

Poziom kompetencji emocjonalno-społecznych u dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej

The level of socio-emotional competence of children treated for cancer

Karolina Agata Faber, Natalia Jach-Salamon

Instytut Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Psychoonkologia 2015, 4: 129–137

DOI: 10.5114/pson.2015.55304

Adres do korespondencji:

Karolina Agata Faber
Instytut Psychologii
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
pl. Litewski 5
20-080 Lublin
e-mail: faber.karolina@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Rozpoznanie choroby nowotworowej traktowane jest jako wydarzenie krytyczne w życiu małego pacjenta oraz całej jego rodziny, ponieważ jej nagłe wystąpienie niesie ze sobą wytrącenie z codziennego funkcjonowania, powoduje ograniczenie aktywności społecznej dziecka oraz duże obciążenie emocjonalne. Jednocześnie wpływa na zwiększenie dojrzałości w zakresie kompetencji emocjonalno-społecznych, wzmacniając więzi między członkami rodziny i ich emocjonalne współodczuwanie. Celem przeprowadzonych badań było poznanie specyfiki funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej.

Materiał i metody: Badaniem objęte zostały dzieci leczone w Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii przy Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie oraz ich zdrowi rówieśnicy. Przebadano 62 dzieci – 31 dzieci będących w trakcie lub po zakończeniu leczenia hematologicznego/onkologicznego oraz 31 dzieci zdrowych. Do pomiaru kompetencji emocjonalno-społecznych dzieci zastosowano wybrane testy ze Skali Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci (*Intelligence and Development Scales – IDS*) w wieku 5–10 lat: Rozpoznawanie emocji, Regulacja emocji, Rozumienie sytuacji społecznych, Strategie społeczne.

Wyniki i wnioski: Wyniki wskazują, że dzieci leczone z powodu choroby nowotworowej posiadają wyższy poziom umiejętności rozpoznawania, nazywania i różnicowania stanów emocjonalnych innych ludzi, jak również regulowania własnych emocji w porównaniu z grupą dzieci zdrowych. Ponadto nie stwierdzono różnic w zakresie umiejętności społecznych, które wyrażają się w zdolności do adekwatnego rozumienia sytuacji społecznych oraz w obszarze stosowania strategii społecznych między grupą kliniczną i kontrolną. Autorki podkreślają konieczność prowadzenia szerszych badań w obszarze funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej.

Abstract

Introduction: The diagnosis of cancer is treated as a critical event in the life of the young patient and his entire family. The reason is that the sudden onset of it brings precipitation of daily functioning, bringing social and emotional problems. At the same time this situation increases the social and affective maturity and also strengthening bonds between family members and enhance their emotional empathy. The aim of the study was to assess the specificity of socio-emotional functioning of children treated for cancer.

Material and methods: The study covered children treated for the cancer at the Department of Hematology, Oncology and Transplantation at the University Children's Hospital in Lublin and their healthy peers. The study included 31 children who were treated of oncological and hematological and 31 healthy children. The selected tests of Intelligence and Development Scales (IDS): recognition of emotions, emotions adjustment, understanding social situations, social strategies were used for the measurement of socio-emotional competence of children.

Results and conclusions: The results indicate that the children treated for cancer have a higher level of skills such as recognition, naming and differentiation of other people's emotional states, as well as they can regulate their own emotions more effectively than healthy children. Nevertheless between the clinical and control group there was no difference in terms of social skills such as ability of proper understanding of social situations and use of social strategies. The authors emphasize the need for a broader research in the area of socio-emotional functioning of children treated for cancer and their families.

Słowa kluczowe: kompetencje emocjonalno-społeczne dzieci, choroba nowotworowa, rozpoznawanie emocji, regulacja emocji, strategie społeczne, rozumienie sytuacji społecznych.

Key words: children's emotional and social competences, cancer, emotion's recognition, emotion's regulation, social strategies, understanding of social situations.

Wstęp

Choroba nowotworowa stanowi zagrożenie dla życia dziecka i powoduje szereg znaczących konsekwencji psychologicznych, które mogą utrudniać jego funkcjonowanie, rozwój, edukację przedszkolną i szkolną, a także przystosowanie do życia z chorobą. Traktowana jest jako wydarzenie krytyczne w życiu małego pacjenta oraz całej jego rodziny, ponieważ jej nagłe wystąpienie niesie ze sobą wytrącenie z codziennego funkcjonowania, wymuszając wprowadzenie zmian dotychczasowego trybu życia poprzez podporządkowanie go chorobie, zażywaniu leków, wizytom lekarskim, zabiegom, często bolesnym i uciążliwym [1]. Inwazyjność prowadzonego leczenia i konieczność dostosowania się do obostrzeń z nim związanych naraża pacjentów na długotrwałe cierpienie, utratę fizycznej integralności, powoduje ograniczenie kontaktów z rówieśnikami i życie w świecie dorosłych. Dodatkowo, leczenie przeciwnowotworowe wiąże się z częstymi hospitalizacjami, izolacją, będącą w sprzeczności z naturalnymi potrzebami dziecka – ruchu i aktywności, a także poczuciem niepewności i lęku związanymi z nieprzewidywalnym przebiegiem choroby [2, 3]. Prowadzona terapia medyczna wiąże się nie tylko z koniecznością zmagania się z jej bezpośrednimi następstwami, lecz również z występowaniem odległych i późnych konsekwencji powstałych na skutek przebytej choroby i stosowanego leczenia przeciwnowotworowego, np.: zaburzenia neuropsychologiczne, psychospołeczne, powikłania narządowe, zaburzenia endokrynologiczne, w tym zaburzenia wzrastania. Obecność i nasilenie odległych następstw mają ogromny wpływ na stan zdrowia i jakość życia wyleczonego pacjenta [4]. Pomimo postępu wyników terapii chorym dzieciom oraz ich rodzinom towarzyszy niepewność co do pełnego wyzdrowienia nie tylko w czasie leczenia, ale często również wiele lat po jego zakończeni-

niu. Problemy te wykraczają poza próg emocjonalnej odporności dziecka, a doświadczenia, którym jest poddawane, są nieadekwatne do jego wieku i stadium rozwoju. Zmiany poznawcze, emocjonalne i społeczne, zachodzące w toku rozwoju dziecka, pozostają w interakcji ze zmianami fizycznymi i psychicznymi, które stanowią konsekwencje choroby [3].

Rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka może z jednej strony utrudniać osiąganie kolejnych etapów rozwojowych, ale z drugiej – przyczyniać się do jego szybszego rozwoju [3]. Prowadzone leczenie wymaga od dziecka podejmowania wysiłków i opracowywania sposobów radzenia sobie z obciążeniami, co jest wynikiem oddziaływania personelu, rodziny oraz własnych możliwości [5]. Przedstawiane w literaturze przedmiotu wyniki badań dotyczących funkcjonowania społeczno-emocjonalnego są niejednoznaczne. Noll i Kupst [6] prezentują dane wskazujące na wysoki poziom prężności (*resilience*) oraz umiejętności regulacyjnych u dzieci z chorobą nowotworową. Poczucie cierpienia nasilone jest głównie w momencie rozpoznania, natomiast zarówno dziecko, jak i jego najbliżsi stopniowo adaptują się do wymogów leczenia [7]. Mali pacjenci często przejawiają znaczną równowagę emocjonalną czy też wyższy rozwój sfery psychicznej w porównaniu z rówieśnikami [8, 9].

Badania dotyczące funkcjonowania społeczno-dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej pokazują, że mali pacjenci pomimo wysokiej absencji w szkole, licznych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu oraz zmian w wyglądzie (zmniejszenie lub wzrost masy ciała, utrata włosów) mają na ogół dobre i trwałe kontakty z rówieśnikami [10, 11]. Vannatta i wsp. [12] wskazują jednak, że dzieci z nowotworami mózgu oraz nowotworami, których leczenie obejmowało ośrodkowy układ nerwowy, często są izolowane, od-

rzucane przez rówieśników, prześladowane i mają niewielu stałych przyjaciół. Badania prowadzone przez Mackie i wsp. [13] pokazują, że osoby dorosłe, które w dzieciństwie chorowały na ostrą białaczkę limfoblastyczną oraz guza Wilmsa, wykazują trudności w zakresie relacji interpersonalnych, zarówno intymnych, jak i przyjacielskich, a także w codziennym radzeniu sobie.

Kompetencje społeczno-emocjonalne

Matczak i Martowska [14, 15] podkreślają, że o jakości przystosowania człowieka do wymogów życia oraz o efektywności, z jaką wykonuje on stojące przed nim zadania, decydują nie tylko zdolności poznawcze, lecz także kompetencje społeczne i emocjonalne. W związku ze stale zwiększającą się liczbą dzieci wyleczonych z choroby nowotworowej nie bez znaczenia wydaje się zatem zwrócenie uwagi na rolę, jaką odgrywają kompetencje społeczno-emocjonalne w kształtowaniu optymalnej jakości życia.

Kompetencje emocjonalne to umiejętności rozpoznawania i różnicowania emocji u siebie i innych ludzi, używanie określeń werbalnych do opisanie emocji, jak również rozumienie reguł okazywania emocji zgodnie z normami kulturowymi. Dodatkowo do kompetencji afektywnych zalicza się efektywne radzenie sobie z emocjami negatywnymi oraz rozumienie emocji w interakcjach międzyludzkich czy zdolność do emocjonalnej samowystarczalności [16–18].

Kompetencje społeczne definiuje się jako złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonego typu sytuacjach społecznych, nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego [19]. Wskazuje to na fakt, że nie można mówić o jednej ogólnej kompetencji społecznej, lecz o wielu ich rodzajach, tj.: umiejętności związane z percepcją społeczną (trafne spostrzeganie innych, np. ich przeżyć lub intencji, oraz rozumienie i prawidłowa ocena sytuacji społecznych); wrażliwość społeczna i empatia; znajomość reguł społecznych i umiejętność odpowiedniego zachowania się w sytuacjach społecznych; umiejętności warunkujące radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych [20]. Podsumowując powyższe, kompetencje społeczno-emocjonalne u dzieci można definiować jako zdolność do rozumienia i kontrolowania własnych uczuć i zachowań, do rozumienia uczuć innych osób (empatyzowania) oraz do budowania dobrych relacji z innymi [21].

Wiek przedszkolny i wczesnoszkolny jest kluczowym okresem dla rozwoju wyżej wymienionych umiejętności. Ważną rolę w tym procesie odgrywają relacje emocjonalne i komunikacja

z osobami znaczącymi, jak również jakość doświadczeń emocjonalnych dzieci, powstałych z relacji rodzinnych i rówieśniczych [22].

W okresie przedszkolnym rozwój życia emocjonalnego i społecznego dzieci odbywa się w ścisłym związku z rozwojem procesów poznawczych [23]. Na ekspresję emocjonalną wpływają również rozszerzające się kontakty społeczne dziecka i różne formy aktywności typu wspólna zabawa, sytuacje współpracy czy rywalizacji [24]. Dzieci w tym wieku opanowują nazwy emocji, co pozwala im na różnicowanie własnych przeżyć oraz komunikowanie się z innymi [25]. Najłatwiejsza do rozpoznania i nazwania jest dla nich radość, a następnie kolejno smutek, złość, strach [26], a najtrudniejsze – zaskoczenie [25]. Potrafią dokonać właściwej oceny przyczyn podstawowych reakcji emocjonalnych, jak również przewidywać, np. w zabawie, jak może zachować się rówieśnik odczuwający określone emocje. Dzieci przedszkolne nabywają umiejętności zaradczych, dzięki którym mogą manipulować zachowaniami i uczuciami innych ludzi. Dla przedszkolaka dobrą szkołą społecznego uczenia się jest zabawa, dzięki której eksploruje różne role społeczne, rozwija umiejętność współpracy z innymi, uczy się regulować własne uczucia oraz rozumieć uczucia innych. Dziecko w wieku przedszkolnym zaczyna rozumieć specyficzny rodzaj kontaktu z rówieśnikami, jakim jest przyjaźń, kształtuje się wtedy również zdolność do zachowań prospołecznych, tj. empatia, udzielanie pomocy, umiejętność dzielenia się czy współdziałania [27].

Natomiast w młodszym wieku szkolnym dziecko osiąga pewien stopień dojrzałości emocjonalnej poprzez proces uniezależniania emocjonalnego od rodziców czy zróżnicowania uczuć. W tym okresie wzrasta zdolność do rozpoznawania i rozumienia złożonych stanów emocjonalnych występujących u innych ludzi oraz wiedza dotycząca pełnionych ról społecznych. Dziecko stopniowo wychodzi z dominującego do tej pory egocentryzmu oraz rośnie jego wrażliwość w stosunku do ludzi [24]. Istotną zmianą jest wzrost znaczenia, jakie dziecko przypisuje swojemu miejscu w grupie, oraz jakość relacji, jakie nawiązuje z rówieśnikami [28].

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było poznanie specyfiki funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej w zakresie umiejętności rozpoznawania emocji oraz ich regulacji, rozumienia sytuacji społecznych, a także pod względem stosowanych przez nie strategii społecznych.

Material i metody

Badaniem objęte zostały dzieci leczone z powodu choroby nowotworowej w Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii przy Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie oraz ich zdrowi rówieśnicy. Na potrzeby badań wyodrębniono dwie grupy badawcze: grupę kliniczną (GK) – 31 dzieci będących w trakcie lub po zakończeniu leczenia hemato- lub onkologicznego, oraz grupę kontrolną (GZ) – 31 dzieci zdrowych wyselekcjonowanych zgodnie z metodą doboru parami według płci, wieku ($U = 461,5$, dla $p > 0,05$) oraz wyniku w podteście Słownik z WISC-R. Badaniem objęto łącznie 62 dzieci.

Badania przeprowadzono w okresie od marca 2014 r. do marca 2015 r. wśród dzieci z chorobą nowotworową leczonych w Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej UM w Lublinie oraz ich zdrowych rówieśników.

W grupie GK średni wiek w momencie badania wynosił 7,10 roku (6–10,11). Średni czas, jaki upłynął od momentu rozpoznania do przeprowadzenia badań, mieścił się w granicach od 5 do 64 miesięcy ($M = 16,48$). W grupie GK większość stanowiły dzieci z rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL = 33,9%), przebadano również dzieci chore na ostrą białaczkę szpikową (AML = 4,8%), nowotwór ośrodkowego układu nerwowego (NO OUN = 4,8%), nowotwór nerki (guz Wilmsa = 3,2%), niezręcznego chłoniaka złośliwego B-komórkowego (NHL = 1,6%), a także nowotwór wątroby (NO wątroby = 1,6%). W momencie badania 18 dzieci było w trakcie chemioterapii na oddziale szpitalnym, 8 dzieci było w trakcie leczenia podtrzymującego remisję i odbywało wizyty na oddziale dziennym, natomiast 5 dzieci zakończyło leczenie i odbywało jedynie kontrolne wizyty w poradni hematologicznej lub onkologicznej.

Grupę kontrolną (GZ) stanowiło 31 dzieci w wieku od 6 do 10 lat ($M = 7,9$). Warunkiem włączenia do GZ był odpowiadający dzieciom z grupy GK wiek, płeć, wynik w podteście Słownik z WISC-R oraz brak przewlekłej choroby somatycznej, zaburzeń psychicznych i rozwojowych w historii (tab. 1. i 2.).

Do pomiaru kompetencji emocjonalno-społecznych dzieci zastosowano wybrane testy ze Skali

Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w wieku 5–10 lat (*Intelligence and Development Scales – IDS*): Rozpoznawanie emocji, Regulacja emocji, Rozumienie sytuacji społecznych, Strategie społeczne.

Test Rozpoznawanie emocji składa się z 10 zadań, w których poleca się dziecku nazywanie emocji na podstawie wyrazu twarzy sfotografowanych dzieci – po pięć zdjęć chłopców i dziewczynek. Przedstawione emocje to szczęście, złość, strach, smutek i zaskoczenie.

Test Regulacja emocji przeprowadzany jest w trakcie testu Rozpoznawanie emocji i polega na zadawaniu dziecku pytań odnoszących się do emocji zaprezentowanych na trzech spośród oglądanych fotografii – wyrażających złość, strach, smutek. Zadaniem dziecka jest opisywanie możliwych sposobów poradzenia sobie z każdą z tych negatywnych emocji, w odniesieniu do siebie i innej osoby.

Test Rozumienie sytuacji społecznych składa się z dwóch prób, w których zadaniem dziecka jest obejrzenie obrazka ilustrującego scenę z udziałem pięciu osób (dzieci, dorosłych) oraz opowiadanie o przedstawionym wydarzeniu. Pomocą dla dziecka są dodatkowe pytania zadawane przez diagnostę w sytuacji napotkania przez nie trudności.

Test Strategie społeczne składa się z sześciu zadań, w których przedstawione są kolejno sytuacje problemowe o charakterze społecznym (np. sytuacja, w której ktoś potrzebuje pomocy lub zachowuje się niewłaściwie/agresywnie). Zadaniem dziecka jest opisanie, jak zachowałoby się w każdej z nich [29].

W badaniu zastosowano również podtest Słownik ze Skali Inteligencji Wechslera dla dzieci (WISC-R). Metodę zastosowano jako kryterium doboru grupy kontrolnej z uwagi na fakt, że na powodzenie w testach kompetencji społeczno-emocjonalnych IDS znaczny wpływ ma poziom zdolności językowych dziecka – słownika czynnego [29]. Podtest Słownik mierzy ogólną inteligencję słowną, używanie języka i zdolność uczenia się słownego, zainteresowania i doświadczenia badawczego, wykorzystywanie zdobytej edukacji [30].

Wyniki

W przeprowadzonej analizie wyników wykorzystano pakiet statystyczny SPSS wersja 22. Zastosowano: test Shapiro-Wilka, test istotności

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe dla grupy klinicznej (GK) i kontrolnej (GZ)

Table 1. Basic descriptive statistics for the clinical group (GK) and the control group (GZ)

Grupa	Płeć		Wiek (lata)			Czas od zachorowania (miesiące)		
	kobiety (n)	mężczyźni (n)	M	Min.	Max.	M	Min.	Max.
kliniczna	17	14	7,10	6,0	10,11	16,48	5	64
kontrolna	17	14	7,9	6,0	10,10	–	–	–

różnic dla prób niezależnych *t*-Studenta, a także współczynnik korelacji *r*-Pearsona.

Analiza wyników przeprowadzona za pomocą testu istotności różnic dla prób niezależnych *t*-Studenta wskazuje na brak istotnych statystycznie różnic w zakresie wyników podtestu Słownik z WISC-R ($t = -0,343$, dla $p > 0,05$). Dzieci z chorobą nowotworową posiadały zbliżony do dzieci zdrowych z grupy kontrolnej zasób słownictwa, co z uwagi na pośredniczącą rolę zdolności werbalizacji w diagnozie kompetencji społeczno-emocjonalnych wykorzystanymi metodami, daje możliwość porównywania wyników między badanymi grupami.

Dzieci z chorobą nowotworową posiadają istotnie wyższy poziom kompetencji w zakresie rozpoznawania emocji w porównaniu z grupą ich zdrowych rówieśników ($t = 5,309$, dla $p < 0,001$), co wyraża się w wyższym poziomie umiejętności różnicowania stanów emocjonalnych innych ludzi obserwowanych na podstawie ich wyrazu twarzy.

Analiza wyników wykazała, że umiejętność regulowania własnych emocji istotnie statystycznie różnicuje badane grupy dzieci ($t = 5,913$, dla $p < 0,001$). Dzieci leczone z powodu choroby nowotworowej posiadają wyższy poziom kompetencji w zakresie podejmowania działań zaradczych zmierzających do zredukowania napięcia wywołanego negatywnymi emocjami. Umiejętności te składają się na bardziej adaptacyjny sposób regulacji

emocji, bez szkody zarówno dla siebie, jak i dla innych, większą samodzielność w tym zakresie (rzadziej odwołują się do pomocy innych osób), a także częściej stosują strategie poznawcze (odwracanie uwagi, zapominanie, przewartościowanie itp.).

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zakresie umiejętności społecznych, które wyrażają się w zdolności do adekwatnego rozumienia sytuacji społecznych między grupą kliniczną i kontrolną ($t = 1,694$, dla $p > 0,05$). Dzieci leczone z powodu choroby nowotworowej oraz dzieci zdrowe posiadają zbliżony poziom umiejętności dostrzegania różnych emocjonalno-społecznych aspektów sytuacji oraz interpretowania ich zgodnie z wiedzą dotyczącą ludzkich emocji i zachowań. Na podob-

Tabela 2. Statystyki opisowe dla grupy klinicznej (GK)
Table 2. Descriptive statistic for the clinical group (GK)

Rozpoznanie	Częstość	%
ALL	21	33,9
AML	3	4,8
NHL	1	1,6
NO OUN	3	4,8
NO nerki	2	3,2
NO wątroby	1	1,6

ALL – ostra białaczka limfoblastyczna, AML – ostra białaczka szpikowa, NHL – niezłośliwy chłoniak złośliwy B-komórkowy, NO OUN – nowotwór ośrodkowego układu nerwowego, NO – nowotwór

Tabela 3. Zestawienie wyników dla grupy klinicznej (GK) i kontrolnej (GZ) w zakresie podtestów IDS oraz podtestu Słownik z WISC-R

Table 3. Summary results for the clinical group (GK) and the control group (GZ) in IDS subtests and in the Dictionary from WISC-R

Test	Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Rozpoznawanie emocji	GK	12,68	1,701	5,309***	0,0001
	GZ	10,13	2,061		
Regulacja emocji	GK	13,58	2,11	5,913***	0,0001
	GZ	10,32	2,227		
Rozumienie sytuacji społecznych	GK	12,55	2,862	1,694	0,095
	GZ	11,39	2,526		
Strategie społeczne	GK	11,1	2,65	1,217	0,228
	GZ	10,35	2,122		
Słownik z WISC-R	GK	12,16	2,396	-0,343	0,732
	GZ	12,35	2,026		

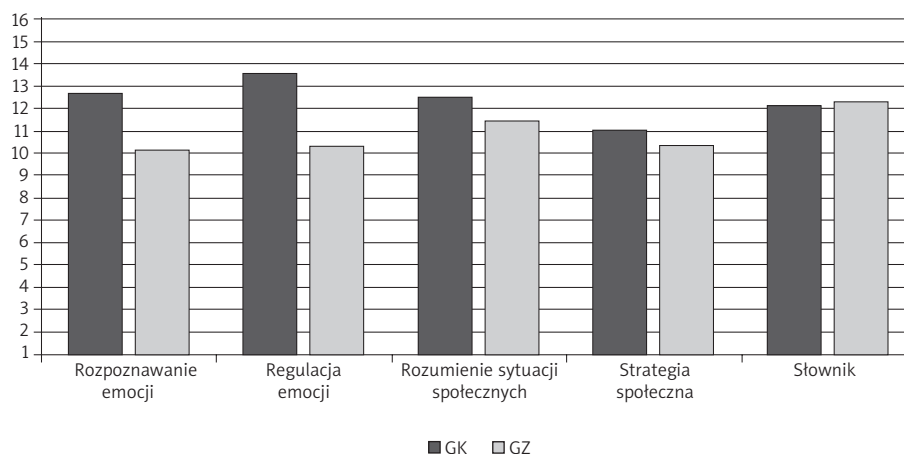
*** $p < 0,001$

Tabela 4. Zależność pomiędzy czasem, jaki upłynął od rozpoznania choroby nowotworowej, a wynikami w poszczególnych podtestach IDS

Table 4. Correlation between the time from diagnosing cancer and the results in the IDS subtests

	Rozpoznawanie emocji	Regulacja emocji	Rozumienie sytuacji społecznych	Strategie społeczne
Czas od rozpoznania	0,388*	0,504**	-0,176	0,086

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$



Rycina 1. Zestawienie wyników dla grupy klinicznej (GK) i kontrolnej (GZ) w zakresie podtestów IDS oraz podtestu Słownik z WISC-R

Figure 1. Summary results for the clinical group (GK) and the control group (GZ) in IDS subtests and in the Dictionary from WISC-R

nym poziomie potrafią identyfikować źródła emocji, rozumieć intencje osób uczestniczących w zdarzeniu, a także rozróżniać działania zamierzone od niezamierzonych.

W zakresie strategii społecznych nie wykazano istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami ($t = 1,217$, dla $p > 0,05$). Dzieci z chorobą nowotworową oraz dzieci zdrowe posiadają zbliżony poziom umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych, znajomości reguł życia społecznego, skłonności do zachowań asertywnych i prospołecznych, jak również do uwzględniania potrzeb społecznych wszystkich uczestników interakcji w sytuacjach konfliktowych.

Analiza wyników grupy klinicznej wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy czasem, jaki upłynął od rozpoznania choroby nowotworowej, a poziomem zdolności rozpoznawania emocji ($r = 0,388$, dla $p < 0,05$) oraz poziomem umiejętności regulowania własnych emocji ($r = 0,504$, dla $p < 0,05$).

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że dzieci leczone z powodu choroby nowotworowej posiadają wyższy od swoich zdrowych rówieśników poziom kompetencji emocjonalnych w zakresie umiejętności rozpoznawania emocji na podstawie wyrazu twarzy oraz ich regulowania. Natomiast prezentują zbliżony poziom funkcjonowania pod względem zdolności identyfikowania źródeł emocji w kontekście sytuacyjnym, interpretowania sytuacji społecznych, wyjaśniania różnych zachowań i gotowości do podejmowania działań akceptowanych społecznie w sytuacjach problemowych. Choroba nowotworowa dziecka wiąże

się z nagromadzeniem negatywnych doświadczeń związanych z leczeniem, stanowi ogromne źródło lęku i nadmiernego napięcia emocjonalnego, przy jednoczesnym stałym kontakcie z osobami dorosłymi – rodzicami, lekarzami, psychologami i innymi specjalistami, którzy wspierają małych pacjentów. Trudna sytuacja, w jakiej znajdują się chore dzieci, warunkuje gromadzenie większego zakresu doświadczeń o charakterze emocjonalnym niż w przypadku ich zdrowych rówieśników, mobilizując przez to pacjentów do koncentrowania się na emocjach oraz ich niewerbalnych wskaźnikach. Uzyskane wyniki wskazują, że dzieci leczone z powodu choroby nowotworowej lepiej radzą sobie z rozpoznawaniem, nazywaniem i różnicowaniem stanów emocjonalnych innych ludzi w porównaniu z grupą dzieci zdrowych.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że dzieci dotknięte chorobą nowotworową posiadają wyższy poziom kompetencji w zakresie regulacji emocji, czyli podejmowania działań zaradczych zmierzających do zredukowania napięcia wywołanego negatywnymi emocjami. Ponadto mali pacjenci stosują bardziej adaptacyjny sposób regulowania własnych emocji, bez szkody zarówno dla siebie, jak i dla innych, charakteryzują się większą samodzielnością w tym zakresie (rzadziej odwołują się do pomocy innych osób), a także częściej stosują strategie poznawcze (odwracanie uwagi, zapominanie, przewartościowanie itp.). Hesen i Sęk [31] wskazują, że zarówno sama sytuacja choroby, jak i związane z nią ograniczenia i zmiany w funkcjonowaniu generują wiele intensywnych emocji, jak lęk, niepokój, poczucie zagrożenia, żal, smutek, przygnębienie, zmartwienie czy gniew. Jednak wyniki badań wskazują, że w porównaniu z osobami zdrowymi, osoby chore oprócz nega-

tywnych przeżyć doświadczają więcej emocji pozytywnych, jak np. nadziei czy zapału [32]. Emocje te mogą pełnić funkcję adaptacyjną. Kluczowa jest jednak ich efektywna regulacja, która może przyczynić się do obniżania napięcia lub zwiększania pobudzenia mobilizującego do działania [31]. Badania prowadzone w grupie dzieci z chorobą nowotworową wskazują, że są one dojrzalsze od swoich rówieśników. Według autorek prawdopodobnie wynika to z faktu, że wokół nich powstaje większa mobilizacja pozytywnych uczuć, którymi obdarzają ich bliscy [33]. Zgodnie z koncepcją rozwoju kompetencji emocjonalnych R. Bucka [34] doświadczenie emocjonalne kształtowane jest właśnie w toku interakcji z otoczeniem, właściwej komunikacji emocjonalnej, otrzymywania informacji zwrotnych. Również Lerner i Kaufmann [16] zwracają uwagę na plastyczność rozwoju emocjonalnego oraz uzależnienie jego przebiegu od interakcji między jednostką a otoczeniem. Dlatego też charakter relacji dziecka chorego z otoczeniem wpływa na zwiększenie się odporności emocjonalnej małego pacjenta, obniża lęk i daje możliwość rozwoju kompetencji afektywnych, które sprzyjają walce z psychologicznymi skutkami choroby.

Badania własne wykazały również, że poziom kompetencji emocjonalnych u dzieci leczonych przeciwnowotworowo w zakresie rozpoznawania emocji oraz ich regulacji wzrasta w czasie trwania leczenia. Można to tłumaczyć poprzez pewien rodzaj adaptacji do trudnej sytuacji, jaką jest choroba, przy jednoczesnym intensywnym treningu w zakresie radzenia sobie z trudnymi emocjami (m.in. stresem, lękiem, strachem), współodczuwania również z innymi pacjentami w ich cierpieniu oraz czerpania pozytywnej siły psychicznej, gdy tylko stan zdrowia się poprawia. Ogińska-Bulik [35] podaje, że umiejętności radzenia sobie z chorobą nabywane są stopniowo, zaczynając od zaskoczenia, poprzez poszukiwanie równowagi, aż do wyzbycia się wpływu choroby na funkcjonowanie. Według autorki, efektywne radzenie sobie z traumatycznym wydarzeniem, jakim jest choroba nowotworowa, może mieć związek z potraumatycznym wzrostem, czyli z wystąpieniem pozytywnych zmian, pojawiających się w efekcie podejmowanych prób radzenia sobie z następstwami choroby. U dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową zmiany te przejawiają się w postaci m.in.: zwiększenia odporności psychicznej i emocjonalnej dojrzałości, wzrostu współczucia i empatii dla innych, głębszego rozumienia osobistych wartości, celu i sensu życia czy też większego doceniania życia. Również Taylor [36] wskazuje, że większość osób z chorobą nowotworową po upływie kilku bądź kilkunastu miesięcy od momentu postawie-

nia diagnozy powraca do równowagi psychicznej, odzyskuje uprzednie zadowolenie z życia, związane już jednak z innymi wartościami. Ponadto wyniki badań prezentowane w literaturze dowodzą, że dzieci chore na białaczkę w sytuacji radzenia sobie ze stresem, w większym stopniu niż ich zdrowi rówieśnicy, preferują aktywne formy i koncentrację na emocjach. Częściej tego typu techniki stosują dziewczynki. Dzieci, które wykorzystują aktywne strategie radzenia sobie, lepiej adaptują się do sytuacji choroby oraz doświadczają w mniejszym stopniu symptomów związanych z lękiem czy depresją. Radzenie sobie ze stresem poprzez koncentrację na emocjach powoduje obniżenie napięcia emocjonalnego i poprawę samopoczucia tych dzieci [33].

Przeprowadzone badania dowiodły zbliżonego poziomu funkcjonowania pacjentów leczonych przeciwnowotworowo oraz dzieci zdrowych w zakresie umiejętności społecznych, które wyrażają się w zdolności do dostrzegania różnych emocjonalno-społecznych aspektów sytuacji oraz interpretowaniu ich zgodnie z wiedzą dotyczącą ludzkich emocji i zachowań. Pomimo że dzieci chore wykazują wyższy poziom umiejętności rozpoznawania emocji na podstawie wyrazu mimicznego twarzy, trafniejszego ich identyfikowania i nazywania, na podobnym poziomie potrafią identyfikować źródła tych emocji, rozumieć intencje osób uczestniczących w zdarzeniu, a także rozróżnić działania zamierzone i niezamierzone. Ponadto wykazano zbliżony poziom funkcjonowania dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej i zdrowych w zakresie stosowanych strategii społecznych. Oznacza to, że obie grupy dzieci na podobnym poziomie radzą sobie z nawiązywaniem i podtrzymywaniem kontaktów społecznych, wykazują zbliżony poziom znajomości reguł życia społecznego, skłonności do zachowań asertywnych i prospołecznych, jak również do uwzględniania potrzeb społecznych wszystkich uczestników interakcji w sytuacjach konfliktowych. Jak wskazuje Matczak [20], kompetencje społeczne powstają w wyniku treningu społecznego, który ma miejsce podczas angażowania się człowieka w sytuacje społeczne i zadaniowe. W związku z prowadzonym długotrwałym leczeniem przeciwnowotworowym dziecko chore wychowuje się w specyficznym środowisku – szpitalnym, izolującym od rówieśników, rodzeństwa i innych ludzi, stanowiącym jednocześnie ograniczenie możliwości rozwoju społecznego. Prowadzone dotychczas badania dotyczące kompetencji społecznych dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej obejmowały ocenę funkcjonowania dokonywaną przez rówieśników, nauczycieli, rodziców oraz samoocenę w zakresie m.in. reputacji społecznej, zawieranych przyjaźni

oraz sympatyczności. Wyniki tych badań pokazują, że pomimo licznych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu oraz zmian w wyglądzie, dzieci mają na ogół dobre i trwałe kontakty z rówieśnikami [10, 11]. Posiadają umiejętności nawiązywania bliskich kontaktów interpersonalnych, są otwarte na nowe znajomości i chętnie angażują się w działalność szkolną.

Podsumowanie

Badania własne wiążą się z pewnymi ograniczeniami, głównie w postaci liczebności grup badawczych (GK i GZ). Ponadto niemożliwe było sprawdzenie, czy rozpoznanie choroby nowotworowej będzie różnicowało poziom kompetencji społeczno-emocjonalnych małych pacjentów, z uwagi na znacznie nierównomierny rozkład liczebności w grupach (ALL = 21, AML = 3, NHL = 1, NO OUN = 3, NO nerki = 2, NO wątroby = 1). Dane zawarte w literaturze wskazują, że dzieci z nowotworami mózgu i nowotworami, których leczenie obejmowało ośrodkowy układ nerwowy, wykazują trudności w zakresie relacji społecznych [12]. Zatem uwzględnienie w analizie wyników rodzaju rozpoznania choroby nowotworowej mogłoby różnicować poziom kompetencji dzieci.

Jak podkreśla Ogińska-Bulik [35], występowanie pozytywnych zmian w wyniku choroby nowotworowej nie eliminuje doświadczenia przez osoby chore stanu dystresu, negatywnych emocji, bólu i cierpienia. Postęp w zakresie rozwoju metod leczenia w onkologii i hematologii dziecięcej wiąże się z koniecznością stosowania multimodalnej terapii, uwzględniającej wspomaganie psychospołeczne prowadzone równoległe do długotrwałego, intensywnego i agresywnego leczenia medycznego [37]. To właśnie od jakości wsparcia dziecka ze strony rodziców, personelu medycznego, otoczenia i rówieśników zależy stan psychiczny dziecka w okresie leczenia, jak również brak zaburzeń w psychicznym i społecznym funkcjonowaniu dziecka po zakończeniu leczenia [5].

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Kazak AE, Noll RB. The integration of psychology in pediatric oncology research and practice: collaboration to improve care and outcomes for children and families. *Am Psychol* 2015; 70: 146-158.
2. Deręgowska J. Edukacja dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową jako czynnik wsparcia. *Studia Edukacyjne* 2012; 21: 279-298.
3. Hasselbarth B, Graubner U. Psychoonkologia w pediatrii. W: *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. Dorfuller M, Dietzfelbinger H. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
4. Stachowicz-Stencel T, Stefanowicz J, Bień E, Balcerska A. Odległe następstwa leczenia nowotworów złośliwych u dzieci. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2009; 3: 485-493.
5. Kowalczyk JR, Samardakiewicz M. Dziecko z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
6. Noll RB, Kupst MJ. Commentary: The psychological impact of pediatric cancer: hardiness, the exception or the rule? *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 1089-1098.
7. Dolgin MJ, Phipps S, Fairclough DL i wsp. Trajectories of adjustment in mothers of children with newly diagnosed cancer: a natural history investigation. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 771-782.
8. Maggiolini A, Grassi R, Adamoli L i wsp. Self-image in adolescent survivors of long-term childhood leukemia. *J Pediatr Hematol Oncol* 2000; 22: 417-421.
9. Jaklewicz H (red.). *Psychopatologia wieku dziecięcego*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
10. Noll RB, Gartstein MA, Vannatta K i wsp. Social, emotional, and behavioral functioning of children with cancer. *Pediatrics* 1999; 103: 71-78.
11. Reiter-Purtill J, Vannatta K, Gerhardt CA i wsp. A controlled longitudinal study of the social functioning of children who completed treatment for cancer. *J Pediatr Hematol Oncol* 2003; 25: 467-473.
12. Vannatta K, Gerhardt CA, Wells RJ, Noll RB. Intensity of CNS treatment for pediatric cancer: Prediction of social outcomes in survivors. *Pediatr Blood Cancer* 2007; 49: 716-722.
13. Mackie E, Hill J, Kondryn H, McNally R. Adult psychosocial outcomes in long-term survivors of acute lymphoblastic leukemia and Wilms' tumor: a controlled study. *Lancet* 2000; 355: 1310-1314.
14. Matczak A, Martowska K. Z badań nad uwarunkowaniami kompetencji emocjonalnych. *Studia Psychologica* 2011; 11: 5-18.
15. Martowska K. *Psychologiczne uwarunkowania kompetencji społecznych*. Liberi Libri, Warszawa 2012.
16. Saarni C. Społeczny kontekst rozwoju emocjonalnego. W: *Psychologia emocji*. Lewis M, Haviland-Jones JM. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
17. Ștefan CA, Bălaj A, Porumb M i wsp. Preschool screening for social and emotional competencies – development and psychometric properties. *Cognition Brain Behavior* 2009; 13: 121-146.
18. Parhomenko K. *Diagnostic Methods of Socio-Emotional Competence in Children*. Procedia – Social and Behavioral Sciences 2014; 146: 329-333.
19. Matczak A. *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS*. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
20. Knopp A. *Kompetencje społeczne – pomiar i aplikacja praktyczna*, 2013; dostępne na: www.ore.edu.pl.
21. Czub M (red.). *Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat*. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.
22. Gawda B. Wiek przedszkolny i wczesnoszkolny jako kluczowy okres dla rozwoju kompetencji emocjonalnych. W: *Nauczyciel przyszłości. Poprawa jakości kształcenia*. Nowotnik-Kozicka M, Frymus A (red.). Publikacja pokonferencyjna, Radom; 145-158.
23. Tanyel NE. Emotional Regulation: Developing Toddlers' Social Competence. *Dimensions of Early Childhood* 2009; 37: 10-15.
24. Radochoński M. *Psychopatologia życia emocjonalnego dzieci i młodzieży*. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009.
25. Kielar-Turska M. *Średnie dzieciństwo*. Wiek przedszkolny. W: *Psychologia rozwoju człowieka*. Podręcznik akademicki. Trempała T (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.

26. Górecka-Mostowicz B. Co dzieci wiedzą o emocjach? Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2015.
27. Kielar-Turska M. Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny. W: Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
28. Kołodziejczyk A. Późne dzieciństwo – młodszy wiek szkolny. W: Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki. Trempała J (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.
29. Jaworowska A, Matczak A, Fecenec D. Skale Inteligencji i Rozwoju dla dzieci w wieku 5–10 lat. IDS. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2012.
30. Krasowicz-Kupis G, Wiejak K. Skala inteligencji Wechslera dla dzieci (WISC-R) w praktyce psychologicznej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
31. Heszen J, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
32. Matczak A, Knopp KA. Znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka. Liberi Libri, Warszawa 2013.
33. Antoszewska B. Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
34. Buck R. Prime theory: an integrated view of motivation and emotion. *Psychological Review* 1985; 92: 389-413.
35. Ogińska-Bulik N. Osobowy wzrost u nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2012; 1: 1-8.
36. Czapiński J. Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. W: Złudzenia, które pozwalają żyć. Kofta M (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
37. Samardakiewicz M. Opieka psychologiczna nad dzieckiem z chorobą nowotworową. W: Onkologia i hematologia dziecięca. Tom 2. Chybicka A, Sawicz-Birkowska K (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.