

Wydział Nauk Społecznych  
Katolicki Uniwersytet Lubelski

MAGDALENA WIŚNIOWIECKA

*Samokontrola a niektóre cechy osobowości  
u dzieci chorych na cukrzycę*

---

Self-control in relation to selected properties of personality  
in children suffering from diabetes

W ostatnich latach daje się odnotować rosnące zainteresowanie tematyką samokontroli, szczególnie wśród psychologów zajmujących się psychoterapią, problemami zachowań moralnych i socjalizacji. Jest to spowodowane zapotrzebowaniem społecznym na różne formy psychokorekcji (psychoterapia, resocjalizacja, rehabilitacja) oraz formowaniem się nowego obrazu człowieka w psychologii jako nauce. Jednostka przestaje być traktowana jako bierny podmiot oddziaływania bodźców sytuacyjnych (wyznaczających z zewnątrz jej zachowania) czy popędów (determinujących reakcje od wewnątrz – koncepcje instynktywistyczne), uważa się ją natomiast za aktywny podmiot własnych działań, sterujący nimi zgodnie z subiektywnym obrazem relacji między sobą a światem – „aktywistyczno-poznawczy” model człowieka. Osoba jest tu ujmowana jako podmiot działania szczególnego rodzaju, polegającego na modyfikowaniu samej siebie – własnych zachowań, emocji, postaw itd. (Kofta 1979). Kofta podkreśla także różne aspekty autokontroli – dotyczące emocji, motoryki czy procesów poznawczych, a także wskazuje na trzy sposoby jej rozumienia:

- 1) jako cecha osobowości;
- 2) jako czynności kontrolujących;
- 3) jako mechanizmu psychologicznego, za którego pośrednictwem dochodzi do wystąpienia owych czynności.

W znaczeniu pierwszym jest to hipotetyczna cecha osobowości decydująca o częstości i natężeniu takich form zachowania się, jak: nieuleganie pokusom, tłumienie niepożądanych impulsów, odraczenie bezpośredniego zaspokajania własnych potrzeb na rzecz gratyfikacji bardziej odległej lub bardziej aprobowanej społecznie. Jest to więc właściwość relatywnie stała i ogólna.

Drugie rozumienie wskazuje na termin opisowy, odnoszący się do wystąpienia specyficznych zachowań (czynności kontrolujących).

W trzecim wypadku chodzi o łańcuch wewnętrznych procesów regulacyjnych, decydujących o wystąpieniu pożądanego (osobiście i społecznie) form zachowania się.

Samokontrola to dobrowolne zachowanie się, które uwzględnia własne wymagania, jak również wymagania stawiane przez społeczeństwo. W tym celu ograniczamy, zmieniamy i wybiórczo zaspokajamy nasze potrzeby i chęci. W każdej dziedzinie naszego życia są rzeczy, których zrobić nie możemy lub możemy – tylko w określonym czasie, miejscu i warunkach. Wszystko to wymaga wewnętrznej dyscypliny, zmobilizowania już istniejących możliwości lub wykształcenia nowych cech, umiejętności czy nawyków, a następnie wytrwałości przy ich realizacji (Furman 1994).

Należy podkreślić fakt, że człowiek stopniowo zyskuje środki kontroli nad sobą i otaczającym go światem. Rozwój spostrzegania, myślenia, mowy itd. pozwala na korzystanie z tych osiągnięć jako „narzędzi” samokontroli. W procesie rozwoju samokontroli dużą rolę odgrywają rodzice, którzy pomagają dziecku w uczeniu się różnych umiejętności i stawiają pierwsze wymagania, którym musi ono sprostać (Furman 1994). Później do procesu wychowania włączają się członkowie szerszej społeczności, np. nauczyciele (Przetacznik, Makiełło-Jarża 1977; Żebrowska 1976). Ważne jednak jest podkreślenie, iż nie dzieje się to za sprawą przypadku, lecz pozostaje w zgodzie z naturalnymi prawami rozwoju osobowości, uwzględniającymi możliwości dziecka (Furman 1994) w zakresie sfery motorycznej, intelektualnej, emocjonalnej, społecznej i moralnej.

W okresie niemowlęcym (ok. piątego miesiąca życia) stopniowo rozpoczyna się elementarna regulacja zachowania i dziecko powoli staje się zdolne do jednorodnych i krótkotrwałych aktów woli oraz do znoszenia niewielkich ograniczeń (Chłopkiewicz 1987). Już w pierwszym roku życia dziecko potrafi, jak pisze Hurlock (1985), powstrzymać się od zrobienia czegoś w reakcji „no-no”. W wieku ponimowlęcym rodzice stopniowo przez kary i nagrody wzmacniają niewielkie jeszcze zdolności regulacji wewnętrznej. W tym też okresie pojawia się trening czystości, związany z kontrolą narządów wydalania, przy czym kontrola wypróżnień jest wcześniejsza od kontroli pęcherza (ta pierwsza przypada na drugi rok życia,

druga na 2–4 r. ż.), a kontrola pęcherza w ciągu dnia na dużo wcześniej niż w nocy (Bates i in. 1994).

W wieku przedszkolnym wymagania rodziców rozszerzają się także na wewnętrzną aktywność (coś wolno robić, a czegoś nie) i są związane ze wzrastającą samodzielnością (Popielarska 1989), gdyż „ja” staje się zdolne do drobnych wyrzeczeń, ustępstw, odroczenia reakcji, a nawet rezygnacji z własnej woli; ponadto pojawia się w formie zaczątkowej zdolność do podejmowania zadań (Chłopkiewicz 1987). Oczekiwania opiekunów w tym okresie dotyczą również powściągnięcia pewnych emocji i dążeń, dlatego w końcowej fazie wieku przedszkolnego można obserwować początki panowania nad reakcjami emocjonalnymi (gniew, zazdrość) i ich niepożądaną społecznie ekspresją (agresją). Pojawiająca się dowolność procesów umysłowych pozwala także na przyswajanie sobie pewnych reguł postępowania (zasady porządkowe, formy grzecznościowe) i na uświadomienie sobie naganności ich nieprzestrzegania w wypadku kłamstwa, nieposłuszeństwa itd. Osiągnięcia w zakresie kontroli zachowania oznaczają włączenie struktur poznawczych w miejsce wyłącznego w poprzednich okresach sterownictwa popędowo-emocjonalnego (Włodarski, Matczak 1987).

W młodszym wieku szkolnym zaznacza się wyraźny wzrost kontroli nad sobą i otoczeniem ze względu na rozwój koncentracji uwagi, udoskonalenia zdolności obserwacji (w tym autoobserwacji), a także świadomego i kontrolowanego rozwiązywania problemów. W wieku 12 lat znaczny już jest stopień panowania nad reakcjami emocjonalnymi, które mogą być ukrywane przed otoczeniem lub wyrażane w społecznie akceptowanej formie. Dziecko jest też zdolne do podejmowania pewnych działań ze względu na spoczywający w nim obowiązek (Włodarski, Matczak 1987). W wieku 6–12 lat zaczynają powstawać własne zasady postępowania (Popielarska 1989).

Porządek ów zostaje zakłócony wraz z przyjściem okresu dojrzewania, kiedy to burzliwe przemiany w organizmie i osobowości przyczyniają się do utraty poczucia kontroli własnych dynamizmów i budzą potrzebę innych zasad wewnętrznego uporządkowania i kontroli „ja”. W wyniku konfrontacji własnych możliwości i zewnętrznych propozycji człowiek wybiera w końcu zespół wartości, które odtąd stają się główną zasadą regulacji zachowania (Chłopkiewicz 1989), a zdobyta umiejętność rozumnego pokierowania sobą prowadzi do stopniowej adaptacji do zmieniających warunków życia człowieka dorosłego (McConnel 1971).

Wykorzystanie kształtowanej w procesie rozwoju naturalnej zdolności do samokontroli, obok odkrycia insuliny i antybiotyków, przyczyniło się do zmiany tragicznego dawniej losu chorych na cukrzycę. Obecnie pacjent, korzystając z porad lekarza, jest jednocześnie jego pacjentem i partnerem w procesie leczenia, a właściwie leczy się sam, bo sam musi przestrzegać diety, utrzymywać odpowiedni poziom

wysiłku fizycznego, wstrzykiwać sobie przygotowaną przez siebie dawkę insuliny i kontrolować poziom cukru we krwi. Musi być też świadomy różnych zagrożeń, które zaburzają równowagę w organizmie, np. stres, strach przed klasówką, bieganie itd. Kontrola cukrzycy to także nieustanna obserwacja siebie, sygnałów docierających z ustroju, które sam chory może najlepiej rozpoznać (drżenie rąk, bicie serca, uczucie senności, ból głowy, chwilowe pogorszenie widzenia, nagle słabnięcie i in.) Wszystko to wymaga oczywiście uprzedniego przeszkolenia dzieci i ich rodzin w zakresie ogólnej problematyki cukrzycy, zachowań zdrowotnych oraz wskazówek praktycznych. Uczą się codziennego oznaczania: cukru we krwi (Glucotest), acetonu w moczu (Ketotest), a ostatnio coraz częściej glikemii („suche testy” enzymatyczne). Od 9 r. ż. rozpoczyna się także nauka pobierania, dawkowania, wstrzykiwania hormonu (lub zmiany proporcji w mieszanii insuliny) w zależności od stwierdzonych wyników badań (Czyżyk 1987). Dawka insuliny, wyniki badań oraz uwagi dotyczące objawów ogólnych zapisywane są w prowadzonych przez dzieci zeszytach samokontroli (Margolis 1956, 1967; Niewiedziół 1994). Metoda ta zwiększa w znacznym stopniu skuteczność leczenia i jest warunkiem jego intensyfikacji (Tatoń 1986).

Z przedstawionych tu rozważań wynika różnorodność zagadnień i problemów związanych z samokontrolą, a także możliwość interdyscyplinarnego potraktowania tego fenomenu ze względu na jego rozmaite powiązania z cechami osobowości i rozwojem człowieka. Wydaje się, że owocne może być łączenie niektórych cech osobowości i zachowań kontrolujących z terenu psychologii z wybranymi problemami z dziedziny medycyny, gdyż badanie takich związków może przyczynić się nie tylko do postępu w nauce, ale może przynieść znaczne korzyści dla konkretnego człowieka. W naszym przypadku – dla człowieka chorego, cierpiącego, któremu samokontrola ułatwia, a nawet ratuje życie.

Cukrzyca uwarunkowana jest brakiem lub niedoborem insuliny – hormonu trzustki, produkowanego przez komórki beta wysepek Langerhauza. W zależności od poziomu cukru we krwi komórki te zwiększają lub zmniejszają wytwarzanie tego hormonu (Golczyk-Wojnar 1989). Choruje na nią 2%–5% ludności (Tatoń 1986), a 1%–5% przypadków rozpoznawanych jest przed 15 r. ż.

Choroba ta wyróżnia się spośród innych zaburzeń, i to z wielu powodów:

1. Jest to choroba przewlekła, nieuleczalna, co wiąże się z jej długim czasem trwania przy łagodniejszym przebiegu, ale także z nieodwracalnością zmian patologicznych oraz koniecznością stałego leczenia i samokontroli (Jarosz 1983).
2. Charakteryzuje się dużą zmiennością przebiegu, szczególnie u dzieci, i stałym zagrożeniem śpiączką ze względu na swoistość tego okresu, przyspieszenie tempa procesów metabolicznych, zmienność zapotrzebowania na insulinę, trudną do prze-

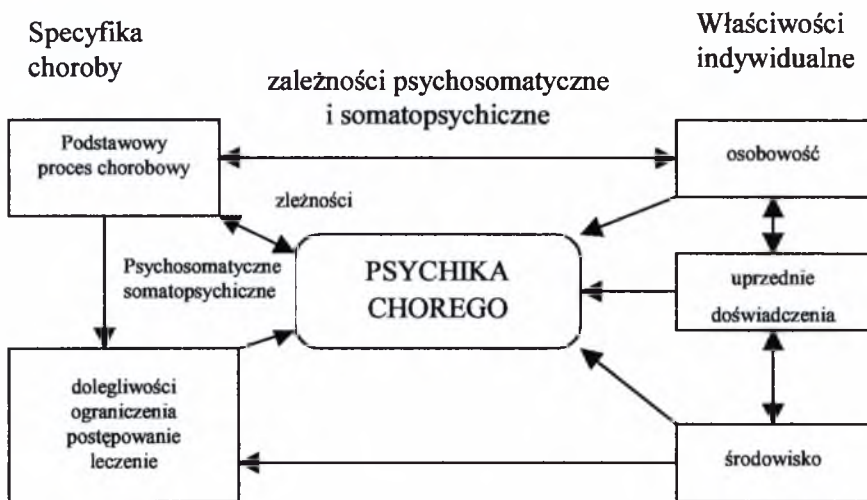
widzenia aktywność fizyczną, niestabilność emocjonalną i częste w tym okresie zakażenia i szczepienia ochronne (Czyżyk 1987).

3. Posiada swój aspekt psychosomatyczny – czynniki emocjonalne, szczególnie stres psychiczny, traktowane są jako przyspieszające ujawnienie się choroby lub powodujące zaostrzenie się objawów (Grabowska 1971, Jarosz 1983, Szewczyk 1987, 1994).

4. Duża skuteczność leczenia przy spełnieniu określonych warunków („zdrowie uwarunkowane”).

5. Nakłada na pacjenta osobistą odpowiedzialność za przebieg choroby, czyniąc go aktywnym partnerem lekarza.

Psychika osoby chorej ulega zwykle różnym zmianom, ich rodzaj i wielkość zależą w dużej mierze od specyfiki choroby, ale także od indywidualnych właściwości osoby nią dotkniętej, jej uprzednich doświadczeń i środowiska w którym przebywa (Miller-Johnson i in. 1994; Szewczyk 1994). Wszystkie te czynniki nie działają w pojedynkę, lecz są ze sobą powiązane rozmaitymi interakcjami, co obrazuje ryc.1.(por. Jarosz 1983):



Ryc. 1. Czynniki wpływające na psychikę chorego  
Factors affecting patient's psyche

Skutki choroby, typowe dla rozwoju dziecka, jego przystosowania psychicznego i społecznego, można rozpatrywać w różnych aspektach, które nawzajem się warunkują i zakresowo zachodzą na siebie (por. Hurlock 1985, Kondas 1984):

1. Możliwość zmian w zakresie struktury i czynności o.u.n. (Socha 1969), szczególnie w tych przypadkach cukrzycy, w których dochodzi do ciężkich, nawracających lub długotrwałych stanów hiperglikemii z hipoglikemią. Zjawiska te związane są najczęściej z zaniebdywaniem leczenia (Socha 1969, Golczyk-Wojnar 1989), przy czym należy zaakcentować szczególną wrażliwość na uszkodzenia niedojrzałego jeszcze układu nerwowego dziecka.

Niekorzystny wpływ tej choroby na czynności ośrodkowego układu nerwowego zaobserwował Szewczyk (1987), który stwierdził u większości dzieci (głównie z wieloletnią cukrzycą) zmiany w zapisie EEG oraz zmiany w testach badających mikroorganikę. Przytaczane są także wyniki innych badań (Dębiec i in. 1962, Bartoszyńska i in. 1968; Pogorzelski i Zaborowski 1987), stwierdzające u znacznej liczby chorych objawy zespołu organicznego, które potwierdzają możliwość istnienia tzw. encefalopatii cukrzycowej. Konieczne są jednak jeszcze bardziej dokładne i specjalistyczne poszukiwania w tym kierunku.

2. Bezsprzeczny jest natomiast wpływ cukrzycy na emocjonalność i nastrój chorego. Rodzaj i nasilenie tej reakcji zależą w dużej mierze od zachowania otoczenia (np. nastrój przygnębienia udziela się dziecku) oraz typu osobowości, wieku, a nawet płci. Małe dzieci źle tolerują hospitalizację, natomiast dojrzewająca młodzież, ze względu na większą świadomość natury dolegliwości, staje się bardziej drażliwa, poirytowana (Czyżyk 1987). U znacznej liczby nastolatków stwierdzono także nasilenie się różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych, zwłaszcza reakcji lękowych i depresyjnych. W tych samych badaniach zauważono ponadto różnice między płciami, polegające na narastaniu tych tendencji u chłopców i ich obniżanie się u dziewcząt wraz z czasem trwania choroby (Szewczyk i in. 1991). Stwierdzono także, szczególnie w czasie stanów hipoglikemicznych, wzmożoną pobudliwość, niepokój, nastrój podwyższony lub rzadziej obniżony oraz znaczną chwiejność emocjonalną (Dębiec i in., Grabowska 1971, Kennedy 1955, Nowakowska 1983, Starr 1955, Swift 1962, Symonides-Ławecka 1981, Szewczyk 1987, 1994). Z czasem w wyniku ciągłej fiksacji na samopoczuciu i z powodu lęku przed zaostrzeniami może dochodzić do nawarstwień nerwicowych.

3. Cukrzyca dotyka także głębszych struktur psychiki przez utrwalanie w ciągu długiego czasu jej trwania pewnych cech osobowości. Nie doszukano się jednak żadnego syndromu składającego się na odrębność osobowości, są natomiast badania (Dębiec i in. 1961, Bartoszyńska i in. 1968) potwierdzające występowanie pewnych cech u dzieci diabetycznych, choć nie wydaje się, aby były one specyficznie wyłącznie dla tej jednej choroby o przewlekłym przebiegu (Ludwiczak, Symonides-Ławecka 1981). Te cechy to: wstyd z powodu choroby, szczególna łatwość wytwarzania konfliktów z otoczeniem, brak zainteresowań, zubożenie, egoizm, egocen-

tryzm, brak instynktu społecznego, poczucie niższej wartości, brak wiary we własne siły, a także przedwczesna dojrzałość psychiczna.

Atmosfera zagrożenia, napięcia utrwała niepokój i lęk, a nadmierna troskliwość rodziców wzmacnia egocentryzm, niesamodzielność i przesadną troskę o swój stan zdrowia (Golczyk-Wojnar 1989). Nowakowska (1983) wspomina także o występującym u tych dzieci lęku przed śmiercią, uczuciu beznadziejności, pesymistycznym stosunku do choroby i poczuciu mniejszej sprawności.

4. Wszystkie te cechy – mniej lub bardziej trwałe – są przyczyną zaburzeń w zachowaniu dzieci diabetycznych. U najmłodszych są to wybuchy złości, niechęć do jedzenia, co wtórnie powoduje stany niedocukrzenia krwi (drgawki). Stosunkowo najmniej zaburzeń dotyczy okresu szkolnego, kiedy to dziecko przyswaja sobie umiejętności samokontroli, co daje mu motywację do przestrzegania zaleceń lekarza. U młodzieży dojrzewającej często występuje nieakceptacja choroby połączona z zaniedbywaniem leczenia, buntem przeciwko wstrzykiwaniu insuliny, łamaniem ograniczeń dietetycznych, kupowaniem słodyczy połączonym z okłamywaniem rodziców i lekarza. Powoduje to liczne konflikty dzieci z ich opiekunami (Czyżyk 1987, Golczyk-Wojnar 1989).

Badania Olszowskiej, Kurpiel i Dzikiej (za Jarosz 1983) w grupie dzieci z sanatorium wykazały rozmaite, o różnym stopniu nasilenia, trudności wychowawcze, na które składają się: gniew i agresja, negatywizm, konfliktowość, a także egocentryzm, nieposłuszeństwo i arogancja. Zdarza się również, że choroba staje się okazją do szantażu rodziców (np. celowymi zaniedbaniami). Pojawiają się także zachowania agresywne i autoagresywne, w skrajnych przypadkach dochodzi do samobójstw (Czyżyk 1987, Golczyk-Wojnar 1989).

5. Zaburzenia zachowania utrudniają kontakty społeczne. Nawet gdy taki kontakt zostanie nawiązany, to trudno jest go utrzymać. Dzieci z cukrzycą są gorzej przystosowane do grupy rówieśniczej ze względu na częste hospitalizacje i ogólnie trudną sytuację. A ponieważ mają poczucie mniejszej wartości, izolują się od społeczności, przez co nie zaspokajają w pełni potrzeby kontaktów emocjonalnych (Dębiec i in. 1962, Grabowska 1971).

Wskazuje się także (Dębiec i in. 1963) na brak u tych dzieci instynktu społecznego, co przejawia się tym, że w domu nie udzielają się rodzinnie, nie biorą udziału w życiu społecznym, nie należą do organizacji, nie mają ochoty na zorganizowane zajęcia grupowe i w ogóle trudno utworzyć z nich zwartą grupę. Niektóre z nich wyłączają się całkowicie z otoczenia, gdyż wciąż im coś dolega. Zdarzają się także zaburzenia charakteropatyczne, związane ze zmianami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (Nowakowska 1983).

6. Przewlekła choroba ogranicza także spontaniczną aktywność dziecka, chociaż w zasadzie uznaje się, że regularna kontrola stanu zdrowia pozwala na normalne

chodzenie do szkoły, pomaganie w domu, w gospodarstwie, a nawet uprawianie sportów. Dziecko jednak musi przestrzegać pewnych rygorów związanych z ilością wysiłku fizycznego i liczyć się z różnymi ograniczeniami, co utrudnia realizację wielu potrzeb, np. aktywnego działania, celów (Nowakowska 1983). Wspomina się także o dużej męczliwości tych dzieci (Dębiec i in. 1963). Wszystko to utrudnia choremu w różnym stopniu normalne życie w środowisku rówieńczym, wykonywanie pewnych czynności, korzystanie z rozrywek i stosunków towarzyskich (Socha 1969).

Z drugiej jednak strony podkreśla się, że przyczyna mniejszej aktywności nie tyle leży w chorobie, ile w samym dziecku zajęтым głównie własnymi dolegliwościami (Dębiec i in. 1962). Dokłada się jeszcze hiperprotekcjonizm rodziców, który hamuje samodzielność dziecka (Czyżyk 1987) i ogranicza jego swobodną aktywność.

7. Ważną dziedziną życia każdego dziecka jest szkoła i funkcjonowanie intelektualne w klasie. Bywają sytuacje, że nie chce ono wcale chodzić do szkoły ze względu na swoją chorobę, chociaż poziom sprawności intelektualnej jest prawidłowy (Nowakowska 1983). Inteligencja często jest wyższa od przeciętnej, a liczba zaburzeń w rozwoju intelektualnym – taka sama jak w populacji zdrowych (Ludwiczak, Symonides-Ławecka 1981). Czyżyk (1987) uważa, że niekiedy dziecko chore na cukrzycę jest nawet lepsze od rówieśnika ze względu na doświadczenia nabyte w czasie powadzenia samokontroli.

Mimo potencjalnych możliwości intelektualnych dzieci te mogą mieć kłopoty w szkole z powodów emocjonalnych, motywacyjnych, a także w związku z zaburzeniami zachowania i gorszym przystosowaniem do życia społecznego.

Chociaż następstwa psychiczne, jakie powoduje cukrzyca, są podobne do skutków innych przewlekłych zaburzeń, to jednak mamy tu do czynienia z pewnym specyficznym zjawiskiem, jakim jest nie spotykana nigdzie indziej – metoda samokontroli.

Ta wyjątkowa odpowiedzialność za coś bardzo ważnego – za własne zdrowie może mieć różne konsekwencje. Ciągły reżim, od którego nie można odpocząć nawet na jeden dzień, systematyczny wysiłek i ograniczenia stanowią duże obciążenia dla niedojrzałej jeszcze osobowości dziecka i przede wszystkim nie są czymś z wyboru, ale koniecznością narzuconą przez obiektywną sytuację. Niekiedy zadanie to może przerastać dziecko swym poziomem trudności (Grott i in. 1965) i może być źródłem napięcia.

Z drugiej jednak strony istnieje wiele dróg pozytywnego wpływu samokontroli na kształtowanie się w dużym stopniu plastycznej osobowości dziecka. Jest to nieustanna praca nad sobą, związana z pewną systematycznością i wysiłkiem, zdobywaniem nowych wiadomości i umiejętności. Gdyby wśród potrzeb i cech osobowo-



ści szukać tych, na które wpływa samokontrola, to można by wziąć pod uwagę następujące z nich:

- poczucie bezpieczeństwa, gdyż dziecko w większym stopniu jest zdolne określić stan organizmu na podstawie wyników przeprowadzonych przez siebie testów, wie, jak zachować się w różnych sytuacjach związanych z chwiejnym przebiegiem choroby i ma przekonanie, że ma swój udział w zapobieganiu zaostrzeniom – czuje się bardziej pewne, mniej zagrożone nieprzewidywalnym biegiem wydarzeń (por. Hurlock 1985);

- redukcja lęku i niepokoju o pogorszenie się stanu zdrowia, powikłania, o własną przyszłość;

- wzbogacenie wiedzy na temat choroby, co wpływa na pozytywne efekty leczenia i lepsze samopoczucie fizyczne i psychiczne;

- funkcja motywacyjna samokontroli, czyli zachęta dziecka do spełnienia tego, czego od niego oczekuje lekarz, rodzice (Czyżyk 1987), oraz do zachowań prozdrowotnych;

- wzrost poczucia podmiotowości, gdyż dziecko staje się partnerem lekarza i ma poczucie, że to głównie od niego samego, odpowiedzialności i decyzji zależy najwięcej;

- poczucie pełnowartościowości, gdyż samokontrola przywraca dziecku sprawność fizyczną i psychiczną, łagodzi przebieg choroby, hamuje rozwój inwalidztwa (Grott 1986);

- zwiększenie odporności na stres, szczególnie ten wynikający z okoliczności chorobowych, przez umiejętność opanowania negatywnych jego skutków;

- konieczność większej i systematycznej pracy nad sobą i związane z tym potencjalności rozwojowe (Tatoń 1986);

- podniesienie sprawności umysłowej (Czyżyk 1987);

- szczególnie wartościowe cechy: odpowiedzialność, samokontrola, silna wola zgeneralizowana na inne życiowe sytuacje, samokontrola;

- pośredni związek samokontroli z rozwojem sumienia, pozytywnych postaw (np. moralnych) ze względu na trening kontrolowania siebie (por. Hurlock 1985);

- autokontrola w cukrzycy przez ewentualny związek z samokontrolą emocjonalną i behawioralną, szerzej rozumianymi, może przyczyniać się do budowania dojrzałej osobowości, silnego „ja”, gdyż jest próbą charakteru;

- możliwość zaspokojenia wielu potrzeb, które zostały sfrustrowane w wyniku długo trwającej choroby; była już mowa o poczuciu bezpieczeństwa i własnej wartości, ale można też wymienić inne potrzeby, np. kontaktów społecznych, akceptacji i samorealizacji.

Zależność między autokontrolą i cechami osobowości zachodzi w obie strony, ponieważ częste praktykowanie samokontroli może mieć wpływ na wykształcenie

pewnych nawyków, umiejętności czy nawet względnie trwałych cech, ale również pewne cechy już istniejące predysponują osobę do większych możliwości w tym zakresie lub stanowią utrudnienie.

W dotychczas prowadzonych badaniach wykazano pozytywny związek samokontroli z takimi cechami osobowości, jak: zdolność odraczania gratyfikacji (Levin i współaut., Spivach i Mischel za: Kofta 1979), głębsza perspektywa czasowa działania (Stein oraz Lessing i współaut., za: Kofta 1979), silne *ego* (Skybut za: Kofta 1979), analityczny styl kontroli nad otoczeniem (Phares 1976), realistyczne i konstruktywne formy reakcji na frustrację i odporność na stres (Batterfield i Bowers za: Kofta 1979), nastawienie introwertywne (Eysenck 1960a), lepsze przystosowanie psychologiczne i społeczne, wysoki poziom samooceny i samoakceptacji, silna potrzeba osiągnięć, odpowiedzialność społeczna, wysokie poczucie własnej tożsamości i skłonności do myślenia w kategoriach przyszłych możliwości (za: Kofta 1979).

#### PROGRAM BADAŃ

Celem niniejszego opracowania jest analiza struktury osobowości dzieci chorych na cukrzycę w porównaniu do ich zdrowych rówieśników, a także poszukiwanie związków niektórych cech z jakością prowadzonej przez te dzieci samokontroli. Przyjęto założenie, że istnieją różnice w strukturze osobowości dzieci chorych na cukrzycę i zdrowych, wynikające ze specyfiki tej choroby oraz szczególnego postępowania leczniczego (samokontroli). Przyjmuje się ponadto pewne hipotezy bardziej szczegółowe:

1. Istnieje zróżnicowanie wśród dzieci chorych na cukrzycę odnośnie do zakresu prowadzonej przez nie kontroli, a także wypełniania poszczególnych jej elementów, tzn., że są dzieci, które samodzielnie wykonują dużą część czynności związanych z samokontrolą lub wykonują ich niewiele, oraz że wśród tych czynności są takie, które dostępne są większej liczbie pacjentów i takie, które z różnych powodów są dla nich zbyt trudne;

2. Pewne cechy osobowości sprzyjają dobrej samokontroli, a pewne ją utrudniają, co oznacza, że mogą istnieć pewne różnice w strukturze osobowości dzieci prowadzących samokontrolę i dzieci, które w słabym stopniu potrafią kontrolować swój stan zdrowia.

14-CZYNNIKOWY KWESTIONARIUSZ OSOBOWOŚCI (CPQ)  
DLA DZIECI W WIEKU 8-12 LAT R. B. PORTERA I R. B. CATTELLA

W celu porównania osobowości dzieci chorych i zdrowych niezbędna jest metoda pozwalająca na określenie cech typowych dla każdej z tych grup. Takim wielostronnym rozpracowaniem osobowości, dającym duże możliwości charakterystyki analiz i porównań jest 14-czynnikowy Kwestionariusz Osobowości (CPQ) dla dzieci w wieku 8–12 lat R. B. Portera i R. B. Cattella „Co lubisz robić i o czym lubisz myśleć” w polskim tłumaczeniu J. Kostrzewskiego. Jest to metoda uznana, powszechnie stosowana, dająca profil cech osobowościowych (Nuttin 1968, Porębska 1982).

## SKALA SAMOKONTROLI

Ze względu na wieloznaczność terminu „samokontrola” i rozproszenie tematyki z nią związanej pewną trudność przedstawia znalezienie odpowiedniej metody do jej oceny, szczególnie że jest to specyficzny rodzaj samokontroli – samokontrola jako metoda leczenia. Okazało się, że wśród istniejących narzędzi pomiaru (np. Kwestionariusz Rottera, niektóre skale ACL, metoda Rorschacha) nie ma metody przystającej do tego aspektu samokontroli. A metody typu rozmowa czy wywiad, na podstawie których można uzyskać informacje o prowadzonej przez dziecko samokontroli, okazują się niewystarczające ze względu na założenia niniejszych badań. Chodzi mianowicie o zmniejszenie poziomu subiektywizmu przy ocenie faktów, a przede wszystkim o możliwość porównań interindywidualnych. Pożądane w tym przypadku są informacje nie tyle jakościowe, ile ilościowe (por. Brzeziński 1980, s. 204).

Z powodu braku powszechnie uznanej i stosowanej, a jednocześnie trafnej i rzetelnej metody pojawiła się konieczność skonstruowania skali, która pozwoliłaby przynajmniej orientacyjnie oszacować interesującą nas właściwość osobowości, która przejawia się w konkretnych prozdrowotnych zachowaniach typowych dla postępowania leczniczego w przypadku cukrzycy.

W celu umożliwienia zastosowania skali oceniającej zachowanie przygotowana została definicja tego, co chcemy mierzyć, a także szereg wskaźników szacowanego zachowania się, na podstawie których będzie można określić w miarę dokładnie jego natężenie występujące u badanych jednostek.

Samokontrola cukrzycy jest to działanie (zespół określonych czynności), które wymaga specjalnych umiejętności medycznych i predyspozycji psychicznych, a którego celem jest zwiększenie skuteczności leczenia, wiedzy i motywacji oraz

ograniczenie ujemnych konsekwencji zbytnej zależności od cukrzycy i opieki (rodziny, personelu medycznego). Na działanie to składają się: utrzymanie diety, regularnego trybu życia wraz z kontrolą wagi fizycznego, unikanie stresów, przeprowadzenie testów na obecność glukozy we krwi i w moczu, a na ich podstawie samodzielne decydowanie o dawkach insuliny, i wreszcie – wykonywanie iniekcji.

Celem wyodrębnienia konkretnych czynności, będących wskaźnikami samokontroli, zadano grupie dzieci chorych na cukrzycę pytanie: „Na czym polega prowadzona przez siebie samokontrola?”. Z uzyskanych opisów zostały wzięte wszystkie czynności, jakie wymieniały różne dzieci, a następnie na ich podstawie sformułowano kategorie opisowe dla poszczególnych punktów skali. Przy tworzeniu tych kategorii wzięto pod uwagę jasność sformułowań, tak aby specjalistyczna terminologia była zrozumiała dla małych pacjentów. Przy konstrukcji skali starano się, aby kategorie opisowe nie sugerowały, że chodzi o dokonanie oceny zachowania w kategoriach „zły-dobry” (por. Brzeziński 1980). Opracowanie skali prowadzono pod kierunkiem prof. dr hab. L. Szewczyka.

Ostatecznie do Skali Samokontroli zakwalifikowano 10 zdań wyrażających poszczególne czynności. Zadaniem osoby badanej jest ocena na trzystopniowej skali, na ile każda czynność jest wykonywana przez nią samodzielnie. Dokonuje ona tego przez zakreślenie jednego z trzech punktów (tzn. litery R, W lub S). Każdy z nich ma przypisaną określoną wartość liczbową:

R = 0 pkt. – oznacza to brak samokontroli w zakresie danej czynności – jest ona wykonywana przez rodziców;

W = 0,5 pkt. – samodzielność częściowa, tzn. daną czynność dziecko jest w stanie wykonać przy pomocy i współdziałaniu dorosłych;

S = 1 pkt. – najwyższe nasilenie samokontroli – dziecko sprawuje kontrolę zupełnie samodzielnie.

Maksymalny możliwy do uzyskania wynik wynosi 10. Najmniejsze natężenie samokontroli to wynik 0 punktów, co jest jednoznaczne z tym, że dziecko nie prowadzi w ogóle kontroli stanu zdrowia. Przyczyną uzyskania tak skrajnie niskiego wyniku może być brak przygotowania do prowadzenia samokontroli, wyręczenie przez opiekunów lub po prostu zaniedbanie w leczeniu.

Informacje uzyskane przez zastosowanie Skali Samokontroli pozwolą na orientacyjne oszacowanie specyficznego rodzaju samokontroli, jaką jest samokontrola w cukrzycy, a następnie stworzą możliwość analiz porównawczych między nasileniem samokontroli a niektórymi cechami osobowości, jakie ujęte zostały w Kwestionariuszu CPQ R. B. Portera i R. B. Cattella.

W celu weryfikacji postawionych hipotez przebadano 60 osób – dzieci w wieku 8–13 lat. Badani stanowili dwie grupy, każda po 30 osób:

I – grupa eksperymentalna, w której znalazły się dzieci chore na cukrzycę (17 dziewcząt i 13 chłopców). Są to pacjenci poradni endokrynologicznej DSK w Lublinie, którzy zgłosili się do tejże poradni w miesiącach sierpień–listopad 1994 r. albo byli uczestnikami kolonii letnich dla dzieci diabetycznych w Polańczyku. Czas trwania choroby był zróżnicowany: od niecałego roku do 8 lat. Dzieci te były leczone dwukrotnymi iniekcjami insuliny w ciągu doby, stosowano także dietę uwzględniającą wymienniki węglowodanowe. Wszyscy prowadzili „zeszyty samokontroli”.

II – grupa kontrolna – to uczniowie lubelskich i podlubelskich szkół podstawowych, w tym 19 dziewcząt i 11 chłopców.

### WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH 14-CZYNNIKOWYM KWESTIONARIUSZEM OSOBOWOŚCIOWYM  
R. B. PORTERA I R. B. CATTELLA

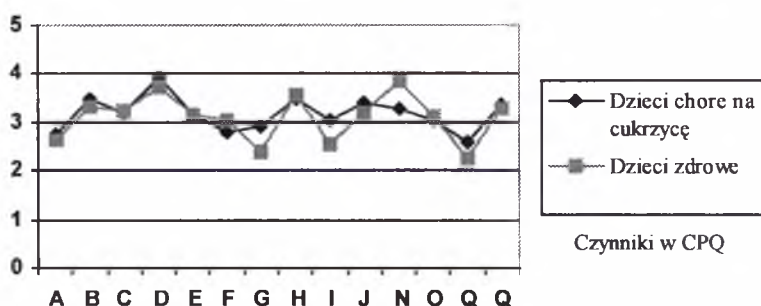
Po przeprowadzonych badaniach Kwestionariuszem Cattella otrzymano średnie wyniki w zakresie 14 czynników osobowości i wskaźnika niepokoju dla obu grup. Ilustruje to tabela 1.

Tab. 1. Porównanie profili dzieci zdrowych i chorych na cukrzycę

A comparison of profiles of healthy children and children suffering from diabetes

Grupy badanych	Czynniki														
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	N	O	Q	Q	WN
Dzieci chore na cukrzycę	2,75	3,47	3,2	3,93	3,15	2,78	2,9	3,48	3,02	3,42	3,28	3,05	2,6	3,38	32,58
Dzieci zdrowe	2,63	3,32	3,22	3,72	3,17	3,05	2,38	3,55	2,53	3,18	3,87	3,13	2,25	3,28	33,02

Na podstawie uzyskanych informacji można wykreślić uśrednione profile osobowości dla dzieci chorych i zdrowych.



Ryc. 2. Profile osobowości dla grup: dzieci zdrowe – dzieci chore  
 Personality profiles for the groups: healthy children – sick children

Rozkład wyników uzyskanych w zakresie porównywalnych cech osobowości w obydwu grupach mieści się w przedziale wyników średnich ( $M=3$ ;  $1s$ ). Dysponując średnimi wynikami poszczególnych grup w zakresie 14 czynników osobowości i wskaźnika niepokoju, zastosowano technikę *t* Studenta dla obliczenia istotności różnic między tymi średnimi (Guilford 1964). Statystycznie znaczące różnice zanotowano w czynnikach G ( $t=2,14$ ;  $p=0,036$ ) i N ( $t=-2,3$ ;  $p=0,022$ ), co wskazuje na to, iż dzieci chore charakteryzują się silniejszym charakterem, są bardziej wytrwałe, uporządkowane, sumienne i odpowiedzialne. Są też bardziej zdecydowane, mają stałe zasady i взгляд na innych ludzi. Cechuje je większa dojrzałość emocjonalna w znaczeniu kontrolowanego, nie zaś impulsywnego zachowania się. Dzieci te są w większym stopniu refleksyjne i mniej naiwne. W myśleniu są nieco dokładniejsze i bardziej realistyczne. W kontaktach interpersonalnych wykazują rezerwę. Dość dobrze znają siebie samych, a także wartość innych ludzi.

Prawdopodobnie także (nieistotne różnice w czynnikach I oraz Q) dzieci chore są bardziej wrażliwe, łagodniejsze i delikatniejsze, bardziej uprzejme i grzeczne, ale jednocześnie w większym stopniu zależne, szukające pomocy, troski i uwagi innych, a nawet hipochondryczne. Mogą też mieć skłonność do przesadzania. W porównaniu do dzieci zdrowych cechuje je nieco lepsze panowanie nad sobą i mocniejsze poczucie swego „ja”. Łatwiej i skuteczniej kontrolują się i panują nad swym zachowaniem.

Dzieci zdrowe mają jeszcze niedojrzały i słaby charakter. Są lekkomyślne, mniej wytrwałe, niecierpliwie i łatwiej rezygnują z podjętych zobowiązań, są bardziej zmienne. Nie są – w porównaniu do dzieci chorych – zbyt skore do wysiłku, są natomiast bardziej odprężone. Trudno na nie liczyć, bo zdarza im się lekceważyć zobowiązania w stosunku do ludzi, natomiast częściej domagają się czegoś dla siebie. Są też bardziej naiwne i łatwowierne, a ich myślenie jest mniej jasne i precy-

zyjne, w większym stopniu nasycone uczuciem. Mają też mniejszy wgląd w siebie. Dzieci te z reguły nie uświadamiają sobie swoich braków fizycznych, czują się dość mocne. A w porównaniu do dzieci chorych gorzej panują nad sobą i mają słabsze poczucie swego „ja”.

Na tle „cukrzycowej rzeczywistości” dziecka chorego różnice te wydają się uzasadnione. Choroba sprawia, że są one w większym stopniu zależne od innych ludzi, zdane na troskę rodziny i lekarza, ale także w chwili nagłego zaostrzenia na pomoc nawet przypadkowych osób. Wydaje się także, iż dzieci są świadome faktu swojej „inności” i mogą się obawiać, że nie przez wszystkich i nie w jednakowym stopniu zostaną zaakceptowane, co może być przyczyną ich chłodnego, bardziej racjonalnego niż uczuciowego podejścia do relacji interpersonalnych. Prawdopodobnie nie są pewne swojej pozycji w grupie, mają poczucie mniejszej sprawności fizycznej i niepełnowartościowości. Jest to przyczyną pewnej rezerwy w kontaktach.

W drugiej kolejności dokonano porównań w grupie samych chorych, co prezentuje tabela 2:

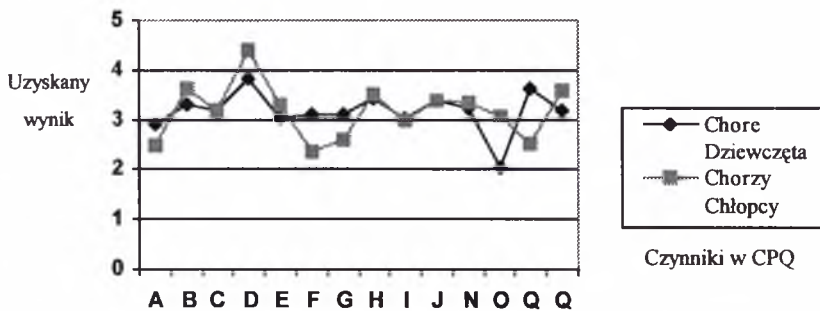
Tab. 2. Porównanie profili osobowości chorych dziewcząt i chorych chłopców  
A comparison of personality profiles in sick girls and boys

Grupy badanych	Czynniki														
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	N	O	Q	Q	WN
Chore dziewczęta	2,94	3,32	3,21	3,85	3,03	3,12	3,13	3,44	3,03	3,41	3,24	2,03	3,65	3,21	31,76
Chorzy chłopcy	2,5	3,65	3,15	4,4	3,31	2,35	2,62	3,54	3,0	3,42	3,35	3,08	2,54	3,62	33,65

Można wykreślić średnie profile osobowości dla obydwu podgrup dzieci chorych (ryc. 3).

Analizy statystyczne nie ujawniły znaczących różnic między podgrupami: dziewczęta chore–chłopcy chorzy. Obserwuje się jednak pewne różnice dotyczące czynników: F( $t=-1,82$ ;  $p=0,079$ ), A( $t=-1,27$ ;  $p=0,215$ ) i G( $t=-1,22$ ;  $p=0,232$ ).

Jak się okazało, grupa dzieci nie jest jednorodna. Co innego oznacza cukrzyca dla dziewcząt, a co innego dla chłopców. Dziewczęta lepiej sobie radzą z chorobą, gdyż cechuje je na ogół lepsze samopoczucie, są bardziej spokojne i pogodne, a także wydają się mieć nieco lepszy charakter. Częściej też wśród chorych można znaleźć dojrzałą emocjonalnie dziewczynkę niż chłopca. Wydaje się także, że są one bardziej otwarte i towarzyskie, natomiast chłopcy odnoszą się do innych z większą rezerwą i podejrzliwością. Są także bardziej skłonni do ponuractwa. Różnice te nie są jednak aż tak widoczne, jak między grupami zdrowych i chorych.



Ryc. 3. Profile osobowości dla grup: dziewczęta chore – chłopcy chorzy  
 Personality profiles for the groups: sick girls – sick boys

Ogólnie można by więc dopatrywać się lepszego przystosowania dziewcząt do sytuacji choroby, są one jakby bardziej zmobilizowane przez fakt stwierdzenia u nich cukrzycy i konieczność ciągłej kontroli. Stają się przez to dojrzsze i nie mają aż tak pesymistycznego spojrzenia na swoją sytuację, jako to się rysuje w przypadku chłopców.

#### WYNIKI BADAŃ SKALĄ SAMOKONTROLI

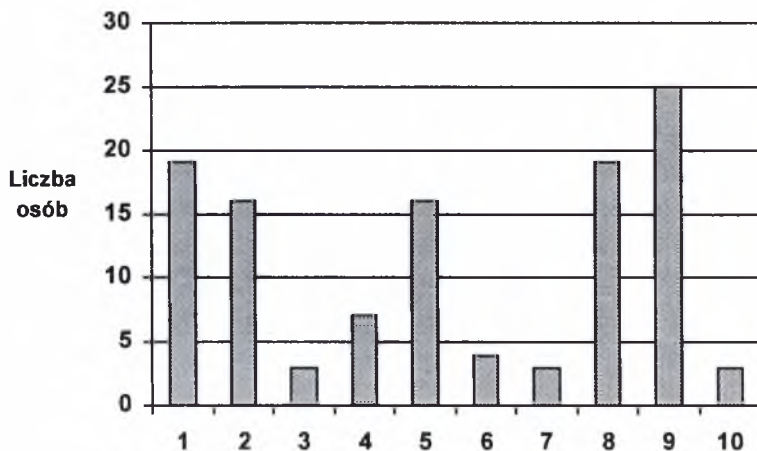
Materiał uzyskany z badania dzieci chorych na cukrzycę Skalą Samokontroli poddano statystycznym analizom, w wyniku których ustalono pewne miary odnoszące się do różnych aspektów tak rozumianej samokontroli:

- zakres zmienności wyników: 0–10 punktów;
- średni wynik dla całej grupy wynosi  $M=5,72$ ; dla dziewcząt  $M_{dz}=5,53$  pkt.; dla chłopców  $M_{ch}=5,98$  pkt.;
- modalna:  $M_o=6$  pkt.

Po zastosowaniu Skali Samokontroli okazało się, że dzieci różnią się pod względem prowadzonej przez nie samokontroli cukrzycy. Wśród nich znalazły się zarówno osoby, które uzyskały maksymalny wynik (całkowita samokontrola), jak i osoby, które nie podejmują żadnego wysiłku na rzecz tak rozumianej samokontroli. Wyniki ponadto wskazują na nieznaczną przewagę chłopców w tym zakresie.

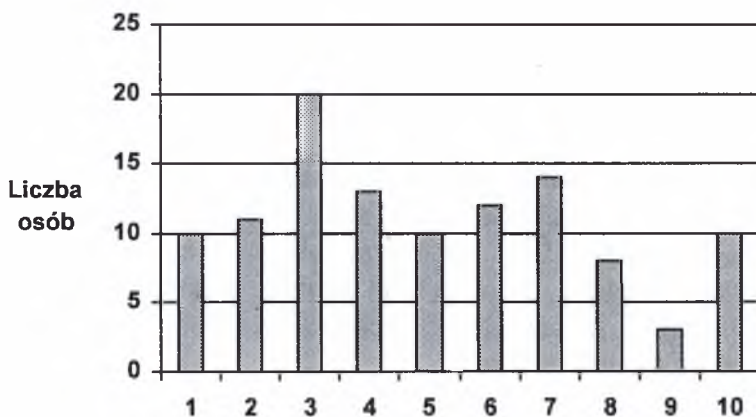


Liczebności przypadające na poszczególne punkty skali ilustrują histogramy (ryc. 4, 5).



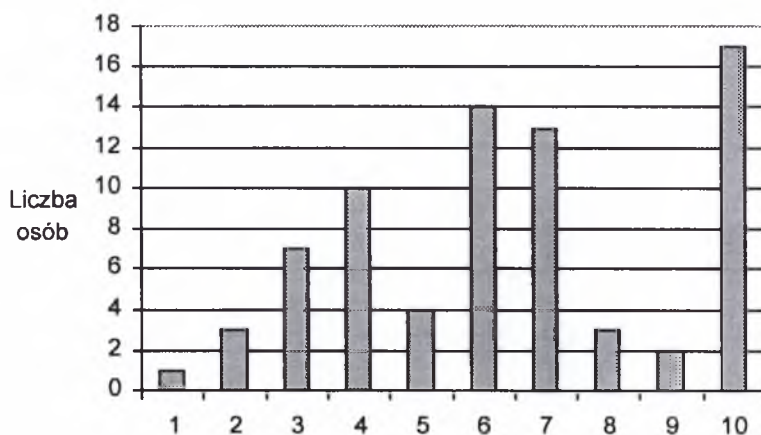
Ryc. 4. Częstość wykonywania samodzielnie różnych funkcji  
Frequency of performing different functions oneself

Z przedstawionego zestawienia wynika, iż największa liczba dzieci zupełnie samodzielnie pamięta o dozwolonej ilości wysiłku fizycznego (pozycja nr 9) i wyznaczonych godzinach posiłku (nr 8) oraz oznacza poziom cukru we krwi i w moczu (nr 1).



Ryc. 5. Częstość wykonywania różnych czynności wspólnie z rodzicami  
Frequency of performing different functions together with parents

Przy pomocy rodziców dzieci najczęściej: sprawdzają w zeszycie samokontroli wyniki testów (pozycja nr 3); wyliczają wymienniki (nr 7); wyliczają jednostki insuliny do wzięcia (nr 4); troszczą się o odpowiednią dietę (nr 6).



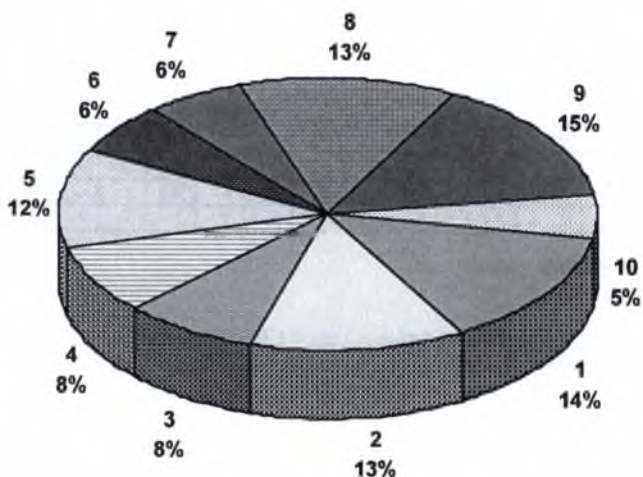
Ryc. 6. Częstość wykonywanych czynności wyłącznie przez rodziców  
Frequency of performing different functions exclusively by parents

Największy udział rodziców, czyli najmniejszą samokontrolę, zanotowano w następujących kategoriach: pamiętanie o terminach wizyt u lekarza (nr 10); troska o odpowiednią dietę (nr 6); wyliczanie wymienników (nr 7).

Zarysowało się zróżnicowanie między poszczególnymi elementami samokontroli. Są wśród nich te najłatwiejsze, które dzieci najczęściej wykonują samodzielnie, oraz takie, które przychodzą im najtrudniej, tzn. odpowiadają za nie rodzice. Są też takie czynności, które dzieci wykonują wspólnie z rodzicami – i jest to już pewien stopień samodzielności. Można je określić jako strefę najbliższego rozwoju samokontroli.

Można także dokonać bardziej syntetycznego zestawienia: za całkowitą samokontrolę w zakresie poszczególnych kategorii dzieci otrzymują 1 pkt., gdy wspierane są przez rodziców – tylko 0,5 pkt., a kiedy nie radzą sobie z czymś i czynność tę wykonują wyłącznie rodzice, otrzymują 0 pkt. Sumując punktację przypadającą na poszczególne kategorie, można obliczyć stopień samokontroli (jej natężenie). Prezentuje to diagram procentowy (ryc. 7).

Największe natężenie samokontroli odnosi się do takich czynności, jak: przestrzeganie dozwolonej ilości wysiłku fizycznego (nr 9), oznaczanie poziomu cukru we krwi i w moczu (nr 1), prowadzenie zeszytu samokontroli (nr 2), pamiętanie o wyznaczonych godzinach posiłku (nr 8), a także robienie zastrzyków z insuliny (nr 5).



Ryc. 7. Stopień samokontroli dotyczący poszczególnych kategorii czynności (cyfry oznaczają numer pozycji na Skali Samokontroli)

Degree of self-control concerning particular groups of activities (number stands for the number of position on the Scale of Self-Control)

#### PORÓWNANIE OSOBOWOŚCI DZIECI Z WYSOKIMI I NISKIMI WYNIKAMI W ZAKRESIE SAMOKONTROLI

Kolejnym problemem wymagającym przeanalizowania jest to, czy w strukturze osobowości dzieci o wysokich wynikach w zakresie samokontroli są cechy wyróżniające się na tle innych oraz jak różnią się ich profile od osób, które uzyskały wyniki najniższe. Zestawiono w tym celu konkretne wyniki czworga dzieci z najwyższym i trojga z najniższym wskaźnikiem samokontroli (tabela 3 i 4), a następnie dokonano porównań na średnich obu tych grup (tabela 5).

Tab. 3. Wyniki Testu CPQ dla dzieci z wysokim wskaźnikiem samokontroli (WS)  
Results of CPQ dla dzieci z wysokim wskaźnikiem samokontroli (WS)

Lp.	Wiek	Plec	WS	Czynniki															
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	N	O	Q	Q	WN	
1	12	M	10	3	4	5	4,5	5	4	2	5	3	3	4	3	3	3	27	
2	12	K	8,5	4	3	4	2,5	2,5	4	2,5	3	3	2	3	2,5	2,5	1	24	
3	11	K	8	2	3,5	2,5	4	2,5	1,5	2,5	3,5	3,5	3	1	4	4	3	32	
4	9	M	8	4	4	5	3	3	1	4	3,5	5	3	2	2,5	4	2	22,5	

Objasnienia: M – mężczyzna, K – kobieta

Tab. 4. Wyniki Testu CPQ dla dzieci z niskim wskaźnikiem samokontroli  
Results of CPQ for the children with a low index of self-control

Lp.	Wiek	Płec	WS	Czynniki														
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	N	O	Q	Q	WN
1	11	M	0	1	5	2,5	5	3	4	1,5	3	1	3	5	4	1,5	4	41,5
2	8	K	2	2	4	2,5	4,5	2,5	2	4	3	4	4,5	2	4,5	2	3	33,5
3	9	K	3	3	2	2,5	4,5	4	3,5	1,5	3	2	3	3	2	4	5	33,5

Objasnienia: M – mężczyzna, K – kobieta

Tab. 5. Średnie wyniki w Teście CPQ dla dzieci z najwyższym i najniższym wskaźnikiem samokontroli  
Mean results in CPQ for the children with the highest and the lowest indexes of self-control

	Wiek	WS	Czynniki														
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	N	O	Q	Q	WN
Dzieci z wysokim WS	11	8,63	3,25	3,63	4,13	3,5	3,25	2,63	2,75	3,75	3,38	2,75	2,5	2,75	3,38	2,25	26,38
Dzieci z niskim WS	9,3	1,67	2	3,67	2,5	4,66	3,17	3,17	2,34	3	2,34	3,5	3,34	3,5	2,5	4	36,17
Różnica między średnimi			1,25	-0,04	1,63	-1,16	0,08	-0,54	0,41	0,75	1,04	-0,75	-0,84	-0,75	0,88	-1,75	-9,79

Analiza wyników dzieci z najwyższym i najniższym wskaźnikiem samokontroli pozwala na wskazanie tych cech osobowości, które prawdopodobnie wiążą się z lepszą samokontrolą. Są to: niskie napięcie nerwowe (czynnik Q<sup>4</sup>); niższy wskaźnik niepokoju WN; zrównoważenie; dojrzałość emocjonalna, nienarażanie się na niebezpieczeństwo i trudności, bardziej realistyczny stosunek do życia (C<sup>+</sup>). W porównaniu do osób z niską samokontrolą są to dzieci bardziej zwrócone ku ludziom, łatwiej przystosowujące się i mniej przejmujące się, bardziej radosne i żywe (A<sup>+</sup>). Ponadto są to dzieci o spokojniejszym temperamencie, rozważniejsze i bardziej samodzielne, w mniejszym stopniu domagające się uwagi (D).

Trudno jest jednak rozgraniczać w tym momencie, czy to niektóre cechy wpływają pozytywnie na prowadzenie samokontroli, czy też jest wręcz odwrotnie – tzn. swoisty trening w nieustannym kontrolowaniu się sprawia, iż dzieci te stają się dojrzsze, spokojniejsze, w większym stopniu samowystarczalne, a jednocześnie lepiej przystosowane i bardziej otwarte na kontakty. W tej drugiej sytuacji mogłoby się okazać, że samokontrola ma pozytywny wpływ nie tylko na stan zdrowia, ale również na kształtowanie się osobowości i niwelowanie niektórych ujemnych skutków cukrzycy dla psychiki, takich jak: pobudliwość, lęk i niepokój, przygnębienie, chwiejność emocjonalna, nadmierna zależność od innych, izolacja społeczna, za-

mknięcie się na kontakty, a być może także i inne. Wszystko to jednak pozostaje na poziomie hipotez wymagających dalszych potwierdzeń badawczych.

Samokontrola jest więc zjawiskiem złożonym, uzależnionym od rozmaitych okoliczności. Badania wykazały, że im starsze dziecko, tym większe szanse (umysłowe i psychiczne) na lepsze jej prowadzenie. Wyniki jednak nie potwierdzają szczególnego wpływu jakiejś konkretnej cechy osobowości na jakość tej kontroli. Zależy ona prawdopodobnie nie tyle od poszczególnych cech, ile od jakiejś ich wypadkowej lub specyficznej konstelacji w strukturze osobowości, a także od szeroko rozumianych oddziaływań wychowawczych (rodziców, lekarzy, całego personelu medycznego) oraz od własnej aktywności dziecka w tym kierunku. Zjawisko to jest więc uwarunkowane wieloprzyczynowo, a u jego podstaw leży rozbudowana sieć interakcji rozmaitych wpływów – zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych.

#### WNIOSKI

W rezultacie statystycznych i jakościowych analiz materiału uzyskanego z badań można sformułować pewne bardziej ogólne wnioski i jednocześnie hipotezy dla dalszych poszukiwań:

1. Dzieci chore różnią się w istotny sposób od zdrowych w zakresie niektórych cech osobowości. W porównaniu do zdrowych rówieśników cechują się silniejszym charakterem, są bardziej odpowiedzialne, dojrzałe emocjonalnie, w większym stopniu realistyczne i refleksyjne niż naiwne, znają dobrze siebie, a w kontaktach – pełne rezerwy (czynniki cattellowskie G i N). Z mniejszym prawdopodobieństwem spodziewać się także można, że dzieci chore na cukrzycę będą bardziej zależne, wrażliwe i delikatne w porównaniu do dzieci zdrowych, ale będą je przewyższać większą kontrolą nad sobą (czynniki I i Q<sub>3</sub>).

2. Badane dziewczęta potrafią lepiej przystosować się do choroby niż chłopcy. Wydają się bowiem charakteryzować nieco lepszym samopoczuciem (F), są bardziej dojrzałe (G) i otwarte (A).

3. Na samokontrolę w cukrzycy składa się szereg czynności, których dostępność dla dzieci ze względu na ich możliwości poznawcze i cechy osobowości nie jest jednakowa. Są zadania łatwiejsze, które wykonuje samodzielnie większość dzieci, i trudniejsze do zrobienia dla pewnej grupy pacjentów.

4. Wydaje się, że dobra samokontrola w cukrzycy wiąże się z następującymi cechami osobowości: niskie napięcie nerwowe (Q<sub>4</sub>) i niski niepokój (WN), zrównoważenie i dojrzałość emocjonalna (C), większa otwartość (A), spokojniejszy temperament i większa samowystarczalność (D).

5. Poza określoną konstelacją cech osobowości samokontrola jest uwarunkowana wiekiem osób badanych. Im starsze dziecko, tym większa gotowość umysłowa i psychiczna do przyswojenia sobie niezbędnej wiedzy i umiejętności w celu podjęcia samokontroli swego zdrowia.

6. Samokontrola wydaje się zjawiskiem złożonym i mającym szereg rozmaitych uwarunkowań zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych w postaci oddziaływań środowiskowo-wychowawczych.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bartoszyńska A., Kasperska T., Kaszubska M., Kochanowska K., *Osobowość i zaburzenia psychiczne u chorych na cukrzycę* [w:] „Psychiatria Polska”, 1968 t. II, nr 2.
- Bogdanowicz M. (1991), *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, WSIP, Warszawa.
- Brzeziński J., *Elementy metodologii badań psychologicznych*, PWN, Warszawa.
- Chłopkiewicz M., *Osobowość dzieci i młodzieży. Rozwój i patologia*, WSIP, Warszawa 1987.
- Czyżyk A., *Patofizjologia i klinika cukrzycy*, PZWL, Warszawa 1987.
- Dębiec B., Kwiatkowska M., Margolis A., *Odrębność psychiki dziecka chorego na cukrzycę*, „Pediatria Polska” 1962, t. XXXVII, 12.
- Eysenck H. *Opis i pomiar osobowości*, „Psychologia Wychowawcza” 1960, nr 3–4.
- Furman E., *Jak wspierać dziecko w rozwoju*, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1994.
- Golczyk-Wojnar A., *Zaburzenia psychiczne w niektórych przewlekłych chorobach somatycznych i endokrynopatiach*, [w:] A. Popielarska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego*, PZWL, Warszawa 1989.
- Grabowska M.J., *Psychoterapia w kompleksowym leczeniu chorych na cukrzycę*, Szczecin 1971.
- Grott J.W., Lisecka-Adamska U., Świeżawska E., *Szkolenie jako podstawowy czynnik w leczeniu i rehabilitacji chorych na cukrzycę*, „Wiadomości Lekarskie” 1965, t. XVIII, nr 13.
- Guilford J.P., *Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice*, PWN, Warszawa 1964.
- Hurlock E., *Rozwój dziecka*. t. A i B, PWN, Warszawa 1985.
- Ilg, Bates Ames, Baker, *Rozwój psychiczny dziecka*, Gdańsk 1994.
- Jarosz M. (red.), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1983.
- Kennedy W.B., *Psychologic problems of the diabetic*, „Diabetes”, 4.
- Kofta M., *Samokontrola a emocje*, PWN, Warszawa 1979.
- Kondas O., *Psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 1984.
- Kostrzewski J., *Podręcznik do Kwestionariuszy Osobowościowych dla dzieci 8 do 12 lat R.B. Portera i R. B. Cattella*, (na prawach rękopisu), Pracownia Psychometryczna KUL, Lublin 1965.
- Ludwiczak H., Symonides-Lawecka A., *Cukrzyca u dzieci i jej leczenie*, PZWL, Warszawa 1981.
- Margolis A., *Niektóre zagadnienia opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę*, „Pediatria Polska”, 1956, nr 4/57.
- Margolis A., *Opieka nad dzieckiem chorym na cukrzycę w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 1967, nr 1.
- McConnell T.R., *Ogólny charakter rozwoju* [w:] Ch.E. Skinner (red.), *Psychologia wychowawcza*, PWN, Warszawa 1971.

- Miller-Johnson S., Emery R.E., Marvin R.S., Clarke W., Lovinger R., Martin M., *Parent-child relationship and the management of insulin-dependent diabetes mellitus*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 1994, vol. 62, nr 3.
- Niewiedziół B., *Choroby układu wewnątrzwydzielniczego*, [w:] A. Papierkowski (red.), *Choroby wieku rozwojowego*, PZWL, Warszawa 1994.
- Nowakowska M.T., *Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu* [w:] M. Jarosz (red.), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1983.
- Nuttin J., *Struktura osobowości*, PWN, Warszawa 1968.
- Phares E.J., *Locus of Control in Personality*, Kansas State University. General Learning Press, Silver Burdett Comp., Morristown, New Jersey 1968.
- Pogorzelski W., Zaborowski A., *Zaburzenia psychiczne w niektórych chorobach somatycznych*, [w:] M. Jarosz (red.): *Podstawy psychiatrii*. PZWL. Warszawa 1987.
- Porzak R., *Wychowanie jako proces tworzenia dziecka warunków do rozwoju* [w:] Z. B. Gaś (red.) *Wspomaganie rozwoju dziecka*. Pracownia Wydawnictwa fundacji „Masz szansę”, Lublin 1994.
- Porębska M., *Osobowość i jej kształtowanie w dzieciństwie i młodości*, WSiP. Warszawa 1982.
- Przetacznikowa M., Makiełło-Jarża G., *Psychologia rozwojowa*. WSiP. Warszawa 1977.
- Starr P.M., *Psychosomatic consideration of diabetes in childhood*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 1955, 121: 6.
- Swift C.R., Seidman F., Stein H., *Adjustments problems in juvenile diabetes*, „Psychosomatic Medicine” 1967, 29, s. 555-571.
- Szewczyk L., *Psychosomatyczne aspekty cukrzycy okresu rozwojowego* [w:] *Psychosomatyczne aspekty terapii i profilaktyki*, Wybór materiałów I i II Sympozjum Sekcji Medycyny Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Biblioteka Lekarza Praktyka. Warszawa 1987.
- Szewczyk L., Bożek L., Sygnowski J., *Symptomatologia zaburzeń emocjonalnych u młodocianych z cukrzycą insulinozależną* [w:] *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży*, [w:] A. Papierkowski (red.), *Choroby wieku rozwojowego*, PZWL, Warszawa 1994.
- Socha J., *Wpływ cukrzycy na wyniki w nauce* [w:] „Pediatria Polska”, XLIV, nr 12.
- Tatoń J., *Diabetologia kliniczna*, PZWL, Warszawa 1986.
- Włodarski Z., Matczak A. (red.), *Wprowadzenie do psychologii*, WSiP, Warszawa 1987.
- Wybieralski A., *O pełnię życia dla chorych na cukrzycę*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1971, XXVI, nr 48.
- Żebrowska M. (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1976.

## SKALA SAMOKONTROLI

Imię i nazwisko .....

Data badania .....Wiek ..... Klasa .....

Miejsce zamieszkania .....

Wiek zachorowania na cukrzycę .....

Przeczytaj uważnie wymienione poniżej czynności i przy każdej z nich zaznacz przez otoczenie kółkiem, kto ją wykonuje.

Zaznaczone litery            R – oznacza, że rodzice  
    S – robię to samodzielnie  
    W – wykonujemy to wspólnie (tzn. ja z pomocą rodziców)

Postaraj się nie opuścić żadnej odpowiedzi.

1. Oznaczanie poziomu cukru we krwi i moczu	R	W	S
2. Prowadzenie zeszytu samokontroli	R	W	S
3. Sprawdzanie w zeszycie samokontroli wyników testów	R	W	S
4. Wyliczanie jednostek insuliny do wzięcia	R	W	S
5. Robienie zastrzyków insuliny	R	W	S
6. Troska o odpowiednią dietę	R	W	S
7. Wyliczanie wymienników	R	W	S
8. Pamiętanie o wyznaczonych godzinach posiłków	R	W	S
9. Przestrzeganie dozwolonej ilości wysiłku fizycznego	R	W	S
10. Pamiętanie o wyznaczonych terminach wizyt u lekarza	R	W	S



### SUMMARY

The purpose of the present paper was to analyse the personality structure of insulin-dependent diabetic children as compared to their healthy peers and to search for the relations between the features and quality of self-control (self-observation, diabetic tests, insulin therapy, diabetic diet and proper effort). The studies concerned 30 diabetic children, aged 8–13 (the length of the illness from 1 to 8 years) and their healthy peers. A Personality Questionnaire by Porter and Cattell (CPQ) and a Scale of Self-Control concerning the requirements of diabetic therapy were used.

The results point out that the diseased children are significantly different as for stronger character (G) and greater reserve in contacts (N). A difference is observed between the children with high and low indexes of self-control. Children with high self-control are characterised by greater openness (A), emotional maturity (C), lower excitability (D) and low nervous tension (Q).

