

Maria Kózka, Mieczysława Perek, Maria Orłowska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

P

ostawy dzieci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego wobec własnej choroby

Children's attitudes towards their chronic respiratory system diseases

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby przewlekłe układu oddechowego narażają dziecko na wiele trudnych i nowych sytuacji. Dolegliwości spowodowane chorobą są czynnikiem utrudniającym i zakłócającym osiągnięcie przez dziecko nowych celów. Postawy dzieci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego wobec własnej choroby są jednym z ważnych czynników rokowniczych, które wpływają na funkcjonowanie chorego dziecka i przebieg terapii. Pozytywne postawy dają szansę na prawidłowy rozwój dziecka i lepszą jakość życia.

Cel pracy. Celem pracy było poznanie postaw dzieci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego wobec własnej choroby.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w 2009 roku wśród 100 dzieci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego w wieku 10–14 lat w Szpitalu Uzdrawiskowym „Olszówka” w Rabce Zdroju oraz w Szkole Podstawowej w Łazanach. W badaniach posłużono się polskim opracowaniem Skali Postaw Wobec Choroby (CATIS). Zgromadzony materiał badawczy poddano weryfikacji statystycznej, w której zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, test t dla dwóch średnich oraz test istotności dla dwóch wskaźników struktury (odsetków, procentów).

Wyniki. Postawy negatywne przejawiał niewielki odsetek badanych, głównie dzieci chorujące na astmę oskrzelową i przewlekłe zapalenie płuc i oskrzeli. Rodzaj choroby był czynnikiem istotnie różnicującym postawy wobec choroby w skali CATIS tylko w II grupie badanych. Chłopcy uzyskali wyższy przeciętny poziom w skali CATIS niż dziewczynki.

Wnioski. Postawy badanych dzieci wobec własnej choroby były zróżnicowane, lecz przeważały postawy pozytywne. Dzieci ze szkoły podstawowej wykazywały bardziej pozytywne postawy niż dzieci hospitalizowane.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (1): 63–69

Słowa kluczowe: postawa wobec choroby, choroba przewlekła, dziecko

ABSTRACT

Introduction. Chronic respiratory disease exposes the children to many difficult and new situations. Disorders caused by illness can distort and disturbed the achievement of new aims. One of the important prognostic factors, which affect the functioning of ill children and therapy, is children's attitude toward their illness. Positive thinking about the illness helps live better and develop properly.

Aim of the study. The aim of the research was to study the attitudes of children who chronically suffer from breathing system illnesses.

Material and methods. The research was conducted in 2009 in Hospital Olszówka in Rabka and the Primary School in Łazany on a group of 100 children, aged 10–14 years, troubled with chronic respiratory disease. The present study employs the scale – Child Attitude Towards Illness Scale (CATIS). The obtained results was statistically verified, using one-way analysis of variance and test for two indicators of structure.

Results. Negative attitudes presented small percentage of respondents, above all children who suffer asthma, chronic pneumonia and bronchitis. The type of disease was the differentiating factor in attitudes toward the disease (CATIS scale), but only in the second group of respondents such a correctness could be observed. Higher average level of CATIS scale was obtained by boys than girls.

Conclusions. The carried out research indicates that children's attitudes towards their disease were varied. Pupils from the primary school are better disposed than hospitalized children.

Nursing Topics 2011; 19 (1): 63–69

Key words: attitude towards the illness, chronic disease, child

Adres do korespondencji: dr hab. n. hum., mgr pielęgniarstwa Maria Kózka, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel. (12) 421 41 60; e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl

Wstęp

Choroby przewlekłe są coraz częstszym zjawiskiem nie tylko wśród ludzi dorosłych, ale także wśród dzieci i młodzieży. Jednymi z najczęściej występujących dolegliwości są schorzenia układu oddechowego [1]. U dzieci przewlekła choroba układu oddechowego może przebiegać jawnie lub skrycie z niewielkimi tylko objawami — pokasływaniem, odkrztuszaniem niewielkiej ilości śluzowej albo śluzowo-ropnej wydzieliny, łatwym męczeniem się, stopniowo nasilającą się dusznością, intensywną czerwieńią śluzówek, wzrostem hematokrytu. Wymienione objawy powoli narastając, przechodzą w niewydolność jawną, która stanowi zagrożenie dla życia dziecka [2].

Wpływ choroby przewlekłej na życie psychiczne dziecka stał się przedmiotem zainteresowań wielu badaczy. Jedną z koncepcji psychologicznych choroby przewlekłej wiąże ją ze stresem, który powodując zmiany w psychicznym funkcjonowaniu człowieka, obniża zdolność jednostki do samoregulacji i przystosowania. Zmiany psychiczne spowodowane chorobą przewlekłą doprowadzają do dezintegracji w strukturze psychicznej. Zaburzeniu ulega poczucie wartości, przeświadczenie o własnym wyglądzie, orientacja w dyspozycjach, sprawności psychofizycznej. Konsekwencją tych zaburzeń u dzieci przewlekłe chorych jest brak pewności siebie i niezdecydowanie. Często rozwijają się mechanizmy obronne w postaci ucieczki, wyczekiwania, wycofania, regresji, zaprzeczenia [3, 4]. Choroba przewlekła u dzieci może się stać również źródłem frustracji i depriwacji potrzeb. Poczucie frustracji może wywoływać sama choroba, która uniemożliwia zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka, a także niewłaściwe postępowanie rodziców i nauczycieli [5]. Przeżywanie sytuacji frustracyjnych wyzwala negatywne reakcje emocjonalne i prowadzi do zachwiania równowagi psychicznej.

Postrzeżenie przez dziecko swojej choroby wiąże się z okresem, w którym ona wystąpiła. Jeżeli dziecko choruje od wczesnego dzieciństwa, choroba staje się wówczas częścią jego życia, dziecko przyzwyczaja się do niej i łatwiej ją akceptuje [6, 7]. Dla wielu dzieci choroba przewlekła staje się barierą, która w dużym stopniu utrudnia im realizację osobistych planów życiowych, osiągnięcie dobrych wyników w nauce, ogranicza możliwości dalszej edukacji, powoduje różnego rodzaju restrykcje. Dzieci przewlekłe chore mogą też traktować chorobę jako stratę w kategorii ponoszonych kosztów emocjonalnych, czasowych i finansowych, ale też postrzegać jako stan niosący ze sobą różne przywileje, który na przykład zwalnia je z pewnych obowiązków, obdarza większą opieką ze strony matki i dużym zainteresowaniem ze strony najbliższych [5, 6].

Kształtowanie postaw wobec choroby jest zazwyczaj procesem powolnym i długim. Postawy te są zwykle

owocem samodzielnej pracy, konsekwencją reakcji poznawczych i emocjonalnych chorego, wynikiem doświadczenia indywidualnego i społecznego, uczuciowych przeżyć, percepcji, informacji i działań. Reakcje poznawcze wiążą się ze stworzeniem w umyśle reprezentacji własnej choroby, która obejmuje objawy schorzenia i jego identyfikację, skutki, czas trwania i sposoby reagowania na nie. Dane do tworzenia reprezentacji dziecko otrzymuje od dorosłych i większość swoich postaw przejmuje od nich w mniej lub bardziej zmienionej postaci [4, 5]. W kształtowaniu postaw biorą udział czynniki indywidualne i społeczne. Do grupy czynników indywidualnych zalicza się właściwości osobowościowe (np. potrzeby, temperament, ukształtowane już postawy), wiedzę i doświadczenie. Kształtowaniu pozytywnych postaw sprzyjają preferowanie wartości moralnych (przy jednoczesnym negatywnym stosunku do wartości ekonomicznych, prestiżowych), twórcza niezależność, refleksja ekonomiczna, wysoki poziom samoakceptacji [5]. Biorąc pod uwagę znaczenie środowiska dla rozwoju postaw, należy podkreślić, że pierwszy i podstawowy wpływ na kształtowanie się postaw dziecka wywierają rodzice. Szczególne znaczenie ma dla dziecka ich akceptacja, szacunek, wzmacnianie wiary w jego możliwości. Przy nieprawidłowych postawach rodzicielskich dochodzi do przejściowych lub względnie trwałych zmian w sferze psychicznej dziecka, które mogą się ujawnić w postaci obniżenia sprawności psychicznej, pogorszenia samopoczucia, chwiejności emocjonalnej. Rodzice pełnią znaczącą rolę i dostarczają dziecku wzorców zachowań przyswajanych przez nie dzięki procesowi modelowania. W miarę rozwoju dziecka wpływ rodziny bywa uzupełniany, a często zastępowany oddziaływaniem grup koleżeńskich, a potem zawodowych. W miarę swego rozwoju i społecznego angażowania się osoba zaczyna patrzeć na świat przez system wartości głoszonych i akceptowanych w danym środowisku. Mechanizm ten bazuje na psychologicznej potrzebie kontaktu człowieka z innym i ludźmi [5–7].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie postaw dzieci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego wobec własnej choroby.

Rozpatrywano następujące problemy badawcze:

- jakie schorzenia układu oddechowego występują w badanej grupie;
- jak często choroba była przyczyną hospitalizacji w badanej grupie;
- jaki jest czas trwania choroby w badanej grupie;
- jaką wiedzę na temat stosowanego leczenia farmakologicznego posiada badana grupa;
- czy takie czynniki, jak płeć i lokalizacja próby badawczej mogą w sposób istotny różnicować postawy wobec choroby;

— czy rodzaj przewlekłej choroby układu oddechowego u dzieci jest czynnikiem różnicującym poziom w Skali Postaw Wobec Choroby (CATIS, *Child Attitude Toward Illness Scale*).

Materiał i metody

W badaniach wykorzystano kwestionariusz Skali Postaw Wobec Choroby (CATIS). Do skali dołączono 8 pytań dotyczących danych socjodemograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania) oraz wiedzy na temat leczenia choroby, czasu trwania choroby, hospitalizacji i jej przyczyn. Skala CATIS zawierała 13 pytań, które dziecko wypełniało samodzielnie, zakreślając jedną z pięciu podanych odpowiedzi (np. „bardzo często”, „często”, „czasem”, „niezbyt często”, „nigdy” lub „bardzo dobrze”, „raczej dobrze”, „nie jestem pewien/pewna”, „raczej źle”, „bardzo źle”). Pozwoliło to na określenie liczbowe postawy dziecka wobec choroby w skali 1–5 (postawa od najbardziej negatywnej do najbardziej pozytywnej).

Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w 2009 roku wśród 50 dzieci w Dziecięcym Szpitalu Uzdrowskim „Olszówka” w Rabce (grupa I) i 50 uczniów w Szkole Podstawowej w Łazanach (grupa II). Badane dzieci w wieku 10–14 lat cierpiały na przewlekłe choroby układu oddechowego (astma, pyłkowica, alergiczny nieżyt nosa, nawracające infekcje dróg oddechowych). Kryterium doboru grupy do badań stanowiło rozpoznanie przewlekłej choroby układu oddechowego, czas trwania choroby minimum jeden rok, wiek dziecka 10–14 lat, zażywanie leków przez minimum jeden rok, brak innych chorób przewlekłych, prawidłowy rozwój intelektualny (jako kryterium przyjęto terminowe rozpoczęcie nauki w szkole podstawowej). W obu badanych grupach przeważały dziewczynki (po 30 osób w każdej z grup). W grupie I większość stanowiły dzieci w wieku 12 lat, w grupie II w wieku 11 lat. Badani z grupy I (szpital uzdrowski) pochodzili z różnych rejonów Polski, mieszkańcy miasta w tej grupie stanowili 36%, wsi — 67%. Wszyscy ankietowani z grupy II (100%) mieszkają we wsi Łazany w gminie Biskupice. Zdecydowana większość badanych pochodziła z rodzin wielodzietnych, a 4 osoby były jedynym dzieckiem w rodzinie.

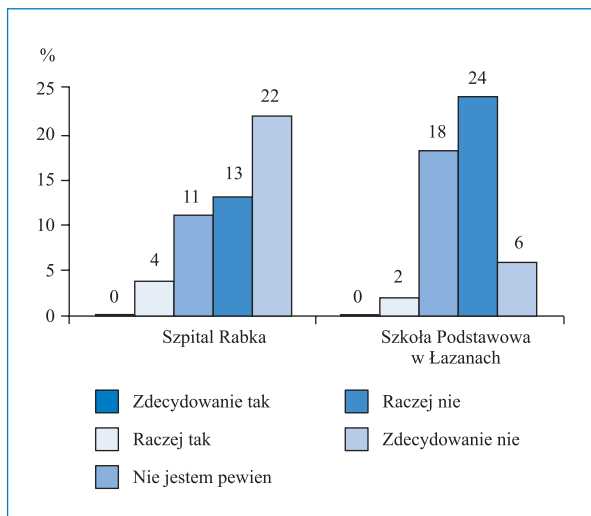
Rodzaj schorzeń w badanych grupach był zróżnicowany. W grupie I przeważały przewlekłe zapalenie płuc i oskrzeli (27%) oraz astma oskrzelowa (15%). W grupie II dominowały pyłkowica (30%), alergiczny nieżyt nosa i astma (po 10%). Choroba u 42% badanych (I grupa — 22%, II grupa — 20%) trwała ponad 6 lat i z powodu zaostrzeń była przyczyną częstych hospitalizacji. Zdecydowana większość respondentów (74%) stosuje przewlekłe farmakoterapię, jednak 35% ogółu ankietowanych dzieci nie potrafiło podać nazwy przy-

jmowanych leków. Większą wiedzę na temat stosowanego leczenia prezentują badani z grupy II (24% znało nazwę i sposób dawkowania przyjmowanych leków).

Wyniki

Na podstawie analizy wyników badań dotyczących prezentowanych postaw dzieci z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego wobec własnej choroby ocenianych za pomocą skali CATIS stwierdzono, że średni poziom skali CATIS w I grupie wyniósł 3,191 punktów. W kontekście maksymalnej wartości skali CATIS (4,38) wskazuje to na umiarkowanie pozytywne postawy badanych z grupy I wobec choroby. Uzyskane wyniki skali CATIS wśród poszczególnych dzieci różnią się od średniego poziomu tej skali o około 0,74 punktów, co stanowi 23,18% przeciętnego poziomu liczby uzyskanych punktów i świadczy o znaczącym zróżnicowaniu wyników badanych w tej skali (współczynnik zmienności przekracza 20%). W grupie I wynik 3,5–4,0 punktów skali CATIS uzyskało 16 osób, wynik 2,5 punktu — 9 badanych. Dziewczynki z grupy I prezentowały bardziej negatywne postawy niż chłopcy. W II grupie badawczej średni poziom skali CATIS wyniósł 3,372 punktu (maksymalna wartość skali CATIS — 4,38), co wskazuje na umiarkowanie pozytywne postawy badanych z grupy II wobec choroby. Połowa ankietowanych z grupy II uzyskała co najmniej 3,285 punktu. Uzyskane wyniki skali CATIS wśród poszczególnych badanych różnią się od średniego poziomu tej skali o około 0,57 punktu, co stanowi 16,97% przeciętnego poziomu liczby punktów uzyskanych i świadczy o niewielkim zróżnicowaniu wyników ankietowanych z grupy II w tej skali (współczynnik zmienności nie przekracza 20%). Z grupy II wynik 2,8–3,2 oraz 3,8–4,0 punktów w skali CATIS uzyskały łącznie 24 osoby. W tej grupie badawczej żadna dziewczynka nie prezentowała negatywnej postawy wobec swojej choroby, wśród chłopców taką postawę przejawiały dwie osoby (współczynnik CATIS — 2,15 i 2,44), nie jest to jednak postawa skrajnie negatywna.

W przeprowadzonym badaniu analizowano także, czy płeć i rodzaj choroby są czynnikami różnicującymi poziom skali CATIS. Wykorzystano do tego celu test istotności różnic t. Wyniki badań wskazują, że chłopcy, zarówno z grupy I, jak i II, mają wyższy przeciętny poziom skali CATIS niż dziewczynki. Wyniki jednostronnego, jak i dwustronnego testu istotności różnic wskazują, że różnica w średnich poziomach skali CATIS zarówno w grupie I, jak i w grupie II nie jest statystycznie istotna. Świadczą o tym wartości prawdopodobieństw testowych *p-value* wynoszące odpowiednio 0,117 dla grupy I i 0,307 dla grupy II w teście jednostronnym oraz w teście dwustronnym 0,233 i 0,613. W obu przypadkach otrzymane wartości są wyższe od domyślnego poziomu istotności 0,05. W dalszej kolej-



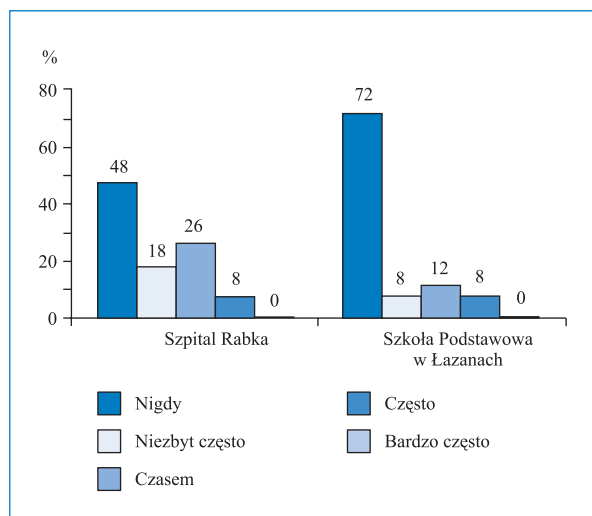
Rycina 1. Odpowiedzi na pytanie 2 w skali CATIS „Czy uważasz, że to w porządku, że chorujesz na przewlekłą chorobę układu oddechowego?”

Figure 1. Answers to question 2 in CATIS scale “Is it appropriate, that you suffer from chronic respiratory disease?”

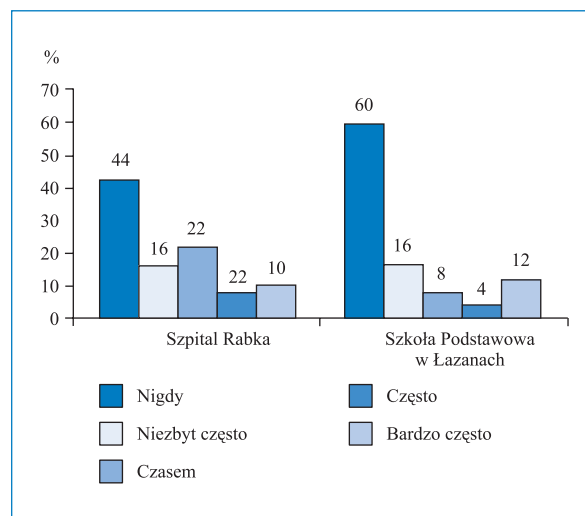
ności badano, czy czynnikiem różnicującym poziom skali CATIS jest rodzaj choroby u dzieci. Badanie przeprowadzono osobno u dzieci w grupie I i II, wykorzystując jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. W grupie I najwyższym poziomem skali CATIS cechowały się dzieci cierpiące na alergiczny nieżyt nosa (średni poziom skali — 3,6), a najniższym dzieci chore na zespół nieruchomych rzęsek (średnia — 2,69). Z grupy II najwyższy poziom skali CATIS stwierdzono u dzieci z rozpoznaną pyłkowicą (średnia — 3,559), a najniższy u badanych z alergicznym nieżytem nosa (średnia — 3,241). W pracy badano także różnice między średnimi poziomami skali CATIS dla dzieci w poszczególnych grupach chorób. Wyniki badań przeprowadzonych za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA wykazały, że rodzaj schorzenia u dzieci z grupy I nie był czynnikiem istotnie różnicującym postawy wobec choroby w skali CATIS. Świadczy o tym empiryczna wartość sprawdzianu testu F wynosząca 0,977, dla której prawdopodobieństwo testowe $p = 0,412$ jest większe od 0,05. W grupie II rodzaj schorzenia był czynnikiem istotnie różnicującym postawy wobec choroby w skali CATIS, empiryczna wartość sprawdzianu testu $F = 5,603$, dla której prawdopodobieństwo testowe $p = 0,007$ jest mniejsze od 0,05. W badaniu sprawdzono także, czy taki czynnik, jak lokalizacja próby badawczej, mógł w sposób istotny różnicować postawy wobec choroby. Wyniki badań wskazują, że dzieci z grupy II mają wyższy przeciętny poziom skali CATIS (3,372) niż dzieci w grupie I (3,191). Wyniki zarówno jednostronnego, jak i dwustronnego testu istotności różnic wyka-

zały, że różnica w średnich poziomach skali CATIS nie jest jednak statystycznie istotna.

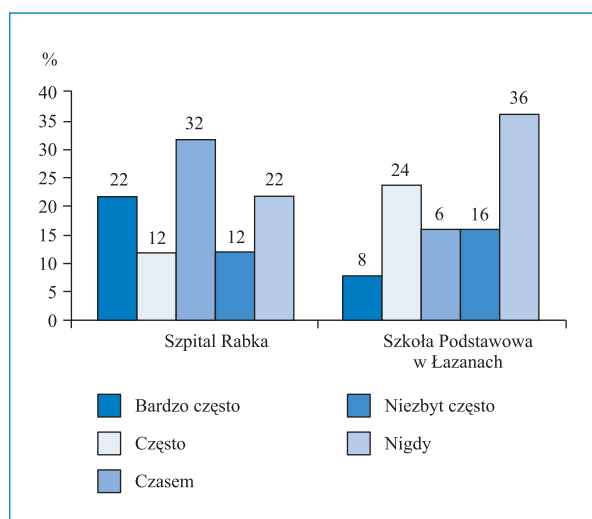
Kolejny etap analizy z wykorzystaniem testu istotności dla dwóch frakcji (wskaźników struktury) miał określić, w których konkretnie pytaniach kwestionariusza CATIS różnice w strukturze odpowiedzi między dziećmi z grupy I i z grupy II były najbardziej istotne. Na pytanie 1 („Czy to dobrze czy źle, że chorujesz na przewlekłą chorobę układu oddechowego?”) 44% badanych odpowiedziało, że bardzo źle, a 25% respondentów nie było pewnych, czy to dobrze czy źle. Według 6% badanych dzieci raczej dobrze jest chorować. Odpowiedzi na pytanie 2 w skali CATIS („Czy uważasz, że to w porządku, że chorujesz na przewlekłą chorobę układu oddechowego?”) przedstawiono na rycinie 1. Wyniki badań wykazały, że w przypadku wszystkich wariantów odpowiedzi w pytaniu 1 oraz w pytaniu 2 odsetki wskazań wśród dzieci w I oraz II grupie badanych nie różniły się statystycznie istotnie (wartości p -value były zawsze większe od 0,05). W pytaniu 3 („Jak to jest chorować na.....?”) w przypadku wariantu odpowiedzi „raczej wesoło”, odsetek odpowiedzi wśród dzieci w grupie I (4%) był istotnie niższy niż w grupie II (20%). Wartość prawdopodobieństwa testowego w tym przypadku równa 0,014 jest mniejsza od 0,05. W pozostałych wariantach odsetki odpowiedzi wśród dzieci w I i II grupie nie różniły się istotnie. Na pytanie 4 („Jak dobrze lub źle jest chorować na.....?”) 28% ankietowanych uważało, że bardzo źle, 46% stwierdziło, że to raczej źle, 20% nie było pewnych swojej odpowiedzi, natomiast 6% stwierdziło, że raczej dobrze. W przypadku wszystkich wariantów odpowiedzi w pytaniu 4. odsetki wskazań wśród dzieci w grupie I i II nie różniły się statystycznie istotnie (wartości p -value były zawsze większe od 0,05). Odpowiedzi na pytanie 5 („Jak często myślisz, że choroba to Twoja wina?”) przedstawiono na rycinie 2. W tym pytaniu w przypadku wariantu odpowiedzi „nigdy” odsetek wskazań wśród dzieci w grupie I (48%) był istotnie niższy niż w grupie II (72%). Wartość prawdopodobieństwa testowego równa 0,014 jest mniejsza od 0,05. W pozostałych wariantach odpowiedzi odsetki wskazań wśród dzieci w grupie I i II nie różniły się istotnie. Odpowiedzi na pytanie 6, których udzielili ankietowani w badanych grupach („Jak często czujesz, że przez chorobę nie możesz robić rzeczy, na które masz ochotę?”), przedstawiono na rycinie 3. W przypadku wariantu odpowiedzi „bardzo często” odsetek wskazań wśród dzieci w grupie I (22%) był istotnie wyższy niż w grupie II (8%). W pozostałych wariantach odpowiedzi odsetki wskazań wśród dzieci w I i II grupie nie różniły się istotnie. Odpowiedzi na pytanie 7 („Jak często myślisz, że już zawsze będziesz chory?”) ukazują, w jaki sposób dzieci myślą o swojej chorobie i czy mają świadomość jej ciągłości. Spośród ankietowanych 43% nigdy tak nie pomyślało, niezbyt często



Rycina 2. Odpowiedzi na pytanie 5 skali CATIS „Jak często myślisz, że choroba to Twoja wina?”
Figure 2. Answers to question 5 in CATIS scale “How often do you think that illness is your fault?”



Rycina 4. Odpowiedzi na pytanie 9 skali CATIS „Jak często czujesz, że różnisz się od innych dzieci z powodu Twojej choroby?”
Figure 4. Answers question 9 in CATIS scale “How often do you feel that are different from other children because of your illness?”



Rycina 3. Odpowiedzi na pytanie 6 skali CATIS „Jak często czujesz, że przez chorobę nie możesz robić rzeczy, na które masz ochotę?”
Figure 3. Answers to question 6 in CATIS scale “How often do you feel that the disease can not do things that you like?”

o swojej chorobie jako schorzeniu przewlekłym myślało 19% ankietowanych, czasami myślało w ten sposób 25% badanych, 9% często, a 4% bardzo często. W przypadku wszystkich wariantów odpowiedzi odsetki wskazań wśród dzieci w I i II grupie nie różniły się statystycznie istotnie (wartości *p-value* były zawsze większe od 0,05). W pytaniu 8 („Jak często myślisz, że Twoja choroba powstrzymuje Cię od robienia nowych rzeczy?”) 47% ankietowanych odpowiedziało, że nigdy, 5% wybrało od-

powiedź „niezbyt często”, 23% — „czasem”, 21% — „często”, 4% — „bardzo często”. Odsetek wskazań w przypadku wariantu odpowiedzi „niezbyt często” wśród dzieci w I grupie (8%) był istotnie wyższy niż w II grupie (0%). Wartość prawdopodobieństwa testowego w tym przypadku równa 0,041 jest mniejsza od 0,05. W pozostałych wariantach odpowiedzi odsetki wskazań wśród dzieci w I i II grupie nie różniły się istotnie. Odpowiedzi ankietowanych z badanych grup na pytanie 9 („Jak często czujesz, że różnisz się od innych dzieci z powodu Twojej choroby?”) przedstawiono na rycinie 4. W tym pytaniu odsetek wskazań na wariant „czasem” wśród dzieci w I grupie (22%) był istotnie wyższy niż w II grupie (8%). Wartość prawdopodobieństwa testowego w tym przypadku równa 0,049 jest mniejsza od 0,05. W pozostałych wariantach odpowiedzi odsetki wskazań wśród dzieci w I i II grupie nie różniły się istotnie. Na pytanie 10 („Jak często czujesz się źle, ponieważ chorujesz na przewlekłą chorobę układu oddechowego?”) 7% wskazało odpowiedź „bardzo często”, 25% — „często”, 24% — „czasem”, „niezbyt często” — 21%, „nigdy” — 23%. Odsetki wskazań na poszczególne warianty odpowiedzi wśród ankietowanych w I i II grupie nie różniły się statystycznie istotnie (wartość *p-value* były zawsze większe od 0,05). Na pytanie 11 w skali CATIS („Jak często jest Ci smutno z powodu Twojej choroby?”) 49% stwierdziło, że nigdy, 10% podało, że niezbyt często, 34% uważało, że smutek z powodu choroby towarzyszy im czasami, 3% badanych odpowiedziało, że często, natomiast 4% badanych stwierdziło, że bardzo często odczuwa smutek. W przypadku wariantu odpowiedzi „czasem” w tym pytaniu odsetek wska-

zań wśród dzieci w grupie I (20%) był istotnie wyższy niż w grupie II (0%). Wartość prawdopodobieństwa testowego w tym przypadku równa 0,001 jest mniejsza od 0,05. W pozostałych wariantach odpowiedzi odsetki wskazań wśród dzieci w I i II grupie nie różniły się istotnie. Na podstawie odpowiedzi uzyskanych na pytanie 12 („Jak często czujesz się szczęśliwy, mimo że chorujesz na przewlekłą chorobę układu oddechowego?”) stwierdzono, że 15% dzieci nigdy nie czuje się szczęśliwa, 6% — „niezbyt często”, 11% — „czasami”, 27% — „często”, a 41% badanych mimo towarzyszącej choroby przewlekłej bardzo często czuje się szczęśliwa. Z uzyskanych na to pytanie odpowiedzi wynika, że w przypadku wariantu odpowiedzi „niezbyt często” odsetek wskazań wśród dzieci w grupie I (12%) był istotnie wyższy niż w II (0%). Również w przypadku wariantu odpowiedzi „czasem” odsetek wskazań wśród dzieci w grupie I (18%) był istotnie wyższy niż w grupie II (4%). Wartość prawdopodobieństwa testowego w obu tych przypadkach jest równa odpowiednio 0,012 oraz 0,025, czyli jest mniejsza od 0,05. W pozostałych wariantach odpowiedzi odsetki wskazań wśród dzieci w I i II grupie nie różniły się istotnie.

W przypadku pytania 13 („Jak często czujesz się równie dobry, jak Twój rówieśnicy, mimo że chorujesz na przewlekłą chorobę układu oddechowego?”) 58% ankietowanych stwierdziło, że bardzo często czują się równie dobrze, jak ich zdrowi rówieśnicy, 21% często miało takie odczucia, 10% zadeklarowało, że czasami, 6% — niezbyt często, 5% badanych odpowiedziało, że nigdy tak się nie czują. W przypadku odpowiedzi „czasem” odsetek wskazań wśród dzieci w grupie I (16%) był istotnie wyższy niż w grupie II (4%). Wartość prawdopodobieństwa testowego w tym przypadku równa 0,046 jest mniejsza od 0,05. W pozostałych wariantach odpowiedzi odsetki wskazań wśród dzieci w I i II grupie nie różniły się istotnie.

Dyskusja

Choroby przewlekłe narażają dziecko na wiele trudnych i nowych sytuacji, zaburzają jego rozwój, utrudniają osiągnięcie nowych celów. Stanowią dla chorego dziecka oraz jego rodziny ciężkie emocjonalne przeżycie. Choroby przewlekłe układu oddechowego pojawiają się u dzieci w różnym wieku, często mają swój początek w okresie płodowym i noworodkowym, a u ich podłoża leżą wówczas infekcje wewnątrzmaciczne, wady wrodzone albo niedojrzałość płuc do pełnienia czynności oddechowej. Każda z chorób przewlekłych układu oddechowego ma swoją specyfikę, różny przebieg, skutki oraz rokowanie. Niektóre z chorób układu oddechowego mają łagodny przebieg, inne stanowią zagrożenie dla życia dziecka. Pewną część chorób przewlekłych układu oddechowego można kontro-

lować przez ich odpowiednie leczenie farmakologiczne, a także kształtowanie pozytywnej postawy wobec choroby, która ma olbrzymi wpływ na funkcjonowanie chorego dziecka i przebieg terapii. Rodzaj postawy jest związany z psychofizycznymi właściwościami dziecka oraz całokształtem uwarunkowań sytuacyjnych. Pozytywne postawy wobec choroby dają szansę na prawidłowy rozwój dziecka, lepsze funkcjonowanie i jakość życia oraz sprzyjają kształtowaniu prawidłowego obrazu samego siebie. Z kolei negatywne postawy bardzo często powodują problemy psychospołeczne — bunt, agresję, zaprzestanie przyjmowania leków. Dzieci ostrzegają siebie w negatywnych kategoriach, często nie akceptując własnej osoby. Takie zachowanie prowadzi do osamotnienia, zamykania się w sobie i braku chęci do poznawania nowych ludzi i podejmowania jakichkolwiek aktywności życiowych. Najprostsze sytuacje życiowe będą wówczas wiązały się ze stresem. Choroby przewlekłe układu oddechowego będą towarzyszyć dzieciom przez całe życie. Od ich postawy wobec choroby będzie zależeć również stosunek do choroby w życiu dorosłym. Dzieci prezentujące pozytywną postawę będą sobie lepiej radzić w szkole, a potem w życiu dorosłym, niż te, które przejawiały postawę negatywną.

Wielu autorów postuluje konieczność uwzględnienia osobniczych cech w badaniach nad efektywnością radzenia sobie z chorobą. Skuteczność działań psychologicznych u osób cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego, a w szczególności na astmę wzbudzą kontrowersje [8]. Pojawianie się takich emocji, jak lęk, złość czy depresja u chorego z chorobą przewlekłą w większym stopniu zależy od osobowości niż obiektywnych sytuacji. Wydaje się, że uwzględnienie indywidualnego stylu radzenia sobie ze stresem, rozumianego jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych, mogłoby być pomocne w rozumieniu zachowań chorych i zwiększeniu skuteczności działań terapeutycznych [6, 9].

W polskich pracach naukowych niewiele jest publikacji dotyczących problemu postaw dzieci wobec choroby przewlekłej z wykorzystaniem skali CATIS. Problem postaw dzieci wobec choroby przewlekłej (dzieci z moczeniem mimowolnym) z wykorzystaniem skali CATIS badali Wolańczyk i wsp. Przebadano 41 dzieci w wieku 9–18 lat z moczeniem mimowolnym w Pracowni Urodynamicznej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Uzyskane wyniki odniesiono do grupy referencyjnej 61 dzieci z astmą i bronchitami obturacyjnymi oraz 40 dzieci z chorobami serca, w wieku 8–12 lat, którzy byli pacjentami sanatoriów kardiologicznych i pulmonologicznych w Rabce. U dzieci z moczeniem mimowolnym wykazano statystycznie istotny bardziej negatywny stosunek do choroby i poczucie choroby niż dzieci z grup referencyjnych, biorąc pod uwagę także wpływ innych zmiennych, takich jak wiek dziecka. Au-

torzy w swojej pracy podkreślają niekorzystny wpływ moczenia mimowolnego na rozwój psychiki dziecka, jego samoocenę i funkcjonowanie [9].

W badaniach własnych z wykorzystaniem skali CATIS wykazano, że postawy dzieci z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego wobec własnej choroby były zróżnicowane. Czynnikiem istotnie różnicującym postawy wobec choroby była lokalizacja próby badawczej. Badani z grupy I (Szpital Sanatoryjny w Rabce), czyli dzieci przebywające poza domem rodzinnym, z dala od rodziców, kolegów prezentowali bardziej negatywne postawy wobec choroby niż rówieśnicy z grupy II (Szkoła Podstawowa w Łazanach), którzy mieszkali z rodziną. Rodzaj schorzenia tylko w II grupie dzieci był czynnikiem istotnie różnicującym postawy wobec choroby w skali CATIS. Najniższym poziomem skali CATIS cechowały się dzieci cierpiące na alergiczny nieżyt nosa, a najwyższym chore na pyłkowicę. W grupie I najniższy poziom skali CATIS stwierdzono u dzieci z zespołem nieruchomych rzęsek, najwyższy u chorujących na alergiczny nieżyt nosa. Na podstawie analizy wyników nie stwierdzono, aby czynnikiem różnicującym była płeć dziecka, różnice w średnich poziomach skali CATIS między dziewczynkami i chłopcami nie są statystycznie istotne.

Wnioski

1. W badanej grupie dzieci przeważały pozytywne postawy wobec własnej choroby. Postawy negatywne prezentowało 11% badanych, w tym dzieci chorujące na astmę oskrzelową i przewlekłe zapalenie płuc i oskrzeli.
2. Chłopcy uzyskali wyższy przeciętny poziom skali CATIS od dziewczynek, różnice w średnich pozo-

mach skali CATIS zarówno w grupach, jak i pomiędzy dziewczynkami i chłopcami nie były statystycznie istotne.

3. Najwyższym poziomem skali CATIS cechowały się dzieci chorujące na pyłkowicę (grupa II — szkoła podstawowa) oraz chorujące na alergiczny nieżyt nosa (grupa I — szpital uzdrowiskowy). Najniższym poziomem skali CATIS cechowały się dzieci chorujące na alergiczny nieżyt nosa (grupa II) oraz dzieci z rozpoznaniem zespołu nieruchomych rzęsek (grupa I).
4. Rodzaj schorzenia był czynnikiem istotnie różnicującym postawy wobec choroby w skali CATIS tylko II grupie badanych.

Piśmiennictwo

1. Zielonka T.M. Epidemiologia chorób układu oddechowego u dzieci. *Postępy Nauk Med.* 2008; 9: 551–558.
2. Rajtar-Leontiew Z. Przewlekłe choroby układu oddechowego u dzieci. *Nowa Pediatr.* 2001; 1: 42–44.
3. Pilecka W. Przewlekła choroba somatyczna w rozwoju dziecka. *Problemy psychologiczne.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
4. Góralczyk E. Choroba dziecka w twoim życiu. Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 1996.
5. Pecyna S.B. Dziecko i jego choroba. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2000.
6. Macierz A. Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekłe chorych. Oficyna Wydawnicza „IMPULS”, Kraków 2001.
7. Pochylczuk R. Postawy dzieci w wieku szkolnym wobec choroby przewlekłej. *Ad vocem* 2005; 68: 10.
8. Fleming S.L., Pagliari C., Churchill R., Shulldham C.M., McKean M. Psychoterapeutic interventions for adults with asthma. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005; 19: abstract.
9. Wolańczyk T., Paruszkiewicz G., Złotkowski P., Wiśniewski A., Banasikowska I., Goszczyńska-Serwińska B. Postawa wobec choroby u dzieci z moczeniem mimowolnym. *Klinika Psychiatrii Wiekii Rozwojowego AM,* Warszawa 2004.