

Choroba przewlekła a zachowania przystosowawcze dzieci w młodszym wieku szkolnym

Marzena Kowaluk-Romanek

Zakład Pedeutologii i Edukacji Zdrowotnej, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Kowaluk-Romanek M. Choroba przewlekła a zachowania przystosowawcze dzieci w młodszym wieku szkolnym. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(4): 348-353.

Streszczenie

Wstęp. Dziecko przewlekle chore zmagają się na co dzień z wieloma problemami. Oprócz typowych dolegliwości somatycznych, związanych z daną jednostką chorobową, zmuszone jest pokonywać trudności natury emocjonalnej i społecznej. Długotrwałe zmaganie się z chorobą wywiera wpływ na psychospołeczne funkcjonowanie jednostki, co potwierdzają badania zamieszczone w literaturze przedmiotu. Wątpliwości, jakie się pojawiają, dotyczą zakresu tego zjawiska oraz charakteru nieprawidłowości w zakresie poszczególnych wymiarów przystosowania.

Cel pracy. Celem zaprezentowanych w artykule badań było określenie poziomu zachowań przystosowawczych dzieci z chorobą przewlekłą.

Materiał i metody. Do oceny przejawów i poziomu społecznego przystosowania dzieci wykorzystano dwa narzędzia: Arkusz Zachowania się Ucznia B. Markowskiej oraz Kwestionariusz CBI E. Schaefera i M. Aaronsona. W badaniach wzięło udział 60 uczniów z klas I–III ze szkół podstawowych województwa lubelskiego. Grupę podstawową stanowili uczniowie przewlekle chorzy, zaś porównawczą ich zdrowi rówieśnicy.

Wyniki. Zaprezentowane wyniki badań wskazują, że u dzieci z chorobą przewlekłą występują nasilone negatywne zachowania przystosowawcze. Możemy u nich zaobserwować wyższy poziom zachowań antyspołecznych i przyhamowania. Cechuje ich wzrost nadrucliwości, roztargnienia, odsuwania się społecznego. Mają problemy w zakresie ekspresji słownej i życzliwości. Charakteryzują się niższym poziomem pozytywnego nastawienia do pracy i pozytywnego zachowania się niż ich zdrowi rówieśnicy.

Wnioski. Choroba przewlekła może się przyczyniać do występowania u dzieci negatywnych zachowań przystosowawczych, uniemożliwiających osiągnięcie dobrostanu psychicznego. Zachowania te wynikają na ogół z niemożliwości wykazania się sukcesami w zabawie, nauce czy w innych sferach społecznego funkcjonowania. Często wiążą się z niezrozumieniem, brakiem akceptacji społecznej i wsparcia ze strony rodziny i szkoły.

Słowa kluczowe

choroba przewlekła, dzieci, przystosowanie społeczne, zaburzenia zachowania, zaburzenia przystosowania

WPROWADZENIE

Chorobę przewlekłą można zdefiniować jako długotrwałe zaburzenie zdrowia, trwające trzy miesiące lub dłużej, które w następstwie występujących objawów, konieczności leczenia, ograniczeń w aktywności w szkole i poza szkołą narusza prawidłowy rozwój psychoruchowy dziecka [1, 2, 3].

W Polsce odsetek dzieci i młodzieży z chorobami przewlekłymi w wieku szkolnym waha się od 20% do 30%. Oznacza to, że w przeciętnej klasie jest kilku uczniów z różnymi, długotrwałymi problemami zdrowotnymi [4]. Wyniki ogólnopolskich badań przeprowadzonych w 2009 roku pokazują, że 28% ogółu badanych dzieci choruje obecnie przewlekle na co najmniej jedną chorobę. Najczęściej chorują dzieci w wieku 5–9 lat (31%) oraz dzieci 10–14-letnie (ponad 30%). Chłopcy chorują częściej niż dziewczynki i jest to widoczne w każdej grupie wiekowej [5].

Długotrwała choroba jest stresorem obciążającym organizm i psychikę, który stawia przed dzieckiem nowe wy-

magania i ograniczenia. Jako szczególny rodzaj sytuacji trudnej stanowi ona czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania [6, 7, 8]. Ryzyko nieprawidłowości w funkcjonowaniu psychospołecznym dzieci i młodzieży przewlekle chorych jest 2–4 razy większe niż u ich zdrowych rówieśników [4]. Wpływ choroby na ogólny rozwój jest tym większy, im młodsze jest dziecko w momencie zaatakowania choroby [3, 9].

Badania HBSC (Health Behaviour In School-aged Children) wykonane w Polsce w 2006 roku dowodzą, że uczniowie z chorobami przewlekłymi znacznie gorzej oceniają swoje zadowolenie z życia i samopoczucie niż ich zdrowi rówieśnicy. Mają wyraźne lub bardzo duże trudności z emocjami, koncentracją i zachowaniem społecznym [10].

Obecnie odchodzi się od biologicznego determinizmu wiążącego cechy osobowości dziecka z rodzajem i stopniem zaawansowania choroby. Dzieci o mniejszych ograniczeniach mogą ujawniać więcej problemów emocjonalnych niż te, które są dotknięte ciężką postacią choroby [11].

Osobowość dzieci cierpiących na różne przewlekłe dolegliwości, często charakteryzuje się cechami zwiększającymi ryzyko zachorowania, modyfikującymi przebieg choroby i utrudniającymi proces leczenia. Te cechy to przede wszystkim la-

Adres do korespondencji: Marzena Kowaluk, Zakład Pedeutologii i Edukacji Zdrowotnej, Instytut Pedagogiki UMCS, ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin
E-mail: marzenakowaluk@wp.pl

Nadesłano: 24 lutego 2012; zaakceptowano do druku: 22 listopada 2012



bilność emocjonalna, lęklivość, obniżona zdolność kontroli emocji, obawa przed nieznanymi osobami i nowymi sytuacjami, intrapunitivna orientacja w sytuacjach trudnych [12].

Choroba przewlekła często zaburza realizację zadań rozwojowych typowych dla danego okresu. Jest źródłem wielu przykrych uczuć, takich jak: lęk, złość, smutek, bezsilność, przerażenie, rozpacz, tęsknota, wstyd. Tym samym może wywoływać poczucie osamotnienia, winy, niezrozumienia i inności, przygnębienie i utratę nadziei, wpływać na obniżenie poczucia własnej wartości, zaburzać kształtowanie się tożsamości, w końcu utrudniać relacje z rówieśnikami [13].

Dziecko przewlekłe chore zmuszone jest uczestniczyć w wielu niekorzystnych sytuacjach. Są to sytuacje wynikające z ograniczenia jego samodzielności, uzależnienia od innych osób, izolacji od środowiska społecznego i przyrodniczego. Choroba, jak i proces leczenia utrudniają dziecku wypełnianie roli ucznia i członka grupy rówieśniczej, ograniczają czas przeznaczony na naukę. Często stanowią przyczynę okresowego wyłączenia z zajęć szkolnych. Zdarza się, że w długich okresach pogorszenia się stanu zdrowia i intensywnego leczenia, dziecko nie ma kontaktu z koleżankami i kolegami z klasy i nie uczestniczy w naturalnych sytuacjach społecznych [14]. Każda sytuacja trudna wymaga adaptacji i działania. U dzieci przewlekłe chorych możemy zaobserwować całą gamę zachowań przystosowawczych.

Frustracja psychicznych i społecznych potrzeb często prowadzi do zaburzeń przystosowawczych (*adjustment disorder*), czyli dezadaptacyjnych reakcji na sytuacje stresowe, występujących po pojawieniu się stresora, objawiających się zarówno w płaszczyźnie indywidualnej, jak i społecznej. Zaburzenia te mogą mieć charakter trwały lub przemijający – kiedy to jednostka znajduje jakiś nowy sposób przystosowania się do zaistniałej sytuacji [15].

CEL PRACY

Celem zaprezentowanych w artykule badań jest określenie poziomu zachowań przystosowawczych dzieci z chorobą przewlekłą. Sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Czy istnieje, a jeżeli tak, to jaka jest różnica w poziomie motywacji do nauki szkolnej, zachowań antyspołecznych, przyhamowania i uspołecznienia między dziećmi przewlekłymi chorymi a ich zdrowymi rówieśnikami?
2. Czy istnieje, a jeżeli tak, to jaka jest różnica w poziomie zachowań przystosowawczych oraz poszczególnych wymiarów przystosowania, mierzonych *Kwestionariuszem CBI*, między dziećmi z długotrwałymi zaburzeniami zdrowia a ich zdrowymi rówieśnikami?

W oparciu o dostępne doniesienia empiryczne zasadne jest przyjęcie założenia, że długotrwała choroba wywiera wpływ na psychospołeczne funkcjonowanie jednostki [7, 8, 16]. Dziecko z przewlekłymi problemami zdrowotnymi napotyka w przebiegu choroby na wszystkie rodzaje sytuacji trudnych wymagające adaptacji (deprywacja, przeciążenia, utrudnienia, zagrożenia, sytuacje konfliktowe). Konsekwencją tego są pozytywne i negatywne zachowania przystosowawcze. Wątpliwości, jakie pojawiają się w literaturze przedmiotu, dotyczą relacji między chorobą przewlekłą a rodzajem i poziomem poszczególnych zachowań przystosowawczych. Większość badań w tym zakresie dotyczy młodzieży [4, 10, 17, 18]. Mało jest analiz empirycznych poświęconych dzieciom w młodszyim wieku szkolnym.

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego. Do oceny przejawów i poziomu zachowań przystosowawczych wykorzystano dwa narzędzia: *Arkusze Zachowania się Ucznia* B. Markowskiej oraz *Kwestionariusz Childrens Behavior Inventory* (CBI) E. Schaefera i M. Aaronsa.

Arkusze Zachowania się Ucznia (AZU) stanowi wystandaryzowaną i znormalizowaną skalę ocen o strukturze czynnikowej, pozwalającą na ocenę pięćdziesięciu cech jawnego zachowania się dziecka. Cechy te układają się w cztery aspekty (motywacja do nauki szkolnej, zachowanie się antyspołeczne, przyhamowanie i uspołecznienie), które dają się zdefiniować w kategoriach przystosowania społecznego.

Kolejne narzędzie badawcze – *Kwestionariusz CBI* umożliwia ocenę zachowań dziecka w dwunastu skalach: *ekspresja słowna, nadruclliwość, życzliwość wobec rówieśników, odsuwanie się społeczne, wytrwałość w pracy, nerwowość, towarzyskość, roztargnienie, taktowne postępowanie, nieśmiałość, koncentracja uwagi* oraz *zawziętość*. Skale układają się w trzy wymiary przystosowania (ekstrawersja – introwersja, pozytywne – negatywne zachowanie się, pozytywne – negatywne nastawienie do działań). Uzyskiwanie przez osoby badane wysokich, dodatnich wyników w każdym wymiarze świadczy o ich dobrym przystosowaniu do środowiska. Natomiast otrzymywanie wysokich wyników ujemnych potwierdza występowanie zaburzeń przystosowawczych.

Zastosowane w badaniach narzędzia cechuje wysoki współczynnik rzetelności wewnętrznej alfa Cronbacha. Zdecydowanie wyższy od wartości rzetelności testu (0,75) wystarczającej do celów diagnostycznych.

W badaniach wzięło udział 60 uczniów z klas I – III ze szkół podstawowych województwa lubelskiego. Grupę podstawową stanowili uczniowie przewlekłe chore, zaś porównawczą ich zdrowi rówieśnicy. W grupie podstawowej znalazły się dzieci ze schorzeniami dróg oddechowych (36,7%), z chorobami serca (30%), z cukrzycą (23,3%) oraz z epilepsją (10%). Między badanymi grupami nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w sytuacji materialno-bytowej oraz w poziomie wykształcenia rodziców.

Do analizy wyników AZU i CBI w poszczególnych skalach zastosowano test „t” Studenta dla prób niezależnych.

WYNIKI

Badania przeprowadzone za pomocą AZU dowiodły, iż dzieci przewlekłe chore cechuje wyższy poziom zachowań antyspołecznych niż ich zdrowych rówieśników ($p=0,02$). U badanych z grupy podstawowej stwierdzono obniżoną kontrolę własnych zachowań oraz zachowania agresywne wobec innych osób. W Tabeli 1 zamieszczono analizę wyników uzyskanych przez obie grupy w zakresie skal AZU.

Obok wyższego poziomu zachowań antyspołecznych u dzieci przewlekłe chorych stwierdzono przyhamowaną (bierną) postawę wobec innych osób ($p=0,02$). Wskaźnikami tej postawy są: płacliwość, przygnębienie, unikanie wszelkiego rodzaju trudności, zależność od innych osób, tendencje do reakcji lękowych spowodowane brakiem pewności siebie i niską odpornością na stres oraz obniżone samopoczucie związane z dolegliwościami somatycznymi.

Tabela 1. Poziom zachowań przystosowawczych badanych dzieci mierzone za pomocą AZU

Skala	Grupa podstawowa			Grupa porównawcza			Test „t” Studenta	p
	N	X	S	N	X	S		
Motywacja do nauki szkolnej	30	41,03	9,81	30	43,46	10,21	-0,94	n.i.
Zachowania antyspołeczne	30	33,26	10,78	30	27,50	8,43	2,30	0,02
Przyhamowanie	30	34,20	8,01	30	29,97	6,13	2,29	0,02
Uspolecznienie	30	41,23	6,78	30	42,63	6,58	-0,81	n.i.

Choroba przewlekła jest przyczyną, występujących u badanych, tendencji do wycofywania się. Lęk – często nieuzasadniony – powoduje brak wiary w siebie, co pociąga za sobą wycofywanie się z podejmowania jakichkolwiek działań.

Nasilenie zachowań antyspołecznych i przyhamowanych u dzieci przewlekle chorych z pewnością związane jest z ich specyficzną sytuacją psychospołeczną. Zachowania te mogą wynikać z utrwalania się przykrych doświadczeń związanych z chorobą i procesem leczenia. Są odpowiedzią na stałe i dominujące u tych dzieci poczucie bezradności. U chorych dzieci występują tendencje do pojawiania się fizycznych symptomów emocjonalnych obciążeń lub strachu w sytuacjach trudnych.

W dwóch pozostałych skalach AZU – „motywacja do nauki szkolnej” i „uspolecznienie” nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami. Oznacza to, że dzieci przewlekle chore charakteryzują się zbliżonym do dzieci zdrowych poziomem koncentracji i pilności przy wykonywaniu zadań szkolnych. Podobnie jak ich rówieśnicy przejawiają szereg zachowań prospołecznych, takich jak: uczynność, tolerancja, wrażliwość, opiekuńczość, poczucie się do winy czy poświęcanie się dla innych.

By bliżej przyjrzeć się zachowaniom przystosowawczym dzieci przewlekle chorych, w badaniach wykorzystano *Kwestionariusz CBI*. Uzyskane przez obie grupy wyniki wskazują, że w pięciu skalach danego narzędzia zaobserwowano różnice istotne statystycznie. Wyniki te zestawiono w Tabeli 2.

Dzieci przewlekle chore cechuje wzrost nadruchości ($p=0,02$), roztargnienia ($p=0,01$) i odsuwania się społecznego ($p=0,03$). Mają one problemy w zakresie ekspresji słownej

Tabela 2. Zachowania przystosowawcze w zakresie dwunastu skal *Kwestionariusza CBI*

Skala	Grupa podstawowa			Grupa porównawcza			Test „t” Studenta	p
	N	X	S	N	X	S		
Ekspresja słowna	30	13,63	2,84	30	15,03	1,45	-2,26	0,02
Nadruchliwość	30	7,66	2,69	30	6,30	1,82	2,30	0,02
Życzliwość	30	13,86	3,23	30	15,63	2,01	-2,54	0,01
Wytrwałość	30	14,86	2,40	30	15,63	2,05	-1,32	n.i.
Odsuwanie się społeczne	30	7,26	2,42	30	6,10	1,58	2,21	0,03
Nerwowość	30	5,93	1,38	30	5,86	1,07	0,20	n.i.
Towarzystwo	30	11,85	3,82	30	12,35	3,48	-0,71	n.i.
Roztargnienie	30	7,50	2,82	30	6,03	1,37	2,55	0,01
Taktowne postępowanie	30	12,87	4,61	30	13,43	4,01	-0,69	n.i.
Nieśmiałość	30	5,83	1,01	30	5,46	0,77	1,56	n.i.
Koncentracja uwagi	30	14,26	2,55	30	15,43	2,11	-1,92	n.i.
Zawziętość	30	7,23	2,37	30	6,40	2,14	1,42	n.i.

($p=0,02$) i życzliwości ($p=0,01$). W pozostałych skalach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami.

Zaburzenia samopoczucia fizycznego wywierają duży wpływ na psychikę chorego dziecka. Konsekwencją tego są stany frustracji prowadzące do mniejszej wydolności wysiłkowej, a niekiedy umysłowej. W wyniku większej podatności na zmęczenie, naruszonej równowagi procesów nerwowych i funkcji percepcyjno-motorycznych pojawia się roztargnienie i nadruchość. Wysoki poziom nadruchości można powiązać z niską kontrolą reakcji i zachowań (zob. wyniki uzyskane w skali „zachowania antyspołeczne”).

Odsuwanie się i unikanie kontaktu z innymi osobami wydaje się być rezultatem poczucia odmienności, porównywania siebie i swoich możliwości ze zdrowymi rówieśnikami.

Chore dziecko narażone jest na absencję w szkole z powodu nowych rzutów chorobowych i ze względu na potrzeby procesu leczenia. Trudno w takiej sytuacji nawiązywać koleżeńskie relacje i aktywnie uczestniczyć w życiu grupy.

Odizolowanie i zamknięcie się w sobie przeszkadza w ekspresyjnym wyrażaniu własnych uczuć i potrzeb. Strach przed brakiem akceptacji ze strony rówieśników, obrona przed śmiesznością, odrzuceniem, stają się przyczyną mniejszej życzliwości.

Oprócz zachowań przystosowawczych w poszczególnych skalach *Kwestionariusza CBI*, porównano trzy podstawowe wymiary, pozwalające określić przystosowanie dzieci do warunków grupy i placówki szkolnej (Tab. 3).

Tabela 3. Przystosowanie w poszczególnych wymiarach *Kwestionariusza CBI*

Skala	Grupa podstawowa			Grupa porównawcza			Test „t” Studenta	p
	N	X	S	N	X	S		
ekstrawersja – introwersja	30	14,20	6,44	30	16,73	5,43	-1,64	n.i.
pozytywne – negatywne zachowanie się	30	14,50	5,36	30	17,46	5,01	-2,21	0,03
pozytywne – negatywne nastawienie	30	13,06	5,66	30	5,84	9,13	-2,62	0,01

Porównanie wyników badań między grupami wskazuje, iż wartości testu „t” Studenta są istotne statystycznie w dwóch wymiarach przystosowania. Dzieci z problemami zdrowotnymi charakteryzują się niższym poziomem pozytywnego nastawienia do działań ($p=0,01$) i nasileniem negatywnych zachowań ($p=0,03$).

Na wymiar pozytywny – negatywny nastawienie do działań składają się cztery skale: *wytrwałość, koncentracja, nadruchość i roztargnienie*. Niższy poziom pozytywnego nastawienia do działań u dzieci przewlekle chorych wynika z występujących u nich problemów z dyscypliną pracy, spowodowanych nadruchością ($p=0,02$) i roztargnieniem ($p=0,01$). Warto zwrócić uwagę, że w pozostałych skalach tego wymiaru (*koncentracja i wytrwałość*) nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w poziomie natężenia badanych zmiennych. Brak różnic istotnych statystycznie między badanymi grupami w skali AZU – *motywacja do nauki szkolnej* (zob. tabela 1) nie wyklucza niższego poziomu pozytywnego nastawienia do działań u dzieci przewlekle chorych (*Kwestionariusz CBI*; Tab. 3). Na podstawie wyników uzyskanych w obu zastosowanych narzędziach badawczych możemy stwierdzić, iż dzieci przewlekle chore:

- z jednej strony – nie różnią się od swoich „zdrowych” rówieśników pozytywną i aktywną postawą wobec wymagań szkoły, charakteryzującą się wytrwałością i potrzebą osiągnięć,
- z drugiej zaś – charakteryzują się niższym poziomem pozytywnego nastawienia do różnych działań, spowodowanym wysoką nadrucliwością i roztargnieniem.

Podobnie możemy rozpatrywać wyniki uzyskane w obu zastosowanych narzędziach badawczych w skali – *zachowanie się antyspołeczne* (AZU) oraz w wymiarze pozytywne – negatywne zachowanie się (*Kwestionariusz CBI*). Nasilenie negatywnych zachowań u dzieci przewlekłe chorych ($p=0,03$; Tab. 3) jest spójne z występowaniem u nich wyższego poziomu zachowań antyspołecznych ($p=0,02$; Tab. 1).

W ostatnim wymiarze *Kwestionariusza CBI* (tj. ekstrawersja – introwersja) nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między badanymi grupami. Oznacza to, że dzieci przewlekłe chore i ich zdrowi rówieśnicy charakteryzują się zbliżonym poziomem zachowań ekstra- i introwertywnych.

DYSKUSJA

Dzieci z przewlekłymi chorobami somatycznymi są uważane za grupę ryzyka wystąpienia w ich rozwoju i funkcjonowaniu trudności różnego rodzaju i stopnia nasilenia.

Ustalone w niniejszym artykule rezultaty badań własnych wskazują, że u dzieci chorych występują zarówno pozytywne, jak i negatywne zachowania przystosowawcze, co znajduje potwierdzenie w polskich i zagranicznych doniesieniach badawczych [3, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24].

Doniesienia zagraniczne podają, że dzieci przewlekłe chore w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami mają problemy z funkcjonowaniem poznawczym (46% chorych na raka, 36% z wrodzoną wadą serca oraz 35% chorych na celiakię), społecznym (39% dzieci z celiakią) i emocjonalnym (55% z wrodzoną wadą serca, 48% chorych na raka) [25]. Cechuje je gorszy obraz siebie, wysoki poziom lęku i zaburzenia zachowania [26, 27]. Występują u nich: emocjonalna niedojrzałość (42,85% dzieci z mukowiscydozą, 33,33% z astmą oskrzelową i 50% z cukrzycą), zaburzenia przywiązania (57,14% dzieci z mukowiscydozą), niepokój i labilność emocjonalna (66,66% dzieci chorych na astmę oskrzelową) oraz drażliwość, a nawet wrogość w stosunku do innych osób (25% dzieci z cukrzycą) [28].

Stwierdzone w badanej grupie zaburzenia przystosowawcze wykazują pewną zbieżność z badaniami przeprowadzonymi na gruncie polskim. Wynika z nich, że choroba rzutuje na zachowanie się dzieci w sytuacjach trudnych oraz przejawiane przez nie stany emocjonalne. Powoduje trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych. Dzieci przewlekłe chore znacznie częściej niż ich zdrowi koledzy czują, że są nieakceptowane. Trudniej jest im znaleźć przyjaciela. Zajmują gorszy status socjometryczny – pozycje izolacji i odrzucenia [14, 29]. Niemal połowa badanych (44,4%) jest źle przystosowana do warunków grupy i placówki szkolnej [14].

Występujące już w młodszym dzieci zaburzenia przystosowawcze mają tendencję do nasilania się w przypadku starszych uczniów ze zdiagnozowaną chorobą przewlekłą. Wyniki badań uczniów klas V wskazują, że prawie połowa badanych (42,4%) przejawia wysoki poziom lęku szkolnego. Lęk wywołują zarówno czynniki związane ze szkołą, jak i z lekcją. Niski poziom motywacji do nauki szkolnej cha-

rakteryzuje aż 38,5% uczniów. Badani mają bierną postawę wobec innych osób, wykazują problemy z wchodzeniem w relacje społeczne. Są mniej uspołecznieni niż ich koledzy i koleżanki z klasy [24].

Odmienne wyniki badań uzyskali A. C. J. Huygen i inni [20]. Stwierdzili oni, że między uczniami przewlekłe chorymi i ich zdrowymi rówieśnikami jest więcej podobieństw niż różnic. Badani (7-11 lat i 12-16 lat) nie różnili się pod względem intelektualnych umiejętności, społecznych kompetencji czy globalnego obrazu samego siebie. Natomiast zaobserwowane u nich trudności dotyczyły:

- w przypadku dzieci – wchodzenia w relacje z rówieśnikami (niepokój w sytuacjach towarzyskich, rzadsze bawienie się z dziećmi),
- w przypadku nastolatków – ograniczeń w aktywności fizycznej związanych z chorobą oraz tendencji do mniejszej motywacji do nauki szkolnej.

Na pozytywne zachowania przystosowawcze w omawianej grupie wskazują również wyniki badań 107 dzieci z chorobą przewlekłą [19]. W badaniach tych nie odnotowano różnic między dziećmi chorymi a zdrowymi w poziomie społecznego lęku czy w zakresie poczucia własnej wartości. Dzieci z długotrwałą chorobą okazały się mniej agresywne i bardziej uległe niż ich zdrowi rówieśnicy.

Na gruncie polskim interesujące wnioski z przeprowadzonych badań przytacza W. Pilecka [30]. Pierwszy wniosek jest taki, że dzieci o mniej widocznych symptomach choroby manifestują więcej problemów emocjonalnych i przystosowawczych, niż dzieci z wyraźnie widocznymi objawami choroby. Natomiast drugi wskazuje, iż dzieci o mniejszych ograniczeniach związanych z chorobą ujawniają niekiedy więcej problemów emocjonalnych niż dzieci dotknięte ciężką postacią choroby. Przyczyną tego zjawiska może być brak grupy odniesienia w przypadku dzieci z mniej zaawansowaną chorobą.

W. Pilecka [31] twierdzi, że młodzież cierpiąca na astmę, cukrzycę i chorobę reumatyczną osiąga wyraźnie zróżnicowany poziom przystosowania społecznego. Prowadzone przez nią badania dowiodły, iż najmniej zaburzeń przystosowawczych występuje u młodzieży chorej na astmę. Można zatem przyjąć, że to rodzaj choroby i związane z nią okoliczności modyfikują funkcjonowanie jednostki oraz rolę czynników endo- i egzogennych w tym procesie. Z drugiej jednak strony badacze twierdzą, iż dzieci dotknięte tą samą chorobą mają znacznie więcej cech indywidualnych, niż wspólnych. Ich reakcje na chorobę i na związane z nią trudne sytuacje są wysoce zindywidualizowane [14].

Widzimy zatem, iż dzieci i młodzież z chorobami przewlekłymi to grupa bardzo zróżnicowana. W następnym etapie badań warto przeprowadzić analizę pozwalającą ustalić, jaki jest związek między rodzajem choroby a zachowaniami przystosowawczymi, jaki jest ich poziom i charakter, na ile są trwałe.

WNIOSKI

Zaprezentowane w niniejszym artykule badania własne dowodzą dużej złożoności wzajemnych powiązań pomiędzy chorobą przewlekłą a zachowaniami przystosowawczymi dzieci w młodszym wieku szkolnym. U badanych stwierdzono wysoki poziom zachowań antyspołecznych i przyhamowanych, nasilenie nadrucliwości, roztargnienia,

społecznego odsuwania się oraz problemy w zakresie ekspresji słownej i życzliwości. Między grupami odnotowano również istotne statystycznie różnice w dwóch wymiarach przystosowania: pozytywne – negatywne zachowanie się oraz pozytywne – negatywne nastawienie do działań. Dzieci przewlekłe chore cechuje niższy niż ich zdrowych rówieśników poziom pozytywnego nastawienia do działań. Rezultat ten jest konsekwencją wysokiego nasilenia wyników w skalach: *nadruchliwość* i *roztargnienie*. W porównaniu do dzieci bez problemów zdrowotnych, dzieci przewlekłe chore charakteryzują się wysokim poziomem negatywnych zachowań (wynik ten jest spójny z danymi uzyskanymi w skali *zachowanie się antyspołeczne*).

Obok wymienionych wyżej zaburzeń przystosowawczych u dzieci przewlekłe chorych stwierdzono występowanie zachowań mieszczących się w szeroko pojętej normie. Dzieci przewlekłe chore nie różniły się od swoich zdrowych rówieśników pod względem poziomu motywacji do nauki szkolnej, uspołecznienia, towarzyskości, taktownego postępowania, nieśmiałości, zawziętości, nerwowości czy koncentracji i wytrwałości. Nie odnotowano również różnic istotnych statystycznie w wymiarze: ekstrawersja-introwersja, co oznacza, że badane grupy są podobne pod względem poziomu zachowań ekstra- i introwertywnych.

Pomimo tak dużego zróżnicowania uzyskanych wyników w grupie dzieci przewlekłe chorych (pozytywne i negatywne zachowania przystosowawcze) niepokojący jest fakt występowania – już u tak małych dzieci – zaburzeń przystosowawczych.

Dzieciom zmagającym się z długotrwałą chorobą należy zapewnić wsparcie w domu oraz w szkole. Działania wspierające powinny być nakierowane na rozwijanie efektywnych strategii radzenia sobie ze chorobą, pogłębianie wiedzy i pozytywnych przekonań na temat własnej osoby, na doskonalenie sprawności samoregulacyjnych i dyspozycji motywacyjnych.

PIŚMIENNICTWO

- Mokkink LB, van der Lee JH, Grootenhuys MA, Offringa M, Heymans HSA. Defining chronic disease and health conditions in childhood (0-18 years of age): national consensus in the Netherlands. *Eur J Pediatr*. 2008; 167: 1441-1447.
- American Academy of Pediatrics. Psychosocial risk of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics*. 1993; 92(6): 876-878.
- Maciarz A. Dziecko przewlekłe chore. Opieka i wsparcie. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”; 2006.
- Woynarowska B. Wpływ chorób przewlekłych na rozwój, zachowania i sytuację szkolną dzieci i młodzieży. W: Woynarowska B, red. Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011: 19-41.
- Główny Urząd Statystyczny. Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych; 2011.
- Pilecka W. Zmaganie się dziecka z przewlekłą chorobą somatyczną – od radzenia sobie do transcendencji. W: Antoszevska B, red. Dziecko przewlekłe chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne. Heurystyczny wymiar ludzkiej egzystencji. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”; 2011: 9-26.
- Combs-Orme T, Helfinger CA & Simpkins C. Comorbidity of mental health problems and chronic health conditions in children. *J Emot Behav Disord*. 2002; 2: 116-125.
- Sawyer M, Reynolds K, Couper J, French D, Kennedy D, Staugas R, Ziaian T & Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness – a two year prospective study. *Qual Life Res*. 2004; 13(7): 1309-1319.
- Jezińska B. Dziecko niedostosowane społecznie wobec choroby. W: Cytowska B, Winczura B, red. Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2007: 313-324.
- Woynarowska B, Tabak I. Samoocena zdrowia, zachowania zdrowotne i funkcjonowanie w szkole młodzieży z chorobami przewlekłymi. *Remedium*. 2009; 12: 22-23.
- Pilecka W. Psychospołeczne aspekty przewlekłej choroby somatycznej dziecka – perspektywa ekologiczna. W: Cytowska B, Winczura B, red. Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2007: 13-38.
- Pilecka W, Majewicz P, Zawadzki A. Jak wspomagać psychospołeczny rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne; 1999.
- Góralczyk E. Wspieranie dzieci przewlekłe chorych i ich rodzin. W: Woynarowska B, red. Profilaktyka w pediatrii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 343-362.
- Nowicka A. Psychospołeczna integracja dzieci przewlekłe chorych w szkole podstawowej. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2001.
- Reber AS. Słownik psychologii. Warszawa: Scholar; 2000.
- Cohen MS. Families coping with childhood chronic illness: A research review. *Fam Syst Health*. 1999; 17(2): 149-164.
- Barros L, Gaspar de Matos M & Batista-Foguet JM. Chronic diseases, social context and adolescent health. *Rev Bras Ter Cogn*. 2008; 4(1): 145-158.
- Erickson JD, Patterson JM, Wall M, & Neumark-Sztainer D. Risk behaviours and emotional well-being in youth with chronic health conditions. *Child Health Care*. 2005; 34: 181-192.
- Meijer SA, Sinnema G, Bijstra JO, Mellenbergh GJ, Wolters WH. Social functioning in children with a chronic illness. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41(3): 309-317.
- Huygen ACJ, Kuis W, Sinnema G. Psychological, behavioural and social adjustment in children and adolescents with juvenile chronic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2000; 59: 276-282.
- Blackman JA & Gurka MJ. Developmental and behavioural comorbidities of asthma in children. *J Dev Behav Pediatr*. 2007; 28: 92-99.
- Burns JJ, Sadof M, Kamat D. Managing the adolescent with a chronic illness. *Psychiat Ann*. 2006; 36: 715-719.
- Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lie SA & Lundervold AJ. Chronic physical illness and mental health in children: results from a large scale population study. *J Child Psychol Psych*. 2007; 48: 785-792.
- Kowaluk M. Funkcjonowanie szkolne uczniów z problemami zdrowotnymi. W: Bochniarz A, Bogucki J, Grabowiec A, red. Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Terapia i praktyka edukacji zdrowotnej. Wybrane zagadnienia. Lublin: NeuroCentrum; 2008: 123-133.
- Grootenhuys MA, Koopman HM, Verrips EGH, Vogels AGC & Last BF. Health-related quality of life problems of children aged 8-11 years with a chronic disease. *Dev Neurorehabil*. 2007; 10(1): 27-33.
- Utens EM, Verhulst FC, Meijboom FJ, et al. Behavioural and emotional problems in children and adolescents with congenital heart disease. *Psychol Med* 1993; 23: 415-424.
- Wray J, Sensky T. How does the intervention of cardiac surgery affect the self-perception of children with congenital heart disease? *Child Care Health Dev* 1998; 24: 57-72.
- Ionica L, Lucacela M, Popa I, Popa IM, Velea I. Emotional and behavior disorders in children with chronic diseases. *Jurnalul Pediatriei*. 2006, IX, 33-34: 35-38.
- Rorat M. Astma oskrzelowa u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Rzeszów: Wydawnictwo WSP; 1998.
- Pilecka W. Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2002.
- Pilecka W. Osobowościowe determinanty przystosowania społecznego młodzieży cierpiącej na astmę, cukrzycę i chorobę reumatyczną. W: Pańczyk J, red. Pedagogika specjalna – uwarunkowania i tendencje rozwoju. Warszawa: Wydawnictwo WSPS; 1989: 6-45.



Chronic disease and adaptive behaviours of children at early school age

Abstract

Introduction. A chronically ill child has to cope with many problems on a daily basis. Apart from typical somatic ailments associated with the given disease entity, they are forced to overcome hardships of an emotional and social nature. A long-lasting struggle with the illness has impact on the psycho-social functioning of the individual, which is confirmed by research published in journals dedicated to this subject matter. Doubts that appear concern the scope of the phenomenon, and the nature of irregularities relating to each dimension of adaptation.

Objective. The objective of the presented study was to determine the level of adaptive behaviours of children with chronic diseases.

Material and methods. Two instruments were used to evaluate the signs and level of social adaptation of children: Pupil Behaviour Sheet by B. Markowska and the CBI Questionnaire by E. Schaefer and M. Aaronson. The study covered 60 schoolchildren from grades 1 – 3 attending elementary schools in the Lublin Region. The study group comprised of chronically ill schoolchildren, whereas the control group – of their healthy peers.

Results. Results of the studies show that stronger negative adaptive behaviours are observed in children suffering from chronic diseases. They display a higher level of anti-social behaviours and slow-down. They are characterised by increased hyperactivity, distractedness, and social alienation. They have problems with verbalisation and kindness. They are characterised by a lower level of positive attitude towards work and positive behaviour, compared to their peers.

Conclusions. Chronic disease may contribute to the appearance of negative adaptive behaviours in children which hinder them from achieving mental well-being. These behaviours usually result from the inability to demonstrate successes during playtime, in learning, or in other fields of social functioning. They often lead to miscomprehension, lack of social acceptance and support from family and school.

Key words

chronic disease, children, social adjustment, behavioural symptoms, adjustment disorders

