacji zainteresowań bądź je utrudniać. Tak więc, wybierane są one w sposób znacząco różny przez dzieci z cukrzycą i dzieci zdrowe.

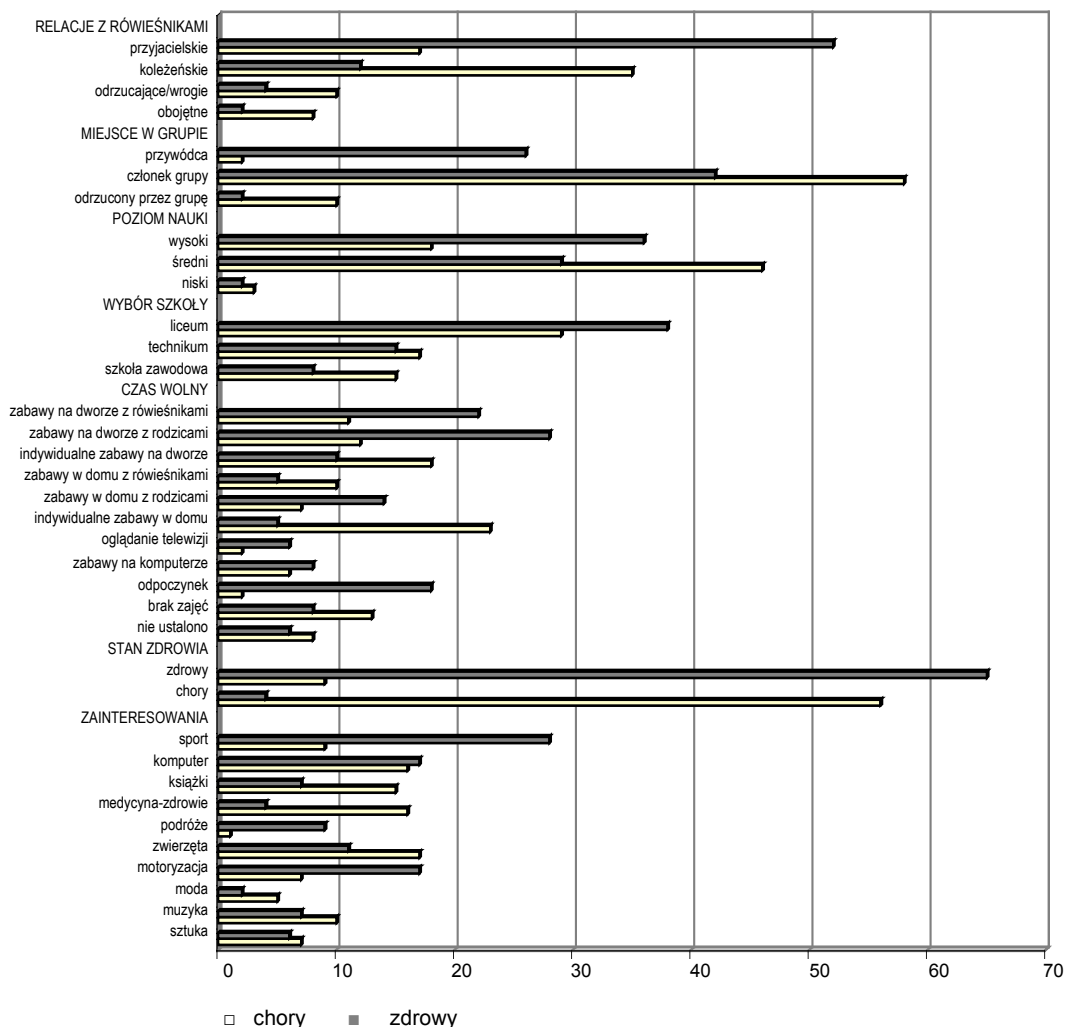
Całościowy obraz różnic przewidywanej wizji najbliższej przyszłości pomiędzy dziećmi zdrowymi i przewlekle chorymi pokazuje wykres 1.

Jak widać, w przewidywanych wizjach najbliższej przyszłości stwierdzono wysoki poziom różnic pomiędzy dziećmi z dwóch grup badawczych. Dzieci chore na cukrzycę dość często w sposób mniej wartościowy wyobrażają sobie siebie w swojej karierze szkolnej czy w relacjach z rówieśnikami. Można przypuszczać, że wybór sposobu spędzania wolnego czasu, jak i zainteresowań jest w dużej mierze zdeterminowany przez chorobę dziecka.

Analizując pożądaną wizję najbliższej przyszłości, okazało się, że obraz różnic pomiędzy dziećmi przewlekle chorymi a zdrowymi jest znacznie mniejszy, co pokazuje wykres 2.

Istotny wydaje się fakt, że dzieci zdrowe prawie nie różnicowały przewidywanej i pożądanej przyszłości. Wyobrażały sobie siebie w swoich wizjach w taki sam sposób. Dla nich to, jak im się wydaje, że będzie, było tożsame z tym, jak chciałyby, aby było. Zupełnie odmiennie przedstawia się ta sytuacja u dzieci przewlekle chorych na cukrzycę. Dla nich wyobrażenia przyszłości bardzo się różnicowały pomiędzy wizjami przewidywanymi a pożądanymi. Wizje pożądane, co ciekawe, dzieci chore na cukrzycę miały w większości badanych obszarów zbieżne z dziećmi zdrowymi, natomiast wizje przewidywane były w dużym stopniu zróżnicowane. Stwierdzenie średniego poziomu różnicy pomiędzy wizjami pożądanymi może świadczyć, że duży wpływ na przewidywane wizje przyszłości

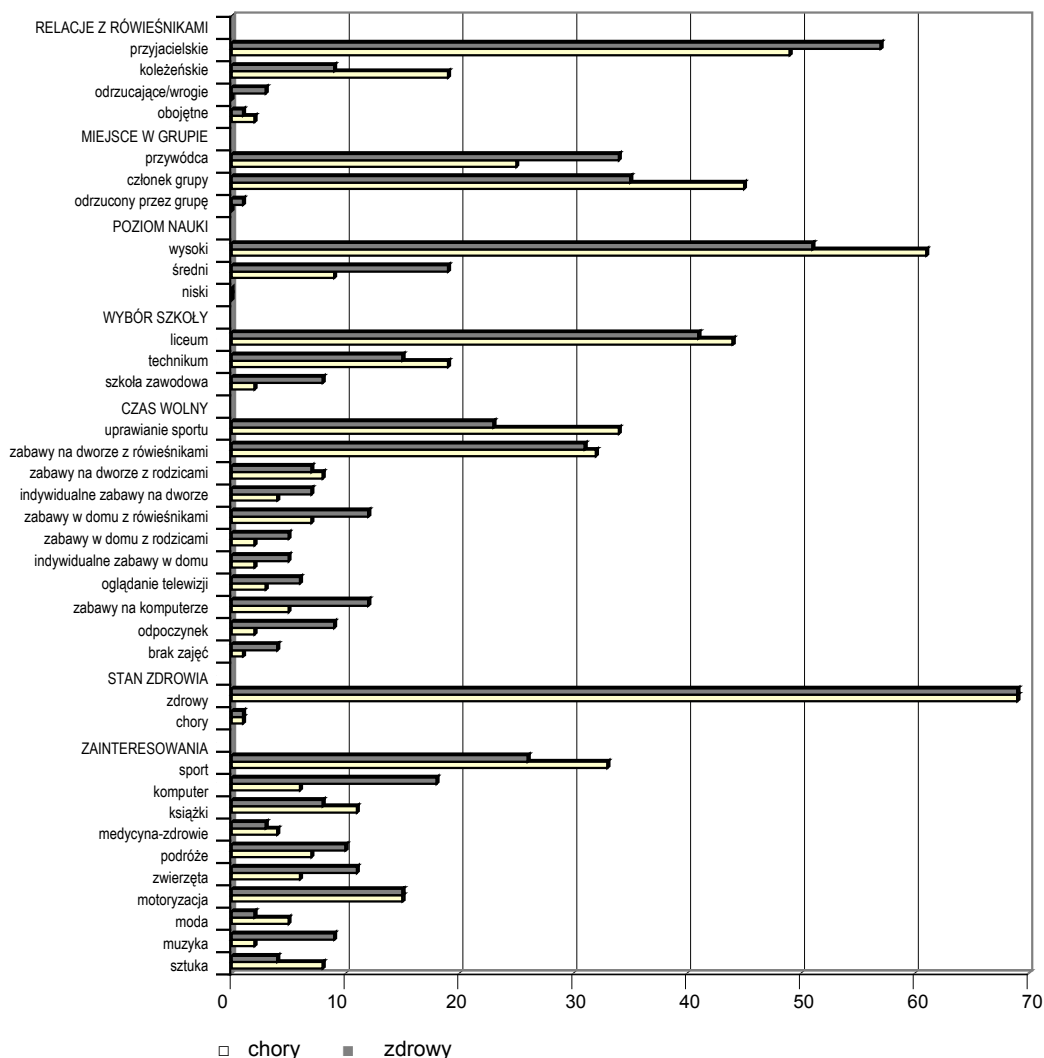
Wykres 1. Przewidywana wizja najbliższej przyszłości a stan zdrowia



dzieci z cukrzycą ma choroba, która niekorzystnie determinuje wyobrażenia przewidywanej przyszłości. Dzieci z cukrzycą chciałyby, aby ich przyszłość wyglądała inaczej niż przewidują. W swoich pożądanых wizjach postrzegają siebie w bardzo podobny sposób, jak dzieci zdrowe lub nawet przesadnie wybierają pewne formy, na przykład w dziedzinie zainteresowań. W przewidywanych wizjach w bardzo widoczny sposób uwzględniają chorobę, przez co zaniżają swoje aspiracje w stosunku do siebie, jak i otoczenia w najbliższej przyszłości. Takie postawy dzieci

chorych informują, jak silnie choroba wpływa na sposób ich funkcjonowania, jak je zmienia. Ukazują również, że obraz choroby, jaki mają dzieci, nie zawsze jest zgodny z rzeczywistością. Dzieci te wcale nie muszą z wielu rzeczy czy też form aktywności rezygnować – oczywiście – pod warunkiem zachowania odpowiednich środków ostrożności. Trudno określić, czy dzieci te nie wiedzą o takich możliwościach, czy zastosowanie do wszystkich zaleceń wydaje się na tyle trudne, że wręcz niemożliwe do pokonania.

**Wykres 2. Pożądana wizja najbliższej przyszłości a stan zdrowia**



## **2.2. Przewidywane i pożądanе wizje przyszłego życia dorosłego osobistego dzieci przewlekle chorych i zdrowych**

W analizowaniu wizji przyszłości życia dorosłego osobistego wykazano wiele różnic i podobieństw pomiędzy dziećmi zdrowymi i chorymi na cukrzycę. Podobnie jak w wizjach najbliższej przyszłości, różnice występowały przede wszystkim w wizjach przewidywanych, natomiast podobieństwa głównie w pożądanym.

W przewidywanych wizjach życia dorosłego osobistego w obrębie reprezentacji cech fizycznych różnice wystąpiły w reprezentacji stanu zdrowia. Natomiast reprezentacja wyglądu zewnętrznego dzieci chorych na cukrzycę była taka sama, jak dzieci zdrowych, co może świadczyć, że cukrzyca nie wpływa znacząco na sposób spostrzegania wyglądu zewnętrznego.

Badania odnoszące się do przewidywanej wizji reprezentacji cech psychicznych w przyszłym życiu dorosłym wykazały, że dzieci przewlekle chore różnią się od dzieci zdrowych tym, że inaczej wyobrażają sobie poziom funkcjonowania intelektualnego i emocjonalnego.

Dzieci chore na cukrzycę przewidują, że w swoim przyszłym życiu osobistym będą funkcjonować na średnim poziomie intelektualnym, natomiast dzieci zdrowe w większości wyobrażały sobie wysoki poziom. W zakresie funkcjonowania emocjonalnego dzieci z właściwej grupy badawczej postrzegały siebie w swoich przewidywanych wyobrażeniach jako osoby zamknięte emocjonalnie, niewyrażające emocji, skryte, nienawiazące chętnie kontaktów z innymi osobami. Dzieci zdrowe głównie spostrzegały się w swoich wizjach jako osoby otwarte emocjonalnie.

W obszarze przewidywanych ról społecznych w przyszłym życiu osobistym rodzinnym okazało się, że pomiędzy badanymi dziećmi występują podobieństwa i istotne różnice. W obu grupach dzieci najczęściej wyobrażały sobie siebie w roli małżonka i rodzica. Dzieci zdrowe w ogóle nie brały pod uwagę, że nie będą mogły mieć dzieci i w jednym tylko przypadku określiły siebie jako osobę samotną z konieczności. Dzieci chore na cukrzycę często spostrzegały siebie w swojej przewidywanej wizji przyszłości jako osoby samotne z konieczności i niemogące mieć dzieci. W jednym, jak i drugim przypadku dzieci podawały jako powód takiego wyboru najczęściej swoją chorobę. Dzieci zdrowe w ogóle nie analizowały swojej przyszłości pod kątem, czy będą mogły mieć dzieci, nie zauważały takiego problemu, natomiast dla dzieci chorych, nawet tych, które określały siebie jako rodzice, był to problem, o którym często mówiły, na przykład: „będę miał dzieci, chyba że nie będę mógł; z cukrzycą nigdy nie wiadomo”. Takie wyobrażenia dzieci z cukrzycą świadczą, że mają one

nieadekwatny obraz swojej choroby, bowiem cukrzyca nie jest przeciwskazaniem ciąży czy możliwością, by mieć dzieci. Oczywiście, ciąża wymaga od osoby chorej na cukrzycę specjalnych środków ostrożności, dlatego w momencie planowania dziecka taka osoba powinna znaleźć się pod opieką zespołu specjalistów składającego się z położnika, diabetologa, edukatora cukrzycy i dietetyczki (Silink, Fichna, 1997).

Jak widać, dzieci chore na cukrzycę różnią się od dzieci zdrowych w swoich przewidywanych wizjach przyszłego życia osobistego w obrębie reprezentacji cech fizycznych, psychicznych i funkcjonowania społecznego. Okazało się również, że w potrzebach, jakie dzieci ujawniają w swoich wizjach, występuje wiele rozbieżności. Dotyczą one takich potrzeb, jak: bezpieczeństwa, prestiżu i uznania, samorealizacji. Dzieci chore na cukrzycę w swoich przewidywanych wizjach ujawniają znacznie większą potrzebę bezpieczeństwa niż dzieci zdrowe. Natomiast w stosunku do potrzeb uznania i prestiżu oraz samorealizacji wykazują mniejsze zainteresowanie niż dzieci zdrowe, dla których te potrzeby są bardzo istotne. Można się zastanawiać, na ile dzieci z cukrzycą nie ujawniają rzeczywiście tych potrzeb z racji, na przykład, że nie mają zabezpieczonej bardziej pierwotnej potrzeby, jaką jest bezpieczeństwo. Czy nieujawnianie tych potrzeb wynika z braku wiary we własne możliwości i przekonania o niskiej wartości?

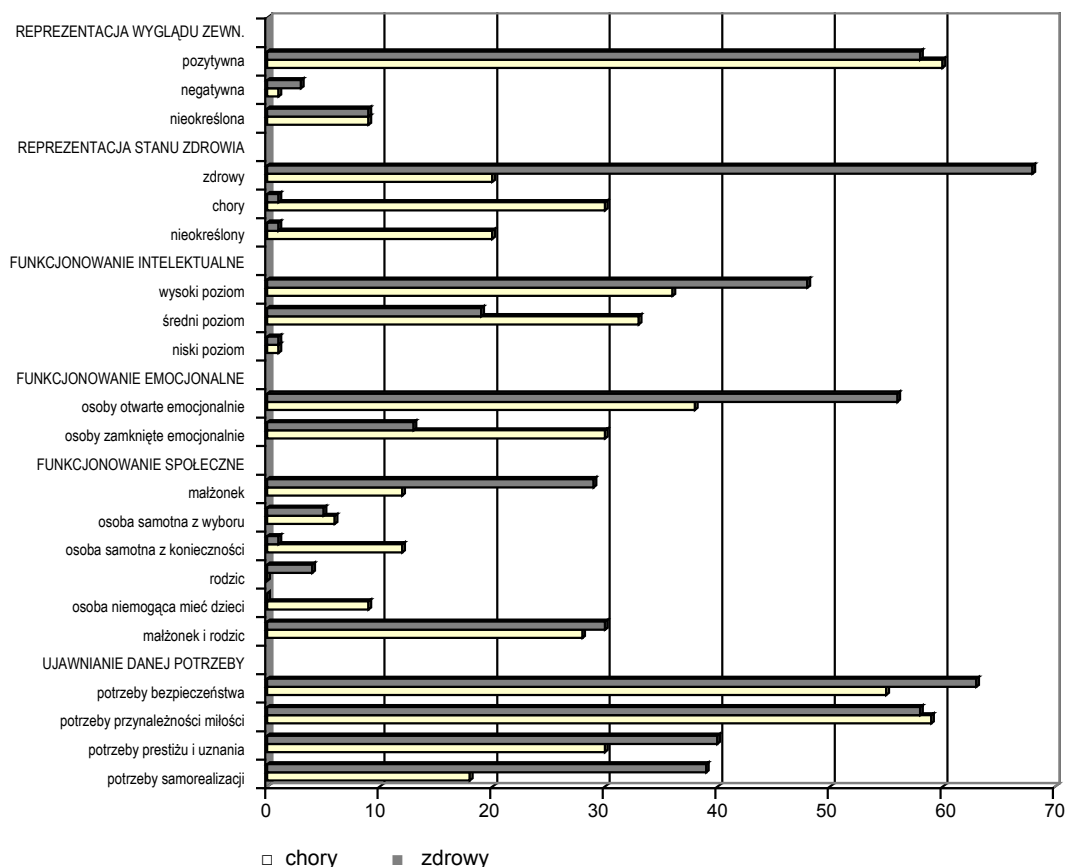
Potrzebę przynależności i miłości w swoich przewidywanych wizjach przyszłości obie grupy badanych dzieci ujawniają na tym samym poziomie.

Po przeanalizowaniu wszystkich badanych obszarów przyszłości życia dorosłego osobistego wykazano wysoki poziom różnic pomiędzy dziećmi przewlekłe chorymi a zdrowymi w ich przewidywanych wizjach. Dokładny rozkład różnic i podobieństw ukazuje wykres 3.

Na podstawie przedstawionych danych zauważono, że największe rozbieżności dotyczą tych obszarów, które wiążą się z chorobą. Można zatem przypuszczać, że stanowi ona istotny czynnik determinujący wyobrażenia dzieci, dotyczące ich przyszłości. Należy również zwrócić uwagę na fakt, że część obaw dzieci chorych na cukrzycę nie pokrywa się z faktycznymi zagrożeniami. Może to świadczyć o małej wiedzy dzieci na temat swojej choroby i jej powikłań, wynikającej albo z niedostatecznej edukacji cukrzycowej, z braku do niej dostępu lub poziomu wiedzy środowiska otaczającego dziecko.

Badając pożądaną wizję przyszłego życia osobistego, stwierdzono brak różnic pomiędzy dziećmi przewlekłe chorymi na cukrzycę a dziećmi zdrowymi. Dzieci z obu grup badanych miały porównywalną reprezentację cech fizycznych, psychicznych, społecznych, a także poziom ujawnianych potrzeb. Dokładny rozkład poświadczonych wizji badanych obszarów przyszłego życia osobistego pokazuje wykres 4.

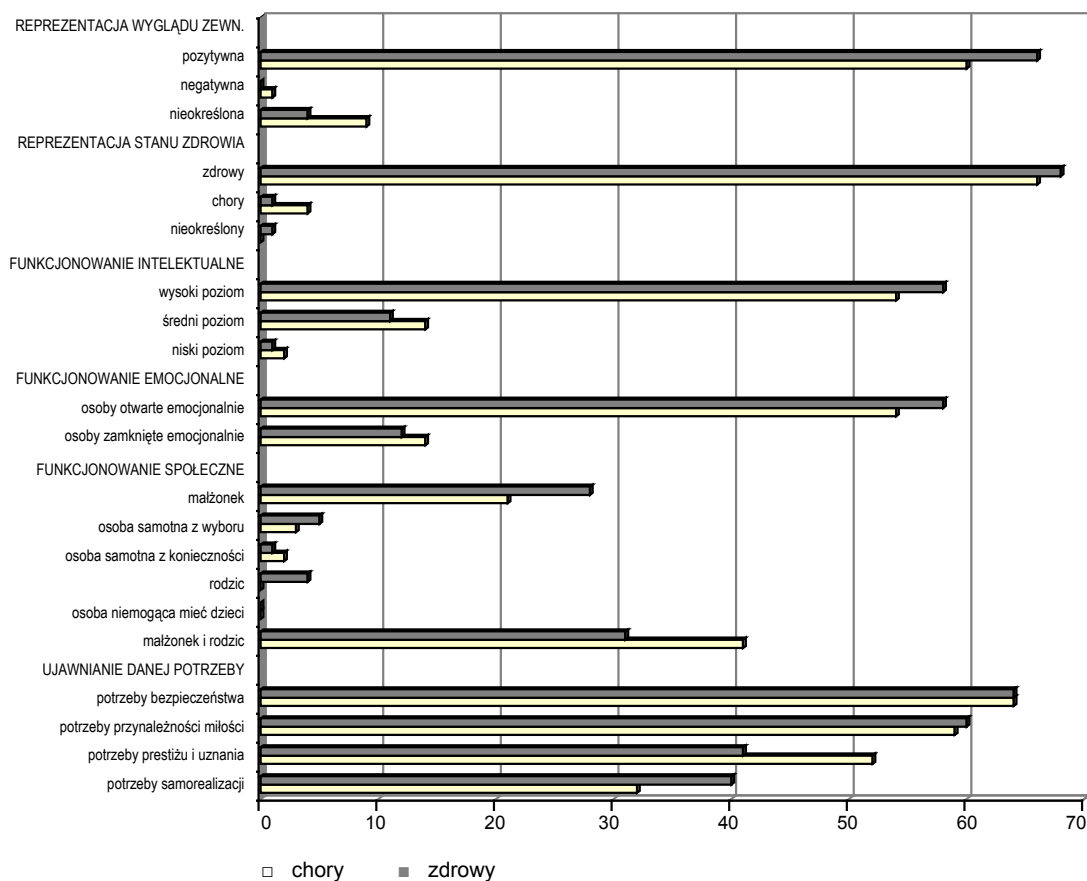
Wykres 3. Przewidywana wizja przyszłego życia dorosłego osobistego a stan zdrowia



Dzieci zdrowe w swoich przewidywanych i pożądanym wizjach miały wyobrażenia przyszłego życia osobistego prawie identyczne, a różnice, które wystąpiły, były marginalne. Natomiast dzieci przewlekłe chore bardzo różnicują swoje wyobrażenia pod kątem, czy są to wizje pożądane, czy przewidywane. W swoich wyobrażeniach przyszłości obraz przyszłego życia osobistego jest porównywalny z obrazem dzieci zdrowych. Dzieci te chciałyby mieć pozytywną reprezentację cech fizycznych zarówno pod kątem wyglądu zewnętrznego, jak i stanu zdrowia. Określają, że chciałyby być zdrowe, co może wynikać z tendencji życzeniowej, w myśleniu z nadzieją na powrót do zdrowia lub z braku wiedzy na temat specyfiki choroby, jaką jest cukrzyca. Pod kątem funkcjonowania emocjonalnego postrzegają siebie w swoich wyobrażeniach jako osoby otwarte emocjo-

nalnie, chętnie nawiązujące kontakty, okazujące uczucia o wysokim poziomie inteligencji. Wyobrażenia odnoszące się do funkcjonowania społecznego obejmowały role małżonka i rodzica lub tylko małżonka. Dzieci te również ujawniają w swoich pożądanym wizjach znacznie częściej potrzebę prestiżu i uznania, a także samorealizacji. Przy tak pozytywnym pożądanym wyobrażeniu przyszłości, tym bardziej zaskakująca wydaje się przewidywana wizja przyszłości. W przewidywanych wizjach dzieci przewlekle chorych na cukrzycę kształtuje się obraz osoby o niskim poczuciu wartości, znikomej wierze we własne możliwości dotyczące funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, jak i społecznego. Osoby, ujawniającej tylko podstawowe potrzeby, jak: miłości, przynależności i bezpieczeństwa, poza możliwościami której istnieje uzyskanie prestiżu czy samorealizacja. Osoby, tak bardzo ograniczonej swoją chorobą, że wprost skazanej na odmienne funkcjonowanie we wszystkich obszarach życia.

**Wykres 4.** Pożądana wizja przyszłego życia dorosłego osobistego a stan zdrowia



Przedstawione wyżej wyniki skłaniają do refleksji na temat wizji przyszłego życia osobistego dzieci przewlekle chorych na cukrzycę i znaczenia choroby w ich funkcjonowaniu. Przede wszystkim, porównując obraz wizji przewidywanych i pożądanых pomiędzy dziećmi chorymi i zdrowymi, można stwierdzić, że choroba stanowi czynnik zaburzający zachowanie dzieci już na poziomie wyobrażeń. Jak wynika z badań, dotyczy to głównie reprezentacji cech psychicznych, społecznych i poziomu ujawnianych potrzeb. Dzięki porównaniu wyobrażeń dzieci zdrowych i chorych można wykluczyć, że przewidywany obraz przyszłości dzieci chorych wynika z ich cech osobowościowych, ponieważ jest on odmienny od pożądanego obrazu, który jest zbliżony z reprezentacją przyszłości dzieci zdrowych. Dzieci te chciałyby funkcjonować w taki sam sposób, jak dzieci zdrowe, ale przewidują, że z racji swojej choroby nie będą mogły. Taka rozbieżność pomiędzy przewidywanymi a pożądanymi wizjami może być odzwierciedleniem rozbieżności pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym. Dzieci chore na cukrzycę wykazują zaniżone Ja realne i nierzadko zawyżone Ja idealne. Zbyt duża rozbieżność pomiędzy aspektami Ja utrudnia rozwój tożsamości. Tylko optymalna różnica pomiędzy Ja realnym a idealnym wywołuje mobilizację do pracy nad sobą, której celem jest budowanie poczucia własnej wartości. W zależności od poczucia własnej wartości, dzieci przewlekle chore będą podejmować wyzwania dotyczące ich przyszłego życia. Ukształtowane w dzieciństwie Ja idealne warunkuje w dużym stopniu przystosowanie się do życia dorosłego. Nasuwa się pytanie – czy dzieci przewlekle chore na cukrzycę mogą podejmować w życiu dorosłym osobistym te same wyzwania co dzieci zdrowe, jeżeli już na poziomie wyobrażeń mają zaniżone poczucie własnej wartości? Na koniec trzeba też wspomnieć, że zaniżone odczytywanie własnych możliwości nie zawsze wynika z rzeczywistych ograniczeń spowodowanych chorobą, jaką jest cukrzyca. Mogą one być spowodowane brakiem informacji na temat choroby, ale mogą wynikać z oddziaływania rodziców i najbliższego środowiska, czy też z porównań siebie z innymi. Warto podkreślić, że wszystkie te czynniki, przy odpowiednio sformułowanych programach wspierająco-edukacyjnych, mogą wpłynąć pozytywnie na poczucie wartości dzieci chorych na cukrzycę, pozwalając im wyróżnić start życiowy już na poziomie wizji przyszłości.

### **2.3. Przewidywane i pożądanе wizje przyszłego życia dorosłego zawodowego dzieci przewlekle chorych i zdrowych**

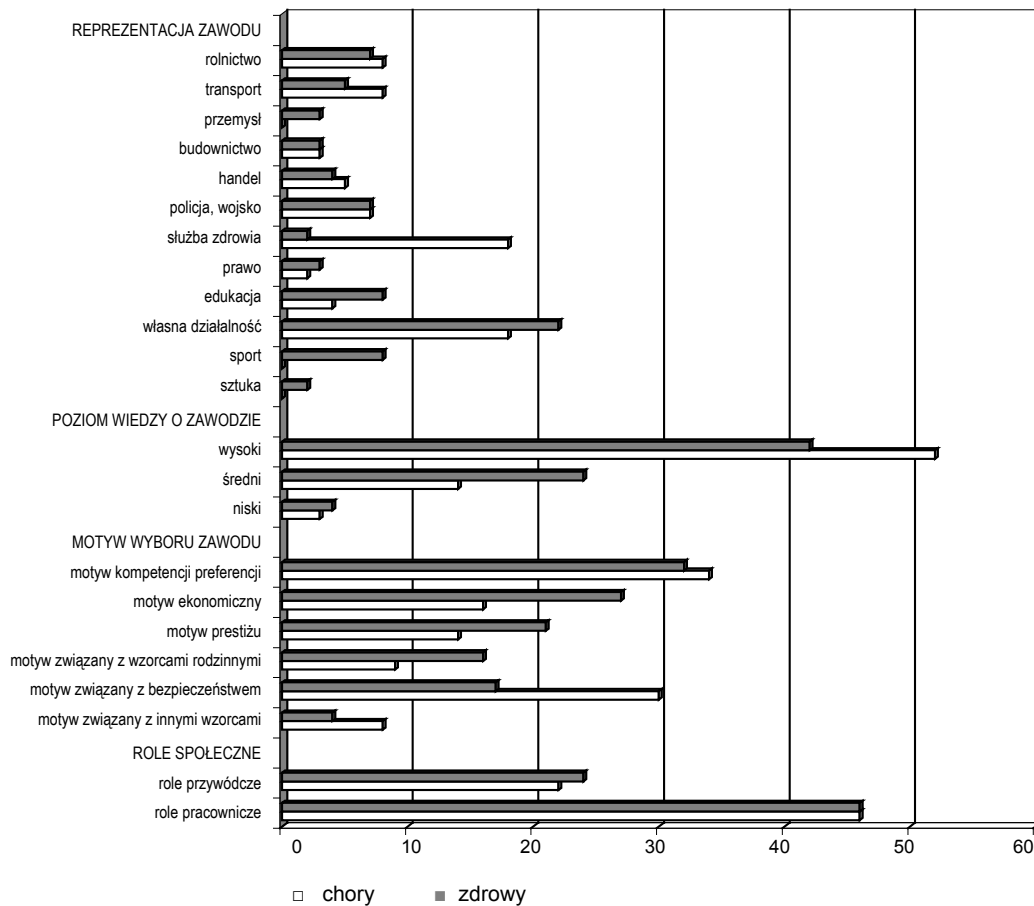
Życie człowieka dorosłego koncentruje się wokół dwóch cykli – rodzinnego i zawodowego, dlatego, badając wizje przyszłego życia dorosłego, podzielono je na osobiste, związane z rodziną i zawodowe. Biorąc pod

uwagę fakt, że choroba przewlekła wprowadza pewne ograniczenia w wyborze zawodu, ważne wydaje się określenie, jakie podobieństwa i różnice występują w wizjach przyszłego życia zawodowego pomiędzy dziećmi chorymi a zdrowymi. Analizując wcześniej przedstawione wyniki, można stwierdzić, że w stosunku do wizji najbliższej przyszłości i przyszłego życia osobistego wykazano mniej różnic pomiędzy dziećmi chorymi i zdrowymi. Tak jak we wcześniejszych analizach, różnice dotyczyły głównie przewidywanej przyszłości, natomiast podobieństwa odnosiły się do wizji pożądanej.

W przewidywanej wizji przyszłego życia dorosłego w wyborze reprezentacji zawodu stwierdzono istotne różnice związane ze sportem i medycyną-zdrowiem. Dzieci przewlekłe chore znacznie częściej wybierały zawody związane z medycyną, natomiast rzadziej ze sportem. Warty podkreślenia wydaje się fakt, że najczęściej wybieraną zarówno przez dzieci chore na cukrzycę, jak i zdrowe była kategoria profesji związanych z własną działalnością gospodarczą. Także w innych kategoriach profesji – związanych np. z transportem, handlem, edukacją itd. – poziom ich wyboru był porównywalny wśród dzieci z obu grup badanych. Z wyników badań dotyczących poziomu wiedzy o wyobrażanym zawodzie można wnioskować, że dzieci wybierały go w sposób świadomy, ponieważ wiadomości o nim przeważnie kształtowały się na wysokim poziomie. Okazuje się, że dzieci przewlekłe chore charakteryzowały się większą wiedzą niż dzieci zdrowe, co może świadczyć, że są bardziej świadome wyobrażanego zawodu. W badaniach pod kątem motywów wyboru danego zawodu w swoich przewidywanych wizjach przyszłego życia zawodowego wystąpiły istotne różnice pomiędzy dziećmi z obu grup badawczych. Dla dzieci przewlekłe chorych na cukrzycę istotny przy wyborze przewidywanego zawodu okazał się motyw bezpieczeństwa, zaś dzieci zdrowe głównie deklarowały, że wybór ten będzie zależał od czynnika ekonomicznego lub będzie związany z wzorcami rodzinnymi. Dzieci chore na cukrzycę częściej wskazywały na znaczenie innych wzorców, tj. związanych przeważnie ze służbą zdrowia. W postrzeganiu swoich ról w przewidywanych wizjach zawodowych nie odnotowano różnic pomiędzy dziećmi chorymi na cukrzycę a zdrowymi. Dokładny rozkład różnic i podobieństw w przewidywanych wizjach przyszłego życia zawodowego pokazuje wykres 5.

Analizując pożądaną wizję przyszłego życia zawodowego, stwierdza się, że obraz różnic jest prawie znikomy. Dzieci chore na cukrzycę jedynie w stosunku do zawodów związanych z medycyną-zdrowiem częściej dokonywały wyboru tej kategorii. W związku z innymi profesjami nie odczytano znaczących różnic pomiędzy dziećmi chorymi a zdrowymi. Warto jednak podkreślić, że dzieci z cukrzycą w pożądanym wizjach znacznie częściej wybierały zawody związane z własną działalnością go-

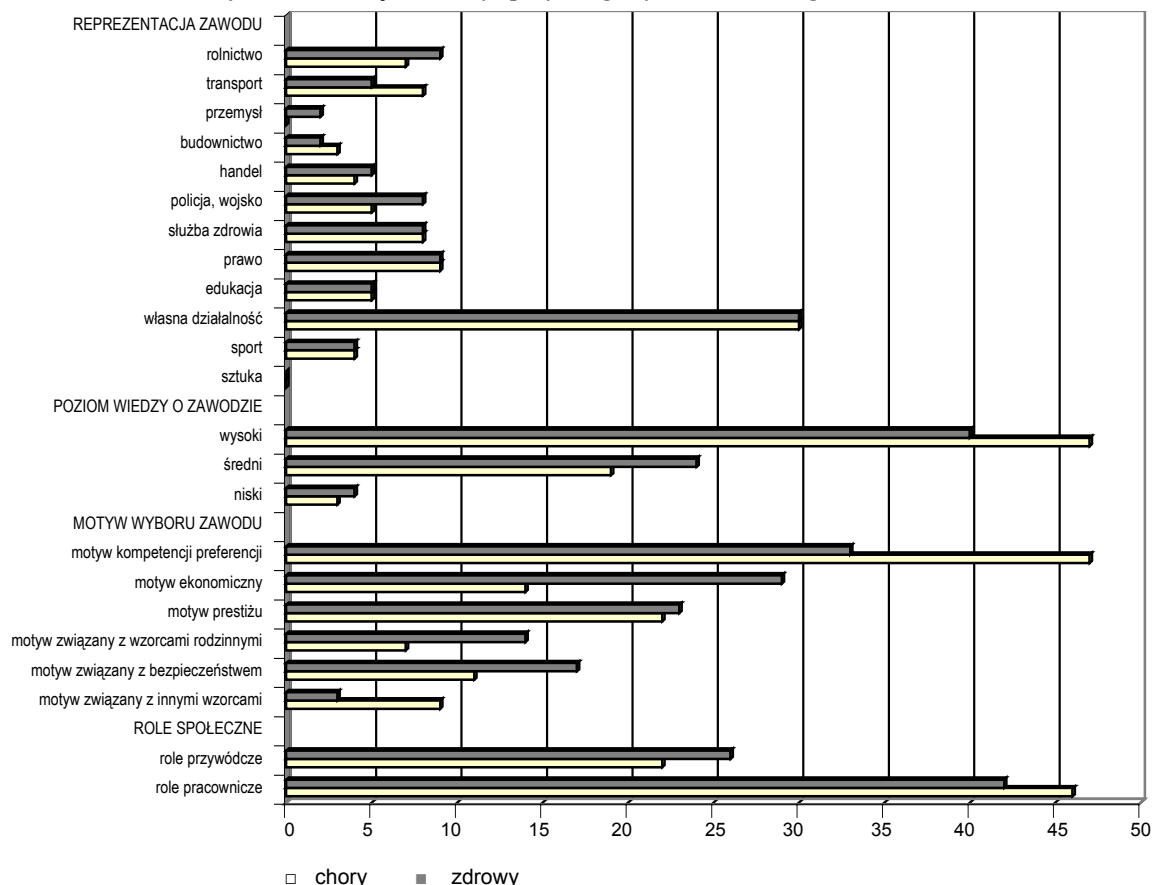
Wykres 5. Przewidywana wizja przyszłego życia dorosłego zawodowego a stan zdrowia



spodarczą w stosunku do swoich przewidywanych wizji. Poziom wiedzy na temat wyobrażanych zawodów w swoich pożądaných wizjach okazał się nieco niższy niż w przypadku przewidywanych wizji. Jednak również w pożądaných wizjach utrzymała się zależność pomiędzy dziećmi chorymi, które charakteryzowały się wyższym poziomem wiedzy niż dzieci zdrowe. Motywy wyboru zawodu w pożądaných wizjach dzieci okazały się również zróżnicowane. Dzieci chore na cukrzycę, tak samo jak w przewidywanych wizjach, znacznie rzadziej za motyw wyboru zawodu przyjmowały czynnik ekonomiczny niż dzieci zdrowe. Częściej tym razem wybierały nie element bezpieczeństwa, ale kompetencji i preferencji. Można zatem przypuszczać, że dzieci chore na cukrzycę w swoich wyobrażeniach zawodu chcą się kierować własnymi zainteresowaniami, zdolnościami, a nie czynnikami związanyymi z chorobą. Pomiedzy spo-

strzeganiem swoich ról społecznych w pożądanym wizjach przyszłego zawodu nie określono żadnych znaczących różnic. Poziom zależności pomiędzy pożądanymi wizjami przyszłego życia zawodowego pokazuje wykres 6.

**Wykres 6.** Pożądana wizja przyszłego życia zawodowego a stan zdrowia



Podsumowując obraz podobieństw i różnic wizji przyszłego życia dorosłego zawodowego pomiędzy dziećmi chorymi na cukrzycę a zdrowymi, można stwierdzić, że na poziomie przewidywanych wizji występuje średni poziom różnic, natomiast w pożądanym wizjach jest on niski. Analizując wizje przyszłego życia zawodowego z wizjami życia osobistego czy najbliższej przyszłości, stwierdzono, że poziom różnic jest mniejszy niż w pozostałych wizjach. Można przypuszczać, że choroba w przypadku wyobrażeń związanych z życiem zawodowym odgrywa mniejsze znaczenie. Nie należy jednak zapominać, że powoduje pewne zmiany, mogące

świadczą o jej dużym znaczeniu w podejmowaniu wyborów wyobrażanych zawodów. Otóż z racji częstych kontaktów ze służbą zdrowia i dużej wiedzy na temat własnego zdrowia, dzieci chore na cukrzycę częściej wybierają zawody związane z medycyną-zdrowiem, co, jeżeli jest naprawdę zgodne z ich zainteresowaniami, nie jest wcale niekorzystne. Bardziej niepokojące wydają się motywy wyboru zawodu przez dzieci przewlekle chore. W swoich przewidywanych wizjach za główny wyznacznik wyboru zawodu wybrały bezpieczeństwo, podczas gdy dzieci zdrowe prawie nie spostrzegały tego motywu. Analizując wcześniejsze badania pod kątem ujawnianych potrzeb dzieci chorych, zauważono, że za podstawową potrzebę uznały one również bezpieczeństwo. Potwierdza to, że choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca, ma znaczący wpływ na poczucie bezpieczeństwa chorych dzieci. Jest to na tyle istotne, że wpływa na podejmowane przez nie wybory w różnych aspektach. W sytuacji wyobrażeń pożądanых wizji, dzieci chore na cukrzycę jako główny motyw wyboru zawodu uznały motyw kompetencji i preferencji, czyli w podobny sposób, jak dzieci zdrowe. Można zatem wnioskować, że przez odpowiednie działania profilaktyczne, zwiększające poczucie bezpieczeństwa i poczucie własnej wartości, dzieci chore miałyby wizje przyszłego życia zawodowego porównywalne z dziećmi zdrowymi.

### **3. Wizje najbliższej przyszłości i przyszłego życia dorosłego dzieci przewlekle chorych a wybrane czynniki biograficzne związane z chorobą**

Po przeanalizowaniu różnic i podobieństw pomiędzy dziećmi przewlekle chorymi na cukrzycę a zdrowymi stwierdzono wiele kontrastów, szczególnie w przewidywanych wizjach, natomiast podobieństwa zachodzą głównie w wizjach pożądanых. Przewidywane wizje przyszłości dzieci chorych na cukrzycę są determinowane przez chorobę, która w dużej mierze powoduje negatywne oddziaływania na ich wyobrażenia. Dzieci chore w swoich przewidywanych wizjach charakteryzują się niskim poczuciem wartości, brakiem wiary we własne kompetencje i możliwości, a także niskim poczuciem bezpieczeństwa. Natomiast w swoich pożądanых wizjach często postrzegają siebie w sposób maforealny. Wszystko to świadczy o zaniżonej ocenie ich Ja realnego i często zawyżonej ocenie Ja idealnego. Nieadekwatne konstruowanie struktury Ja, zwiększające rozbieżność pomiędzy Ja realnym a idealnym, powoduje trudności w rozwoju tożsamości i obniża umiejętności adaptacyjne, tak potrzebne w życiu każdego człowieka. Przedstawione wcześniej wyniki

badania udowodniły, że choroba zmienia wizje przyszłości dzieci przewlekle chorych na cukrzycę, powodując już na poziomie wyobrażeń przyszłości różnice w funkcjonowaniu dzieci zdrowych i chorych, różnice, które, jeśli nie zostaną zniwelowane przez działania profilaktyczne w dzieciństwie, stale będą się powiększać. W celu określenia, jakie czynniki biograficzne związane z chorobą mają największy wpływ na tworzenie się wizji przyszłości, postawiono następujące pytanie badawcze:

- Czy, a jeżeli tak, to jaki, wpływ na tworzenie się wizji najbliższej przyszłości mają wyróżnione czynniki:
  - czas od rozpoczęcia choroby,
  - przebieg choroby,
  - częstość hospitalizacji dziecka.

Choroba przewlekła wiąże się z wieloma czynnikami wywierającymi bezpośredni wpływ na sytuację dziecka. W przedstawionych badaniach wzięto pod uwagę trzy podstawowe czynniki: czas od rozpoczęcia choroby, przebieg choroby, częstość hospitalizacji. Uznano je za najbardziej istotne dla funkcjonowania dziecka przewlekle chorego.

### **3.1. Przewidywane i pożądane wizje przyszłości dzieci przewlekle chorych a czas od rozpoczęcia choroby**

Czynnik ten został wyróżniony z uwagi na fakt, że istotny w budowaniu obrazu własnej choroby, a także w nabywaniu świadomości o niej wydaje się czas, jaki upłynął od jej zdiagnozowania. Jednak po przeanalizowaniu wyników przeprowadzonych badań okazało się, że tylko w dwóch sytuacjach odnotowano istotne znaczenie tego czynnika. Stwierdzono, że w przypadku dziewcząt w ich pożądanych wizjach najbliższej przyszłości dotyczących poziomu nauki, te dłużej chorujące chciałyby osiągnąć wyższy poziom nauki od krócej chorujących. Okazało się również, że wystąpiła różnica w wizjach najbliższej przyszłości, dotyczących sposobu spędzania wolnego czasu. Im dłużej dzieci chorowały, tym rzadziej wybierały oglądanie telewizji jako sposób spędzania wolnego czasu.

Brak istotności tego czynnika mógł być jednak spowodowany faktem, że dzieci chore na cukrzycę wybrane do badań musiały spełniać wymagania dotyczące wieku i czasu trwania choroby. Wszystkie dzieci z właściwej grupy badawczej minimalnie od roku były chore na cukrzycę. Kryterium to zostało przedstawione w celu uzyskania obrazu wizji przyszłości dzieci chorych na cukrzycę, które są świadome swojej choroby i nie przeżywają dodatkowo stresu związanego z okresem diagnozowania. Potrzeba około roku, by dziecko zdało sobie sprawę z faktu, że jest chore,

a także poznało specyfikę dolegliwości. Jednak okazało się, że po roku trwania choroby nie odgrywa ona istotnej roli w kształtowaniu się wizji przyszłego życia.

### **3.2. Przewidywane i pożądane wizje przyszłości dzieci przewlekle chorych a przebieg choroby**

Jako następny czynnik biograficzny, związany z chorobą przewlekłą, wyróżniono jej przebieg. Jest on uznawany w literaturze przedmiotu za jedną z cech choroby, mającą bezpośredni wpływ na rozwój dziecka (por. rozdz. III). W przypadku cukrzycy ostry przebieg choroby wiąże się z częstymi stanami hipoglikemii lub hiperglikemii, które mają swoje odzwierciedlenie w funkcjonowaniu dziecka nie tylko fizycznym, ale i psychicznym. W przypadku hipoglikemii u dzieci można obserwować następujące objawy: potliwość, bledność, osłabienie, ból głowy, zmęczenie, trudności w myśleniu, zmiany nastroju, zagubienie myślowe, a nawet śpiączkę. Objawy te mogą powodować nasilanie się zmian w układzie nerwowym. Hiperglikemia objawia się między innymi nadmiernym pragnieniem, wielomoczem, osłabieniem i może prowadzić do śpiączki ketonowej, która stanowi zagrożenie życia. Nasilające się objawy choroby, oprócz dużych zmian organicznych, są częstą przyczyną późniejszych powikłań. Dla rozwoju dziecka ogromne znaczenie mają nie tylko konsekwencje w sferze fizycznej, ale i psychicznej. Stany hipoglikemii i hiperglikemii wzbudzają przede wszystkim lęk, co wpływa w znaczący sposób na obniżenie poczucia bezpieczeństwa u dzieci. Deprawacja podstawowych potrzeb, ogólne osłabienie organizmu wpływają na motywację dziecka i jego poczucie własnej wartości. Dlatego ważne jest określenie, czy przebieg choroby wpływa na kształtowanie się wizji przyszłego życia – jeśli ma istotne znaczenie, to jakich obszarów wyobrażanej przyszłości dotyczy.

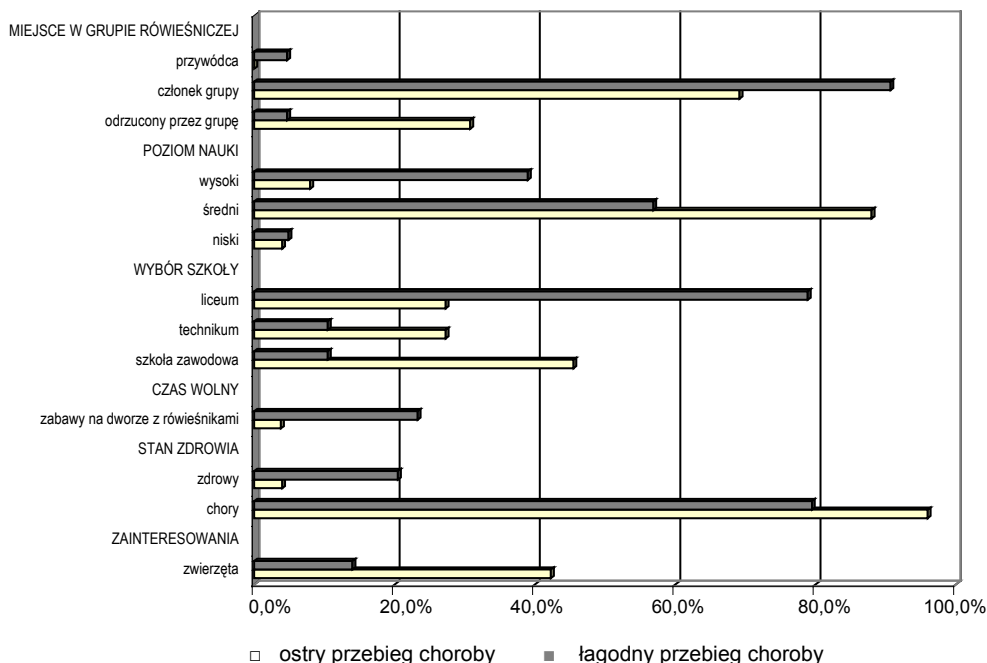
Analizując wyniki przedstawionych badań, stwierdzono, że przebieg choroby odgrywał w wielu badanych obszarach przyszłego życia istotne znaczenie, co może potwierdzać, że ma on duży wpływ na kształtowanie się wizji przyszłości u dzieci przewlekle chorych na cukrzycę.

W wizjach dotyczących najbliższej przyszłości przebieg choroby różnicował przede wszystkim przewidywane wizje badanych dzieci chorych na cukrzycę. Odnotowano sporadyczne znaczenie tego czynnika dla pożądanych wizji.

Dzieci przewlekle chore na cukrzycę o ostrym przebiegu choroby w swoich przewidywanych wizjach najbliższej przyszłości, jak pokazały przedstawione wcześniej wyniki badań (w części niepublikowanej doktoratu), znacznie częściej niż dzieci z łagodnym przebiegiem wyobrażały sobie siebie jako osoby odrzucone przez grupę rówieśniczą, a w ogóle nie spozstrzegały siebie jako przywódców grupy. Natomiast, analizując prze-

widywane wyobrażenia najbliższej przyszłości dzieci dotyczące kariery szkolnej, okazało się, że przebieg choroby znacznie różnicował wizje dzieci chorych. Dzieci wybierające w większości szkoły zawodowe i określające swój przewidywany poziom nauki jako średni, charakteryzowały się ostrym przebiegiem choroby. Dzieci z łagodnym przebiegiem choroby najczęściej wybierały licea jako szkoły, o których myślą, że je ukończą i spostrzegają swój poziom nauki jako średni lub wysoki. Rozpatrując problem pod kątem przewidywanych sposobów spędzania wolnego czasu, przebieg choroby okazał się istotny tylko dla jednej z kategorii – a mianowicie – zabaw na dworze z rówieśnikami. Dzieci chore tę kategorię spędzania wolnego czasu wybierały znacznie rzadziej niż dzieci zdrowe. Analizując dalej przebieg choroby, okazało się, że dzieci z ostrymi dolegliwościami prawie w ogóle nie wybrały tej kategorii (tylko jedno dziecko wybrało ten sposób spędzania wolnego czasu). W przewidywaniach swojego stanu zdrowia dzieci z ostrym przebiegiem choroby prawie jednomyślnie spostrzegały siebie jako osoby chore, w przeciwieństwie do dzieci z łagodnym przebiegiem. Dzieci charakteryzujące się łagodnym przebiegiem choroby znacznie rzadziej w stosunku do dzieci z ostrym przebiegiem w swoich przewidywanych zainteresowaniach wybierały zwierzęta. Cały obraz różnic przewidywanej wizji najbliższej przyszłości pomiędzy dziećmi o przebiegu choroby łagodnym a ostrym pokazuje wykres 7.

**Wykres 7.** Przewidywana wizja najbliższej przyszłości a przebieg choroby



Podsumowując powyższe wyniki, można stwierdzić, że wpływ przebiegu choroby na przewidywane wizje najbliższej przyszłości jest znaczący. Pokazuje on zależność, że dzieci z cięższym przebiegiem choroby mają niższe poczucie własnej wartości, okazują większy lęk adaptacyjny, zaniżają swoje możliwości.

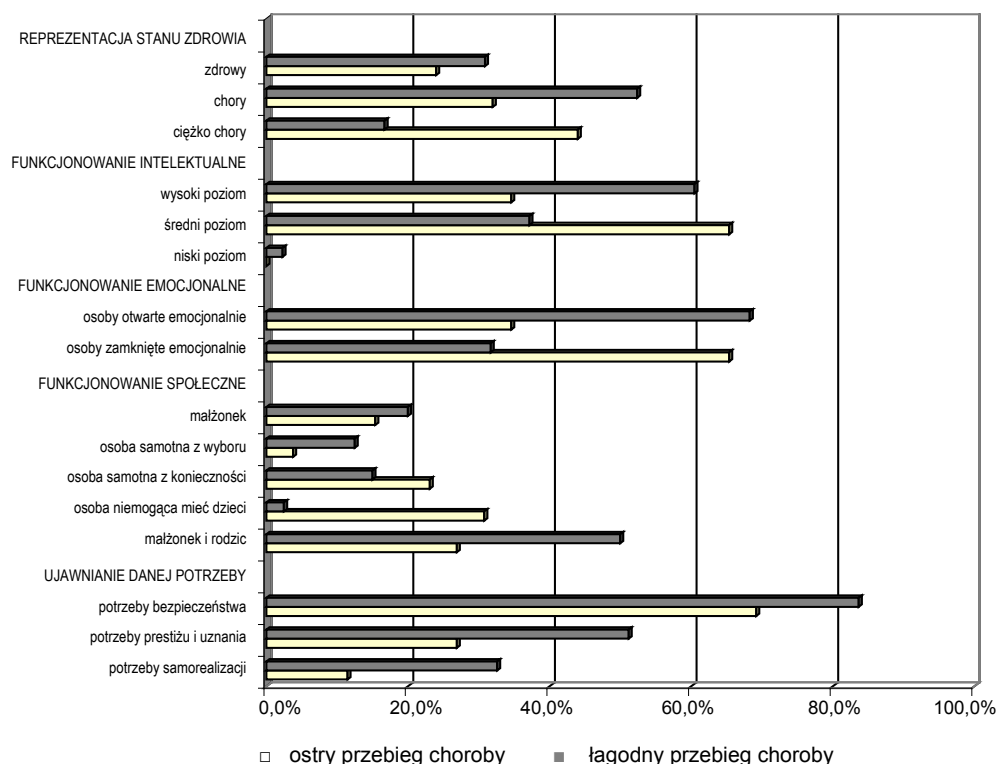
Analizując pożądaną wizję najbliższej przyszłości pod kątem wpływu przebiegu choroby na wyobrażenia dzieci, stwierdzono, że istotne zmiany dotyczą niektórych kategorii związanych ze sposobami spędzania wolnego czasu i z zainteresowaniami. Dzieci z ostrym przebiegiem choroby w swoich pożądanym wizjach odmiennie w stosunku do dzieci z łagodnym przebiegiem, a także do dzieci zdrowych, wyobrażały sobie sport (znacznie częściej) i zabawy na dworze z rodzicami (znacznie rzadziej) jako sposób spędzania wolnego czasu. Odnośnie zainteresowań różnica ta dotyczyła sportu czy motoryzacji, które to częściej wybierały dzieci z ostrym przebiegiem choroby. Tak duża preferencja kategorii, które najbardziej w przewidywanych wizjach różnicowały dzieci zdrowe od chorych, a także dzieci z łagodnym i ostrym przebiegiem choroby, może sugerować, iż dzieci z ostrym przebiegiem choroby w swoich pożądanym wizjach odrzuciły swoją chorobę i podeszły do tych kategorii jako do rzeczy, które w przewidywanych wizjach wydawały się nieosiągalne. Z racji wcześniejszej niedostępności wydały się one tak atrakcyjne, że zostały przez większość dzieci wybrane, co zakłóca, oczywiście, faktyczny obraz preferencji tych dzieci dotyczący zainteresowań i sposobu spędzania wolnego czasu.

Wyniki badań związane z wizją przyszłego życia osobistego potwierdzają znaczenie czynnika związanego z przebiegiem choroby. Głównie stwierdzono jego wpływ na przewidywane wizje dzieci chorych na cukrzycę.

W przewidywanych wyobrażeniach przyszłego życia osobistego okazało się, że przebieg choroby nie różnicuje dzieci w ich przewidywanej reprezentacji wyglądu zewnętrznego. Natomiast dzieci o ostrym przebiegu choroby w większości spostrzegają swoją przewidywaną reprezentację stanu zdrowia jako ciężko chorych. Analizując wizje dzieci chorych na cukrzycę pod kątem poziomu funkcjonowania intelektualnego, ustalono następującą zależność. Dzieci z łagodnym przebiegiem choroby wyobrażają sobie siebie jako osoby charakteryzujące się wyższym poziomem funkcjonowania intelektualnego niż dzieci o ostrym przebiegu choroby. Taka sama zależność występuje w związku z przewidywanym wyobrażeniem funkcjonowania emocjonalnego. Dzieci o ostrym przebiegu choroby charakteryzują się małą otwartością emocjonalną. Również w sferze funkcjonowania społecznego stwierdzono różnice u dzieci w zależności od przebiegu choroby. Dzieci z łagodnym przebiegiem choroby w połowie

postrzegały siebie jako małżonkowie i rodzice, a dość często wyobrażały sobie siebie w przewidywanej roli małżonków. Dzieci z ostrym przebiegiem choroby najczęściej postrzegały siebie jako osoby, które nie mogą mieć dzieci, następnie wyobrażały sobie siebie jako małżonkowie i rodzice prawie na równi z osobami samotnymi z konieczności. Jako powód bycia samemu najczęściej podawały chorobę. Również w ujawnianych potrzebach w zależności od przebiegu choroby miały odmienne wizje. Istotne statystycznie różnice stwierdzono w przypadku potrzeby prestiżu i uznania oraz samorealizacji. Dzieci, u których choroba ma ostry przebieg w znikomy sposób ujawniały te dwie potrzeby w stosunku do dzieci o łagodnym przebiegu, które i tak znacząco różniły się od dzieci zdrowych. W mniejszym stopniu wyobrażały sobie również potrzebę bezpieczeństwa, chociaż różnica ta nie była tak znacząca. Rozkład różnic dotyczący przewidywanej wizji przyszłego życia osobistego pomiędzy dziećmi o ostrym przebiegu choroby a łagodnym przedstawia wykres 8.

**Wykres 8.** Przewidywana wizja przyszłego życia osobistego a przebieg choroby



Podsumowując przedstawione wyniki badań, stwierdzono, że wpływ czynnika, jakim jest przebieg choroby, odgrywa znaczącą rolę w konstruowaniu przewidywanych wizji przyszłego życia osobistego. Można zauważyć, że dzieci z ostrym przebiegiem choroby charakteryzuje niższe poczucie własnej wartości, nieadekwatna ocena swoich możliwości intelektualnych i możliwości pełnienia ról społecznych w rodzinie, nieujawnianie potrzeby prestiżu i uznania, a także samoaktualizacji, co świadczy o braku wiary we własne możliwości i umiejętności. Wyłaniający się z przewidywanych wizji dzieci z ostrym przebiegiem choroby obraz siebie pokazuje, jak dalece jest u nich zaniżone poczucie własnej wartości. Jest to obraz osoby zamkniętej w sobie, nienawiającej kontaktów z innymi osobami, niewierzącej we własne możliwości intelektualne, która uważa, że musi być sama lub wydaje jej się, że nie może mieć dzieci, która nie ma potrzeby samorealizacji, prestiżu czy uznania. Czy nie ma tych potrzeb, bo wydają się jej mało istotne, czy też nie ujawnia ich, gdyż wydają się nieosiągalne? W takiej przewidywanej wizji przyszłego życia osobistego wyraźnie widać, jak dalece choroba zniekształca u dzieci obraz ich własnego Ja.

W pożądanых wizjach przyszłego życia osobistego różnice pomiędzy dziećmi z ostrym przebiegiem choroby a łagodnym dotyczyły jedynie poziomu funkcjonowania intelektualnego. Dzieci z ostrym przebiegiem choroby w większości wyobrażały sobie wysoki poziom funkcjonowania intelektualnego. Brak różnic w pożądaney wizji pomiędzy dziećmi z ostrym i łagodnym przebiegiem tym bardziej podkreśla, że różnice pojawiające się w przewidywanych wizjach dzieci nie są wynikiem cech osobowościowych badanych dzieci, ale wpływu przebiegu choroby.

Podobne różnice stwierdzono, analizując wyniki dotyczące wizji przyszłego życia zawodowego. W przewidywanych wizjach okazało się, że dzieci z ostrym przebiegiem choroby różnią się pod względem wiedzy o wyobrażanym zawodzie i motywu jego wyboru. Dzieci z łagodnym przebiegiem choroby wykazały większą wiedzę o wyobrażanym zawodzie i znacznie częściej podawały za wyobrażany motyw wyboru przewidywanego zawodu swoje kompetencje i preferencje. Dzieci z ostrym przebiegiem najczęściej za motyw wyboru zawodu podawały bezpieczeństwo.

W pożądanых wizjach różnica dotyczyła tylko poziomu wiedzy, dzieci z łagodnym przebiegiem choroby charakteryzowały się większym poziomem wiedzy niż dzieci z ostrym przebiegiem.

Stwierdzone różnice w wizjach przyszłego życia zawodowego potwierdzają wpływ przebiegu choroby na kształtowanie się wizji przyszłości u dzieci przewlekle chorych na cukrzycę.

Podsumowując wpływ przebiegu choroby na wizje przyszłości dzieci chorych na cukrzycę, stwierdzono, że dotyczy on głównie przewidywa-

nych wizji. Dzieci o ostrym przebiegu choroby w swoich przewidywanych wizjach charakteryzują się zaniżoną oceną własnego Ja realnego. Powoduje to nieadekwatną ocenę własnych możliwości i umiejętności, niskie poczucie własnej wartości. Te zaś czynniki sprzyjają postawie izolacji, braku umiejętności adaptacji do nowych osób i zdarzeń, z czego wynika lęk przed podejmowaniem nowych wyzwań i braku wiary w ich powodzenie. Taka postawa sprzyja również wypaczeniu obrazu własnej choroby, przypisywaniu jej negatywnych cech, niezgodnych z obrazem klinicznym. Wpływa to również na obniżenie poziomu motywacji. W przypadku pożądaných wizji, dzieci o ostrym przebiegu choroby charakteryzowały się zawyżoną percepcją swojego Ja idealnego. Nieadekwatna ocena Ja realnego i Ja idealnego powoduje zwiększenie rozbieżności pomiędzy tymi dwoma wymiarami Ja, co utrudnia lub wprost uniemożliwia prawidłowy rozwój tożsamości. Można zatem wnioskować, że przebieg choroby odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się wizji przyszłego życia dzieci przewlekle chorych na cukrzycę. Jest to czynnik powodujący zwiększenie się różnic w wyobrażaniu swojej przyszłości pomiędzy dziećmi zdrowymi i chorymi, dlatego należy go wziąć pod uwagę, konstruując program profilaktyczny dla tych dzieci, w celu zapewnienia im jak najlepszych warunków sprzyjających prawidłowemu rozwojowi.

### **3.3. Przewidywane i pożądane wizje przyszłości dzieci przewlekle chorych a częstość hospitalizacji**

Jako trzeci czynnik biograficzny dziecka związany z chorobą wyznaczono częstość hospitalizacji. Na bazie literatury przedmiotu określono, że właśnie liczba pobytów w szpitalu jako wydarzeń traumatycznych w życiu dziecka może mieć znaczący wpływ na jego rozwój. Każdy pobyt dziecka w szpitalu wiąże się z dużym lękiem przed rozstaniem z najbliższymi osobami, przed bólem i cierpieniem, przed nowymi osobami wśród personelu medycznego, pacjentami, a także z lękiem przed brakiem zajęć, przed ograniczeniami itp. Przedłużające się napięcie emocjonalne, związane z przytoczonymi sytuacjami, w dużej mierze negatywnie wpływa na rozwój dziecka i to zarówno psychiczny, jak i fizyczny oraz poznawczy. Wiedząc, jak istotne dla rozwoju dziecka mogą być pobyty w szpitalu, postanowiono sprawdzić, jakie znaczenie odgrywają w kształtowaniu się wizji przyszłego życia u dzieci chorych na cukrzycę.

Po analizie wyników badań dotyczących wizji najbliższej przyszłości okazało się, że częstość hospitalizacji odgrywała znaczenie tylko w przypadku przewidywanych wizji. Dzieci częściej hospitalizowane przewidywały niższy poziom nauki w swojej najbliższej przyszłości niż dzieci rzadziej hospitalizowane. Różnice stwierdzono również w przewidywanych

sposobach spędzania wolnego czasu. Dzieci rzadziej hospitalizowane znacznie częściej wyobrażały sobie, że sposobem spędzania wolnego czasu będą zabawy na dworze z rówieśnikami. Natomiast osoby częściej hospitalizowane przewidywały, że sposobem spędzania wolnego czasu w najbliższej przyszłości będą zabawy w domu z rodzicami i brak zajęć. Tylko w przypadku chłopców stwierdzono, że częstość pobytu w szpitalu wpływa na ich przewidywaną reprezentację stanu zdrowia. Kategorię chory częściej wybierali chłopcy, którzy więcej razy byli hospitalizowani.

Godnym uwagi wydaje się fakt, że w przypadku pożądaných wizji najbliższej przyszłości nie odnotowano różnic pomiędzy dziećmi częściej i rzadziej hospitalizowanymi. Sugeruje to, że przedstawione różnice nie wynikają z cech osobowościowych badanych dzieci, ale z wpływu częstości hospitalizacji. Dzieci z racji częstszych pobytów w szpitalu mają więcej absencji w szkole, co jest przyczyną zaległości, które mogą prowadzić do obniżenia poziomu nauki dziecka. Utrudnia im to też kontakt z rówieśnikami, pozostawiając do wyboru towarzystwo rodziców i samego siebie. Dzieci więcej razy hospitalizowane nawet gdyby mogły, nie chciałyby ani w taki sposób spędzać wolnego czasu, ani na takim poziomie się uczyć, co wcale nie jest niemożliwe.

Okazało się również, że częstość hospitalizacji ma wpływ na przewidywane wizje przyszłego życia osobistego. Dzieci, które częściej przebywały w szpitalu, charakteryzowały się bardziej skrytą postawą emocjonalną niż te, które mniej razy były w szpitalu. Istotne rozbieżności stwierdzono w przewidywanych wyobrażeniach ról społecznych. To właśnie dzieci częściej przebywające w szpitalu wybierały kategorie, które najbardziej różnicowały dzieci chore od zdrowych, a mianowicie spozstrzeganie siebie jako osoby niemogącej mieć dzieci lub osoby samotnej z konieczności. Głównym powodem konieczności bycia samemu podawanym przez dzieci była choroba. Różnice wystąpiły również w ujawnianych potrzebach. Dzieci rzadziej hospitalizowane znacznie częściej wyobrażały sobie potrzebę prestiżu i uznania oraz bezpieczeństwa w stosunku do dzieci, które częściej przebywały w szpitalu.

W pożądaných wizjach nie odnotowano żadnych istotnych różnic pomiędzy dziećmi częściej i rzadziej hospitalizowanymi. Wpływ na przewidywane wizje przyszłego życia osobistego, czynnika, jakim jest częstość hospitalizacji, jest duży. Dzieci więcej razy przebywające w szpitalach w swoich przewidywanych wizjach osobistych wyróżniały się brakiem poczucia bezpieczeństwa, postawą zamkniętą emocjonalnie i brakiem wiary w możliwość podjęcia przez siebie preferowanych ról społecznych, takich jak małżonek i rodzic. Postrzegają one siebie jako osoby samotne z konieczności lub niemogące mieć dzieci oraz nieujawniające w swoich wizjach przyszłości potrzeby prestiżu i uznania. Jednak obraz ich pożą-

danych wizji jest porównywalny z obrazem dzieci zdrowych, co świadczy, że na takie postrzeganie siebie w swoich przewidywanych wizjach ma wpływ przede wszystkim choroba, a także czynnik bezpośrednio z nią związany, czyli częstość hospitalizacji.

W wizjach przyszłego życia zawodowego częstość hospitalizacji odgrywała istotne znaczenie w przypadku motywu wyboru danego zawodu i postrzeganiu swoich ról społecznych w pracy w przewidywanych wizjach. Dzieci więcej razy przebywające w szpitalu znacznie częściej jako istotny element przy wyborze danego zawodu podawały bezpieczeństwo, natomiast znacznie rzadziej wybierały motyw ekonomiczny i związany z wzorcami rodzinnymi, w przeciwieństwie do dzieci rzadziej hospitalizowanych. Dzieci częściej hospitalizowane rzadziej wyobrażały sobie siebie w rolach przywódczych w swoich przewidywanych, jak i pożądanych wizjach przyszłego życia zawodowego.

Analizując ogólnie wpływ czynnika, jakim jest częstość hospitalizacji na wizje przyszłego życia dzieci przewlekle chorych na cukrzycę, stwierdzono, że ma on głównie znaczenie dla przewidywanych wizji – oddziałuje przede wszystkim na poczucie bezpieczeństwa badanych. Dzieci częściej hospitalizowane charakteryzowały się w swoich przewidywanych wizjach zaniżonym poczuciem bezpieczeństwa, zamkniętą postawą emocjonalną, wybierały jako sposób spędzania wolnego czasu zabawy w domu z rodzicami (które dla dzieci zdrowych były jednym z najmniej atrakcyjnych sposobów spędzania wolnego czasu) lub brak zajęć. Spostrzegały siebie w rolach społecznych odrzucanych przez dzieci zdrowe, np. jako osoby, które nie mogą mieć dzieci czy też samotne z konieczności. Widzenie siebie w takich rolach nie jest do końca adekwatne do obrazu klinicznego choroby. Cukrzyca nie wyklucza życia w związku ani zakładania rodziny. Dzieci te nie ujawniają w swoich wyobrażeniach przyszłości potrzeby uznania i prestiżu, nie postrzegają siebie w rolach przywódczych w pracy, a za główny motyw wyboru swojej przewidywanej pracy podają bezpieczeństwo. Ponieważ powtarzające się hospitalizacje pogłębiają takie spostrzeganie siebie, zatem można stwierdzić, że jest to czynnik niekorzystnie wpływający na kształtowanie się wizji przyszłości dzieci, a więc oddziałujący na nieprawidłowy rozwój dziecka.

Podsumowując wpływ wszystkich czynników biograficznych związanych z chorobą, można stwierdzić, że największe znaczenie na kształtowanie się wizji przyszłości ma przebieg choroby. Duży wpływ miała również częstość hospitalizacji, podczas gdy czas trwania choroby u dzieci co najmniej od roku chorych na cukrzycę okazał się prawie nieistotny. Czynniki te głównie wpływały na przewidywane wizje przyszłości, zaniżając obraz Ja realnego badanych dzieci. Dzieci o ostrym przebiegu cho-

roby i częściej przebywające w szpitalu charakteryzowały się niskim poczuciem własnej wartości, nieadekwatnym przekonaniem o swoich możliwościach i umiejętnościach, brakiem poczucia bezpieczeństwa. Ujawniały zamkniętą emocjonalnie postawę, uznając za prawie niemożliwe pełnienie najbardziej preferowanych ról społecznych.

Szukając bezpieczeństwa, odrzucały własne preferencje, chęć uznania i prestiżu. U badanych dzieci wyraźnie można zaobserwować, że swoje przewidywane wizje kształtowały przez pryzmat choroby i im ona była cięższa w skutkach, tym miała większy wpływ. Jednak w momencie budowania swoich pożądaných wizji przyszłości w dużej mierze potrafiły się oderwać od tej perspektywy, wprost zapomnieć o niej, by móc wyobrazić sobie siebie takimi, jakimi chciałyby być. Pożądane wizje przyszłości dzieci przewlekłe chorych na cukrzycę są albo tożsame z wizjami dzieci zdrowych, które nie różnicują przewidywanych i pożądaných wizji, albo są tak wyidealizowane, że wprost mało możliwe do zrealizowania. Potwierdza to, że obraz przewidywanych wizji dzieci chorych jest odzwierciedleniem wpływu choroby na kształtowane wyobrażenie przyszłości. Zaniżone Ja realne i często zawyżone Ja idealne powodują zwiększenie rozbieżności pomiędzy tymi dwoma aspektami Ja, które zakłóca funkcję motywująco-sterującą struktury Ja w życiu każdego człowieka. Zbyt duża różnica wpływa także negatywnie na rozwój tożsamości dziecka. Wszystkie te czynniki powodują, że dzieci przewlekłe chore na cukrzycę nie mają takiego samego startu życiowego jak dzieci zdrowe. Już na poziomie wyobrażeń przyszłości znacznie różnią się od swoich zdrowych rówieśników, a przecież to właśnie te wizje stanowią preferencje późniejszych planów życiowych, na podstawie których każdy człowiek realizuje swoje życie.

#### **4. Wizje najbliższej przyszłości i przyszłego życia dorosłego dzieci przewlekłe chorych a płeć**

Poddając badaniu wizje przyszłości dzieci przewlekłe chorych na cukrzycę, zanalizowano, jaki wpływ na kształtowanie się tych wyobrażeń mają czynniki biograficzne związane z chorobą, takie jak: czas trwania choroby, jej przebieg, częstość hospitalizacji. Istotne wydało się jednak, czy wpływ tych czynników jest taki sam zarówno na dziewczęta, jak i na chłopców, a także to, czy występują różnice ze względu na płeć badanych dzieci z grupy właściwej w kształtowaniu się wizji przyszłości w różnych jej badanych aspektach. W celu zbadania wpływu czynnika osobowego, jakim jest płeć dziecka, na kształtowanie się wizji przyszłości zadano następujące pytanie badawcze:

- Czy istnieją związki między formułowaniem się wizji przyszłego życia a płcią dziecka?

Analizując wcześniej przedstawione wyniki badań, stwierdzono, że w wielu badanych aspektach wizji przyszłości, płeć jest czynnikiem różnicującym dzieci.

W wizjach najbliższej przyszłości okazało się, że płeć wpływa na wyobrażenia chorych dzieci we wszystkich badanych aspektach. Dziewczynki w swoich przewidywanych wizjach relacji z rówieśnikami wykazały się większym poczuciem własnej wartości. Określały one swoje relacje, znacznie częściej niż badani z grupy właściwej chłopcy, jako przyjacielskie. Chłopcy bardziej sceptycznie wyobrażali sobie swoje relacje z rówieśnikami, równocześnie wybierając kategorię obojętne oraz przyjacielskie.

W aspekcie wyobrażeń swojego miejsca w grupie rówieśniczej w przewidywanych wizjach nie odnotowano różnic pomiędzy chorymi dziewczynkami a chłopcami, chociaż występowały one u dzieci zdrowych. Dopiero w pożądanej wizji chłopcy chorzy na cukrzycę, podobnie jak zdrowi, znacznie częściej wybierali kategorię przywódcy grupy, co jest charakterystyczne dla tej płci.

Analizując aspekt przyszłej kariery szkolnej pod kątem wyobrażanego poziomu nauki, nie znaleziono istotnych różnic pomiędzy chorymi dziewczynkami a chłopcami. Jednak biorąc pod uwagę czynniki związane z chorobą, okazało się, że w przypadku chłopców wpływ na przewidywany poziom nauki miała częstość hospitalizacji. Chłopcy częściej hospitalizowani, częściej wyobrażali sobie niższy poziom swojej nauki. Natomiast u dziewczynek wpływ na ich pożądane wizje odgrywały następujące czynniki: czas trwania choroby i częstość przebywania w szpitalu. Stwierdzono, że dziewczynki dłużej chorujące i częściej hospitalizowane, w swoich pożądanych wizjach najbliższej przyszłości określały swój poziom nauki jako wysoki.

W przewidywanym wyborze przyszłej szkoły chorzy chłopcy znacznie częściej wybierali szkołę o niższym statucie. Natomiast u dziewczynek wpływ na ich przewidywane wizje miał przebieg choroby. Dziewczynki z łagodnym przebiegiem choroby częściej wybierały liceum aniżeli dziewczynki z ostrym przebiegiem.

Rozpatrując zagadnienie pod kątem sposobu spędzania wolnego czasu, okazało się, że płeć odgrywała znaczenie tylko w przypadku kategorii sport. W przewidywanych wizjach chore dziewczynki prawie nie wybierały tego sposobu spędzania wolnego czasu. Różnica ta odnosiła się nie tylko do chorych chłopców, bo taka byłaby uzasadniona, ale i do zdrowych dziewczynek, które znacznie częściej wybierały ten przewidywany sposób spędzania wolnego czasu. Natomiast w pożądanych wizjach u dziewczynek nie odnotowano istotnych różnic, pojawiły się one u chłop-

ców. Chorzy na cukrzycę chłopcy, w porównaniu ze zdrowymi chłopcami i dziewczętami, w swoich pożądanym wizjach bardzo często wybierali kategorię sport.

Analizując wizję stanu zdrowia w najbliższej przyszłości, odnotowano, że w przypadku czynnika częstości hospitalizacji miał on istotne znaczenie tylko dla chłopców. Chłopcy rzadziej przebywający w szpitalu, częściej wybierali w swoich przewidywanych wizjach kategorię zdrowy.

Natomiast w przewidywanych wyobrażeniach przyszłych zainteresowań odnotowano głównie różnice pomiędzy dziewczynkami. Chore, a także zdrowe, znacznie rzadziej niż chłopcy wybierały za przedmiot swoich zainteresowań sport, podróże, samochody i motory. Częściej w przewidywanych wizjach wyobrażały sobie jako swoje zainteresowania książki oraz medycynę. W pożądanym wizjach nie stwierdzono u dziewcząt istotnych różnic. Chłopcy natomiast w swoich pożądanym wizjach, znacznie rzadziej od zdrowych rówieśników jako przedmiot zainteresowań wybierali komputer.

Podsumowując zależności wynikające z płci na kształtowanie się wizji najbliższej przyszłości, można stwierdzić, że u chłopców odnotowano większy wpływ choroby niż u dziewcząt w zakresach: kontaktów z rówieśnikami, kariery szkolnej, reprezentacji stanu zdrowia i sposobu spędzania wolnego czasu. U dziewczynek odnotowano znacznie więcej różnic w wyborze zainteresowań, które dotyczyły głównie przewidywanych wizji przyszłości.

Analizując wyniki dotyczące wizji przyszłego życia dorosłego osobistego, stwierdzono, że płeć odgrywała znaczenie tylko w niektórych, badanych jego aspektach. Różnice pomiędzy dziewczętami a chłopcami stwierdzono odnośnie do przewidywanych wyobrażeń ról społecznych. Okazało się, że wpływ przebiegu choroby ma istotne znaczenie dla dziewcząt. Te z ostrym przebiegiem choroby w większości wyobrażały sobie siebie jako kobiety, które nie mogą mieć dzieci. Natomiast w przypadku chłopców istotne znaczenie stwierdzono dla czynnika, jakim jest częstość hospitalizacji. Chłopcy częściej hospitalizowani wyobrażali sobie siebie głównie jako osoby samotne z konieczności i niemogące mieć dzieci.

Związek z płcią stwierdzono również w przypadku ujawniania potrzeb w swoich wizjach przyszłego życia osobistego. Dziewczynki z ostrym przebiegiem choroby nie ujawniają w swoich wizjach potrzeby bezpieczeństwa. Natomiast chłopcy częściej hospitalizowani rzadziej wyobrażają sobie potrzebę uznania i prestiżu.

W przypadku wizji przyszłego życia dorosłego związek z płcią jest mało istotny i odnosi się jedynie do przewidywanych w swoich wizjach ról społecznych i do ujawnianych potrzeb. Okazuje się, że w przypadku przebiegu choroby w tych aspektach badanej przyszłości wpływa on je-

dynie na dziewczynki, natomiast dla chłopców ma znaczenie częstość hospitalizacji.

Wizje przyszłego życia zawodowego okazały się w niewielkim stopniu zależne od płci. Największe różnice można było zaobserwować w obszarze wyboru zawodu. Były to jednak różnice potwierdzające tradycyjne podziały zawodów na symbolizujące cechy kobiece i męskie.

W zakresie wiedzy o wyobrażanej profesji dziewczynki wykazały się znacznie wyższym poziomem wiedzy i to zarówno w stosunku do przewidywanych, jak i pożądaných wizji zawodów.

W pożądaných wizjach przyszłego życia zawodowego stwierdzono różnicę dotyczącą motywu wyboru zawodu występującą u dziewcząt. Chore dziewczynki znacznie rzadziej niż ich zdrowe rówieśniczki podawały za motyw wyboru swojego zawodu wzorce związane z rodziną.

Podsumowując stopień zależności płci w kształtowaniu się wizji przyszłego życia, można powiedzieć, że nie jest on duży. Największe znaczenie odgrywa w kształtowaniu się wizji najbliższej przyszłości. Głównie dotyczy przewidywanych wyobrażeń chłopców, u których można zauważyć niższe poczucie własnej wartości, co może sugerować, że choroba ma na ich przewidywania najbliższej przyszłości większy wpływ niż u dziewcząt. Nie potwierdzają tego wyniki analiz dotyczących wizji przyszłego życia dorosłego osobistego i zawodowego, w których płeć ma marginalne znaczenie. Interesujące wydaje się, że niektóre czynniki biograficzne związane z chorobą odgrywają większą rolę dla poszczególnych płci. I tak, przebieg choroby częściej jest istotnym statystycznie czynnikiem wpływającym niekorzystnie na dziewczynki, natomiast częstość hospitalizacji ma znaczenie w kształtowaniu się wizji przyszłości u chłopców. Zależność ta występuje we wszystkich badanych obszarach przyszłości. Podsumowując, można stwierdzić, że dziewczynki i chłopcy w podobny sposób kształtują swoje wizje przyszłego życia dorosłego osobistego, jak i zawodowego, natomiast różnią się w swoich wyobrażeniach dotyczących najbliższej przyszłości. Płeć odgrywa jednak marginalne znaczenie w kształtowaniu się wizji przyszłości w porównaniu do czynników biograficznych związanych z chorobą dzieci.

---

## Zakończenie

---

Z przedstawionej literatury przedmiotu wynika, że wpływem choroby przewlekłej na rozwój dziecka zajmuje się wielu autorów, między innymi W. Gruszczyńska, T. Janowicz, M. Krawczyński, A. Maciarz, I. Obuchowska, W. Pilecka, M.B. Pecyna, H. Sęk, E. Wielgosz, B. Woynarowska. Wyniki przeprowadzonych przez nich badań potwierdzają, że choroba w dużej mierze niekorzystnie oddziałuje na funkcjonowanie dziecka i to zarówno psychiczne, fizyczne, społeczne, jak i poznawcze. Jednak przeprowadzone do tej pory badania odnoszą się do aktualnego stanu dzieci. Zrealizowany w tej pracy program weryfikacji empirycznych obejmował wpływ choroby na rozwój dziecka na poziomie ich wyobrażeń, na kształtowanie ich wizji przyszłego życia. W części teoretycznej przedstawiono, jakie sfery rozwoju są najbardziej narażone na niekorzystny wpływ choroby. Dzieci te charakteryzują się często zaniżonym poczuciem własnej wartości, brakiem wiary we własne umiejętności, co wpływa niekorzystnie na rozwój struktury Ja, która warunkuje prawidłowy rozwój ich tożsamości. Są to dzieci przejawiające zaburzenia emocjonalne przeważnie spowodowane lękiem, który u dzieci przewlekłe chorych stanowi źródło silnych, negatywnych emocji, powodując niezaspokojenie poczucia bezpieczeństwa, co warunkuje ujawnianie się innych potrzeb w mniejszym stopniu. Niektóre choroby wpływają na procesy poznawcze dzieci, co w przypadku cukrzycy nie odgrywa znaczącej roli, która za to w bardzo istotny sposób oddziałuje na rozwój społeczny dziecka. Jest ona przyczyną izolacji od środowiska rodzinnego, rówieśniczego, a także wpływa znacząco na osoby chore, co może stanowić przyczynę utrudnionego kontaktu z innymi osobami (Obuchowska, Krawczyński, 1991; Maciarz, 1996, 1997, 1998; Pecyna, 1993a, 1993b, 2000; Pilecka, 1989, 1995, 2002; Pilecka i in., 1999). Negatywny wpływ na rozwój dziecka jest uwarunkowany takimi czynnikami, jak: rodzaj choroby, stopień jej nasilenia i jawności, czynniki osobowe dziecka, środowisko dziecka itp. Udowodnione jest, że prawidłowa pomoc pedagogiczno-psychologiczna w dużej mierze może minimalizować niekorzystne działanie choroby na funkcjo-

nowanie dziecka. Celem badań niniejszej pracy było określenie, czy choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca, wpływa niekorzystnie na kształtowanie się wizji przyszłości dzieci chorych, zaniżając przez to możliwość startu w przyszłość na równi z dziećmi zdrowymi. Wizje przyszłości są pierwszym elementem planów życiowych, nie stanowią one samych planów, ale wyznaczają preferencje, na których te plany dotyczące przyszłego życia powstaną. Formułując zaniżone priorytety, trudno na nich zbudować plany życiowe, na poziomie innych zdrowych dzieci, które nie zaniżają swoich preferencji. Rozpoznając zaburzenia u dzieci chorych na tak wczesnym etapie budowania ich planów życiowych, można skierować ku nim odpowiednie działania, zapobiegające wystąpieniu trudności rozwojowych, a pozwalające wyrównać rozbieżności pomiędzy dziećmi zdrowymi i chorymi na poziomie kształtowania się ich wizji przyszłości.

Analiza uzyskanych wyników oraz efekty prowadzonych studiów teoretycznych upoważniają do postawienia wielu wniosków i wskazania kolejnych problemów wymagających zbadania.

W odniesieniu do uzyskanych wyników badań empirycznych stwierdzono, że – po pierwsze – w ramach przeprowadzonych badań dokonano rozpoznania podobieństw i różnic pomiędzy dziećmi chorymi na cukrzycę a zdrowymi w treści przewidywanych i pożądanых dziecięcych wizji przyszłego życia. Analizowano je pod kątem najbliższej przyszłości, przyszłego życia osobistego i zawodowego, w celu wyodrębnienia specyfiki wizji dzieci chorych. W ramach tych analiz określono kilka zasadniczych trendów:

1. Dzieci chore na cukrzycę w znacznym stopniu różniły się od dzieci zdrowych w swoich przewidywanych wizjach przyszłości i to we wszystkich badanych jej aspektach. Natomiast w przypadku pożądanых wizji nie stwierdzono większych różnic. Co ciekawe, dzieci zdrowe prawie nie różnicowały swoich przewidywanych od pożądanых wizji przyszłości. Dla nich to, co wydaje im się, że będzie, jest tym, co chcieliby, by było. Pożądane wizje dzieci chorych i zdrowych są bardzo do siebie podobne. Występujące różnice dotyczą zawyżania oceny dokonywanej przez dzieci chore, szczególnie te z ostrym przebiegiem choroby. Na przykład dzieci chore, które w swoich przewidywanych wizjach najbliższej przyszłości prawie nie wybierały sportu jako sposobu spędzania wolnego czasu, w pożądanых wizjach wybierają go w większości. Niewystępowanie różnic w pożądanых wizjach przyszłości badanych dzieci potwierdza, że różnice pojawiające się w przewidywanych wizjach są charakterystyczne dla dzieci chorych i nie wynikają z cech osobowości badanych dzieci, ale z faktu bycia chorym. Dzieci z cukrzycą w przewidywanych wizjach formułowały swoją przyszłość jakby przez pryzmat doświadczenia swojej choroby. W pożądanых wizjach często to jarzmo choroby odrzucały, by

wyobrazić sobie, jak naprawdę chciałyby, by wyglądała ich przyszłość i w takiej sytuacji okazało się, że dzieci te chcą mieć taką samą przyszłość, jak dzieci zdrowe. Rozbieżność pomiędzy tymi wizjami dzieci zdrowych i chorych powinna stać się źródłem apelu do wszystkich osób zajmujących się wychowaniem i rehabilitacją o skuteczne przyjscie z pomocą w realizacji prawdziwych wizji przyszłości, o stworzenie szansy budowania planów życiowych na równi z dziećmi zdrowymi. Taka duża różnica pomiędzy przewidywanymi a pożądanymi wizjami nie wpływa jedynie na tworzenie planów życiowych, ale jest także odzwierciedleniem dystansu, jaki dzieli Ja realne od Ja idealnego dziecka. Znaczna rozbieżność pomiędzy tymi dwoma wymiarami Ja utrudnia rozwój tożsamości, co bezpośrednio ma swoje odzwierciedlenie w rozwoju dziecka w wielu sferach jego funkcjonowania.

2. W przewidywanych wizjach najbliższej przyszłości stwierdzono różnice w badanych obszarach pomiędzy dziećmi zdrowymi i przewlekle chorymi na cukrzycę.

Dzieci chore na cukrzycę mają znacznie zaniżone wyobrażenie swoich związków z rówieśnikami, wyobrażają sobie siebie jako osoby nienawijające bliższych kontaktów z rówieśnikami, osoby, które nie są chętnie przyjmowane do grupy, a wręcz odrzucane przez nią. Często za powód takiego postrzegania siebie wśród rówieśników dzieci podawały chorobę, np. „myślę, że nie będą moimi przyjaciółmi, bo kto takiego przyjaciela chce mieć, ciągle muszę na coś uważać, tylko są ze mną kłopoty”.

Dzieci chore w swoich przewidywaniach kariery szkolnej różniły się od dzieci zdrowych, ale nie były to różnice skrajne. Wyobrażały sobie one przeważnie średni poziom swojej nauki, a szkołę, o jakiej myślały, że ukończą, określali jako technikum lub szkołę zawodową. Cukrzyca nie powoduje dużych zmian w funkcjonowaniu poznawczym dzieci. Zmiany te głównie występują podczas stanów hiperglikemii, jednak częste złe samopoczucie, pobyty w szpitalu powodują zwiększoną absencję w szkole, co może wpływać na niższy poziom ich nauki.

Następnym obszarem, w którym wystąpiły znaczące różnice, był sposób spędzania wolnego czasu. W wyborze tej kategorii znowu ujawniły się problemy dzieci chorych w kontaktach z rówieśnikami. W swoich wyobrażeniach jako sposób spędzania wolnego czasu postrzegali głównie indywidualne zabawy w domu i z rodzicami, podczas gdy dzieci zdrowe głównie wybierały zabawy na dworze z rówieśnikami.

Stan własnego zdrowia dzieci postrzegają adekwatnie do swojej życiowej sytuacji.

W przewidywanych w przyszłości zainteresowaniach dzieci różnią się pomiędzy sobą w tych kategoriach, które – według nich – wymagają dobrego stanu zdrowia. Dzieci chore bardzo rzadko w ramach swoich

zainteresowań wyobrażały sobie sport, podróże, motoryzację, natomiast znacznie częściej od dzieci zdrowych, wybierały medycynę-zdrowie oraz książki. Jak widać, poziom różnic dotyczący przewidywanej najbliższej przyszłości był wysoki. Wyraźnie jednak zaznacza się wpływ choroby na postrzeganie siebie w różny sposób w tych przewidywanych wizjach przyszłości. Biorąc pod uwagę, że w pożądanym wizjach różnice te prawie nie występowały, ważnym obszarem do pracy z dziećmi wydają się: podniesienie poczucia bezpieczeństwa, relacje z rówieśnikami, poczucie własnej wartości, adekwatny obraz choroby.

3. Po analizie różnic pomiędzy dziećmi zdrowymi i chorymi na cukrzycę w przewidywanej przyszłości życia dorosłego osobistego stwierdzono również ich wysoki poziom.

Rozpatrując to zagadnienie pod kątem reprezentacji cech fizycznych, zauważono, że różnice wystąpiły w postrzeganiu swojego stanu zdrowia i były adekwatne do rzeczywistości, natomiast o swoim wyglądzie zewnętrzny wszystkie badane dzieci miały przeważnie pozytywne wyobrażenia. Sugeruje to, że cukrzyca nie wpływa znacząco na postrzeganie własnego wyglądu.

Jednak zupełnie odmiennie dzieci z cukrzycą postrzegały swoją przewidywaną reprezentację cech psychicznych. Chorzy w swoich wyobrażeniach przedstawiali się jako osoby na średnim poziomie intelektualnym, zamknięte emocjonalnie, niewyrażające swoich emocji, nienawiązujące kontaktów z innymi osobami w przeciwieństwie do osób zdrowych.

Dzieci z cukrzycą w swoich przewidywanych wyobrażeniach ról społecznych, związanych z życiem rodzinnym, opowiadały się za kategoriami, które w ogóle nie były wybierane przez dzieci zdrowe lub były wybierane bardzo sporadycznie. Postrzegały się one często jako osoby samotne z konieczności lub niemogące mieć dzieci. Jako powód wyboru tych ról podawały swoją chorobę, co może świadczyć, że dzieci nie mają jej adekwatnego obrazu, ponieważ – jak wiadomo – cukrzyca nie stanowi żadnej przeszkody do tworzenia związków małżeńskich i pod odpowiednią opieką lekarską nie wyklucza możliwości, by mieć zdrowe dzieci.

Dzieci chore na cukrzycę wykazały się też innym poziomem ujawnianych potrzeb w swoich przewidywanych wizjach. Wskazywały przede wszystkim potrzebę bezpieczeństwa, w niewielkim stopniu zwracając uwagę na potrzebę uznania i prestiżu oraz samorealizacji. Taka różnica w postrzeganiu swoich potrzeb może wynikać po pierwsze, z braku poczucia bezpieczeństwa, przez co dzieci dążą przede wszystkim do zaspokojenia swojej bazowej potrzeby bez ujawniania innych potrzeb lub po drugie, z niskiego poczucia własnej wartości, niepozwalającego na ujawnianie potrzeby prestiżu, uznania i samorealizacji. Różnice w prze-

widywanych wizjach przyszłego życia osobistego dotyczą przede wszystkim reprezentacji cech psychicznych, funkcjonowania społecznego oraz ujawnianych potrzeb w swoich wizjach. Rozbieżności te wynikają jednak głównie z niskiego poczucia własnej wartości dzieci chorych na cukrzycę, niezaspokojenia podstawowej potrzeby bezpieczeństwa, trudności emocjonalnych oraz nieadekwatnego obrazu własnej choroby.

4. Badania przewidywanych wizji przyszłego życia zawodowego wykazały najmniej różnic pomiędzy dziećmi przewlekle chorymi a zdrowymi.

W wyobrażanej reprezentacji zawodów różnice pojawiły się przy zawodach związanych z medycyną – częściej wybierana przez dzieci chore i sportem – wybieranym głównie przez dzieci zdrowe; poziom wyboru innych zawodów był porównywalny. Wiedza na temat wybranego zawodu była wyższa u dzieci chorych, co może sugerować, że z większą świadomością dokonywały takiego wyboru. Różnice wskazujące na wpływ choroby stwierdzono w motywach wyboru zawodu. Dzieci chore za główny motyw podawały bezpieczeństwo, w drugiej kolejności wzorce związane ze służbą zdrowia. Dzieci zdrowe za motyw podawały głównie swoje kompetencje i preferencje oraz czynniki ekonomiczne. W postrzeganych rolach społecznych w pracy nie wykazano różnic. Powyższe różnice pokazują, że choroba dziecka wpływa na wyobrażany wybór zawodu i na motyw tej decyzji. Jest on dokonywany z większą wiedzą i z uwzględnieniem głównie poczucia bezpieczeństwa.

Po drugie, określono, które czynniki biograficzne związane z chorobą, takie jak: czas trwania, jej przebieg, częstość hospitalizacji mają wpływ na kształtowanie się wizji przyszłego życia. Określenie znaczenia tych związków i zależności pozwoli na większe zwrócenie uwagi w działaniach profilaktycznych wobec dzieci, u których występują dane czynniki. Główne prawidłowości stwierdzone w badaniach można przedstawić w następujących uogólnieniach:

1. Określono, że czas trwania choroby nie odgrywa znaczącej roli w kształtowaniu się wizji przyszłości badanych dzieci. Brak istotności tego czynnika mógł być jednak spowodowany faktem, że wybrane do badań dzieci chore na cukrzycę musiały spełniać wymagania dotyczące wieku i czasu trwania choroby. Wszystkie z właściwej grupy badawczej minimalnie od roku były chore na cukrzycę. Kryterium to zostało postawione w celu uzyskania obrazu wizji przyszłości dzieci chorych, które są świadome swojej choroby i nie przeżywają dodatkowo stresu związanego z okresem diagnozowania. Przeciętnie przez rok dziecko potrafi sobie uzmysłować, że jest chore, a także poznać specyfikę choroby.

2. Istotnym czynnikiem biograficznym okazał się jednak przebieg choroby. Dzieci z ostrym przebiegiem, tzn. takie, u których często występują stany hipoglikemii lub hiperglikemii, charakteryzują się znacznie

zaniżonym obrazem swoich przewidywanych wizji i dość często zawyżonym obrazem pożądaných wizji. Badane dzieci w swoich przewidywaniach najbliższej przyszłości wybierały zupełnie przeciwne kategorie w stosunku do dzieci zdrowych, ale także zaniżone w porównaniu z dziećmi o łagodnym przebiegu choroby. Spostrzegały siebie jako osoby odrzucone przez grupę, nienawiązujące kontaktów z rówieśnikami, ze średnim poziomem nauki, wybierające przeważnie szkołę zawodową, spędzające swój wolny czas głównie samemu lub z rodzicami i to zwykle w domu. W przewidywanej wizji przyszłego życia dorosłego osobistego wykazano również zależność, że dzieci z ostrym przebiegiem choroby postrzegają bardziej negatywnie swoją reprezentację cech psychicznych niż dzieci o łagodnym przebiegu. Właśnie te dzieci wyobrażają sobie siebie w rolach osoby samotnej z konieczności lub niemogącej mieć dzieci, a także najmocniej ujawniają potrzebę bezpieczeństwa w swoich wizjach. Dzieci z cukrzycą również określają przewidywany stan zdrowia jako „ciężko chory”, jednak w swoich pożądaných wizjach często postrzegają siebie jako osoby zdrowe. Wspomniana zależność nie występuje tak często u dzieci o łagodnym przebiegu choroby. Spostrzeganie swojego stanu zdrowia w taki sposób przez dzieci z ostrym przebiegiem choroby może wynikać z różnych powodów – albo nie są one pogodzone ze swoją chorobą i nie mogą zaakceptować faktu, że jest nieuleczalna, albo nie wiedzą, że stan ich zdrowia się nie zmieni, co może jednak też świadczyć, że mają głęboką nadzieję na wyleczenie bądź są pogodzone z chorobą, umieją z nią żyć i nie traktują siebie jako osoby chorej. W przewidywanych wizjach życia dorosłego zawodowego różnice u dzieci z ostrym i łagodnym przebiegiem choroby dotyczyły głównie motywu wyboru zawodu, wskazywały, że im cięższy przebieg choroby, tym większe znaczenie poczucia bezpieczeństwa przy dokonywaniu wyboru. Podsumowując wskazane zależności, można wnioskować, że przebieg choroby niekorzystnie wpływa na kształtowanie się wizji przyszłości dzieci chorych na cukrzycę. Stanowi on czynnik zaniżania obrazu wizji przyszłości dzieci chorych, tym samym prowadząc do zwiększenia różnicy pomiędzy dziećmi zdrowymi i chorymi. Określenie tej zależności wydaje się istotne szczególnie w przypadku projektowania pracy profilaktycznej i terapeutycznej z dziećmi chorymi na cukrzycę.

3. Trzeci wyróżniony czynnik, czyli częstość hospitalizacji, również okazał się istotny w kształtowaniu się wizji przyszłości u dzieci chorych. Dzieci częściej hospitalizowane w swoich przewidywanych wizjach różniły się głównie w wyborze poziomu nauki i sposobu spędzania wolnego czasu. W przewidywanych wizjach przyszłego życia dorosłego różnice te dotyczyły funkcjonowania emocjonalnego, społecznego, ujawnianych potrzeb oraz motywów wyboru zawodu. W przypadku wszystkich badanych

obszarów wpływ tego czynnika był niekorzystny, tzn. pogłębiał różnicę pomiędzy dziećmi zdrowymi i chorymi.

Po trzecie, badania miały na celu sprawdzenie, czy wpływ choroby przewlekłej, jaką jest cukrzyca, na kształtowanie się wizji przyszłości jest taki sam dla dziewcząt i chłopców. W ramach tej problematyki stwierdzono następujące zależności:

1. Okazało się, że płeć nie jest istotnym czynnikiem, wpływającym na dziecięce wizje przyszłości. Jedynie w wizjach najbliższej przyszłości można było zauważyć różnicę pomiędzy dziewczętami i chłopcami. Chłopcy w swoich przewidywanych wizjach charakteryzowali się mniejszym poczuciem własnej wartości, gorzej postrzegając swoje relacje z rówieśnikami. Tej zależności nie potwierdziły jednak wyniki analiz wizji przyszłego życia dorosłego osobistego i zawodowego.

2. Stwierdzono, że niektóre czynniki biograficzne, związane z chorobą, odgrywają większą rolę dla poszczególnych płci. Dla dziewczynek istotnym czynnikiem wpływającym niekorzystnie na kształtowanie się ich wizji życiowych okazał się ostry przebieg choroby, natomiast w stosunku do chłopców była to częstotliwość hospitalizacji. Zależność ta występowała we wszystkich badanych obszarach przyszłości.

Otrzymane wyniki badań pokazują, jaki przewidywany i pożądany obraz swoich wizji przyszłego życia mają dzieci przewlekłe chore na cukrzycę. Poprzez porównanie wizji dzieci chorych ze zdrowymi można domniemywać, że powstałe rozbieżności są spowodowane wpływem choroby na kształtowanie się wizji przyszłości, a nie cechami osobowościowymi badanych osób. Potwierdza to też fakt, że badane dzieci prawie się nie różnią w swoich pożądanych wizjach, natomiast w swoich przewidywanych wizjach mają zupełnie inne wyobrażenie przyszłości. Dzieci zdrowe w ogóle nie oddzielały przewidywanych wizji od pożądanych. Dla nich to, co mogą osiągnąć, łączyło się z tym, co chcieliby. Natomiast dzieci chore, myśląc o swojej przewidywanej wizji, wyobrażały sobie siebie przez pryzmat choroby, zaś w pożądanych wizjach zapominały o chorobie, odkrywając swoje prawdziwe spojrzenie na przyszłość, które okazało się takie samo, jak dzieci zdrowych. Fakt ten potwierdza, że choroba ma negatywny wpływ na rozwój dziecka, zaniżając jego szansę wyrównanego startu w dorosłe życie w porównaniu z dziećmi zdrowymi. Trzeba zwrócić uwagę, że wizje życiowe wyznaczają tylko preferencje konstruowania planów życiowych, jednak jeżeli na poziomie tych preferencji dzieci chore na cukrzycę mają zaniżony obraz swojej wartości, to implikuje to do stwierdzenia, że obraz ten może znaleźć swoje odbicie w przyszłych planach. Ważne jest również stwierdzenie faktu, że rozbieżność pomiędzy wizjami przewidywanymi a pożadanymi jest odzwierciedleniem struktury Ja. Nieprawidłowa rozbieżność pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym

zagroza prawidłowemu rozwojowi tożsamości, dlatego szczególnie ważna wydaje się profesjonalna ingerencja w celu umożliwienia dziecku prawidłowego rozwoju struktury Ja. Zbadane obszary w przewidywanych wizjach dzieci chorych, różnicujące je w stosunku do dzieci zdrowych, powinny stanowić wyznacznik w pracy z dziećmi chorymi na cukrzycę.

Przeprowadzone badania, dotyczące wizji najbliższej przyszłości i przyszłego życia dorosłego sugerują, że powstałe różnice wynikają zawsze z tych samych uwarunkowań, którymi są: zaburzone bezpieczeństwo, niskie poczucie własnej wartości, nieadekwatny obraz własnej choroby. Wszystkie inne czynniki pośrednio wynikają z tych trzech głównych, np. niepodejmowanie pewnych ról społecznych, wynikające z przekonania, że o wartości człowieka decyduje jego choroba, która nie pozwala na podjęcie niektórych ról, co świadczy o niskim poczuciu własnej wartości i o nieadekwatnym obrazie choroby. Wyróżnione czynniki mogą wyznaczać kierunek działań profilaktycznych, skierowanych ku dzieciom z cukrzycą w celu wyrównania ich szans życiowych. Jednak nie wystarczą tylko same programy profilaktyczne skierowane do dzieci, ponieważ poczucie własnej wartości i bezpieczeństwa, a także obraz własnej choroby kształtują się też na podstawie otaczającego dziecko środowiska, stąd jednym z ważnych działań wydaje się pedagogizacja rodziców, nauczycieli, lekarzy, osób pracujących z dziećmi chorymi na cukrzycę. Powinna ona dotyczyć, między innymi: kształtowania ich wiedzy na temat specyfiki rozwoju dziecka chorego na cukrzycę, roli jaką w tym rozwoju odgrywa najbliższe otoczenie, udzielania informacji o metodach wspierających poczucie bezpieczeństwa i wartości u dzieci, a także specyfiki samej choroby.

Podsumowując przedstawione wyniki badań, trzeba zaznaczyć, że choć przyczyniły się one do poszerzenia wiedzy na temat rozwoju dzieci przewlekle chorych na cukrzycę, to pozwoliły wyjaśnić tylko niektóre kwestie związane z budowaniem wizji przyszłości u dzieci. Pewnych problemów nie zdołano w trakcie tych badań podjąć. Warto byłoby stworzyć na podstawie przedstawionych badań model profilaktycznego oddziaływania w stosunku do dzieci przewlekle chorych na cukrzycę w celu wyrównywania ich szans życiowych. Jednak opracowanie takiego modelu wymaga dalszych studiów, które go będą mogły zweryfikować. Interesujące wydaje się zbadanie, na ile wizje przyszłego życia mają swoje odzwierciedlenie w późniejszych planach życiowych. Zaproponowane nierozstrzygnięte kwestie mogą być przedmiotem dalszych eksploracji. Mam nadzieję, że wyodrębnione w toku badań obszary różnic w wizjach przyszłości dzieci chorych mogą stanowić wsparcie dla rodziców, terapeutów, lekarzy i pośrednio dla dzieci w procesie ich rehabilitacji, by zminimalizować niekorzystny wpływ choroby, jaką jest cukrzyca, na ich szeroko rozumiany rozwój.

---

## Bibliografia

---

- ADAMSKI F. (1984), *Socjologia małżeństwa i rodziny*, Warszawa, PWN.
- ADER R. (1990), *Psychoneuroimmunologia*, Nowiny Psychologiczne 1990/1–2.
- AGRYLE M. (1991), *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Warszawa, PWN.
- ANTHONY J., BENE E. (1984), *Podręcznik do testu stosunków rodzinnych*, Warszawa, Wydawnictwo Radia i Telewizji.
- ARONSON E. (1995), *Człowiek istota społeczna*, Warszawa, PWN.
- ARSKA-KARYŁOWSKA B. (1982), *Kształtowanie zachowań prospołecznych u dzieci za pomocą modelowania*, Wrocław, Ossolineum.
- BALCERZAK-PARADOWSKA B. (1988), *Młode rodziny. Złożone funkcje rodzinne i warunki ich realizacji*, Warszawa, IPiSS.
- BALDWIN A.L. (1971), *A cognitive theory of socialization*, w: D. Goslin (red.), *Handbook of Socialization*, Chicago, Rand McNally.
- BANASIAK B. (1996), *Spostrzeganie choroby przez dzieci z zaburzeniami rytmu serca i przez dzieci z wadami serca*, w: H. Skłodowski (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożeń i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*, Łódź, UŁ.
- BAŃKA A. (2000), *Psychologia pracy*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia*, Gdańsk, GWP.
- BAŃKA D. (1983), *Psychologiczne uwarunkowania perspektyw zawodowych młodzieży. Studium roli rodziny*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- BARTNIK M., BRODZIAK A., KOŁOSZA Z., BANASIK R. (1994), *Struktura osobowości młodych ludzi chorych na cukrzycę insulinozależną. Związek ze sposobem leczenia i jego skutecznością*, *Pediatrics Polska* 8, 601–608.
- BEJNAROWICZ J., SOKOŁOWSKA M. (1976), *Socjologia a pojęcie stanu zdrowia*, w: M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa, PWN.
- BERGER P., LUCKMANN T. (1983), *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, Warszawa, PIW.
- BIELEŃ B. (1983), *Rozwój myślenia dzieci*, Warszawa, WSiP.
- BIERMANN J., TOOHEY B. (2000), *ABC chorego na cukrzycę*, Warszawa, Prószyński i S-ka.
- BOGUCKA J., MAZANEK E. (1993), *Wpływ kalectwa na życie emocjonalne w rodzinie*, w: R. Michałowicz (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, Warszawa, PZWL.
- BOROWICZ R. (1980), *Plany kształceniowo-zawodowe młodzieży oraz ich realizacja*, Warszawa, PAN.
- BRONFENBRENNER U. (1970), *Czynniki społeczne w rozwoju osobowości*, *Psychologia Wychowawcza* 1970/1–2.

- BRUNER J. (1978), *Poza dostarczone informacje. Studia z psychologii poznawania*, Warszawa, PWN.
- BRZEZIŃSKA A. (1991), *Między dzieciństwem a dorosłością. Etapy rozwoju psychospołecznego*, Życie Szkoły 1991/4.
- BRZEZIŃSKA A., BURTOWY M. (1992), *Psychopedagogiczne problemy edukacji przed-szkolnej*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- BRZEZIŃSKA A., LUTOMSKI G. (1994), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- BRZEZIŃSKA A., LUTOMSKI G., SMYKOWSKI B. (1995), *Dziecko wśród rówieśników i dorosłych*, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- BRZEZIŃSKI J. (1997), *Elementy metodologii badań psychologicznych*, Warszawa, PWN.
- BUDKIEWICZ A. (1965), *Psychologiczna problematyka rozwoju zawodowego i stadiów życia zawodowego*, w: A. Sarapata, *Socjologia zawodów*, Warszawa, KiW.
- BÜHLER Ch. (1993), *Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*, Leipzig, S. Hirzel.
- CACKOWSKI Z. (1995), *Ból, lęk, cierpienie*, Lublin, Wydawnictwo UMCS.
- CAPLAN G. (1984), *Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki*, Nowiny Psychologiczne 1984/2–3.
- CHŁOPKIEWICZ M. (1987), *Osobowość dzieci i młodzieży. Rozwój i patologia*, Warszawa, WSiP.
- CLARK D.H. (1978), *Terapia społeczna w psychiatrii*, Warszawa, PWN.
- CZERWIŃSKA-JASIEWICZ M. (1979), *Psychologiczna analiza cech decyzji zawodowych młodzieży szkolnej*, Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- CZERWIŃSKA-JASIEWICZ M. (1991), *Psychologiczne problemy wyboru zawodu*, Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- CZYŻYK A. (1992), *Encyklopedia chorego na cukrzycę*, Warszawa, PWN.
- CZYŻYK A. (1995), *Patofizjologia i klinika cukrzycy*, Warszawa, PWN.
- CZYŻYK A., DOMAŃSKA-JANCZEWSKA E. (1992), *Cukrzyca a ciąża*, Warszawa, PWN.
- DAWIDOWICZ A. (1975), *Cukrzyca*, Warszawa, Wiedza Powszechna.
- DEBESSE M. (1963), *Psychologia dziecka od urodzenia do wieku młodzieńczego*, Warszawa, PZWS.
- DEBESSE M. (1983), *Etapy wychowania*, Warszawa, WSiP.
- DEMEL M. (1980), *Pedagogika zdrowia*, Warszawa, WSiP.
- DOBROWOLSKA D. (1992), *Przebieg życia – fazy – wydarzenia*, Kultura i Społeczeństwo nr 2.
- DOBRYŃSKA D.H. (1995), *Dziecko w szpitalu – środowiskowe aspekty zagrożeń*, w: T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna: człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa, Wydawnictwo „Żak”.
- DODZIUK-LITYŃSKA A. (1975), *Fazy cyklu życia małżeńskiego-rodzinnego*, Problemy Rodziny 2/82.
- DONALDSON M. (1986), *Myslenie dzieci*, Warszawa, WP.
- DOROSZEWSKA J. (1963), *Nauczyciel – wychowawca w zakładzie leczniczym*, Warszawa, PZWL.
- DRUCQUER M.H., McNALLY P. (2000), *Leczenie cukrzycy – krok po kroku*, Bielsko Biała, Wydawnictwo „Augustyna”.
- DYKCIK W. (red.) (1997), *Pedagogika specjalna*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- DYKCIK W., SZYCHOWIAK B. (red.) (2001), *Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

- DYNER W.J. (1983), *Zabawy tematyczne dzieci w domu i przedszkolu*, Wrocław, Ossolineum.
- DZIUBIŃSKI Z. (1989), *Zdrowie – wartość dana czy kreowana?*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 1989/2.
- ELKIN F., HANDEL G. (1984), *The Child and Society*, New York, Random House.
- ELKONIN D.B. (1984), *Psychologia zabawy*, Warszawa, WSiP.
- ERIKSON E. (1970), *The life cycle: epigenesis of identity*, w: H. Fitzgerald, *Developmental psychology*, New York, W.W. Norton & Company, Inc.
- ERIKSON E. (1989), *Identität Lebenszyklus*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- FENCZYN J., SURÓWKA I. (1987), *Teoria rozwoju zawodowego A. Roe*, Psychologia Wychowawcza nr 1.
- FERGUSON G.A., TAKANE Y. (1997), *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Warszawa, PWN.
- FICHNA P. (1995), *Ryzyko hipoglikemii w cukrzycy u dzieci i młodzieży*, *Pediatrica Praktyczna* 1995/3.
- FICHNA P. (1999a), *Kora nadnerczy*, w: E. Korman (red.), *Podstawy endokrynologii wieku rozwojowego*, Warszawa, PZWL.
- FICHNA P. (1999b), *Cukrzyca insulinozależna*, w: E. Korman (red.), *Podstawy endokrynologii wieku rozwojowego*, Warszawa, PZWL.
- FICHNA P. (1999c), *Hipoglikemia*, w: E. Korman (red.), *Podstawy endokrynologii wieku rozwojowego*, Warszawa, PZWL.
- FROMM E. (1970), *Ucieczka od wolności*, Warszawa, Czytelnik.
- GALLOWAY C. (1988), *Rozwój osobowo-społeczny według Freuda i Eriksona*, w: tegoż, *Psychologia uczenia i nauczania*, Warszawa, PWN.
- GAŁDOWA A. (1990), *Wybrane koncepcje osobowości*, cz.1, Kraków, Wydawnictwo UJ.
- GAŁDOWA A. (red.) (1999), *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*, Kraków, Wydawnictwo UJ.
- GAŁKOWSKI T. (red.) (1981), *Zaburzenia osobowości dzieci i młodzieży*, Warszawa, Polskie Towarzystwo do Walki z Kalectwem.
- GAPIK L. (1990), *Wychowawcze wyznaczniki funkcjonowania seksualnego*, Warszawa, Departament Wychowania MON.
- GAPIK L. (1992), *Terapia niekonwencjonalna w przeszłości czy przyszłości medycyny*, w: K. Imieliński (red.), *Uniwersalizm i medycyna*, Warszawa.
- GAPIK L. (1993), *Teoretyczne i kliniczne aspekty interakcji między lekarzem a pacjentem*, w: K. Imieliński (red.), *Humanizm i medycyna. Relacje lekarz – pacjent*, Warszawa.
- GAPIK L. (red.) (1998), *Postępy psychoterapii*, Poznań, Interfund.
- GASIUL H. (1993), *Oblicza „Ja” w świetle wybranych koncepcji psychologicznych*, Bydgoszcz, WSP.
- GLICK M., ZIGLER E. (1985), *Self-image: a cognitive-developmental approach*, w: R.L. Leahy (red.), *The development of the self*, Orlando.
- GŁOKSIN W. (1988), *Uwarunkowania psychicznego rozwoju dziecka*, Warszawa, IWZZ.
- GŁOTON R., CLERO C. (1985), *Twórcza aktywność dziecka*, Warszawa, WSiP.
- GOLCZYK-WOJNAR A. (1989), *Zaburzenia psychiczne w niektórych przewlekłych chorobach somatycznych i endokrynopatiach*, w: A. Popielarska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego*, Warszawa, PZWL.
- GOLEMAN D. (1997), *Inteligencja emocjonalna*, Poznań, Media Rodzina.

- GOŁĄB A. (1989), (red.), *Wychowanek jako podmiot doświadczeń*, Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- GÓRALCZYK E. (1996), *Choroba dziecka w twoim życiu*, Warszawa, CM PPP MEN.
- GRACKA M. (1993), *Problem somatyzacji stanów psychicznych – perspektywa psychologiczna*, Nowiny Psychologiczne nr 4.
- GRUSZCZYŃSKA W., KOZŁOWSKA Z.E. (1996), *Rola lęku w przewlekłych chorobach psychosomatycznych u dzieci*, w: H. Skłodowski (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*, Łódź, UŁ.
- GRYGIELSKI M. (1992), *Główne koncepcje identyfikacji dziecka z rodzicami*, w: *Wykłady z psychologii w KUL*, t. 6, Lublin, RW KUL.
- GRZESIUK L. (red.) (1994), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska techniki i specyficzne problemy*, Warszawa 1994.
- GUZ S. (1987), *Rozwój i kształtowanie osobowości dzieci w okresie wczesnoszkolnym*, Warszawa, WSiP.
- HALL C.S., LINDZEY G. (1990), *Teorie osobowości*, Warszawa, PWN.
- HART D., DAMON W. (1985), *Contrasts between understanding self and understanding others*, w: R.L. Leahy (ed.), *The development of the self*, Orlando.
- HEITH M.M., MILLER S.A. (1995), *Psychologia dziecka*, Warszawa, WSiP.
- HESZEN-KLEMENS J. (1979), *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk, Ossolineum.
- HESZEN-KLEMENS J. (1983), *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*, Katowice, Uniwersytet Śląski.
- HESZEN-NIEJODEK I. (red.) (2000), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*, Katowice, Wydawnictwo UŚ.
- HESZEN-NIEJODEK I., BROOME A.K. (1991), *Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby*, *Przegląd Psychologiczny* nr 1.
- HORNEY K. (1976), *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Warszawa, PWN.
- HULEK A. (red.) (1977), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa, PWN.
- HULEK A. (1984), *Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie*, Warszawa, PWN.
- HURLOCK E.B. (1985), *Rozwój dziecka*, Warszawa, PWN.
- HURRELMANN K. (1994), *Struktura społeczna a rozwój osobowości*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- IMIELIŃSKI K. (red.) (1992), *Uniwersalizm i medycyna*, Warszawa, PWN.
- INHELDER B., PIAGET J. (1970), *Od logiki dziecka do logiki młodzieży*, Warszawa, PWN.
- JACKOWSKA E. (1980), *Środowisko rodzinne a przystosowanie społeczne dziecka w młodszym wieku szkolnym*, Warszawa, WSiP.
- JANKOWSKA H. (1985), *Rozwój czynności poznawczych u dzieci*, Warszawa, WSiP.
- JANOWICZ T. (1988), *Postępowanie rewalidacyjne w wychowaniu przewlekle chorych*, Warszawa, WSiP.
- JAROSZ M. (1986), *Bariery życiowe młodzieży*, Warszawa, KiW.
- JAROSZ M. (1983), *Psychologia lekarska*, Warszawa, PZWL.
- JAROSZ-CHROBOT P., FRANICZEK W., MOCZIA K., WIEDERMAN G. (1997), *Lęk u dzieci chorych na cukrzycę*, *Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieków Rozwojowego*, 2, 29–31.
- JAROSZ-CHROBOT P., MATLAKIEWICZ E., FRANICZEK W., KOEHLER B. (1999), *Rozwój intelektualny w przebiegu cukrzycy typu 1*, *Diabetologia Polska*, 2, 107–109.

- JARYMOWICZ J., SMOLEŃSKA Z. (red.) (1983), *Poznawcze regulatory funkcjonowania społecznego*, Wrocław, Ossolineum.
- JAWORSKI R. (1992), *Rozwój charakteru według koncepcji E. Eriksona*, w: *Wykłady z psychologii w KUL*, t. 6, Lublin, RW KUL.
- JOHN M. (red) (1980), *Orientacja dzieci i młodzieży w sytuacjach społecznych*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź, PAN KNP
- JUDA M. (1988), *Wartość zdrowia. O kulturowych i społecznych wyznacznikach obszaru sensu i zakresu pojęcia zdrowia*, w: L. Frąckiewicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona*, Katowice, Śląski Instytut Naukowy.
- JUNG C.G. (1981), *Archetypy i symbole: pisma wybrane*, Warszawa, Czytelnik.
- JURKOWSKI A. (1986), *Rozwój umysłowy i aktywność poznawcza uczniów*, Warszawa, WSiP.
- KARGUŁOWA A. (1982), *Relacje człowiek – świat w koncepcjach poradnictwa*, w: A. Kargulowa, M. Jędrzejczak (red.), *Spoleczne i jednostkowe znaczenie poradnictwa*, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- KASPEREK E. (1998), *Współczesne koncepcje zdrowia i choroby*, w: L. Gapik (red.), *Postępy psychoterapii*, Poznań, Interfund.
- KAUFMAN F.R. (1998), *Cukrzyca*, *Pediatrics in Review*, 4.
- KOCH-HEINTZELER D., PUHL W. (1999), *Cukrzyca*, Wrocław, Wydawnictwo Astrum.
- KODEJSZKO E., CZYŻYK A. (1971), *Cukrzyca*, Warszawa, PZWL.
- KOFTA M. (red.) (1989), *Wychowanek jako podmiot działań*, Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- KOFTA M., DOLIŃSKI D. (2000), *Poznawcze podejście do osobowości*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia*, Gdańsk, GWP.
- KOHNSTAMM R. (1989), *Praktyczna psychologia dziecka*, Warszawa, WSiP.
- KORABINOWSKA-NOWACKA K. (1974), *Procedura badań przydatności do pracy absolwentów szkół zawodowych*, Wrocław, Ossolineum.
- KOSICKA-DEC K., JELONKIEWICZ I. (1996), *Psychologiczne sposoby radzenia sobie rodzin z cukrzycą dziecka*, w: H. Skłodowski (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*, Łódź, UŁ.
- KOWALCZEWSKA J. (1974), *Problemy psychologiczne w rehabilitacji młodzieży przewlekle chorej*, w: H. Larkowa (red.), *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów*, Warszawa, ZG TWK.
- KOWALIK S. (1994), *Wzory kultury a indywidualność*, w: J. Brzeziński, L. Witkowski (red.), *Edukacja wobec zmiany społecznej*, Poznań–Toruń, Wydawnictwo Edytor.
- KOWALSKI S. (1962), *Rozwój mowy i myślenia dziecka*, Warszawa, PWN.
- KOZAKIEWICZ M. (1973), *Bariery awansu poprzez wykształcenie*, Warszawa, IW CRZZ.
- KOZIELECKI J. (1976), *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa, PIW.
- KOZIELECKI J. (1986), *Psychologiczna teoria samowiedzy*, Warszawa, PWN.
- KOZIELECKI J. (1987), *Koncepcja transgresyjna człowieka*, Warszawa, PWN.
- KOZŁOWSKI W. (1975), *Spostrzeganie interpersonalne. Problemy metodologiczne*, w: *Psychologia Wychowawcza*, t. XVIII.
- KRZESZEWSKA B. (1989), *Współpraca szkoły z rodzicami w przygotowaniu uczniów do wyboru zawodu*, Warszawa, WSiP.
- KULPIŃSKI F. (1992), *Opiekunczo-wychowawcza rola ojców w oczach chłopców*, *Problemy Opiekunczo-Wychowawcze* nr 10, s. 42.
- KURJANIUK J. (1981), *Problemy kształcenia zawodowego w USA*, Warszawa, PWN.

- KWAK A. (1983), *Stosunki międzyosobowe w rodzinach młodzieży z wysoką i niską samoakceptacją*, Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- KWIECIŃSKI Z. (1980), *Drogi szkolne młodzieży a środowisko*, Warszawa, WSiP.
- KWIECIŃSKI Z. (1990), *Dynamika funkcjonowania szkoły*, Warszawa, PWN.
- LARKOWA H. (1987), *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*, Warszawa, PWN.
- LEAHY R.L. (1985), *Social cognition and the development of the self*, w: tenże (red.), *The development of the self*, Orlando.
- LELIŃSKA K. (1985), *Przygotowanie uczniów do wyboru zawodu metodą zajęć praktycznych*, Warszawa, WSiP.
- LEONTIEW A.N. (1985), *Działalność a osobowość*, w: J. Reykowski, O.W. Owczynnikowa, K. Obuchowski (red.), *Studia z psychologii emocji motywacji i osobowości*, Wrocław, Ossolineum.
- LIS S. (1992), *Proces socjalizacji dziecka w środowisku pozarodzinnym*, Warszawa, PWN.
- LOHN I., OSTROWSKI T.M. (1995), *Sytuacja rodzinna dzieci przewlekle chorych*, w: R. Kurzawa, J. Wyczęsany (red.), *Dziecko chore na astmę. Integracja działań pedagogicznych, medycznych i psychologicznych*, Kraków, Universitas.
- LUDWICZAK H., SYMONIDES-ŁAWECKA A., OLSZOWSKA L. (1986), *Cukrzyca u dzieci*, Warszawa, PZWL.
- ŁOBOCKI M. (1982), *Metody badań pedagogicznych*, Warszawa, PWN.
- ŁUKASZEWSKI W. (1974), *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*, Warszawa, PWN.
- ŁUKASZEWSKI W. (1984), *Szanse rozwoju osobowości*, Warszawa, Książka i Wiedza.
- MAC-CZERNIK L. (2000), *Procesy poznawcze w planowaniu własnego życia u młodzieży*, Rzeszów, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- MACIARZ A. (1995), *Dziecko niepełnosprawne. Słownik podręcznych terminów*, Zielona Góra, Wydawnictwo „Verbum”.
- MACIARZ A., (1996), *Dziecko długotrwale chore. Poradnik opiekuńczo-wychowawczy*, Zielona Góra, Verbum.
- MACIARZ A. (1997), *Pedagogika terapeutyczna dzieci przewlekle chorych*, w: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- MACIARZ A. (1998), *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*, Kraków, Impuls.
- MACIARZ A. (2001), *Psychoemocjonalne wyznaczniki społecznej integracji dzieci przewlekle chorych*, w: W. Dykcik, B. Szychowiak (red.), *Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- MARGALIT M. (1985), *Multivariate concept of psychosomatic illness: The self-concept of asthmatic children*, Journal of Asthma.
- MARUSZEWSKI T. (1996), *Psychologia poznawcza*, Warszawa, Polskie Towarzystwo Semiotyczne.
- MASLOW A.H. (1990), *Motywacja i osobowość*, Warszawa, PAX.
- MATERSKA M., TYSZKA T. (red.) (1997), *Psychologia i poznanie*, Warszawa, PWN.
- MAULTSBY M.C. (1987), *Racjonalna Terapia Zachowania. Podręcznik psychoterapii*, Poznań, Fundacja Alterna.
- MAUSS M. (1960), *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF.
- MAZUROWA M., DYGA-KONARSKA M., JĘDRZEJOWESKA A., KULCZYŃSKA B., TARASZEWSKA M. (1981), *Czynniki determinujące rozwój osobowości pacjentów z nie-*

- doborem wzrostu, w: T. Gałkowski (red.), *Zaburzenia osobowości dzieci i młodzieży*, Warszawa, Polskie Towarzystwo do Walki z Kalectwem.
- MADRZYCKI T. (1974), *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, Warszawa, PWN.
- MADRZYCKI T. (1977), *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*, Warszawa, WSiP.
- MEIGHAN R. (1993), *Socjologia edukacji*, Toruń, UMK.
- MELLIBRUDA L. (1984), *Teoria i praktyka medycyny behawioralnej*, Nowiny Psychologiczne 6–7.
- MIKA S. (1984), *Psychologia społeczna*, Warszawa, PWN.
- MILLER G., GALANTER E., PRIBRAM K. (1980), *Plany i struktura zachowania*, Warszawa, PWN.
- MILUSKA J. (1994), *Psychologia płci jako wyzwanie edukacji*, w: J. Brzeziński, L. Witkowski, *Edukacja wobec zmiany społecznej*, Poznań–Toruń, Wydawnictwo Edytor.
- MISIEWICZ H. (1983), *Poczucie własnej wartości u młodzieży*, Warszawa, IWZZ.
- MODRZEWSKI J. (1994), *Socjalizacja jako proces wyznaczający kształt społecznego uczestnictwa jednostki w jej cyklu życia*, Forum Oświatowe 1.
- MUSSEN P. (red.) (1970), *Podręcznik metod badania rozwoju dziecka*, Warszawa, PWN.
- MUSSEN P., CONGER J., KAGAN J. (1981), *Child development and personality*, New York, Harper and Row.
- MUSZYŃSKA E. (1983), Czynniki i mechanizmy zaburzające proces socjalizacji u dzieci i młodzieży (niepublikowana praca doktorska), Poznań 1983.
- MUSZYŃSKA E. (1992), *Rola rodziny w kształtowaniu się społecznych zachowań dzieci w różnym wieku*, Neodidagmata XX.
- MUSZYŃSKI H. (1987), *Rozwój moralny*, Warszawa, WSiP.
- MUSZYŃSKI H. (red.) (1989), *Socjalizacja. Osobowość. Wychowanie*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- NIEBRZYDOWSKI L. (1974), *Zależność planów i dążeń uczniów kl. V–VIII od posiadanej samooceny*, Psychologia Rozwojowa nr 3.
- NIEBRZYDOWSKI L. (1976), *O poznaniu i ocenie samego siebie*, Warszawa, Nasza Księgarnia.
- NOCZYŃSKA A. (1998), *Wiadomości o cukrzycy typu pierwszego*, Wrocław, Volumed.
- NUTTIN J. (1968), *Struktura osobowości*, Warszawa, PWN.
- OBUCHOWSKA I. (1983), *Dynamika nerwic*, Warszawa, PWN.
- OBUCHOWSKA I. (1996), *Przeżycia dziecka w szpitalu*, Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 1996/9.
- OBUCHOWSKA I., KRAWCZYŃSKI M. (1991), *Chore dziecko*, Warszawa, NK.
- OBUCHOWSKI K. (1970), *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*, Warszawa, PWN.
- OBUCHOWSKI K. (1995), *Przez galaktykę potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Poznań, Zysk i S-ka.
- OSTROWSKI T.M. (1995), *Potrzeby psychiczne dzieci chorych somatycznie*, w: R. Kurzawa, J. Wyczesany (red.), *Dziecko chore na astmę*, Kraków, Universitas.
- PAŃKOWSKA E., PAWEŁCZAK S. (1999), *Cukrzyca bez porażek*, Warszawa, PZWL.
- PARSONS T. (1980), *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa, PWN.
- PECYNA M.B. (1993a), *Człowiek i jego choroba*, Warszawa, PZWL.
- PECYNA M.B. (1993b), *Pacjent i jego rodzina w komunikacji lekarskiej*, Warszawa, PZWL.

- PECYNA M.B. (2000), *Dziecko i jego choroba*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- PERVIN L.A. (2002), *Psychologia osobowości*, Gdańsk, GWP.
- PIAGET J. (1966), *Studia z psychologii dziecka*, Warszawa, PWN.
- PIAGET J. (1967), *Rozwój cech moralnych dziecka*, Warszawa, PWN.
- PIAGET J. (1981), *Równoważenie struktur poznawczych*, Warszawa, PWN.
- PIAGET J., INHELDER B. (1993), *Psychologia dziecka*, Wrocław, Wydawnictwo Siedmioróg.
- PIELKA H. (1990), *Proces socjalizacji i wychowania w rodzinie*, Koszalin, Nakładem Centralnego Programu Badań Podstawowych CPBP.
- PILCH T. (1998), *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- PILECKA W. (1980), *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*, Kraków, WSP.
- PILECKA W. (1989), *Osobowościowe determinanty przystosowania społecznego młodzieży cierpiącej na astmę, cukrzycę i chorobę reumatyczną*, w: J. Pańczyk (red.), *Pedagogika specjalna – uwarunkowania i tendencje rozwoju*, Warszawa, PWN.
- PILECKA W. (1995), *Choroba przewlekła dziecka, jego rozwój i interakcje rodzinne – model transakcyjny*, w: M. Chodkowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja*, Lublin, UMCS.
- PILECKA W. (2002), *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*, Kraków, Wydawnictwo UJ.
- PILECKA W., MAJEWICZ P., ZAWADZKI A. (1999), *Jak wspomagać psychospołeczny rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie*, Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne.
- PILECKA W., PILECKI J. (1992), *Rewalidacja dzieci przewlekle chorych i kalekich. Wybrane zagadnienia*, Kraków, WSP.
- PIORUNEK M. (1996), *Dziecko w relacjach ze światem zawodowym*, Poznań, Wydawnictwo Eruditus.
- PORĘBOWSKA M. (1982), *Osobowość i jej kształtowanie się w dzieciństwie i młodości*, Warszawa, WSiP.
- PORZAK R. (1995), *Choroba somatyczna i jej wpływ na funkcjonowanie rodziny*, w: Z. Gaś (red.), *Psychologia wychowawcza stosowana: wybrane zagadnienia*, Lublin, UMCS.
- PRAWDA M. (1987), *Cykl życia jednostki a wartość pracy*, Wrocław, Ossolineum.
- PROCHOW M., KULCZYCKA H. (1967), *Reakcje psychiczne dziecka chorego na cukrzycę*, *Zdrowie Psychiczne*, 1, 73–79.
- PRZECLAWSKI K. (1971), *Instytucje wychowania w wielkim mieście*, Warszawa, PWN.
- PRZETACZNIK-GIEROWSKA M. (1988), *Stadia psychicznego rozwoju człowieka. Przegląd zagadnień*, w: M. Tyszkowa (red.), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia*, Warszawa, PWN.
- PRZETACZNIK-GIEROWSKA M., MAKIELŁO-JARZA G. (1992), *Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego*, Warszawa, WSiP.
- PRZETACZNIK-GIEROWSKA M., TYSZKOWA M. (2000), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa, PWN.
- PRZETACZNIKOWA M. (1978), *Podstawy rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży*, Warszawa, WSiP.
- RACHALSKA W. (red.) (1980), *Orientacja i poradnictwo zawodowe w szkole podstawowej*, Warszawa, WSiP.
- RACHALSKA W. (red.) (1981), *Przygotowanie uczniów do wyboru zawodu. Wybrane problemy metodyczne*, Warszawa, IKZ.

- RACHALSKA W. (1987), *Problemy orientacji zawodowej*, Warszawa, WSiP.
- REMBOWSKI J. (1972), *Więzi uczuciowe w rodzinie*, Warszawa, PWN.
- REMBOWSKI J. (1986), *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży*, Warszawa, PWN.
- REYKOWSKI J. (red.) (1978), *Teoria osobowości a zachowania prospołeczne*, Warszawa, PWN.
- REYKOWSKI J. (1979), *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*, Warszawa, PWN.
- REYKOWSKI J. (red.) (1990), *Indywidualne i społeczne wyznaczniki wartościowania*, Wrocław, Ossolineum.
- REYKOWSKI J., KOCHAŃSKA G. (1980), *Szkice z teorii osobowości*, Warszawa, WP.
- ROGERS C.R. (1978), *Uczyć się jak być wolnym*, w: K. Jankowski (red.), *Przełom w psychologii*, Warszawa, Czytelnik.
- ROSIŃSKA Z., MATUSEWICZ C. (1984), *Kierunki współczesnej psychologii, ich geneza i rozwój*, Warszawa, PWN.
- ROSKIEWICZ I. (1983), *Młodszy wiek szkolny*, Warszawa, NK.
- ROZET I. (1982), *Psychologia fantazji*, Warszawa, PWN.
- SARAPATA A. (red.) (1965), *Socjologia zawodów*, Warszawa, KiW.
- SCHAFFER H.R. (1981), *Początki uspołeczniania dziecka*, Warszawa, PWN.
- SELIGMAN M. (1993), *Optymizmu można się nauczyć*, Poznań, Media Rodzina.
- SELIGMAN M. (1997), *Optymistyczne dziecko*, Poznań, Media Rodzina.
- SEYDA B. (1977), *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa, PZWL.
- SĘK H. (red.) (1991), *Spółeczna psychologia kliniczna*, Warszawa, PWN.
- SĘK H. (red.) (1993), *Spółeczna psychologia kliniczna*, Warszawa, PWN.
- SĘK H., ŚCIGAŁA I., PASIKOWSKI P., BAJSSERT M., BLEJA A. (1992), *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, *Przegląd Psychologiczny* 1992/3, t. 35.
- SĘKOŃSKA Z. (1976), *Pedagogika w lecznictwie*, Warszawa, PZWL.
- SHONTZ F.C. (1972), *Ciężkie choroby przewlekłe*, w: J.F. Garret, E.S. Levine (red.), *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*, Warszawa, PZWL.
- SIEK S. (1983), *Wybrane metody badania osobowości*, Warszawa, ATK.
- SIEK S. (1986), *Struktura osobowości*, Warszawa, ATK.
- SILINK M., FICHNA P. (1997), *Cukrzyca wieku dziecięcego i okresu dojrzewania*, *Pediatrica Praktyczna*, t. 5, z. 2–3.
- SKARŻYŃSKA K. (1981), *Spostrzeganie ludzi*, Warszawa, PWN.
- SKORNY Z. (1986), *Rewalidacja dzieci chorych i niepełnosprawnych fizycznie a uczestnictwo w działaniu*, Szkoła Specjalna nr 1.
- SKORNY Z. (1987), *Proces socjalizacji dzieci i młodzieży*, Warszawa, WSiP.
- SOKOŁOWSKA M. (1986), *Socjologia medycyny*, Warszawa, PZWL.
- SOŁOWIEJ J. (1979), *Identyfikacja dziecka z rodzicami*, w: M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko*, Warszawa, PWN.
- STEVEN C. (1995), *Jak poradzić sobie z cukrzycą*, Warszawa, Wydawnictwo Medium.
- STRELAU J. (red.) (2000), *Psychologia*, Gdańsk, GWP.
- SUPER D.E. (1972), *Psychologia zainteresowań*, Warszawa, PWN.
- SYMONIDES-ŁAWECKA A. (2000), *Cukrzyca u dzieci*, Warszawa, PZWL.
- SZCZEPAŃSKI J. (1970), *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa, PWN.
- SZCZEPAŃSKI J. (1995), *Wizje naszego życia*, Warszawa, Wydawnictwo Prywatnej Wyższej Szkoły Biznesu i Administracji.
- SZUMAN S. (red.) (1968), *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, Warszawa, PWN.
- SZUMAN S. (1985), *Dzieła wybrane. Studia nad rozwojem psychicznym dziecka*, Warszawa, WSiP.

- SZYMAŃSKI M. (1984), *Procesy selekcyjne w kształceniu wczesnoszkolnym*, Życie Szkoły nr 9.
- ŚLENZAK J. (1994), *Uczeń z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju*, Warszawa, WSiP.
- TATOŃ J. (1982), *Diabetologia kliniczna*, Warszawa, PZWL.
- TATOŃ J. (1985), *Cukrzyca. Nauczanie samoopieki*, Warszawa, PWN.
- TATOŃ J. (1992), *Cukrzyca. Poradnik dla pacjentów*, Warszawa, PZWL.
- TATOŃ J. (1993), *Diabetologia praktyczna*, Warszawa, PZWL.
- TATOŃ J. (1998), *Cukrzyca wymagająca wstrzyknięć insuliny*, Warszawa, PZWL.
- TATOŃ J., CZECH A. (2000), *Cukrzyca. Podręcznik edukacji terapeutycznej*, Warszawa, PWN.
- TRACZ M. (1997), *Podstawowe zasady postępowania w cukrzycy typu I*, Warszawa.
- TRZEBIŃSKA E. (1998), *Dwa wizerunki własnej osoby*, Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- TYSZKA Z. (1974), *Socjologia rodziny*, Warszawa, PWN.
- TYSZKA Z. (red.) (1984), *Rodzina a struktura społeczna*, Bydgoszcz, „Pomorze”.
- TYSZKOWA M. (red.) (1985), *Rozwój dziecka w rodzinie i poza rodziną*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- TYSZKOWA M. (1990), *Rodzina a rozwój jednostki*, Poznań, CPBP.
- TYSZKOWA M. (1988), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia*, Warszawa, PWN.
- TYSZKOWA M., ŻURAWKOWSKI B. (red.) (1984), *Wartości w świecie dziecka i sztuki dla dziecka*, Warszawa–Poznań, PWN.
- URAMOWSKA-ŻYTO B. (1990), *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, w: A. Ostrowska (red.), *Wstęp do socjologii medycyny*, Warszawa, IFiS PAN.
- URLIŃSKA M. (1991), *Obraz własnej osoby młodzieży przewlekle chorej na dychawicę oskrzelową*, w: J. Baran, T. Oleńska-Pawlak, *Z zagadnień rewalidacji dzieci niepełnosprawnych*, Kraków, WSP.
- VASTA R., HAITH M.M., MILLER S.A. (1995), *Psychologia dziecka*, Warszawa, WSiP.
- WATSON R.J., LINDGREN H.C. (1973), *Psychology of the Child*, New York, Wiley.
- WEIGL B. (1986), *Teorie rozwoju. Studium porównawcze*, w: Socjologia wychowania, Toruń, AUNC.
- WEISS W. (1987), *Udział psychologii w medycynie behawioralnej*, Przegląd Psychologiczny 1987/2.
- WIELGOSZ E. (1991), *Wychowanie dzieci niepełnosprawnych somatycznie*, w: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa, WSiP.
- WINIARSKA A. (1991), *Postawy dzieci 8-9-letnich wobec najbliższego otoczenia*, Katowice, UŚ.
- WIRGA M. (1992), *Zwyciężyć chorobę*, Poznań, Fundacja Alterna.
- WITKOWSKI L. (1989), *Rozwój tożsamości w cyklu życia*, Toruń, Wydawnictwo UMK.
- WŁODARCZYK C. (1988), *Alternatywne filozofie zarządzania ochroną zdrowia*, w: L. Frąckiewicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona*, Katowice, Śląski Instytut Naukowy.
- WOJCISZKE B. (1986), *Teoria schematów społecznych. Struktura i funkcjonowanie jednostkowej wiedzy o otoczeniu społecznym*, Warszawa, PAN.
- WORACH-KARDAS H. (1983), *Wiek a pełnienie ról społecznych*, Warszawa–Łódź, PWN.
- WORACH-KARDAS H. (1988), *Fazy życia zawodowego i rodzinnego*, Warszawa, IWZZ.
- WOYNAROWSKA B. (1994), *Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia*, w: A. Jaczewski (red.), *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Warszawa, WSiP.
- WOYNAROWSKA B. (red.) (2000), *Zdrowie i szkoła*, Warszawa, PZWL.

- WYGOTSKI L. (1971), *Wybrane prace psychologiczne*, Warszawa, PWN.
- ZABOROWSKI Z. (1980), *Z pogranicza psychologii społecznej i psychologii osobowości*, Warszawa, PWN.
- ZABOROWSKI Z. (1989), *Psychospołeczne problemy samoświadomości*, Warszawa, PWN.
- ZIELIŃSKA K. (1989), *Uczestnictwo instytucji orientacji i poradnictwa zawodowego w kształtowaniu planów zawodowo-edukacyjnych młodzieży. Wyniki badań*, Neodidagmata XIX.
- ZIELIŃSKA K. (1991), *Młodzież w drodze do życia zawodowego*, w: K. Uździcki (red.), *Wybrane problemy kształcenia przedzawodowego*, Warszawa.
- ZIEMSKA M. (1977), *Rodzina a osobowość*, Warszawa, WP.
- ZIMBARDO P.G., RUCH F.L. (1996), *Psychologia i życie*, Warszawa, PWN.
- ZIÓLKOWSKI M. (red.) (1989), *Wiedza. Jednostka. Społeczeństwo*, Warszawa, PWN.
- ŻEBROWSKA M. (red.) (1982), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa, PWN.

---

## Summary

---

# Visions of the future life of children with chronic diabetes

When we look at the world through the eyes of children, at their drawings presenting visions of the future life, our optimism grows since there is in them so much warmth and faith in their own opportunities, a wish to take up challenges which everyday life sets before all of us. However, not all drawings of the children emanate this optimism; when looking at drawings by children who suffer from chronic diabetes, we can observe totally different visions of the future in which we cannot see success. Comparing these drawings, I was asking myself why these young children have such a view of their future which in their eyes is of little value and deprived of optimism, and I also asked how adults can change this.

When analysing literature on the subject one can find many studies on chronically sick persons and on the influence of the chronic disease on the current development of children and, in particular, on their functioning in the family and their peer group. However, there is no information on how a chronic disease influences the formation of a vision of future life. It is just the aim of this book to offer an answer to these problems. The development of personality, connected with visions of future life, does not constitute a separate area of a child's life, but it is inserted within a widely interpreted development of an individual. It consists of many stages and each of them is an effect of the previous one and preparation to start the next one. Disorders caused by a chronic disease have an enormous influence on the overall functioning of a person, particularly in the emotional and social sphere, they can distort the view of one's own I, the consequence of which may be that the chronically sick persons take up tasks which are below their actual capabilities. Persons who function according to such decreased demands cannot achieve success since they do not expect it. For them avoiding failure is a success. Such an attitude is not conducive to development, sometimes makes proper functioning of a child difficult and can even make proper functioning of a child impossible.

Differences resulting from the images of the vision of future life between healthy and chronically sick people are in predictions as to this life and its desirable state where by a vision of the predicted future life I understand an image of a project (concerning states of one's own person in future life, the relation between I and my personal world, I and my professional world and I and my peers, which as a whole is not known to an individual from his or her previous experience), and which seems to a

given person that it will be. Whereas I assume visions of the desirable future life as an image of an ideal project (concerning states of one's own person in future life, the relation between I and my personal world, I and my professional life and I and my peers which as a whole is not known to an individual from his or her previous experience so far), and which seems to a given person that it will be.

The results of research obtained show the image of their own future life predicted and desirable by children suffering from chronic diabetes. By comparing the sick children's vision with that of healthy ones we can suppose that the differences are due to the influence the disease exerts on the formation of the vision of future, and not by the features of the personality of the subjects of study. It also confirms the fact that the children studied do not differ much in their desirable visions whereas in their predicted visions have a completely different image of the future, and this in all three areas of the nearest future studied, of the future adult personal and professional life. Healthy children did not separate the predicted visions from the desirable ones at all. Sick children when thinking of their own predicted vision, imagined themselves through the prism of their disease while in their desirable visions they were forgetting about their disease, revealing their true vision of the future, which appeared the same as that of the healthy children. This confirms that the disease has a negative influence on the development of sick children decreasing their chance of the same start into an adult life as that of the healthy children. Attention should be drawn to the fact that visions on life determine only the preferences for constructing of plans for life. However, if at the level of these preferences children suffering from diabetes have a worse opinion on their value, then it makes one state that this image may be reflected in future plans. It is also important to say that the divergence between the predicted and the desirable visions is a reflection of the structure of I. An improper divergence between the real I and the ideal I is a threat to the proper development of identity, that is why what seems to be particularly important is professional intervention to make it possible for a child to properly develop his or her structure of I. The areas studied in the predicted visions of sick children, which differentiate them from healthy children should be a determinant for work with children suffering from diabetes.

The studies concerning the vision of the nearest future and the future adult life suggest that the differences between the sick and the healthy children result from the conditions themselves which are: disturbed safety, low feeling of one's own value, and inadequate view of one's own disease. All these factors indirectly result from the three main ones.

The factors distinguished indicate the difficulties in the development which the children chronically suffering from diabetes encounter due to their health condition, through which they also determine the direction of prophylaxis focused on diabetic children in order to make their chances equal to those of healthy children.

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU IM. ADAMA MICKIEWICZA  
W POZNANIU, UL. NOWOWIEJSKIEGO 55

[www.press.amu.edu.pl](http://www.press.amu.edu.pl) e-mail: [press@amu.edu.pl](mailto:press@amu.edu.pl)

Nakład 200 egz. Ark. wyd. 9,50. Ark. druk. 8,50.

Druk i oprawa: SOWA Drukarnia Cyfrowa Sp. z o.o.  
01-209 Warszawa, ul. Hrubieszowska 6a

