

Akademia Pomorska w Słupsku

Lucja Lassota

Funkcjonowanie  
psychospołeczne  
dzieci z astmą  
w średnim wieku  
szkolnym

Słupsk 2010

Lucja Lassota

**FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE  
DZIECI Z ASTMĄ  
W ŚREDNIM WIEKU SZKOLNYM**



**Akademia Pomorska w Słupsku**

Lucja Lassota

**FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE  
DZIECI Z ASTMĄ  
W ŚREDNIM WIEKU SZKOLNYM**

**Słupsk 2010**

Recenzent  
dr hab. n. med. Krystyna Górna

**654**

Projekt okładki  
Tomasz Lassota

Redakcja i korekta  
Grażyna Polak-Grydziuszko

Publikacja udostępniona nieodpłatnie na podstawie licencji  
CC BY-NC-ND 3.0 PL

Pełny tekst licencji:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/pl/>

W przypadku umieszczania pliku książki na innych serwerach  
prosimy o zaznaczenie źródła pochodzenia pliku:  
<https://www.wydawnictwo.apsl.edu.pl>

**ISBN 978-83-7467-139-2**

Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej w Słupsku  
ul. K. Arciszewskiego 22a, 76-200 Słupsk  
tel. 59 84 05 378, 59 84 05 375, faks 59 84 05 378  
[www.wydawnictwo.apsl.edu.pl](http://www.wydawnictwo.apsl.edu.pl) e-mail: [wydaw@apsl.edu.pl](mailto:wydaw@apsl.edu.pl)

Druk i oprawa: PPHU TOTEM s.c  
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław  
[www.totem.com.pl](http://www.totem.com.pl); tel. (52) 35 400 40

---

Obj. 11,5 ark. wyd., format A5

## WSTĘP

Obecna sytuacja zdrowotna społeczeństw, zarówno krajów wysoko uprzemysłowionych, jak i Europy Środkowo-Wschodniej, budzi niepokój w związku z nieustannie wzrastającą liczbą tzw. chorób cywilizacyjnych, a więc tych, których tło stanowią problemy psychospołeczne i środowiskowe. Schorzenia układu oddechowego zajmują wśród nich zawsze jedno z trzech pierwszych miejsc.

Jeśli rozpoznanie astmy oprzeć na występowaniu stałych lub nawracających objawów, to wskaźnik częstości jej występowania waha się około 5%-10%. Wśród dzieci w wieku do 15 lat występowanie astmy waha się wokół wskaźnika 10%-15%, a w niektórych rejonach dochodzi do 20% (zwłaszcza na południu Polski), co oznacza, że występuje ona częściej niż inne choroby w tej populacji (Bręborowicz i wsp. 2007, s. 129-130).

Przewlekła choroba, doświadczając dziecko, skłania je do zmagania się z dolegliwościami i cierpieniem przez wiele lat, a czasami przez całe życie. Dysfunkcje związane z chorobą są czynnikiem utrudniającym i zakłócającym osiągnięcie coraz to wyższych form regulacji fizycznej, psychicznej i społecznej dziecka.

Astma oskrzelowa jest chorobą dróg oddechowych, która objawia się dusznością pochodzenia oskrzelowego, ustępującą samoistnie lub pod wpływem leczenia. Współczesna definicja astmy kładzie nacisk na obecność zapalenia w drogach oddechowych chorych, gdyż to właśnie „zapalenie astmatyczne” błony śluzowej oskrzeli leży u podłoża obturacji, duszności i związanej z astmą wzmożonej wrażliwości oskrzeli na różnorodne czynniki środowiskowe (Rudnik 1987; Bręborowicz i wsp. 2007).

Charakter i zakres zmian w rozwoju dzieci, wywołanych przez chorobę, zależy od rodzaju, stopnia ciężkości i czasu trwania tej choroby, od psychofizycznych właściwości dziecka oraz uwarunkowań sytuacyjnych. Zrozumienie tych zależności jest niezbędne do podejmowania

skutecznych oddziaływań leczniczych oraz terapeutyczno-wychowawczych.

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) o zwiększonej zachorowalności i śmiertelności z powodu astmy (Kurzawa 1993), pobudził do przeprowadzenia badań w oparciu o integracyjną koncepcję choroby. Zgodnie z tą koncepcją, astma jest chorobą uwarunkowaną czynnikami genetycznymi, wrodzonymi i środowiskowymi.

W pracy podjęto próbę ustalenia niektórych cech psychicznego i społecznego funkcjonowania dzieci z astmą oskrzelową oraz określenia wpływu choroby i sanatoryjnej rehabilitacji na swoistość odgrywania ról rodzinnych i szkolnych.

Praca składa się z siedmiu rozdziałów. W pierwszym dokonano charakterystyki astmy w aspekcie medycznym na podstawie analizy literatury przedmiotu. Ponadto zaprezentowano koncepcje teoretyczne, w świetle których próbowano połączyć aspekty medyczne i psychologiczne w celu zrozumienia i wyjaśnienia genezy oraz patomechanizmu astmy u dzieci.

W drugim rozdziale zaprezentowano właściwości psychiczne i ich rolę w etiopatogenezie, akcentując wzajemne zależności między nimi a zaburzeniami chorobowymi.

Analiza teoretyczna oraz wyniki badań przekonują o negatywnym wpływie astmy, jako choroby przewlekłej, i związanych z nią okoliczności na właściwości psychiczne jednostki. W pracy przyjęto, jako istotne z punktu widzenia funkcjonowania dzieci, takie właściwości, jak: wydolność psychiczna, skłonności neurotyczne, poziom samoakceptacji i akceptacji innych, właściwości kierunkowe oraz samopoczucie.

W trzecim rozdziale przedstawiono analizę funkcjonowania społecznego dzieci przewlekłe chorych, w tym z astmą, ustalając przyczynę zakłóconego funkcjonowania w sytuacji choroby. W literaturze przedmiotu podkreśla się zależność o charakterze sprzężenia zwrotnego pomiędzy funkcjonowaniem a treścią poznawczej reprezentacji choroby. Przewlekła choroba somatyczna często prowadzi do zakłócenia harmonijnego rozwoju społecznego.

W pracy dokonano, jako istotnej dla dzieci w wieku 12-15 lat, analizy funkcjonowania społecznego w rolach, tj. w roli członka rodziny, w roli ucznia w klasie i w roli w grupie rówieśniczej.

W czwartym rozdziale przedstawiono program badań własnych, sformułowano ich cel i teoretyczno-metodologiczne założenia. W kolejnych siedmiu podrozdziałach prezentowane są przyjęte w pracy: przedmiot i cel badań, problemy i hipotezy, zmienne oraz wskaźniki pomiaru,

procedura badawcza, przebieg i organizacja badań, charakterystyka grupy badanej i kontrolnej oraz metody analizy statystycznej.

Przedmiotem niniejszej dysertacji jest teoretyczno-empiryczna analiza funkcjonowania dziecka z astmą w średnim wieku szkolnym. Celem badań jest zebranie opinii i pogłębienie wiedzy na temat funkcjonowania psychospołecznego takiego dziecka.

Hipoteza ogólna brzmi: Istnieje różnica w psychospołecznym funkcjonowaniu między dziećmi chorymi na astmę a ich zdrowymi rówieśnikami.

W piątym, szóstym i siódmym rozdziale zawarto charakterystykę materiału empirycznego, w której podjęto próbę ukazania specyficznych cech funkcjonowania dzieci z astmą w życiowych rolach. Wiążą się z tym cechy związane z przebiegiem choroby oraz warunkami życia i klimatem wychowawczym panującym w rodzinie i w szkole badanych.

Pracę zamyka synteza wyników badań w postaci wniosków, które stały się podstawą wysunięcia postulatów dotyczących działalności psychoterapeutycznej i wychowawczej.

# ASTMA JAKO CHOROBA PRZEWLEKŁA

Dychawica oskrzelowa, nazywana zwyczajowo astmą, jest przewlekłym schorzeniem zapalnym dróg oddechowych i może dotyczyć ludzi w każdym wieku. Wśród dzieci i młodzieży należy do najczęstszych chronicznych schorzeń układu oddechowego.

Dane z wielu krajów wskazują, że zarówno zachorowalność, jak i śmiertelność z powodu astmy systematycznie wzrasta. Celem zapobiegania następstwom choroby powołano m.in. Międzynarodową Grupę Ekspertów, której działalności przyświecała idea poprawy diagnostyki oraz leczenia (Kurzawa 1993).

Nowa wersja Światowej Strategii Rozpoznania, Leczenia i Prewencji Astmy (Global Strategy for Asthma Management and Prevention, zwanej Global Initiative for Asthma, w skrócie GINA) została opublikowana w 2002 r. Następnie w latach 2003-2006 publikowano uzupełnienia wersji GINA, skupiając się bardziej na aspektach praktycznych (Droszcz 2006, s. 5).

## 1.1. Istota astmy

Lekarze jednej z najstarszych znanych nam cywilizacji, a mianowicie babilońskiej, opisali dokładnie zaburzenia występujące u niektórych osób po spożyciu jaj. Talmud zawiera wzmiankę o nietolerancji białka jaja i możliwościach leczenia tego stanu chorobowego za pomocą odpowiednio przygotowanego białka, podawanego w stopniowo zwiększanych ilościach. Można zaryzykować twierdzenie, że prekursorów dzisiejszego odczulania swoistego należy poszukiwać w starożytności oraz że odczulanie takie powinno być zaliczane do najwcześniejszych znanych ludzkości sposobów leczenia.

Choroby przebiegające z dusznością były dobrze znane lekarzom starożytnego Egiptu, Indii, Grecji i Rzymu. W zbiorach aforyzmów Hipokratesa cztery traktują o *spirandii difficultas*. Najpełniejszy opis astmy, prawdopodobnie oskrzelowej, zawierają dzieła Arecjusza z Ka-

padocji, żyjącego w II w. n.e. Lekarz ten opisuje dość szczegółowo objawy choroby, podkreślając, że napady duszności występują częściej w nocy niż w ciągu dnia i częściej u kobiet niż u mężczyzn (Romański 1994, s. 1).

Grecy wprowadzili do medycyny określenie *asthma*, oznaczające dosłownie „trudne oddychanie” (Droszcz 2002, s. 17).

Lekarze starożytni dostrzegali fakt odmiennego reagowania różnych osób na te same pokarmy, Hipokrates zauważył, że ser nie oddziałuje jednakowo na wszystkich ludzi, niektórzy bowiem mogą spożywać go z wyraźną korzyścią dla zdrowia, inni natomiast znoszą go źle i chorują. W Rzymie Galen opisał około 190 r. p.n.e. przypadek chorobowego reagowania na mleko kozie. W mieście tym chorowano z pewnością na astmę, albowiem zachowana płaskorzeźba przedstawia sugestywnie legionistę rzymskiego cierpiącego z powodu silnej duszności (Romański 1994, s. 1).

Po ubogich w obserwacje lekarskie czasach średniowiecza, dokładniejsze opisy procesów, które dziś wiąże się z nadwrażliwością, pojawiły się dopiero w XVII wieku. Opisano wówczas liczne przypadki choroby z napadową dusznością, a lekarz angielski John Floyer napisał w 1698 roku, że astma jest spowodowana przez skurcz włókien mięśniowych. W XIX wieku (w 1811 r.) Robert Bree podał opis napadowego nieżytu nosa, a w 1819 roku Bostock przedstawił pierwsze dokładne omówienie objawów „gorączki siennej”. W 1850 roku Hyde Salter podniósł jako pierwszy znaczenie czynnika dziedzicznego w astmie i wskazał na liczne czynniki sprawcze tej choroby, w tym sierść zwierząt. W 1873 roku Charles Blackley udowodnił na drodze doświadczałnej, że pyłek roślin stanowi przyczynę gorączki siennej. W 1882 roku Quincke opisał przelotne, występujące napadowo obrzęki, nazwane później jego imieniem (Tamże, s. 1-2).

Wiek XX przyniósł doniosłe postępy medycyny, w tym znajomość procesów odporności i nadwrażliwości, najpierw u zwierząt, a następnie u ludzi. W wieku XX choroby z nadwrażliwości zaczęły się pojawiać w skali masowej u osób charakteryzujących się określoną predyspozycją ustrojową.

Współcześnie niewiele aspektów astmy wzbudza tyle kontrowersji, co jej definicja. Wcześniejsze próby zdefiniowania astmy przy użyciu takich pojęć, jak obturacja oskrzeli, jej odwracalność i nadreaktywność oskrzeli nie powiodły się z powodu różnic rozumienia patomechanizmu choroby. Lekarze zwrócili uwagę na eozynofile w płwocinie i we krwi pacjentów chorych na astmę, jak też rozległe zapalenie dróg oddecho-

wych, jednakże od niedawna wiąże się te zjawiska z klinicznym obrazem choroby. Dzięki bronchofiberoskopii umożliwiającej uzyskanie materiału z oskrzeli, w tym biopłatów śluzówki, stworzono możliwość badania procesu zapalnego toczącego się w drogach oddechowych u dzieci i dorosłych chorych na astmę. Dało to podstawę do ujednolicenia definicji astmy. Sekcja Pediatryczna Polskiego Towarzystwa Alergologicznego proponuje roboczą definicję tej choroby: „Astmą jest przewlekłym stanem zapalnym dróg oddechowych, który prowadzi do nadreaktywności oskrzeli i nawracających epizodów obturacji oskrzeli pod postacią wydłużonej fazy wydechu, świstów, kaszlu, duszności i ucisku w klatce piersiowej, które ustępują pod wpływem leczenia lub samoistnie” (Bręborowicz i wsp. 2007, s. 129). Mediatory odczynu alergicznego są wydzielane przez różne komórki, z których największe znaczenie mają krwinki białe kwasochłonne, czyli eozynofile, ich mediatory są szczególnie toksyczne dla nabłonka oskrzeli. Ciężkość przebiegu astmy jest często proporcjonalna do nagromadzenia tych krwinek we krwi.

Konsekwencją przedstawionego patomechanizmu jest zasinienie powłok skórnych, kończyny pokrywa zimny pot, a na twarzy uwidacznia się niepokój. Do tego pogłębiają się świsty w klatce piersiowej. Po pewnym czasie oddychanie staje się swobodniejsze, pojawia się kaszel, początkowo z plwociną trudno wykrztuszaną, później coraz płynniejszą. Sinica powłok skórnych maleje, świsty cichną. Tak ustaje klasyczny napad duszności (Orłowski 1978; Droszcz 1991, 2002, 2006).

Astma oskrzelowa jest trudno rozpoznawalna i może stwarzać wiele pułapek diagnostycznych. Nie zawsze występuje charakterystyczny wywiad zdrowotny i zespół objawów klinicznych (napady duszności, kaszel, świszczący oddech). U dzieci np. kaszel, w szczególności nocą, może być jedynym objawem choroby (Rees, Price 1994; Kurzawa 1996; Doniec, Kurzawa 2008; O’Byrne 2008).

Częstość występowania astmy zależy od wieku badanej populacji i stosowanych kryteriów rozpoznania. Astma jest jedną z najczęściej stwierdzanych chorób układu oddechowego wieku rozwojowego.

W Polsce objawy astmatyczne pod postacią świszczącego oddechu występują u około 10% dzieci szkolnych, u 3-5% z nich występują częste napady duszności ( $\geq 4/\text{rok}$ ), a u około 3% badanych mają ciężką postać. Nadreaktywność oskrzeli oceniana na podstawie objawów astmatycznych powysiłkowych występuje u 13-15% dzieci szkolnych. Badania czynnościowe wskazują na obecność nadreaktywności oskrzeli u 12,5% dzieci starszych, gdy czynnikiem prowokacyjnym jest wysiłek i u 10%, gdy stosowano nieswoisty inhalacyjny czynnik prowokacyjny.

Ustalone przez lekarza rozpoznanie astmy miało 6-7% dzieci starszych (12-15 lat).

Przed 14 rokiem życia częstość astmy jest prawie dwa razy większa u chłopców niż u dziewcząt, a w wieku późniejszym częściej chorują dziewczęta i kobiety (Bręborowicz i wsp. 2007, s. 123-141).

Współczesna medycyna daje wiele możliwości diagnozy i oceny astmy u dzieci. Wywiad zwykle dostarcza potrzebnych informacji. Dotyczy on zwłaszcza zwiększonej reaktywności oskrzeli, będącej podstawowym objawem astmy okresu dziecięcego. Innym objawem ciężkiej astmy, wymagającej przyjęcia do szpitala są dodatnie testy skórne z antygenami (np.: roztocza kurzowe, pyłki roślin, sierść zwierząt). Dodatni wynik testów skórnych z alergenami i wykazanie obecności swoistych przeciwciał klasy IgE w surowicy krwi pacjenta może pomóc sklasyfikować astmę.

Koncepcję diagnozy astmy w Polsce opracowano szczegółowo.

Oto pytania istotne dla rozpoznania astmy w trakcie prowadzenia wywiadu:

- Czy występowały napady świszczącego oddechu w ciągu ostatniego roku?
- Czy występują objawy ze strony układu oddechowego po wysiłku (kaszel, duszność, świszczący oddech)?
- Czy występowały epizody kaszlu nocnego bez związku z infekcją?
- Czy występują objawy ze strony układu oddechowego po ekspozycji na alergeny lub czynniki drażniące?
- Czy w czasie infekcji górnych dróg oddechowych objawy „schodzą w dół” (do dolnych dróg oddechowych)?
- Czy pacjent miał lub ma objawy wyprysku atopowego lub alergicznego nieżytu nosa/spojówek?
- Czy pacjent chorował na zapalenie oskrzeli/płuc częściej niż 3 razy w ciągu roku?
- Czy pacjent otrzymał antybiotyk częściej niż 3 razy w ciągu roku z powodu zapalenia dróg oddechowych?

Pozytywna odpowiedź na jedno z pytań sugeruje konieczność przeprowadzenia bardziej szczegółowego wywiadu. Poza tym lekarz podejmuje decyzję co do badań czynnościowych układu oddechowego, testów weryfikujących rozpoznanie, tj. testów skórnych (badanie *in vivo* i *in vitro*) (Tamże, s. 129-135).

## 1.2. Klasyfikacja astmy

### 1.2.1. Koncepcja medyczna

Pierwotnie Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła podział astmy oparty na etiologii, przebiegu klinicznym choroby oraz sposobie jej leczenia (Bruhl, Brzozowski 1987).

Z punktu widzenia etiologicznego dychawicę oskrzelową dzieli się na postacie: atopową, czyli zewnątrzpochodną, inaczej określaną jako alergiczną, i nieatopową, czyli wewnątrzpochodną, jako następstwo infekcji bakteryjnej (Bruhl, Brzozowski 1987; Furmann 2004). Astma oskrzelowa występująca u dzieci jest najczęściej astmą alergiczną (atopową).

Alergia oznacza zmienioną reaktywność immunologiczną ustroju wobec swoistej substancji – antygeny, wynikającą z uprzedniego kontaktu z tą samą lub blisko z nią spokrewnioną substancją. Zwiększoną reaktywność, która przebiega burzliwie i powoduje uszkodzenie tkanki, nazywa się nadwrażliwością i utożsamia się ją z pojęciem alergii. Komórki plazmatyczne wytwarzają przeciwciała humoralne – immunoglobuliny, bez których życie nie byłoby możliwe, gdyż chronią one organizm przed inwazją antygenów drobnoustrojów. Niekiedy następuje zbędna produkcja immunoglobulin, w wyniku czego powstaje choroba alergiczną (alergen zewnątrzpochodny) lub schorzenie autoimmunologiczne (autoalergen). Rodzaj odczynu zależy od rodzaju produkowanego przeciwciała. Komórki plazmatyczne produkują immunoglobuliny Ig oznaczone literami A, G, M, E, D, lecz w chorobach alergicznym główną rolę odgrywają IgE i IgG. Pierwsze z nich uznaje się za stygmat uczulenia, a ich reakcje z alergenami zawsze wywołują objawy chorobowe. Drugie zaś to dowód zarówno uczulenia, jak i kontaktu z nadmiarem alergenu i tylko czasami są one przyczyną choroby. Antygeny, które wyzwalają nadwrażliwość, nazwano alergenami; mogą one wnikać do organizmu drogą oddechową (alergeny wziewne – pyłki roślin, kurz domowy, zarodniki grzybów pleśniowych, sierść zwierząt), przez przewód pokarmowy (alergeny pokarmowe – jaja, mleko, ryby, orzechy itp.) bądź przez skórę (np. jad owadów).

Ponad 80% chorób alergicznym u dzieci to choroby atopowe. Należą do nich np.: astma, pyłkowica, niektóre postacie alergii na leki, wyprysk atopowy, pokrzywka.

Pojęcie atopia zostało wprowadzone do medycyny z języka greckiego i oznacza „dziwną chorobę” (Romański 1994, s. 1). Liczne badania wykazały, że jeśli choroby atopowe występują u obojga rodziców, to

60-70% ich dzieci ma objawy alergiczne. Jeżeli tylko jedno z rodziców jest chore, prawdopodobieństwo zachorowania zmniejsza się do około 40%. Rodzice przekazują dzieciom nie określoną chorobę atopową, ale zwiększoną podatność na zachorowanie na którąkolwiek z nich.

Podsumowując, atopia to wrodzona skłonność do występowania chorób alergicznych, będąca stanem nadmiernej gotowości do wytwarzania przeciwciał typu IgE. Jest to swego rodzaju defekt sprawnej eliminacji alergenów i wzmożone wytwarzanie reagin (przeciwciał IgE) przy niewielkiej nawet ekspozycji alergenu (Chmielewska-Szewczyk 1994).

Kolejny istotny etiologiczny podział astmy nieatopowej oparty jest na epizodach nagłego wzrostu oporu oddechowego i nadreaktywności oskrzeli. W związku z tym wyróżnia się następujące rodzaje astmy:

1. Astma oskrzelowa infekcyjna – może wynikać z zakażenia układu oddechowego każdym rodzajem drobnoustrojów. Istota procesu patologicznego może mieć charakter immunologiczny.
2. Astma z nietolerancją niesteroidowych leków przeciwzapalnych – jest najczęściej wywołana skutkami zaburzeń metabolizmu kwasu arachidonowego.
3. Astma oskrzelowa wysiłkowa – jest rozpoznawana wówczas, gdy wysiłek jest jedynym czynnikiem wywołującym napad astmatyczny u osoby bez obciążenia atopią i chorobą układu oddechowego.
4. Astma oskrzelowa psychogenna – jako izolowane zjawisko występuje niezwykle rzadko i można ją rozpoznać po wyłączeniu innych czynników przyczynowych.
5. Astma oskrzelowa odruchowa – może powstać pod wpływem działania chemicznego lub mechanicznego drażnienia receptorów podśluzówkowych (*irritant receptor*) lub kaszlowych i wyzwała się drogą odruchu z nerwu błędnego. Przykładem są nocne napady duszności w wyniku refluksu żołądkowo-przełykowego z zarzucaniem treści żołądkowej do tchawicy i oskrzeli.
6. Astma oskrzelowa kryptogenna – obejmuje te przypadki astmy nietypowej, w których nie udaje się wykazać czynnika przyczynowego.
7. Astma oskrzelowa o innej etiologii (Droszcz 1991, s. 29).

W podziale astmy należy uwzględnić kliniczny podział astmy oparty na stopniu przebiegu ciężkości choroby oraz konieczności leczenia określonym zestawem leków. Ma on szczególne znaczenie z punktu widzenia psychologicznego i rzutuje na poziom aktywności dziecka:

1. Postać lekka – napady duszności mogą być opanowane przez samego chorego przez zastosowanie leków rozkurczających. Przebieg choroby nie zaburza normalnej działalności życiowej jednostki.

2. Postać średniociężka – napady duszności wymagają interwencji lekarza, występuje konieczność okresowej korykoterapii. Działalność życiowa ulega okresowemu zaburzeniu.
3. Postać ciężka – astma sterydozależna lub wywołująca grożące życiu napady (stan astmatyczny). Normalna działalność życiowa ulega poważnemu zaburzeniu.
4. Postać inwalidyzująca – mimo leczenia kortykosterydami występuje postępujące pogorszenie się wskaźników spirometrycznych i ciężkie objawy uboczne oraz nawroty stanu astmatycznego. Występuje trwała niezdolność do nauki lub pracy (Tamże, s. 30).

Dokonując analizy choroby pod względem przebiegu w czasie, dzieli się astmę na postać epizodyczną – przebiegającą okresowo bez dolegliwości i postać przewlekłą – z utrzymującymi się objawami, z okresami zaostrzeń.

Znaczne zaostrzenie astmy może doprowadzić do groźnego powikłania, jakim jest stan astmatyczny przebiegający z niewydolnością oddechową. Stan astmatyczny jest wynikiem nieprawidłowego leczenia dyshawicy oskrzelowej, niewłaściwego przyjmowania leków lub podawania ich w zbyt małych dawkach, późnego rozpoznania zaostrzenia albo opóźnienia korykoterapii. W następstwie rozlanej obturacji oskrzeli, odczynu zapalnego nacieczonej komórkami błony śluzowej i zaczopowania śluzem dochodzi do zwiększenia oporu dla przepływu powietrza przez drogi oddechowe, zostaje zaburzona gazometria krwi. W trzecim okresie stanu astmatycznego dochodzi do obniżenia ciśnienia cząsteczkowego tlenu ( $P_{aO_2}$ ), hiperkapnii ( $pCO_2$ ) i kwasicy mieszanej: oddechowej i metabolicznej – stan ten zagraża życiu. Stan astmatyczny może wystąpić w każdej postaci astmy (Chmielewska 1995).

Zdaniem Droszcza przebieg kliniczny astmy i zespołu astmatycznego jest podobny, lecz odmienna etiologia zwężenia oskrzeli. Autor wyróżnia następujące zespoły astmatyczne:

1. Zespół astmatyczny w przebiegu zakażenia układu oddechowego (astma bakteryjna, infekcyjna, częściowo endogenna, astmatyczny nieżyt oskrzeli) – skurcz oskrzeli jest następstwem chorób infekcyjnych układu oddechowego.
2. Zespół astmatyczny powysiłkowy (astma oskrzelowa wysiłkowa) – wysiłek fizyczny jest główną przyczyną wywołującą skurcz oskrzeli.
3. Zespół astmatyczny psychogeny (astma psychogenna) – czynniki psychiczne wywołują skurcz oskrzeli.
4. Zespół astmatyczny odruchowy – skutek drażnienia receptorów kaszlu lub podśluzówkowych nerwu błędnego (np. substancjami chemicznymi) dochodzi do skurczu oskrzeli.

5. Zespół astmatyczny w przebiegu nieimmunologicznego uwolnienia mediatorów reakcji alergicznej bez udziału reaginy IgE, co prowadzi do skurczu oskrzeli.
6. Zespół astmatyczny w przebiegu nadwrażliwości na salicylany, w szerszym ujęciu na niesterydowe leki przeciwzapalne. Przyczyną napadów duszności jest prawdopodobnie zaburzenie syntezy prostaglandyn płucnych z ujawnieniem przewagi prostaglandyn  $F_2\alpha$  nad prostaglandynami E.
7. Zespoły astmatyczne o innej etiologii.

Autor uważa, że rozgraniczenie astmy jako choroby od zespołu astmatycznego ma ważne znaczenie w leczeniu, rokowaniu i planowaniu rodziny (Droszcz 1991, s. 20).

Ze względu na różny przebieg dychawicy oskrzelowej u dzieci, postanowiono dokonać podziału obrazu klinicznego w zależności od stopnia ciężkości. Oparto się tutaj na liczbie napadów duszności w ciągu ostatnich 12 miesięcy: I stopień – do 5 napadów; II stopień – 6-10 napadów; III stopień – 11-20 napadów; IV stopień – powyżej 20 napadów, V stopień – przewlekła dychawica oskrzelowa. W przypadku IV stopnia wprowadzono dodatkowy podział na a i b, ze względu na wielkość dawki sterydów podawanej choremu.

Postać lekka – I i II stopień ciężkości. Postać średniociężka III i IVa stopień ciężkości. Postać ciężka – IVb i V stopień ciężkości (Kurzawa 1993, s. 15).

Największą wartość praktyczną mają podziały astmy ujmujące wpływ leczenia zarówno na przebieg kliniczny choroby, jak i na jej przebieg w czasie, i tak astmę dzieli się na kontrolowaną, częściowo kontrolowaną oraz niekontrolowaną (Droszcz 2006, s. 6).

Po podsumowaniu zaprezentowanej klasyfikacji astmy nasuwa się wniosek, że wystąpienie astmy zależy od nałożenia się czynników środowiskowych, predyspozycji genetycznej, wrodzonej a przede wszystkim od własnej aktywności w zakresie leczenia.

Wydaje się, że atopia ma własny, niezależny mechanizm dziedziczenia i przemieszczanie się grup ludności o małym współczynniku zapadalności na astmę ze środowiska wiejskiego do zurbanizowanego zwiększa ryzyko zachorowania. Jest to związane prawdopodobnie ze zwiększoną ekspozycją na alergeny, takie jak kurz czy zarodniki grzybów, a także czynniki zakaźne oraz zatrucie środowiska (Kupryś-Lipińska, Kuna 2008).

Efekty działania czynników prowokujących biologicznych (wirusy, grzyby, bakterie), chemicznych (leki, kosmetyki, substancje przemysłowe)

we) i fizycznych (klimat, woda, żywność) będą zależeć nie tylko od ich obiektywnych właściwości, ale również od struktury i cech osobowości dziecka. Szczególną rolę w rozwoju astmy i przebiegu napadów duszności odgrywa wzór reakcji emocjonalnych oraz ich składniki fizjologiczne. Wielokrotne przeżywanie silnych, długotrwałych lub często powtarzających się ujemnych stanów emocjonalnych (gniew, złość, lęk, strach) oraz tendencja do nieujawniania tych emocji na zewnątrz prowadzą do określonych zmian w funkcjach fizjologicznych układu вегетatywnego, zwłaszcza części parasympatycznej i wydzielania dokrewnego. Stymulacja układu autonomicznego powoduje zwężenie dróg oddechowych lub (i) nadprodukcję śluzu, tym samym zostaje ograniczony przepływ powietrza w oskrzelach i płucach oraz powstaje subiektywne uczucie duszności.

Postęp wiedzy neurofizjologicznej przekonuje, że nie ma w mózgu pewnych stałych ośrodków, które „generują” określone emocje. W powstawaniu i przebiegu reakcji emocjonalnych biorą udział różne struktury układu nerwowego z różnych jego pięter, tworząc tzw. układ integrujący, zwany również układem emocjonalnym.

W jego skład wchodzi cztery następujące elementy: układ wzgórzowo-podwzgórzowy, układ siatkowaty, układ limbiczny ze złożonym kompleksem jądra migdałowego oraz kora płata skroniowego. Układy te są zbudowane w sposób „cyrkularny”, tworząc zamknięte obwody, do których są włączone informacje napływające z kory mózgowej oraz z obwodu. Aktywizacja tych struktur utrzymuje się dość długo, gdyż impulsy krążą po zamkniętych pętlach neuronalnych i mogą one wielokrotnie pobudzać czynności poszczególnych ich fragmentów. Bódcze aktywizujące układ emocjonalny powodują ponadto wzmożenie czynności układów вегетatywnych na poziomie podwzgórza oraz wzbudzenie systemów aferentnych, które odpowiadają za nadwrażliwość pewnych systemów receptorowych, między innymi tych, które występują w oskrzelach (beta i alfa receptory adrenergiczne) (Droszcz 1991, 2002; Walsh 2000).

Analizując przyczyny i patomechanizm astmy, należy także rozważyć jej przynależność do chorób psychosomatycznych w myśl Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD -10 (Sęk 2003, s. 71).

Ujawnienie choroby psychosomatycznej jest zależne od takich czynników, jak: określony typ osobowości (warunkujący niższą odporność na stres o wysokim poziomie lęku i niepokoju), sytuacje trudne, wywołujące długotrwałe napięcie oraz konstytucja fizyczna (wskazująca na to, dlaczego doszło do zmian w obrębie światła oskrzeli a nie innego narządu).

### 1.2.2. Koncepcja psychoanalityczna

Pionierzy i główni badacze w dziedzinie psychosomatyki próbowali wyjaśnić dynamikę astmy, odwołując się do następujących zależności:

- osoby z astmą nie rozwiązały w okresie dzieciństwa konfliktu typu: zależność – niezależność wobec swoich matek,
- napady duszności są somatycznym wyrazem bólu emocjonalnego,
- osoby z astmą charakteryzują się specyficzną osobowością, czego wyrazem jest zależność od otoczenia, tłumienie emocji, depresja i wrogość,
- psychoterapia wycisza symptomy astmy.

Rozważania autorów zwróciły uwagę na rolę czynników psychicznych w rozwoju i przebiegu astmy (Alexander 1952; Pilecka 1990; Sęk 2003). Mimo wielu kontrowersji wynikających z interpretacji psychoanalitycznej (określano ją jako nienaukową, w której brakowało podstaw metodologicznych, szczególnie poddano krytyce testy projekcyjne, zwłaszcza test Rorschacha), obecnie istnieją nadal jej zwolennicy<sup>1</sup>.

We współczesnej literaturze psychoanalitycznej poddaje się weryfikacji problem rozumienia roli rodziców w zakresie zarówno ich udziału w leczeniu, jak i w wyzwalaniu zaburzeń m.in. psychosomatycznych u dzieci.

Jeden z kierunków w psychoanalizie, akcentujący relacje z obiektem, którego podstawą jest teoria Klein, wskazuje na potrzebę wglądu w procesy wewnątrzpsychiczne (głównie nieświadome) u dzieci (Schier 2005; Segal 2005). Natomiast zwolennicy teorii więzi, poszukujący przyczyn zaburzeń psychicznych (psychosomatycznych) u dzieci składają się do analizy relacji dziecko – rodzice (Schier 2005).

Diagnoza choroby psychosomatycznej, w kontekście dynamiki rodziny, u dzieci i młodzieży jest istotnym zwrotem w kierunku specyficznej teorii psychoanalitycznej (Tamże 2005). Teorie regulacji emocji zaś stały się komponentem niespecyficznym w wyjaśnianiu patomechanizmu astmy.

Dziecko z astmą często jest podporządkowane systemowi bardziej niż jego zdrowi rówieśnicy (z gr. *systema* – coś złożonego, rodzina nie jest tylko zbiorem osobowości, lecz jej członkowie tworzą pewną ca-

---

<sup>1</sup> „Właśnie to, że psychoanaliza oferuje teorie opisujące rozwój, mechanizm choroby i proponuje sposoby jej leczenia, sprawia, że jest ona dla mnie tak atrakcyjna” (Schier 2005, s. 17). W Berlinie co roku odbywa się Europejska Konferencja Badań w Dziedzinie Psychosomatyki.

łość). Tego typu relacje można porównać do nadmiernej ingerencji rodziców w sferę myśli, uczuć i zachowań swojego dziecka. Pilecka odwołuje się do modelu interakcyjnego w odniesieniu do dziecka przewlekle chorego, w tym z astmą (Pilecka 2002).

Należy dodać, iż podstawy teoretyczne terapii rodzin (Hellinger, Hovel 2003), uwzględniają zarówno paradygmat psychoanalityczny, jak i paradygmat systemowy.

### 1.2.3. Koncepcja behawioralna

Istnieje nurt poszukiwań badawczych, który przyczyny i przebieg choroby stara się wyjaśnić w świetle teorii uczenia się.

Ważne badania nad sugestią i jej wpływem na wystąpienie napadów duszności prowadził Luperllo wraz z zespołem współpracowników. Badania prowadzono między innymi w grupie dzieci. Przed eksperymentem dokonywano podstawowych pomiarów wydolności dróg oddechowych, a następnie informowano badanych, że będą wdychać preparat, który zawiera alergen mogący wywołać skurcz oskrzeli. W rzeczywistości substancja wprowadzona do inhalatora nie miała żadnego wpływu na funkcje układu oddechowego. Sugestia była jednak tak silna, że u 47,5% badanych nastąpił wzrost oporu dróg oddechowych dla przepływu powietrza, a u 30% rozwinął się pełny napad duszności. Grupy kontrolne (zdrowi i chorzy na astmę) nie ujawniły zmian w pracy układu oddechowego (Creer i wsp. 1988).

Istnieją farmakologiczne i psychologiczne metody, które pozwalają lekarzowi ocenić, w jakim stopniu zachowania te są reakcjami wyuczonymi, a tym samym wykluczyć fakt, iż dana osoba rzeczywiście jest chora. Dzieci z astmą wykazują nadreaktywność oskrzeli również w okresie klinicznie bezobjawowym, można ją ujawnić przez zastosowanie tzw. czynników wyzwalających. Mogą nimi być np. substancje farmakologiczne czy wysiłek, śmiech, kaszel (Piotrowski 1997).

Dzieci w wieku szkolnym potrafią wykorzystać kaszel, jako czynnik wyzwalający napad duszności, do rozwiązania swoich trudności związanych z nauką. Wyuczone zachowanie dzieci potwierdza zasadność koncepcji behawioralnej w wyjaśnieniu astmy.

#### 1.2.4. Koncepcja poznawcza

Przedstawiciele psychologii kognitywnej próbowali wyjaśnić rolę procesów poznawczych w rozwoju astmy w odmienny sposób.

Poznawcza koncepcja człowieka wskazuje na to, że powinien orientować się w tym, „jaki jest świat” i „jaki ja jestem”, aby móc efektywnie funkcjonować. System przekonań o sobie samym stanowi podstawę samokontroli i kierowania sobą (Kozielecki 2000).

W samoregulacji zachowania osób chorych na astmę dwa czynniki odgrywają istotną rolę: umiejętność podjęcia decyzji co do zachowań zdrowotnych oraz ustalenia sobie konkretnych wskazówek odnośnie do kolejnych reakcji samosterowania, zapobiegających napadom duszności. Sterowanie sobą polega na określeniu kolejnych czynności, które należy wykonać tak, aby uniknąć napadu duszności. Tu także istotny jest obraz własnej choroby – jaki jestem i co mogę zrobić, aby moje położenie życiowe było dobre. Dotyczy to zarówno przyjmowania leków, relaksacji obniżającej napięcie emocjonalne, jak i organizowania środowiska domowego w taki sposób, aby nie było w nim bodźców prowokujących wystąpienie napadów duszności.

Wypróbowane i utrwalone sposoby reagowania składają się na kompetencje skutecznego radzenia sobie z dolegliwościami choroby i ograniczeniami, jakie ona stwarza. Gromadzenie pozytywnych doświadczeń wzmacnia „ja sprawcze” pacjenta i wiarę w skuteczność podejmowanych czynności, a tym samym zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia lepszych rezultatów w radzeniu sobie z chorobą (Pilecka 1996).

Pełniejszy obraz mechanizmów reakcji patofizjologicznych o podłożu psychogennym przedstawia koncepcja behawioralno-poznawcza. Skupia ona elementy podejścia psychodynamicznego i biomedycznego, kładąc szczególny nacisk na rolę stresu. Zgodnie z tym podejściem, jeśli dojdzie do połączenia w czasie (uwarunkowania) reakcji bezwarunkowej, jaką jest skurcz oskrzeli, z bodźcem warunkowym, np. sytuacją wywołującą silny lęk, to od tej pory skurcz oskrzeli stanie się reakcją warunkową występującą zawsze, gdy pojawi się określony bodziec warunkowy, w tym wypadku lęk. W literaturze opisuje się przypadki złagodzenia przebiegu choroby, gdy u chorych mających duszności o podłożu psychogennym udało się odnaleźć moment uwarunkowania reakcji duszności pod wpływem traumatycznych zdarzeń związanych z przeżywaniem silnego stresu (Piotrowski 1997).

Choroba rozwinie się jednak tylko wówczas, gdy zaistnieją ku temu sprzyjające okoliczności, związane z czynnikami tkwiącymi w środowisku zewnętrznym dziecka.

W środowisku dziecka istnieją ponadto takie elementy, które sprzyjają działaniu czynników drażniących, ułatwiają one niejako transmisję zakażeń oraz wpływ różnych szkodliwych substancji na strukturę anatomiczną układu oddechowego oraz jego funkcje, np.: złe warunki higieniczne, trudne warunki materialne i mieszkaniowe dziecka.

Tak więc określony sposób reagowania emocjonalnego osoby z astmą ma swoje odbicie w specyficznym wzorze funkcjonowania fizjologicznego, który w sposób wtórny wpływa na czynności układu oddechowego.

Układ emocjonalny ma ponadto liczne połączenia z korą mózgową, poprzez które mogą realizować się działania hamujące kory na krążenie impulsów w jego strukturach, również informacje płynące z niższych pięter systemu nerwowego mogą wpływać na czynności określonych ośrodków korowych.

Związki te sugerują tezę o modyfikującej roli treści poznawczych w przebiegu reakcji emocjonalnych i związanych z nimi procesów fizjologicznych, a pośrednio funkcji oddechowych. Bodźce działające na receptory człowieka docierają do jego mózgu dwiema drogami, swoistymi i nieswoistymi. Te drugie biegną przez kolejne struktury układu emocjonalnego, w których przekazywane informacje ulegają specyficznemu opracowaniu, umożliwiającemu jednostce orientację w ich emocjonalnej wartości. Zmiany w ocenie znaczenia napływających informacji powodują „wysłanie” określonych „instrukcji”, modyfikujących reakcje fizjologiczne w strukturach nerwowych odpowiadających za wzór reakcji emocjonalnych.

Proces wartościowania aktualnie działających bodźców dokonuje się w kontekście wiedzy, jaką jednostka ma o sobie i o otaczającym ją świecie. Zakres tej wiedzy wyznacza, w jaki sposób ciągle napływające informacje percepcyjne są kodowane i włączane w istniejące schematy poznawcze oraz w jakim stopniu będą one decydować o emocjonalnej regulacji zachowania jednostki, a pośrednio, poprzez system nerwowy i hormonalny, o reakcjach fizjologicznych jej organizmu, w tym układu oddechowego (Pilecka 1990, 1996, 2002).

Klasyfikacja astmy jako choroby psychosomatycznej podkreśla siłę zależności czynników somatycznych i psychicznych oraz odmienność i niepowtarzalność choroby u każdej osoby.

### 1.3. Leczenie astmy

Działaniem wyprzedzającym leczenie powinno być zawsze zapobieganie. Polega ono na dwóch zasadach: unikanie kontaktu z alergenami i unikanie sytuacji ułatwiającej uczulenie. Odmiennej sposobem byłoby postępowanie eugeniczne, czyli unikanie kojarzenia się partnerów obarczonych chorobą alergiczną. W takiej sytuacji połowa potomstwa może ujawnić taką chorobę.

Bjorksten wylicza, że gdyby cała populacja fińska w wieku od 0 do 19 lat urodziła się w lipcu i sierpniu (a więc tuż po sezonie pylenia), to liczba dodatnich testów skórnych na pyłki brzozy byłaby o 28% niższa, traw odpowiednio o 22% niższa i chwastów odpowiednio o 19% niższa. Te same związki przyczynowe wykryto w uczuleniu na roztocza. Dzieci urodzone w korzystnych dla roztoczy miesiącach (maj – październik) wykazują większe ryzyko zachorowania na ten typ astmy. Podobnie kontakt z kotem w pierwszym roku życia (z psem w mniejszym stopniu) zwiększa ryzyko alergizacji na te zwierzęta (Droszcz 1991, s. 137-139).

Istotna wydaje się także walka z roztoczami bytującymi w kurzu domowym przez np.: stosowanie płynnego azotu na dywany i materace (np. Aca-ro-san), dokładne odkurzanie (odkurzaczami ekologicznymi) mieszkania i mebli, częste wietrzenie pokoju dziecka (optymalna temperatura 18°C).

Niektóre czynniki w procesie produkcji przeciwciał działają jak adiuwanty. Są nimi substancje wydzielane przez bakterie, wirusy, czynniki zanieczyszczenia środowiska (spaliny silników wysokoprężnych), dym tytoniowy. Ważnym czynnikiem zapobiegającym temu procesowi jest naturalne karmienie niemowlęcia (dostarczenie ciał odpornościowych typu IgG, co zwiększa siły obronne noworodka). W obecności dziecka obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu.

Konieczne jest usunięcie z pokoju dziecka zbędnych przedmiotów, na których mógłby osadzić się kurz, a także przedmiotów kurzochłonnych, tj. puszystych dywanów, mebli tapicerskich, pluszowych zasłon. Należy również zadbać o zmianę poduszek i kołder z pierza ptasiego na poduszki i kołdry z materiałów syntetycznych, zmienianie bielizny pościelowej przynajmniej co 7 dni, pranie jej w temperaturze ponad 60°C i prasowanie. Konieczne jest również obniżenie wilgotności w pomieszczeniu poniżej 50%, unikanie pokarmów powodujących zaostrzenie choroby. Przy uczuleniu na sierść zwierząt – usunięcie ich z domu i maksymalne ograniczenie możliwości kontaktu z nimi. Przy uczuleniu na pyłki roślin – ograniczenie przebywania wśród pól, łąk, lasów, sadów i parków w okresie kwitnienia roślin. U dzieci ze znacznym stopniem

alergizacji rezygnacja z ich uczęszczania do szkoły, a nawet rozważenie indywidualnego toku nauczania.

Na wydziale medycznym uniwersytetu w Arizonie przeprowadzono badania nad związkiem między paleniem papierosów przez rodziców i funkcjonowaniem płuc u dzieci do 12 roku życia, a będących biernymi palaczami przed 5 rokiem życia. Wyniki badań wykazały, że matki, które paliły 10 lub więcej papierosów dziennie, narażały dwukrotnie bardziej swoje dzieci na rozwój astmy, niż matki, które nie paliły bądź paliły mniej niż 10 papierosów dziennie. Matki te reprezentowały ten sam poziom wykształcenia (Martinez 1992, s. 21-26).

Podobne badania w zakresie zależności między paleniem tytoniu przez matki w ciąży a sprawnością wentylacyjną płuc dzieci w wieku szkolnym przeprowadzono w Polsce w Krakowie. Badanie terenowe zostało wykonane wśród 1129 dzieci, które uczęszczały do drugich klas szkół podstawowych w Krakowie. Wyniki badań potwierdziły, że wskaźniki sprawności wentylacyjnej płuc u dzieci matek, które paliły papierosy w ciąży, były istotnie niższe i że nie mogło to być wyjaśnione ekspozycją na bierne palenie tytoniu w życiu pozapłodowym. Zaobserwowane istotnie niższe wskaźniki przepływu mogły świadczyć o tym, że zmiany biologiczne pod wpływem dymu tytoniowego dotyczą zwężenia oskrzeli (Jędrychowski, Flak, Mróz 1997, s. 606-609).

Lis i Pietrzyk w swoich badaniach próbowali potwierdzić zależność występowania astmy oskrzelowej i jej objawów od faktu palenia tytoniu przez matkę i ojca. Grupę badaną stanowili uczniowie wszystkich klas VI i VII z losowo wybranych 40 szkół podstawowych Krakowa. Badaniami objęto 6722 uczniów, co stanowiło ok. 15% populacji krakowskich dzieci klas VI i VII. Badania przeprowadzono w latach 1992-1995. Stwierdzono znamieny związek występowania astmy oskrzelowej i jej objawów (z wyjątkiem duszności po wysiłku) z faktem palenia tytoniu przez matkę (Lis, Pietrzyk 1997, s. 611-616).

Kolejnym sposobem leczenia przyczynowego jest immunoterapia, czyli odczulanie swoiste. Odczulanie polega na obniżeniu wrażliwości dziecka na uczulające je substancje (alergeny). Łączy się to ze zmniejszeniem lub nawet ustąpieniem objawów choroby. Lekarz decyduje się na taką kurację u dzieci uczulonych na alergeny trudne do usunięcia z otoczenia. Wyniki odczulania oceniane są jako bardzo dobre u 70-80% dzieci leczonych w ten sposób. Zasada podawania szczepionek odczulających jest taka, iż początkowo podaje się małe dawki alergenów w krótkich odstępach czasu, natomiast wraz ze zwiększeniem dawki przedłuża się przerwy między nimi. Po osiągnięciu dawki maksymalnej

powtarza się ją, co miesiąc, przez 3-5 lat. Przy sezonowym uczuleniu na pyłki roślin stosuje się tzw. preparaty przeciwpylkowe.

Konieczność leczenia określonym zestawem leków uwzględnia kliniczny podział, oparty na przebiegu choroby.

Już wcześniej wspomniano, że astma oskrzelowa definiowana jest jako choroba o podłożu zapalnym, co wynika z obecności nacieków komórkowych zawierających eozynofile, komórki tuczne i limfocyty w błonie śluzowej oskrzeli. Doprowadziło to do weryfikacji postępowania terapeutycznego, w którym zasadniczym celem staje się nie, jak wcześniej, niwelowanie objawów (duszności), ale usunięcie leżącego u podłoża tych objawów procesu zapalnego. Leczenie objawów zapalnych spowodowało jeszcze większy niż dotychczas rozwój postępowania inhalacyjnego. Jest ono szczególnie preferowane, gdyż zapewnia bezpośrednie dotarcie leków do miejsca planowanego działania, zwiększając skuteczność terapeutyczną. W wielu przypadkach pozwala to na redukcję dawki leku oraz zmniejszenie objawów ubocznych wiążących się z systematycznym przyjmowaniem preparatów. Prekursorem leczenia inhalacyjnego astmy u dzieci i dorosłych jest Alkiewicz (1997).

Oto zasady leczenia farmakologicznego astmy przewlekłej. Ponieważ przewlekły stan zapalny błony śluzowej oskrzeli leży u podstaw patogenezy astmy, najważniejszą grupę specyfików niezbędnych do jej efektywnego leczenia stanowią leki przeciwzapalne. Pozwalają one na kontrolowanie choroby i jako jedyne stwarzają nadzieję na zahamowanie toczącego się w oskrzelach przewlekłego postępującego procesu.

Leki stosowane w leczeniu astmy:

- leki kontrolujące
  - glikokortykosteroidy wziewne
  - leki przeciwlukotrienowe
  - długo działające  $\beta_2$ -mimetyki + steroidy wziewne
  - teofilina o wolnym uwalnianiu
  - przeciwciała anti-IgE
  - steroidy systemowe
- leki interwencyjne
  - $\beta_2$ -mimetyki krótko działające wziewne
  - leki przeciwholinergiczne
  - steroidy systemowe
  - teofilina o szybkim uwalnianiu
  - formoterol wyłącznie u chorych otrzymujących przewlekłe glikokortykosteroidy wziewne
  - $\beta_2$ -mimetyki krótko działające, stosowane systemowo.

Po rozpoczęciu leczenia opracowanie dalszego planu postępowania polega na dostosowaniu zapotrzebowania na leki kontrolujące do poziomu wystarczającego do utrzymania kontroli choroby. Ponieważ astma ma zmienny przebieg, często może istnieć konieczność modyfikacji dawek, a nawet grup leków. Proces ten może być dwukierunkowy. Pacjenci mogą okresowo potrzebować zarówno intensyfikacji leczenia, jak i odpowiedniego zmniejszenia jego natężenia.

Poza stałym leczeniem, w przypadku wystąpienia skurczu oskrzeli chorzy powinni w razie potrzeby przyjmować krótko działające  $\beta_2$ -mimetyki. Częstość ich podawania i zużycie są jednym z kryteriów kontroli astmy (Bręborowicz i wsp. 2007, s. 136).

### Leczenie dzieci powyżej 6 roku życia

Schemat leczenia dzieci w wieku powyżej 6 lat jest taki sam jak młodzieży i dorosłych. Podstawową grupą leków używanych do kontrolowania astmy są glikokortykosteroidy wziewne. Oprócz nich tylko leki przeciwlukotrienowe są brane pod uwagę w monoterapii astmy (u chorych na astmę przewlekłą lekką). W przypadku konieczności intensyfikacji terapii, do leczenia podstawowego dołącza się inne grupy leków kontrolujących lub zwiększa dawkę wziewnych glikokortykosteroidów. Konieczność zastosowania leczenia skojarzonego stopnia 4 lub 5 wymaga konsultacji lekarza specjalisty alergologa lub pulmonologa.

Niezależnie od stopnia leczenia farmakologicznego, u wszystkich chorych prowadzone są działania związane z edukacją pacjentów, a także prowadzące do zmniejszenia narażenia na czynniki prowokujące wystąpienie objawów i zaostrzeń choroby.

Uznaje się, że 3-miesięczny okres kontroli choroby jest wystarczający do podjęcia decyzji o zmniejszeniu intensywności leczenia. W pierwszej kolejności należy rozważyć stopniowe zredukowanie dawki glikokortykosteroidu wziewnego (do dawki niskiej), a następnie odstawienie drugiego leku kontrolującego.

### Leczenie dzieci poniżej 6 roku życia

Schemat leczenia astmy u dzieci do 6 roku życia jest zbliżony do jego odpowiednika dla dzieci starszych. Jednak brak odpowiednich badań

u dzieci w wieku przedszkolnym uniemożliwia stosowanie niektórych leków (Tamże, s. 136).

#### 1.4. Charakterystyka rehabilitacji medycznej osób z astmą

Rehabilitacja to pojęcie pochodzące z języka łacińskiego i w ujęciu medycznym jest interpretowane jako leczenie usprawniające.

Twórca polskiej koncepcji rehabilitacji Dega definiuje rehabilitację jako działanie zmierzające do „przywrócenia choremu utraconych sprawności lub, jeśli to niemożliwe – wyrobienie zastępczych sprawności, które wyrównują ubytki funkcjonowania” (1983, s. 5).

Osoba niepełnosprawna podlega oddziaływaniom leczniczym, społecznym i zawodowym. Odpowiednio do tych oddziaływań mówi się o rehabilitacji medycznej (leczniczej), społecznej i zawodowej (*Rehabilitacja...* 1983; Ossowski 1999; Kowalik 2007).

Hulek uważa, że terminy rehabilitacja i rewalidacja są pojęciami bliskoznacznymi. Przy ich pomocy opisuje się proces powrotu w możliwie maksymalnym stopniu jednostki poszkodowanej na zdrowiu do normalnego życia. Nieodłącznym elementem leczenia jest rehabilitacja, do form której autor zalicza: „leczenie kliniczne, kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, terapię zajęciową” (*Pedagogika...* 1977, s. 22).

Dosłowne znaczenie pojęcia rewalidacja, pochodzącego z języka łacińskiego (*re* – znów, *validus* – mocny), to przywrócenie pełni sił osobom osłabionym poważną chorobą lub urazami (Okoń 1992, s. 176).

Proces rehabilitacji w zakresie poprawy sytuacji zdrowotnej dzieci z astmą obejmuje wiele kwestii, m. in.:

1. Samobadanie obturacji dróg oddechowych „PEF” (Peak Expiratory Flow), tj. pomiar szczytowego przepływu wydechowego, pozwala zaobserwować pogarszanie się stanu zdrowia, mimo braku objawów, i zmodyfikować leczenie umożliwiające zapobieganiu ciężkim napadom duszności (Droszcz 2002).
2. Leczenie ruchem – kinezyterapia (różne techniki leczenia ruchem, ćwiczenia oddechowe ogólnokondycyjne, zajęcia sportowe i turystyka), która pozwala opanować lęk przed ćwiczeniami poprawiającymi wydolność oddechową.

Latoś w swoich badaniach 47 dzieci astmatycznych (34 dziewczęta i 13 chłopców) w wieku 8-14 lat dokonuje oceny wydolności fizycznej i czynności płuc w wyniku realizacji programu aktywności ruchowej, w tym ćwiczeń oddechowych. Wyniki badań wskazują, że

dzieci z astmą poddane treningowi mogą nie tylko bezpiecznie dokonywać dużych wysiłków, w czasie których, jak i po ich zakończeniu, nie obserwuje się napadów duszności, ale mogą także zmniejszyć liczbę stosowanych leków i, co bardzo ważne, zwiększa się u nich próg tolerancji wysiłku (Latoś 1993, s. 35). Rehabilitacja ruchowa dzieci z astmą stanowi warunek skutecznego leczenia. Potwierdzają tę tezę badania Pirogowicz i wsp., realizowane przez środowisko naukowe we Wrocławiu (2006, s. 444-447).

3. Leczenie klimatyczne – najkorzystniejsze jest przebywanie w klimacie wysokogórskim, powyżej 2000 m n.p.m. Wysokość gwarantuje mniejszą koncentrację alergenów w powietrzu. Sama zmiana klimatu jest działaniem bodźcowym, pobudzającym oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową, wzmacniającą siłę układu immunologicznego.
4. Balneologia stanowi leczenie naturalnymi środkami, np. solanką (naturalne źródło wody w klimacie morskim), stosuje się ją do inhalacji i w niektórych postaciach astmy daje pozytywne rezultaty.
5. Akupresura – leczenie uciskiem i akupunktura – leczenie nakłuciami na zakończenia nerwowe układu wegetatywnego (tj. współczulnego i przywspółczulnego). W poszczególnych postaciach astmy dają one pozytywne efekty. Tego typu leczenie wymaga jednak dalszych badań.
6. Leczenie przy wytworzeniu pola magnetycznego, np. tzw. magnetronem. Prowadzi się badania nad efektywnością tego typu leczenia i pierwsze doniesienia są optymistyczne.
7. Odczulanie (immunoterapia) w leczeniu astmy jest nadal przedmiotem badań. Swoiste odczulanie można brać pod uwagę wówczas, gdy unikanie alergenu nie jest możliwe i gdy odpowiednie leczenie nie znosi objawów choroby. Warunkiem uzyskania pozytywnych wyników kuracji odczulającej jest właściwe dobranie preparatu oraz odpowiednio długi czas podawania. Stąd immunologia stanowi łączny proces rehabilitacyjno-leczniczy (Rogała 2008; Kuna 2008).

Mimo postępów w rozumieniu patomechanizmów astmy oskrzelowej oraz istnienia skutecznych leków, bez współpracy chorego nie obserwuje się zdecydowanie dobrych wyników leczenia i rehabilitacji tej choroby. Na skuteczność rehabilitacji medycznej wpływa edukacja chorego.

Celem działalności edukacyjnej jest nauczenie chorego zdrowego stylu życia, aktywnego współuczestnictwa w leczeniu i zmiany jego postawy z biernej na aktywną, przejmowania odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Cele edukacji zostają osiągnięte przez:

- przekazywanie wiedzy o chorobie i lekach (nazwy, dawki i podział na „stosowane ciągle” i „stosowane doraźnie”, działanie leków, w tym także niepożądane);
- nauczanie technik przyjmowania leków (np. z inhalatora ciśnieniowego, nebulizatora),
- nauczanie prowadzenia samokontroli (pomiarów PEF, interpretowania wyników, wyciągania wniosków),
- nauczanie rozpoznawania sytuacji, które mogą doprowadzić do nasilenia dolegliwości (ekspozycja, leki),
- nauczanie rozpoznawania pierwszych objawów obturacji oraz prawidłowego postępowania w tej sytuacji,
- nauczanie wskazań do wezwania pomocy doraźnej oraz określenie miejsca, gdzie taką pomoc można uzyskać,
- wyrobienie nawyku uczestniczenia w grach, zabawach i zajęciach sportowych,
- upoważnienie chorego do modyfikowania leczenia na podstawie obserwowanych u siebie objawów i wyników pomiaru PEF oraz wskazówek lekarza prowadzącego,
- zaopatrzenie chorego w dokumentację, zawierającą opis przebiegu choroby i leczenia, oraz pisemną instrukcję postępowania w razie zaostrzenia choroby.

Edukacja kierowana jest do chorego, jego rodziny, innych osób zajmujących się chorym – nauczycieli, wychowawców, trenerów (Latoś 1997; Pirogowicz i wsp. 2006).

Efektom prowadzonej edukacji jest poprawa wyników leczenia, zmniejszenie uczucia niepokoju i strachu wynikającego z choroby oraz zwiększenie aktywności ruchowej i fizycznej.

Ponadto badania wskazują na konieczność kontroli lekarskiej postępowania rodziców i dzieci w leczeniu astmy u dzieci. Przeanalizowano sytuację 1648 pacjentów astmatycznych i ich rodzin. 10 rodzin nie leczyło swoich dzieci, kwestionując potrzebę opieki lekarskiej, a 7 rodzin wyolbrzymiało objawy, celem uzyskania badań inwazyjnych i leczenia. We wszystkich tych rodzinach występowały zaburzenia o podłożu psychosocjalnym (Goddin, Kruth 1991).

W procesie rehabilitacji osób przewlekle chorych obowiązuje zasada kompleksowości, ponieważ człowiek stanowi jedność bio-psycho-społeczną. Różne rodzaje rehabilitacji mają ten sam cel – zdolność do samodzielnego życia osoby niepełnosprawnej (przewlekle chorej) (Kowalik 1993, 2007).

## WŁAŚCIWOŚCI PSYCHICZNE DZIECI Z ASTMĄ

Rozwój psychiczny dziecka wyraża się między innymi poziomem jego właściwości psychicznych. Są one podstawą funkcjonowania jednostki i wyrazem wydolności psychofizycznej. Przejawiają się w czynnościach człowieka rozumianych jako aktywność ukierunkowana na wynik i będąca wyrazem regulowania stosunków człowiek – świat.

Czynności psychiczne człowieka można podzielić na procesy poznawcze, które orientują nas w otoczeniu, czynności kontrolne odpowiedzialne za zgodność działania z wzorem czynności afektywnych, determinujących poziom energetyczny czynności i wyrażające stosunek podmiotu do przedmiotów, zjawisk i ludzi oraz czynności mnestyczne, umożliwiające zachowanie w pamięci trwałej doświadczeń podmiotu, tj. informacji, sygnałów działania, celów itp., które kierunkują naszą działalność, nadając jej określoną dynamikę (Gerstmann 1987, s. 55-109).

Właściwości psychiczne, a więc cechy charakterystyczne dla danego człowieka, są tematem rozważań wielu dyscyplin naukowych, tj. psychologii, socjologii a także coraz częściej różnych gałęzi medycyny. Szczególnie istotna wydaje się wiedza na temat właściwości psychicznych wpływających na funkcjonowanie i życie psychiczne człowieka w zdrowiu i chorobie (Wiener 1996).

Z punktu widzenia funkcjonowania dziecka z astmą istotne znaczenie mają takie właściwości psychiczne, jak: wydolność psychiczna, poziom neurotyczności, poziom samoakceptacji i akceptacji innych, właściwości kierunkowe oraz samopoczucie.

### 2.1. Wydolność psychiczna

Wydolność psychiczna wyraża się w spełnianiu żądań przystosowawczych otoczenia (Terelak 1995). W pedagogice specjalnej funkcjonował termin wydolności wysiłkowej, którą można utożsamiać z wydolnością psychiczną, jako cechy i sposobu funkcjonowania układu

nerwowego. Terelak ujmuje to szerzej, wydolność wysiłkowa byłaby elementem wydolności psychicznej.

W literaturze psychologicznej spotyka się pojęcia bliskoznaczne, stosowane zamiennie, tj. „tolerancja na frustrację”, „odporność na stres”, „odporność psychiczna”, „odporność emocjonalna” (Terelak 1995, s. 246).

Według Doroszewskiej poziom wydolności wysiłkowej jednostki, to „ogólny stan zdrowia somatycznego” a przede wszystkim „ogólny stan układu nerwowego”. Wydolność wysiłkowa zdaniem autorki wynika z: określonego typu układu nerwowego; umiejętności dostosowania się do nowych warunków; skłonności do pobudzeń czy do hamowania lub równowagi obu procesów; typu doświadczeń (Doroszevska 1989, s. 557-559).

U chorych na astmę wydolność w znaczeniu medycznym wiąże się z tolerancją wysiłkową. Astma oskrzelowa u większości z nich powoduje małą wydolność fizyczną, wyrażającą się w niskiej tolerancji wysiłkowej (Kuński 1994).

Dzieci w średnim wieku szkolnym i w okresie dorastania przechodzą szereg wewnętrznych przemian organizmu natury fizjologicznej i osobowościowej. Może to w znacznym stopniu wpłynąć na obniżenie ich wydolności, co wyraża się w poziomie odporności na stawiane zadania (Przetacznik-Gierowska, Włodarski 1994).

Pojęcie odporności zostało zaczerpnięte z nauk medycznych, a zwłaszcza z immunologii, gdzie *immunis* z języka łacińskiego oznacza uprzywilejowany, wolny od obciążeń. W wąskim znaczeniu odporność to zdolność organizmu do wytwarzania przeciwciał z chwilą zetknięcia się z drobnoustrojami chorobotwórczymi. W szerszym znaczeniu układ odpornościowy daleko wykracza poza zadania czysto obronne, ma również zdolność czynnego wsparcia organizmu. Tworzy on triadę, zwaną siecią neuro-hormonalno-odpornościową (Dąbrowski 1994).

W przypadku astmy atopowej reakcje immunologiczne należą do typu I nadwrażliwości (według Gella i Coombsa). U podłoża tego typu nadwrażliwości leżą reakcje alergenu z przeciwciałami klasy E, związanymi z receptorami powierzchniowymi komórek tucznych (bazofilii). Efekt kliniczny choroby związany jest głównie z wydzielaniem przez wymienione komórki mediatorów (np. histaminy) (Deptuła, Stosik 1997, s. 122).

Odporność psychiczna w ujęciu fizjologicznym, to wrodzone i nabyte cechy układu nerwowego, główna siła układu nerwowego, przejawiająca się w szybkości powstawania odruchów i długotrwałej pracy bez

przejawów świadczących o hamowaniu. Istotną rolę w zmniejszeniu odporności psychicznej odgrywa osłabienie układu nerwowego, jako że każda astenizacja obniża odporność na stres.

Odporność psychiczna w ujęciu psychologicznym wyraża się w następujących właściwościach: wysokiej sprawności umysłowej, pomimo nacisków otoczenia; korzystnej samoocenie – nadmiernie zawyżona bądź zaniżona samoocena koreluje z niską odpornością; w pozytywnych doświadczeniach związanych z sytuacjami trudnymi, czyli w doświadczeniach w radzeniu sobie z sytuacją trudną; w odporności na nadmierną stymulację stresową, w pozytywnych doświadczeniach wyrażających się w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych (tzw. parcjalne, czyli dotyczące jednej sfery zwiększenia odporności na stres), w silnej potrzebie osiągnięć (nadmiernie wysoka powoduje obniżenie odporności); oraz pozytywnej ocenie rzeczywistości.

Odporność na stres wyraża się także w efektywności funkcjonowania procesów, które są związane z kontrolą emocjonalną: uświadomienie sobie napięcia i treści emocji, co daje możliwość racjonalnego ich kontrolowania, stosowanie tego mechanizmu jest skuteczne dopóki napięcie nie osiągnie wysokiego poziomu, usuwanie ze świadomości emocji negatywnych (zamierzone zapomnianie), wywoływanie emocji neutralizujących lęk, wytwarzanie emocji pozytywnych, np. silne identyfikowanie się z grupą, wytwarzanie emocji ujemnych, typu agresywnego, wytwarzanie postawy lekceważenia niebezpieczeństwa i lekceważenia życia (Lewicki 1974; Jarosz 1988; Reykowski 1992; Terelak 1995).

Miarą odporności na stres jest próg tolerancji, czyli najniższy stopień obciążenia stresowego, przy którym zachowanie ulega dezorganizacji (Reykowski 1992). W tym ujęciu osobą odporną na stres jest taka jednostka, której zachowanie mimo wysokiego stresowego napięcia nie ulega dezorganizacji.

Oprócz przedstawionych właściwości kształtujących odporność, należy zaakcentować istotny udział czynników zewnętrznych, wynikających z natury funkcjonowania społecznego, które warunkują odporność psychiczną. Lewicki podkreśla wpływ stresu przy wzmożonym napięciu przez dłuższy okres na pojawienie się frustracji i nieadekwatnych form reagowania na bodźce (Lewicki 1974). U dzieci najczęstszym następstwem frustracji jest agresja i regresja (Obuchowska 1983, 2000).

Jarosz badając wpływ choroby na odporność psychiczną, proponuje odróżnić: „odporność na stresor” (sytuację trudną), która przejawia się względnie małą reaktywnością emocjonalną na czynniki stresowe oraz „odporność na stres”, czyli odporność psychiczną polegającą na zdolno-

ści zorganizowanego funkcjonowania mimo pobudzenia emocjonalnego (1988, s. 162). Obie definicje wydają się spójne, gdyż zwracają uwagę z jednej strony na źródła odporności na stres (reaktywność emocjonalną) a z drugiej, na sposoby radzenia sobie z nim. Pilecka w badaniach nad reakcjami dzieci młodszych i starszych chorych oraz zdrowych na frustrację chciała uzyskać odpowiedź, w jakim stopniu choroba i związane z nią okoliczności modyfikują sposób postrzegania barier i upokorzeń oraz reagowania na ich pojawienie się. Do badań wykorzystała Obrazkowy Test Frustracji Rosenzweiga (OTF).

Porównanie grup dzieci z astmą, mukowiscydozą oraz zdrowych pod względem sposobów reagowania na 24 sytuacje frustracyjne przedstawione na obrazkach pozwala dostrzec, że choroba w znaczący i specyficzny sposób zmienia wyrażanie agresji. W zachowaniu młodszych dzieci chorych na mukowiscydozę dominują reakcje ekstrapunitywne, które oznaczają kierowanie agresji przeciw otoczeniu. W zachowaniach tych wyrażają one protest, bunt i gniew przeciw bolesnym, często powtarzającym się badaniom i zabiegom, a zwłaszcza przeciw długotrwałej rozłące z domem, separacji od matki i najbliższych osób. Z badań autorki wynika, że dzieci astmatyczne podejmują rolę dziecka chorego później, gromadząc wcześniej pozytywne doświadczenia społeczne, tak jak każdy inny zdrowy rówieśnik. Otoczenie w zmysłowej percepcji chorych na mukowiscydozę niemal od początku jest niebezpieczne, zagrażające, dostarczające negatywnych doznań i przeżyć. W miarę rozwoju chorzy ci uczą się żyć z chorobą, akceptują swoje środowisko, zmieniają i przekształcają sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych tak, iż w wieku dorastania nie różnią się od pozostałych grup w częstotliwości podejmowania reakcji ekstrapunitywnych (Pilecka 1990, s. 21-26).

Powyższe rozważania nad wydolnością psychiczną nasuwają wniosek o zależności wydolności psychicznej i odporności psychicznej, które nie stanowią właściwości psychicznych absolutnie trwałych i niezmiennych.

Wydolność w pedagogice specjalnej rozpatruje się w kategoriach behawioralnych, czyli radzenia sobie z obciążeniami z zewnątrz. Natomiast odporność w psychologii rozpatrywana jest w kategorii cech osobowości, która jest mniej lub bardziej podatna na obciążenia z zewnątrz.

Wielokrotnie podkreślano dynamizm relacji, dużą reaktywność procesów psychicznych dziecka, a jednocześnie niedostateczne ukształtowanie mechanizmów adaptacyjnych młodego organizmu, „niewystarczająca odporność psychiczna stwarza niebezpieczeństwo dość szybkich zaburzeń w zachowaniu pod wpływem naporu sytuacji traumatycznych” (Janeczko 1977, s. 277).

Duży wpływ na wydolność psychiczną dziecka ma jego poziom odporności w sytuacji choroby. W wielu pracach traktujących o problemach rehabilitacji lub rewalidacji w przypadku choroby przewlekłej mówi się o celowości zwiększania odporności na stres (*Pedagogika...* 1977; Doroszevska 1989; Ossowski 1982, 1999; Kowalik 2007).

W literaturze psychologicznej wiele uwagi poświęcono wskaźnikom wydolności psychicznej.

Zdaniem Szafranica, istotnym wskaźnikiem wydolności psychicznej jest zdolność szybkiego i dokładnego przez dłuższy czas dostrzegania drobnych szczegółów w materiale pisanym, drukowanym lub tabelarycznym. Oznacza ona umiejętność wychwytywania i unikania błędów. Jest to rodzaj zdolności niewątpliwie istotnej w pracy ucznia, która stanowi prognozę powodzenia w szkole, a później w pracy zawodowej. Spostrzeganie można określić jako aktywność poznawczą, prowadzącą do powstania subiektywnego obrazu rzeczywistości (Szafraniec 1980).

W pracy szkolnej dziecka bardzo ważna jest taka cecha, jak uwaga, która wiąże się nierozzerwalnie z innymi czynnościami psychicznymi takimi, jak spostrzeganie, obserwacja, zapamiętywanie i myślenie. Uwaga stanowi tu szczególną właściwość rozwoju percepcyjnego, kierującą świadomość ucznia na określoną czynność, przedmiot itp.

Z punktu widzenia neurofizjologicznego uwagę określa się jako stan pobudzenia lub hamowania w odpowiednich ośrodkach kory mózgowej, umożliwiające podtrzymywanie uwagi w danym kierunku (*Psychologia...* 1995; Falkowski 2000).

Wielu psychologów jest zgodnych co do kwestii hamowania kory mózgowej określanej jako zdolność selektywna lub filtr informacyjny w zjawisku uwagi (Kozielecki 2000).

Astma i towarzyszące jej okoliczności stanowią wyraźne zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania procesów poznawczych, których zakłócenia nasilają się wraz z wiekiem pacjentów. W sposób bezpośredni wpływa ona na przebieg uwagi. Zakłócenia te wiążą się z hipoksją, spowodowaną niedotlenieniem krwi tętniczej w wyniku zaburzeń wymiany gazowej w płucach (podczas napadu duszności) oraz są wynikiem działania ubocznego leków stosowanych w leczeniu astmy. Uwaga zależy od poziomu nasilenia choroby oraz zastosowanego leczenia farmakologicznego.

Trudności w zapamiętywaniu mogą być następstwem zaburzeń procesów uwagi, którym przypisuje się ogromną rolę w modelach pamięci. Sądzi się, że informacja wchodzi do magazynu pamięci krótkotrwałej dopiero wówczas, gdy podmiot zwróci na nią uwagę, czyli ją zidentyfi-

kuje. Trudności dzieci z astmą w koncentracji uwagi to wynik szybko narastającego zmęczenia i wzmożonej pobudliwości psychoruchowej. Neurofizjologiczne podłoże tych objawów to astenizacja mózgu oraz dysregulacja układu wegetatywnego i wydzielania dokrewnego (Lewandowska i wsp. 1992). Wzmoczona reaktywność systemu nerwowego oraz podwyższona aktywność układu sympatyczno-adrenalinowego powodują zbyt szybkie wyczerpanie, „spalanie się” zasobów energii dziecka. Łatwo powstaje zespół przeciążenia, który zmniejsza efektywność zarówno procesów percepcji, jak i uwagi.

Ponadto choroba sama w sobie stanowi zagrożenie, którego antycypacja wyzwała silne emocje o znaku ujemnym, ulegające nadmiernej generalizacji. Należy również zaakcentować wpływ leków stosowanych w astmie na regulację emocjonalną chorych. Nadpobudliwość nerwowa wtórnie staje się przyczyną niższych efektów aktywności umysłowej młodzieży chorej na astmę, w tym takich zmiennych wydolności psychicznej, jak spostrzeganie i uwaga.

W pracy przyjmuje się za istotny wskaźnik wydolności psychicznej brak nieprawidłowości takich procesów, jak uwaga i spostrzeganie.

## 2.2. Skłonności neurotyczne

Istotnym czynnikiem określającym funkcjonowanie człowieka w aspekcie dynamicznym jest poziom neurotyczności.

Eysenck, który przyczynił się do rozpowszechnienia terminu neurotyzm, utożsamia go z emocjonalnością i definiuje: „jest to wrodzona predyspozycja autonomicznego układu nerwowego do reakcji silnej, szybkiej i nieadekwatnej na pewną klasę bodźców” (1965, s. 72).

Model teoretyczny w ujęciu Costy i McCrae zawiera korektę terminu neurotyzm w ujęciu Eysencka, który traktuje tę cechę jako właściwość różnicującą osobowość zdrową od chorej, a więc podatnej na nerwicę. Strelau lansuje nowe pojęcie – neurotyczność – z myślą, że nie implikuje ono patologii, a pojęcie neurotyzm może się tak kojarzyć (*Psychologia...* 2000).

Neurotyczność zdaniem Costy i McCrae „jest wymiarem odzwierciedlającym przystosowanie emocjonalne versus emocjonalne niezrównoważenie [...]. Neurotyczność oznacza podatność na doświadczenie negatywnych emocji, takich jak strach, zmieszanie, niezadowolenie, gniew, poczucie winy, oraz wrażliwość na stres psychologiczny” (Zawadzki i wsp. 1998, s. 13).

Autorzy ci uważają, że neurotyczność jako cecha niesie ryzyko zaburzeń zachowania, ale jest wymiarem normalnej osobowości. Interpretacja taka wskazuje na to, że dana osoba może wykazywać nasilenie tej cechy, a mimo to jest wolna od zaburzeń psychiatrycznych (Tamże, s. 14).

Współczesne koncepcje osobowości wskazują na konfigurację cech osobowości i stopień ich nasilenia, wzajemne zależności wyznaczają kierunek oraz nasilenie określonego zachowania (Pervin 2005). Jest jednak wiele wątpliwości w literaturze przedmiotu, np. pytanie o definicję cechy osobowości, o naturę i liczbę cech oraz o to, na ile kategoria cechy nazywa zachowanie, a na ile je tłumaczy?

Wcześniejsze spojrzenie na neurotyczność wyraźnie wskazuje na postrzeganie tej cechy osobowości w kategoriach patologii. Zdaniem Reykowskiego, osoba neurotyczna to taka, która przyjmuje formę działania polegającą na obronie (1977, s. 650). Spionek objawy zaburzeń neurotycznych dzieli na trzy grupy: steniczne (agresywność, nadrucliwość, impulsywność); asteniczne (lękliwość, bojaźliwość, zahamowanie); typ pośredni steniczno-asteniczny (agresywność – lękliwość, nadrucliwość – lękliwość, impulsywność – lękliwość) (1965, s. 260).

Wielu autorów wskazywało na to, że neurotyzm to cecha osobowości, charakteryzująca się podwyższonym poziomem lęku. Niski poziom neurotyzmu pozwala na prawidłowe funkcjonowanie, natomiast wysoki jego poziom wpływa dezintegrująco w sposób negatywny na osobowość dziecka (Spionek 1965; Dąbrowski 1981; Kępiński 1983).

W psychologii obok neurotyzmu znajduje się bliskoznaczne terminy takie, jak: „nerwowość, wzmożona pobudliwość nerwowa czy psychiczna” (Obuchowska 1983).

Często stosowanym pojęciem w psychologii klinicznej jest nadpobudliwość psychiczna (emocjonalna). Mówi się o roli specyficznego reagowania jako nadmiernego w stosunku do siły i znaczenia bodźca (Perzanowska 1985; Jarosz 1988; Pilecka 1996).

Nerwowość jest określana jako sygnalizacja zmian patologicznych. Towarzyszą temu objawy kliniczne takie, jak: drażliwość, poczucie zmęczenia, lęki i bóle głowy. Może nastąpić nasilenie zmian patologicznych osobowości – od nadmiernego pobudzenia emocjonalnego w odpowiedzi na otaczające bodźce do nerwowości, aż w końcu do rozwoju nerwicy (Obuchowska 1983).

Kępiński „neurotyka” przedstawia jako osobę popełniającą „błędy i wypaczenia”, które wpływają na rozwój nerwicy (1983, s. 238). Konstelacja określonych cech osobowości może powodować, jak wskazuje

Obuchowska, większą lub mniejszą podatność na zaburzenia, lecz to, czy pojawiają się one w zachowaniu dziecka, zależy od układu czynników nerwicorodnych występujących w jego środowisku. Autorka wskazuje na korelację zaburzeń zachowania z konfiguracją cech. Obuchowska dodatkowo proponuje ujęcie systemowe w wyjaśnianiu zaburzeń zachowania u dzieci (1983).

Doroszewska czynniki nerwicorodne określa jako neurotyzujące. U przewlekle chorego zalicza do nich: oczekiwania na badania lekarskie, hospitalizację, wyobcowanie ze społeczności współchorych np. poprzez umieszczenie go w izolatce w chwili infekcji (1989).

Dziecko chore na dychawicę oskrzelową narażone jest na wiele urazów psychicznych, które mogą nasilać neurotyczność, zaburzając rozwój osobowości (Jarosz 1988; Jankowski 1979).

Do najczęstszych czynników wywołujących te urazy należą: fizyczne objawy choroby (napady duszności), stany lękowe, niepokój o dalszą przyszłość; pobyty w szpitalach lub sanatoriach i związana z nimi rozłąka z rodziną, szkołą i rówieśnikami; częste ograniczenia ruchu i wszelkiej aktywności, uczucie bezsilności, skrzywdzenia i mniejszej wartości w porównaniu z innymi zdrowymi dziećmi; postawy rodzicielskie i ogólna sytuacja rodzinna (Lewandowska i wsp. 1992, s. 879).

Zaburzenia nerwicowe występują coraz częściej u dzieci z dolegliwościami somatycznymi. Jednym z typowych objawów nerwicy jest nadmierna generalizacja pobudzeń przebiegających w centralnym układzie nerwowym. Reakcje o charakterze pobudzeń patologicznych cechują się dużą trwałością, są uporczywe i trudno je poddać prawom fizjologicznego wygaszania.

Nerwicowe rozregulowanie zaburza pewien porządek, powodując poważne zakłócenia w czynnościach psychofizycznych. Stąd bogactwo, zmienność i zróżnicowanie indywidualne obrazu zaburzeń.

U wielu dzieci dominują objawy lęku i strachu lub trudności w skupieniu uwagi oraz niepokój i rozdrażnienie. U innych dzieci emocje patologiczne mogą ujawniać się w dysfunkcji somatycznej (np. dzieci z astmą oskrzelową). W okresie dojrzewania może niekiedy pojawić się nerwica natręctw pod postacią obsesji lub kompulsji. U wielu dzieci na plan pierwszy wysuwają się – obok emocji agresji i gniewu – zaburzenia zachowania bądź w postaci spowolnienia, zahamowania, lenistwa, bądź też w postaci nadmiernej ruchliwości, krzykliwości, arogancji (Ranschburg 1980; Obuchowska 1983).

Gdy skłonności neurotyczne osiągną wysoki stopień zaburzenia, obok lęku pojawia się wtórnie egocentryzm oraz towarzyszące tym ob-

jawom zaburzenia ze strony układu wegetatywnego. Jeśli zaburzenia ze strony tego układu są dominujące, mówi się o nerwicy wegetatywnej (Obuchowska 1983; Kępiński 1983).

Problematyka lęku analizowana jest w pracach fizjologicznych, psychologicznych, medycznych a także pedagogicznych. Każda z tych dziedzin w różnicowany sposób traktuje problem lęku i opisuje jego przyczyny, symptomy oraz skutki. Lęk nie powinien być rozpatrywany tylko w kategoriach negatywnych, bowiem człowiek go pozbawiony byłby niezdolny do unikania sytuacji niebezpiecznych. Wysoki poziom lęku działa dezintegrująco, natomiast niski poziom działa integrująco na osobowość dziecka.

Kępiński wyróżnia cztery grupy sytuacji wyzwalających postawę lękową: związane z bezpośrednim zagrożeniem życia, z zagrożeniem społecznym, z niemożnością dokonania właściwego wyboru aktywności i z zachowaniem istniejącej struktury interakcji ze światem zewnętrznym (Kępiński 1983).

Zachowania patologiczne podyktowane wysokim poziomem lęku u dzieci mają często charakter symboliczny i stanowią pewien rodzaj obrony, dzięki nim zmniejsza się stan napięcia lękowego. Długotrwałe lub silne przeżycia lękowe mogą doprowadzić do trwałych zmian o charakterze nerwicowym.

Istnieje pogląd, że lęk przed wieloma sytuacjami oraz niepewność wiążąca się ściśle z obniżeniem poczucia własnej wartości są punktem wyjścia zachowań agresywnych. Przyjmując, że agresja jest wyrazem poczucia zagrożenia i sposobem kompensacji kompleksu niższości, można łatwiej zrozumieć zachowania agresywne u dorastającej młodzieży, niekoniecznie wynikające z sytuacji choroby. Zachowania patologiczne są tu wzmocnione przez wzrost poczucia własnej mocy.

Nawyki dziecięce, takie jak obgryzanie paznokci, ssanie palca czy dłubanie w nosie są przejawami silnego wzruszenia, zakłopotania, wyrazem lęku i stanowią często uporczywy objaw nerwicowy, przybierający niekiedy postać tików (Ranschburg 1980).

Cechą charakteryzującą dziecko lękliwe jest przewidywanie zagrożenia i porażki w każdej nowej sytuacji, która w odczuciu subiektywnym jest niebezpieczna. Stała postawa obronna powoduje, że dzieci funkcjonują poniżej swych umiejętności. Należy podkreślić, że ukształtowanie się osobowości lękliwej lub agresywnej zależy od postaw rodzicielskich.

Postawa ciepła pobłażliwa i zimna pobłażliwa sprzyjają rozwojowi osobowości w kierunku agresywnym. Natomiast postawa ciepła ograni-

czająca i zimna ograniczająca sprzyjają rozwojowi osobowości w kierunku lęklivosti (interpretacja postaw rodzicielskich została przedstawiona w trzecim rozdziale części teoretycznej). W okresie dojrzewania lęki wieku dziecięcego na ogół jeszcze się pogłębiają, mogą także powstać nowe. Lęki w tym okresie wynikają z postaw rodzicielskich w okresie dziecięcym (Ranschburg 1980, s. 72).

Obuchowska postaci lęku u dzieci klasyfikuje jako: niepokój, lęk przedmiotowy i ataki lękowe.

Niepokój to lęk o charakterze stałym, nieokreślonym, zwany w literaturze także lękiem nieuprzedmiotowionym. Tę postać lęku wywołują traumatyzujące postawy rodzicielskie oraz nadmierne wymagania społeczne, które kończą się ciągłymi niepowodzeniami szkolnymi. Trwały niepokój wyraża się w formie zaburzeń psychosomatycznych, negatywnych nastrojów, różnorodnych obaw, wzmożenia napięcia mięśniowego, przykrych stanów wewnętrznych, podobnych do przeżyć przed egzaminem. Trwały niepokój był przedmiotem wielu badań (*Psychologia...* 2001).

Lęki przedmiotowe mają charakter nerwiczny wówczas, gdy utrwały się i występują bez związku z sytuacją realnego zagrożenia. W zespołach symptomów nasilonych, np. w zespołach typu natręctw, lęki dotyczą myśli, czynności, w wypadku fobii – określonej sytuacji.

Nagłe ataki lękowe u dzieci związane są najczęściej z lękami nocnymi, którym towarzyszą wyraźne komponenty fizjologiczne. Do objawów najczęściej należą: bicie serca, uczucie duszności, poty, drżenie ciała itp. (Obuchowska 1983, s. 281-283). Poziom lęku podwyższa się z czasem, często przybierając postać fobii.

Hadley i Staudacher wyróżnili następujące fazy mechanizmów fobii: nierealistyczna ocena sytuacji przez chorego, prowadząca do stanu ciągłego napięcia, chory zaczyna bać się lęku, co potęguje lęk; kolejny etap to generalizacja, chory zaczyna się bać wszystkiego, co może przyczynić się do wywoływania podobnych objawów; postawa unikania bodźców (sytuacji, osób, rzeczy) wywołujących lęk. Fobie przyczyniają się do powstania lub nasilenia duszności; wskazują, że chorzy często potrzebują profesjonalnej pomocy, by przezwyciężyć narastające objawy (Lewandowska i wsp. 2006, s. 74).

Istotny obok lęku objaw osiowy zaburzeń nerwicowych, to egocentryzm. „Neurotyk zawsze jest egocentrykiem w tym znaczeniu, że jest całkowicie pogrążony i skoncentrowany na sobie” (Horney 1993, s. 389). Taki sam problem dotyczy także dorosłych, akcentuje autorka.

Reykowski osobę egocentryczną określa jako tę, u której dominuje koncentracja na własnej osobie i własnym punkcie widzenia. Egocen-

tryzm, jego zdaniem, utrudnia zrozumienie otoczenia i kontakt społeczny (1992, s. 173).

Zdaniem Kępińskiego egocentryzm jest cechą normalnie występującą u każdego człowieka. Nerwicowy egocentryzm jest zaostrzeniem tej cechy. Ten wybitny psychiatra uważał, że: „Egocentryzm jest subiektywnym wyrazem faktu, iż jest się centralnym układem odniesienia” (1983, s. 167).

Zarówno w psychologii, jak i psychiatrii jest wiele stanowisk dotyczących egocentryzmu u dzieci. Genezę egocentryzmu dziecięcego można uogólnić w myśl trzech różnych koncepcji:

1. Egocentryzm jest właściwością rozwoju dziecka;
2. Egocentryzm jest wyuczony;
3. Egocentryzm ma charakter wrodzony (Obuchowska 1983, s. 287-289).

Egocentryzm w myśl pierwszej koncepcji wynika z bezradności dzieci w pierwszych latach życia, gdy konieczna jest opieka ze strony innych osób, i z dążenia małego dziecka do zaspokajania swoich potrzeb (Hurlock 1985; Kępiński 1983).

Egocentryzm jako zachowanie wyuczone może wynikać między innymi z błędów wychowawczych rodziców. Hurlock do błędów wychowawczych zalicza: nadmierną opiekuńczość (dzieciom inni usługują i chronią je przed szerszymi doświadczeniami, jakie przeżywają ich rówieśnicy), faworyzowanie przez rodziców (dzieci te nabywają przeświadczenie o własnym znaczeniu), aspiracje rodzicielskie (zachęcają dzieci do egocentryzmu w dążeniu do celu) (1985, s. 484).

Egocentryzm ma charakter wrodzony, tak brzmi trzecia koncepcja interpretacji tego problemu. Zdaniem Kępińskiego egocentryzm to podstawowy mechanizm zaspokajania własnych potrzeb (1983, s. 167).

Zewnętrznie egocentryzm nerwicowy u dzieci może przejawiać się w dwojaki sposób:

- aktywny, gdy dziecko sprytem, siłą dąży do uzyskania zamierzonych efektów,
- pasywny, gdy dziecko zmusza otoczenie do zaspokajania swoich potrzeb przez płacz, okazywanie słabości i rezygnacji (Obuchowska 1983, s. 298).

Analizując problematykę egocentryzmu w świetle koncepcji nerwic dziecięcych Obuchowskiej, można powyższe rozważania podsumować cytatem: „Egocentryzm nerwicowy jest – podobnie jak lęk – przejawem i zarazem skutkiem nerwicy” (1983, s. 291).

Dziecko neurotyczne o wysokim poziomie lęku poszukuje różnych sposobów, aby ów poziom obniżyć lub zredukować. Tym samym jego aktywność koncentruje się wokół siebie, co rozwija egocentryzm.

Nadmierne pobudzenie autonomicznego układu vegetatywnego towarzyszy stanom z podwyższonym poziomem lęku, szczególnie, gdy ma on charakter przewlekły. Struktura vegetatywna każdego człowieka jest uwarunkowana genetycznie.

Do najczęstszych dolegliwości, wynikających z nadmiernego pobudzenia układu vegetatywnego u dzieci zalicza się: wymioty, brak łaknienia, moczenie (Obuchowska 1983, s. 67), inne objawy, to: bezsenność, bóle głowy, bóle serca, duszność, bóle brzucha, zaburzenia seksualne, bóle wędrujące, umiejscawiające się w różnych częściach ciała, mrowienie, drętwienie palców rąk i nóg (Kepiński 1983, s. 148).

Gdy objawy ze strony układu vegetatywnego są dominujące w zespole innych zmian patologicznych, określane są jako nerwica vegetatywna lub dystonia vegetatywna. Opisane objawy, występujące u dzieci i młodzieży, wymagają zawsze badań eliminujących organiczne pochodzenie zaburzeń (Bilikiewicz 2004).

Warto w tym miejscu zauważyć, iż specyficzne funkcjonowanie układu vegetatywnego u dzieci z astmą predysponuje je do zaburzeń vegetatywnych.

Z punktu widzenia neurofizjologii i neurochemii w patogenezie i przebiegu astmy oskrzelowej ważną rolę odgrywają dwa układy: cholinergiczny i adrenergiczny. W pierwszym stymulacja (chemiczna, termiczna i mechaniczna) nerwu błędnego może nastąpić pod wpływem działania bodźców emocjonalnych, zwłaszcza lękorodnych, które wzmagają czujność układu sympatycznego i parasympatycznego na poziomie podwzgórza. Aktywacja gałęzi trzewnej tego nerwu może prowadzić do podrażnienia receptora cholinergicznego komórek tucznych płuc i wyzwolenia mediatorów chemicznych, dających w końcowym efekcie skurcz oskrzeli.

Drugi układ stanowią beta i alfa receptory adrenergiczne. U osób chorych na astmę zaobserwowano częściową blokadę beta receptorów, powodujących skurcz oskrzeli. Badania zaś nad neurofizjologicznymi mechanizmami wykazały, że bodźce lękorodne aktywują poszczególne analizatory odpowiadające za nadwrażliwość pewnych systemów receptorowych. Działanie to odbywa się prawdopodobnie na pierwszej stacji przełączeniowej dróg aferentnych, tzn. we wzgórzu. Być może efekt czynności wzgórza, np. przy powtarzającym się działaniu podobnych bodźców lękorodnych, wzmacnia nadwrażliwość receptorów adrenergicznych w oskrzelach (Droszcz 1980, 2002).

Wartym podkreślenia jest także fakt, iż reakcje vegetatywne podlegają warunkowaniu nie tylko klasycznemu, ale i instrumentalnemu.

Może wystąpić u dziecka wytworzenie się przypadkowych odruchów warunkowych, prowadzących do patogennych reakcji wegetatywnych, np. napady duszności mogą być wyuczonym sposobem reagowania na pewien typ napięcia (zależność tę szerzej opisano w ramach koncepcji behawioralnej).

Częściej można wnioskować o skłonnościach neurotycznych na podstawie analizy dotyczącej zaburzeń emocjonalnych. W literaturze przedmiotu spotyka się wiele sądów, hipotez i teorii, próbujących wyjaśnić związek emocji z genezą i przebiegiem astmy.

Przedstawiciele koncepcji psychoanalitycznej (Alexander 1952; Meijer 1979; Renne i Creer 1985) uznali, iż traumatyczne doświadczenia doznawane w dzieciństwie mają podstawowe znaczenie dla powstania i rozwoju astmy.

Pojawienie się napadów astmy kojarzono z sytuacją wczesnej separacji dziecka od matki, która mogła rzeczywiście nastąpić albo mogła mieć charakter symboliczny, czyli oznaczać niebezpieczeństwo utraty miłości matki. Poza tym przypuszczano, że astma może rozwinąć się jako następstwo nieprawidłowo rozwiązanego konfliktu typu: zależność – niezależność. Więzy uczuciowe między matką a dzieckiem astmatycznym charakteryzują się wzmożoną zależnością i stanowią główną przeszkodę w zdobyciu samodzielności. Dziecko kocha matkę, ale jednocześnie stanowi ona obiekt jego negatywnych uczuć: gniewu, złości, wrogości, a w następstwie agresji.

Uczucia te nie zawsze mogą być ujawnione na zewnątrz, ulegają więc tłumieniu, hamowaniu lub zostają skierowane przeciwko samemu sobie. Blokowanie emocji i uczuć o znaku ujemnym powoduje wzrost pobudzenia, wywołującego napady duszności.

Kolejny kierunek badań zmierza do wyjaśnienia zależności pomiędzy napadami astmy, emocjami a charakterystycznymi cechami funkcjonowania układu oddechowego, wegetatywnego, dokrewnego, nerwu błędnego czy wreszcie centralnego układu nerwowego chorych. Badania te potwierdzają, iż np.: lęk, gniew i sugestie napadu duszności zwiększają opór w drogach oddechowych, który z kolei może być obniżony przez sugestię techniki relaksu. Wyniki eksperymentów sugerują, że astma sama przez się może być bodźcem psychicznym wyzwalającym kolejne napady duszności. Eksperymenty te miały charakter laboratoryjny, nie zawsze znajdujący potwierdzenie w naturalnych sytuacjach życiowych (Clark i wsp. 1984).

Inne badania z zakresu neurofizjologii pozwalają uznać wegetatywno-somatyczne komponenty emocji za ogniwo pośredniczące pomiędzy

zmiennymi osobowościowymi i sytuacyjnymi a rozwojem choroby. Szczególnie wiek dziecka, czas trwania, a zwłaszcza stopień ciężkości choroby mają decydujące znaczenie w powstawaniu zaburzeń rozwojowych (Goddling, Kruth 1991; Pilecka 1988; Lewandowska i wsp. 1992).

Lewandowska i wsp. w grupie 35 dzieci w wieku 6-17 lat z astmą oskrzelową stwierdzili następujące zaburzenia rozwoju psychicznego związane z chorobą: mikrouszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, obniżoną sprawność intelektualną i zaburzenia sfery emocjonalnej – głównie w postaci nadmiernego lęku lub agresji. Występowały one częściej wśród dzieci dłużej i ciężiej chorujących niż wśród dzieci z łagodnym przebiegiem astmy.

Wśród wymienionych zaburzeń rozwoju dominowały zaburzenia sfery emocjonalnej. Występujące u większości dzieci z ciężkim przebiegiem astmy, a tylko u  $\frac{1}{4}$  dzieci z lżejszym przebiegiem choroby, mikrouszkodzenia o.u.n. (potwierdzone u 50% przypadków badaniem EEG) wynikają z trwających długo okresów niedotlenienia i możliwości uszkodzenia układu nerwowego w wyniku napadów duszności. W mikrouszkodzeniach o.u.n. naukowcy dostrzegają także jedną z przyczyn występowania (tylko u dzieci o ciężkim przebiegu choroby) zaburzeń emocjonalnych w postaci nadmiernej agresji, spowodowanych, być może, istnieniem dyskretnych cech charakteropatycznych. Wszystkie dzieci o ciężkim przebiegu choroby przejawiały zaburzenia emocjonalne: 50% z nich w postaci nadmiernego lęku, 50% z powodu wzmożonej agresji. Wśród dzieci o lżejszym przebiegu choroby tylko połowa przejawiała zaburzenia emocjonalne i to wyłącznie w postaci nadmiernego lęku (Lewandowska i wsp. 1992, s. 879-880).

Na podstawie analizy zachowania dzieci z astmą można wnioskować o ich zaburzeniach emocjonalnych.

McNichol wraz ze współpracownikami w celu potwierdzenia tej tezy prowadził rozległe badania nad emocjonalnymi aspektami zachowania się dzieci astmatycznych. Autorzy wyselekcjonowali do badań liczną, 314-osobową grupę dzieci chorych na astmę w wieku 7-14 lat, a następnie podzielili ją na 4 podgrupy: A, B, C, D, przyjmując za kryterium stopień ciężkości astmy ustalony według wskaźników klinicznych, fizjologicznych i alergicznych. Do grupy A (64 osoby) – zaliczyli dzieci, które miały nie więcej niż 5 napadów duszności do 14 roku życia, do grupy B (87 osób) – zaliczyli te dzieci, które miały więcej niż 5 ataków, ale ataki te nie występowały w 14 roku życia badanych, stanowiącym granicę kryterium wiekowego, do grupy C (106 osób) – zaliczyli dzieci, u których napady duszności zdarzały się więcej niż 5 razy w ciągu roku

i wystąpiły w ciągu ostatnich 12 miesięcy, i wreszcie do grupy D (57 osób) – zaliczyli dzieci o dużej częstotliwości ataków, z których co najmniej 10 miało miejsce w ostatnich miesiącach, astma miała w tych przypadkach charakter chroniczny.

Równorzędne badania zostały przeprowadzone przez zespół McNichola w grupie kontrolnej obejmującej 85 uczniów zdrowych.

Wyniki badań przedstawione przez McNichola i jego współpracowników nie ujawniły specyficznych zaburzeń w zachowaniu dzieci z astmą. Jedynie pacjenci grupy D manifestowali więcej zaburzeń emocjonalnych niż uczniowie zdrowi ( $p < 0,05$ ). W czasie rozmów byli oni niespokojni, lękliwi, domagali się szczegółowych wyjaśnień podczas zabiegów. Nauczyciele przypisywali im wyższe oceny w skali lęku niż badanym z grupy A. Nie stwierdzono natomiast różnic w fizjologicznych komponentach tej emocji oraz w częstości występowania takich zaburzeń, jak: moczenie nocne, obgryzanie paznokci, tiki, jękanie. Grupa D charakteryzowała się ponadto wyraźnie niższą dojrzałością społeczną w porównaniu z uczniami zdrowymi ( $p < 0,02$ ). Badani cierpiący na ciężką astmę oczekiwali zainteresowania, uwagi i uczuć, szczególnie ze strony matki. Zachowania agresywne oceniały trzy osoby: matka, lekarz i nauczyciel. Wszyscy badani z podobną częstością przejawiali ataki agresji fizycznej. Chorzy z grupy C i D istotnie częściej niż pozostali dokonywali przemieszczenia agresji, a pacjenci z ciężką postacią astmy wyrażali swój gniew i wrogość przede wszystkim w reakcjach werbalnych. Nie uczestniczyli w procesie leczenia. Natomiast w szkole najbardziej agresywni byli chorzy z grupy A (McNichol, Williams 1973, s. 4).

Lebowitz, Thompson i Strunk przeprowadzili badania w grupie 58 chłopców i dziewcząt w wieku 11-17 lat, potwierdzając zależność przebiegu astmy od właściwości psychicznych. Autorzy zastosowali Kwestionariusz Symptomów Astmy (ASC–Asthma Symptom Checklist). Badani różnili się czasem trwania choroby, jej genezą oraz stopniem ciężkości. Większość z nich cierpiała na astmę atopową, 14% dotkniętych było ciężką postacią tej choroby, 38% – umiarkowaną, a 48% – lekką.

Kwestionariusz składa się z 77 krótkich stwierdzeń (np.: ciężki oddech, krótki oddech, zmęczony, boję się) dotyczących symptomów choroby, cech nastroju, samopoczucia itp., których częstość występowania u siebie badany ocenia na pięciostopniowej skali: nigdy, prawie nigdy, czasami, prawie zawsze, zawsze.

Analiza czynnikowa uzyskanych wyników ujawniła istnienie 5 wiązek cech, które autorzy nazwali: 1) astma, 2) lęk, 3) rozdrażnienie,

4) zmęczenie, 5) poczucie nieszczęśliwości – obawa. Pierwszy czynnik (astma) wyjaśniał 22,8% zmienności wyników i obejmował 5 cech związanych z funkcjonowaniem układu oddechowego (trudności w oddychaniu, fuczenie, szybkie oddechy, zniekształcenie klatki piersiowej). Drugi – lęk – skupiał następujące objawy: nieuzasadniony strach, lęki, martwienie się z błahych powodów, nerwowość. W skład trzeciego czynnika (rozdrażnienie) wchodziły takie cechy, jak: wigor, poczucie izolacji, drażliwość i nerwowość. Podobnie jak lęk, czynnik ten występował częściej w wypowiedziach młodzieży. Czynnik czwarty (zmęczenie) i piąty (poczucie nieszczęśliwości – obawa) tylko w niewielkim stopniu wyjaśniały zmienność zachowania badanych.

Analiza korelacyjna wyróżnionych czynników pozwoliła autorom ułożyć je w trzy odmienne kombinacje:

I astma – lęk – rozdrażnienie,

II lęk – rozdrażnienie – poczucie nieszczęśliwości,

III astma – rozdrażnienie – zmęczenie.

Zdaniem autorów wszystkie cechy w sposób bezpośredni lub pośredni łączyły się z czynnikiem I, czyli objawami somatycznymi astmy. Jedynie poczucie szczęścia lub jego brak – stwierdzili – nie zależę od przebiegu choroby.

Ponadto analiza korelacyjna między wyróżnionymi wyżej czynnikami a zmiennymi związanymi z historią choroby, wykazała pewne różnice. Czynnik ten koreluje z charakterystykami chorobowymi astmy. Zmienne psychologiczne jak gdyby nie zależały od zmiennych dotyczących choroby. Należy jednak pamiętać, że grupa badanych osób nie była jednorodna, większość spośród nich była dotknięta lekką i umiarkowaną postacią astmy (Lebowitz i wsp. 1981, s. 4).

Ciekawe badania dotyczące przeżywania konfliktów emocjonalnych przez dzieci chore na astmę w porównaniu z dziećmi zdrowymi przeprowadziła Perzanowska. Autorka dokonała analizy treści i nasilenia konfliktów emocjonalnych ujawnionych przez dzieci z astmą. Zbadała grupę 54 dzieci leczonych sanatoryjnie w wieku od 7 do 14 lat, wykorzystując w badaniu Test Zdań Niedokończonych w układzie Kostrzewskiego. Zarówno w młodszej (7-10 lat), jak i starszej grupie (11-14 lat) dominującą sferą konfliktową była sfera lęków i obaw. Dotyczyły one najczęściej problemów związanych z chorobą, jej objawami i towarzyszącymi zabiegami. U dzieci starszych uwidoczniły się ponadto obawy przed nieuleczalnością choroby, śmiercią i utratą bliskich (Perzanowska 1985, s. 59-64).

Baron z zespołem współpracowników na potrzeby diagnozy klinicznej dzieci dokonali adaptacji testów służących do badania zachowań

chorobowych w astmie, a opracowanych przez Kinsmana, Dirksa i Jonesa (BAIB – Bartery for Asthma Illness Behavior). Badania przeprowadzono w grupie 34 pacjentów w wieku 9-15 lat. Podstawę określenia roli cech osobowości dzieci cierpiących na astmę w przebiegu tej choroby i efektywności leczenia stanowiła analiza korelacyjna wyników w BAIB z danymi wywiadu psychologicznego. Autorzy w badanej populacji wyróżnili 3 typy chorych: czujny obserwator (chory jest bardzo wrażliwy, dostrzega wszystkie symptomy poprzedzające atak); ignorant (chory neguje istnienie choroby, lekceważy wskazania lekarzy); prawdziwy realista (właściwie ocenia stan swojego zdrowia, wspomaga proces leczenia swoim zachowaniem).

Pierwsza grupa chorych ujawnia wysoki poziom lęku, dostrzega u siebie wiele objawów choroby i przyjmuje dużo leków. Druga grupa charakteryzowała się niskim poziomem lęku. Dzieci przejawiające tę postawę są pasywne, bierne, ukrywają swój lęk i strach, lekceważą symptomy choroby, nie potrafią właściwie ocenić swojej sytuacji. Autorzy zwracają uwagę, że ta grupa pacjentów powinna być otoczona troskliwą opieką medyczną i psychologiczną. Niski lęk przestaje spełniać funkcję mechanizmu obronnego, informującego o zbliżającym się możliwym lub oczekiwanym niebezpieczeństwie. Pogłębiające się stany depresji i lekceważenie objawów choroby prowadzą do zakłóceń wzajemnych powiązań anatomicznych i psychicznych funkcji organizmu, do zaniku aktywności życiowej i śmierci. Chorych tych określa się mianem grupy ryzyka (Baron i wsp. 1986, s. 23).

Badania Sanickiej nad strukturą osobowości dzieci ze schorzeniami górnych dróg oddechowych w wieku 8-17 lat nie potwierdzają wysokiego poziomu neurotyzmu u tych dzieci w porównaniu z dziećmi chorymi na rozstrzenie oskrzeli. Autorka posłużyła się kwestionariuszem Cattella, w badaniach wzięło udział 90 osób (30 osób stanowili chorzy na astmę w wieku 12-15 lat). Czynniki Q4 służy do zróżnicowania osób neurotycznych i jest jednym z czynników ogólnego niepokoju u tych osób. Wyniki istotności różnic w grupie uczniów starszych można przedstawić następująco: czynnik Q4 dzieci zdrowych – 4,4; dzieci chorych na astmę – 4,7; dzieci z rozstrzeniem oskrzeli – 5,5 (Sanicka 1983, s. 239-240).

Zdaniem Grochmal-Bach, dzieci z astmą oskrzelową w wieku 7-11 lat wykazują skłonności neurotyczne. Hipotezę tę potwierdza wynikami badań. Dzieci astmatyczne w porównaniu z dziećmi z nieżytami górnych dróg oddechowych mają większą skłonność do stanów depresyjnych i zachowań agresywnych. Także niepokój, nawyki patologiczne oraz lęki występują w obu grupach – są jednak znacznie częstsze u dzie-

ci z astmą oskrzelową. W grupie dzieci astmatycznych występuje również częściej moczenie nocne (Grochmal-Bach 1985, s. 186).

Ciesielska-Kopacz dokonała oceny wybranych czynników osobowości u chorych na astmę oskrzelową przy użyciu Arkusza Samopoznania Cattaella i Inwentarza Osobowości Eysencka. Do badań włączyła 91 chorych na astmę w wieku 18-62 lata. Autorka potwierdziła wyniki wcześniejszych badań, stwierdzając częstsze występowanie neurotyczności wśród chorych na astmę w porównaniu z grupą kontrolną. Chorzy z postacią nieatopową astmy, zdaniem autorki, wykazują wyższy poziom neurotyczności od chorych z jej postacią atopową. Cechuje ich brak zaufania do ludzi, poczucie niepewności i zagrożenia, zamartwianie się, poczucie małej wartości, skrupulatność, niska samoocena, wysoki poziom lęku całkowitego. Emocje te są przez chorych nieuświadamiane (Ciesielska-Kopacz 1992, s. 421).

Analizie poddano także osobowość mężczyzn i kobiet z grupy badanej. Kobiety chore na astmę oskrzelową w porównaniu z mężczyznami wykazują mniejszą samokontrolę. Ujawniają większe niezrównoważenie emocjonalne, wyższy poziom lęku i neurotyczności. Natężenie nieświadomych potrzeb stanowi u kobiet chorych na astmę oskrzelową wartość graniczną między normą a patologią. U mężczyzn astmatyków ujawnia się tendencja do pokazywania siebie w lepszym świetle, natomiast kobiety astmatyczki są skłonne do wyolbrzymiania objawów chorobowych. Mężczyźni wykazują większe skłonności do zachowań hipochondrycznych. Kobiety chorujące na astmę uzyskują istotnie wyższe wyniki w skali psychastenii, paranoi oraz manii (Tamże 1992, s. 745-746).

Osobowość i temperament kobiet z astmą oskrzelową były także przedmiotem badań Bobkowicz, która porównywała je z kobietami zdrowymi. Kobiety z astmą, w stosunku do kobiet zdrowych, przejawiały: wyższy stopień neurotyczności, słabszy układ nerwowy (w zakresie siły i ruchliwości procesów nerwowych), większą zależność od najbliższego otoczenia, potrzebę porządku i sumienności, tendencję do pedanterii, sztywność reagowania, nieumiejętność wyrażania emocji negatywnych, zwłaszcza agresji. Autorka potwierdziła stwierdzoną przez innych zależność neurotyzmu i astmy, opartą na sprzężeniu zwrotnym. Stwierdziła, że kobiety chore z wyższym stopniem neurotyzmu charakteryzowały się dłuższym czasem trwania choroby, występowaniem cech neurotycznych przed zachorowaniem, udziałem czynników psychogennych w pierwszych i późniejszych atakach choroby, tendencją do psychicznego podtrzymania choroby – co było przyczyną mało efektywnego leczenia w porównaniu z kobietami z krótkim okresem trwania choroby i niższym poziomem neurotyczności (Bobkowicz 1992, s. 120).

Na podstawie literatury przedmiotu skłonności neurotyczne dzieci z astmą można podsumować następująco. Alergia zmienia wzór reagowania fizjologicznego i wzmacnia pobudliwość emocjonalną. Następstwem tych zmian jest wzrost pobudliwości systemu nerwowego, np. drogi histaminowej, której konsekwencją są reakcje alergiczne także dróg oddechowych. Deprywacja potrzeb i zbyt trudne zadania, którym dziecko nie może sprostać powodują wzrost poziomu lęku i tym samym wzrost skłonności neurotycznych. Jeżeli zmienia się sposób reagowania psychicznego, ma to wpływ na zmianę reagowania fizjologicznego, np. drażnienie receptorów dróg oddechowych powoduje nadreaktywność oskrzeli.

### **2.3. Samoakceptacja i akceptacja innych**

Poziom samoakceptacji rozumiany jest najczęściej jako rodzaj stosunku do własnej osoby. Jest ona elementem składowym obrazu siebie i formułuje się na podstawie doświadczeń jednostki oraz opinii o sobie innych ludzi, z którymi dana osoba się zetknęła (Reykowski 1971).

Tyszkowa twierdzi, że „ogólny stosunek człowieka do samego siebie wyraża się w poziomie samoakceptacji, który oznacza stopień, w jakim jednostka jest z samej siebie zadowolona i przekonana, że osiąga wartości, przejawia cechy i realizuje wymagania, jakie uznaje za ważne i godne wysiłku. Przejawia się w tym zarówno traktowanie siebie w kategoriach wartości, jak i stopień zgody na samego siebie takiego, jakim się jest” (Tyszkowa 1977, s. 208). Jej poziom wpływa na pozostałe elementy obrazu siebie, a zwłaszcza na samoocenę oraz na ogólne funkcjonowanie człowieka. Poziom samoakceptacji jest bardzo ważnym czynnikiem regulującym i istotnie wpływającym na zachowanie osoby. Kształtuje się on od wczesnego dzieciństwa. W rozwoju ontogenetycznym człowieka ulega zmianom pod wpływem wydarzeń życiowych, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych.

Zespół informacji i wyobrażeń na swój temat ma nie tylko charakter epizodyczny, ale i oceniający. Wyraża się on w emocjonalnym stosunku do siebie, który może przybierać znak dodatni lub ujemny.

Akceptacja siebie występuje wtedy, gdy informacjom na swój temat towarzyszą emocje pozytywne, a jej brak ma miejsce wówczas, gdy tym informacjom towarzyszą emocje negatywne.

Osoba akceptująca siebie według Bergera została określona jako jednostka, która:

- „opiera się zasadniczo bardziej na przetworzonych wewnętrznie wartościach i standardach, niż na nacisku z zewnątrz, jako na wskaźnikach postępowania;
- żywi wiarę w swoją zdolność radzenia sobie w życiu;
- bierze na siebie odpowiedzialność i akceptuje konsekwencje własnego postępowania;
- przyjmuje pochwałę i krytykę innych w sposób obiektywny;
- nie próbuje zaprzeczać istnieniu ani przeinaczać żadnych uczuć, motywów, ograniczeń, zdolności czy pozytywnych właściwości, jakie odkrywa w sobie, ale raczej akceptuje wszystko bez potępienia siebie;
- uważa się za jednostkę wartościową na równi z innymi ludźmi;
- nie oczekuje, że inni ją odtrąca...;
- nie uważa siebie za istotę zupełnie różną od innych, »dziwną« ani w ogóle nienormalną w swoich reakcjach;
- nie jest nieśmiała, ani zadufana w sobie” (za Wright 1965, s. 153).

Osoba akceptująca siebie ma większą szansę rozwiązania własnej sytuacji zdrowotnej jako losu rzeczywistego, kojarzącego się z nadzieją. Ogólna ocena własnej osoby, jaką formułuje na podstawie wyobrażeń o sobie i akceptowanych standardów, wzbudza także określone przeżycia i ustosunkowania uczuciowe danej jednostki (o czym wspomniano).

Ważnym pojęciem koncepcji zdrowia Masłowa jest samoakceptacja. „Akceptacja siebie jest warunkiem zdrowia, jednym z jego podstawowych wyznaczników. Badania nad osobami samorealizującymi się, zdrowymi pokazały, że są one w stanie w pełni akceptować swoją ludzką naturę z jej wszystkimi brakami, z tym wszystkim, co odbiega od obrazu idealnego” (Laguna 1996, s. 31-32).

Reykowski poziom samoakceptacji łączy „z ogólną oceną samego siebie, opartą na porównaniu swoich osiągnięć ze stawianymi sobie aspiracjami” (Reykowski 1992, s. 169).

Kozielecki „ja” określa jako samowiedzę, czyli informację o własnej osobie, która jest reprezentowana w świadomości człowieka. Zdaniem autora, samowiedza stanowi wypadkową sądów opisowych (samoopis), sądów wartościujących (samooceny), sądów o regułach generowania wiedzy o sobie (jak jednostka ma prezentować siebie). Są to tzw. składniki podstawowe „ja”, natomiast w skład struktury „ja” wchodzi także składniki złożone, czyli samoakceptacja oraz tożsamość. Te ostatnie są rezultatem relacji składników podstawowych (Kozielecki 1986, 2000).

Samoakceptacja, która stanowi jedną ze składowych struktur poznawczych „ja” – wyraża trwały stosunek do siebie.

Rozwój „ja” rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie w momencie pojawienia się poczucia „ja”. Duże zainteresowanie wśród przedstawicieli nauk humanistycznych budzi szczególnie okres adolescencji. Jest to wiek przemian, problemów i buntu. Jednostka jako osoba usiłuje określić siebie w perspektywie innych. Dotychczasowa identyfikacja przenosi się na chęć uzyskania swoistego dla siebie miejsca (Bilińska-Suchanek 2003). Obecne wyobrażenia, mające charakter wyidealizowany, są weryfikowane przez ważne zdarzenia życiowe. Są one źródłem przewartościowania otaczającej rzeczywistości i obiektów w niej występujących, prowadząc między innymi do dużych zmian w obrazie samego siebie, a zwłaszcza samoakceptacji i samooceny. Takim wydarzeniem krytycznym jest niewątpliwie przewlekła choroba.

Stosunek do samego siebie w przypadku każdej przewlekłej choroby wiąże się ściśle z akceptacją niepełnosprawności i ograniczeń, które są jej następstwem. Zmiany w funkcjonowaniu organizmu muszą zostać wkomponowane w obraz własnej osoby. Postrzeganie stanu swojego zdrowia, wiedza o chorobie, reakcje emocjonalne na odczuwane dolegliwości wyznaczają zachowanie pacjentów nie tylko w stosunku do personelu medycznego, jego wskazań i zaleceń, ale również decydują o charakterze kontaktów z bliższym i dalszym otoczeniem (Pilecka 1992).

Obraz samego siebie decyduje w dużym stopniu o samopoczuciu dziecka, ale także wyznacza jego stosunek do otoczenia. Wyraża się on przede wszystkim w poziomie akceptacji innych. „Obraz negatywny wywołuje niepokój, lęk i różne objawy nieprzystosowania. Obraz pozytywny daje pewność siebie, równowagę emocjonalną, przychylny stosunek do innych, lepsze kontakty z ludźmi, lepsze wyniki w nauce” (Łapińska, Żebrowska 1986, s. 771). Człowiek akceptujący innych ludzi w ujęciu Bergera, to ten, który:

1. „Nie odrzuca, nie nienawidzi innych oraz nie wydaje opinii przeciwko nim, w przypadku, gdy ich zachowanie czy standardy wydają mu się sprzeczne z jego własnymi;
2. Nie próbuje dominować nad innymi;
3. Nie próbuje brać odpowiedzialności za innych;
4. Nie odmawia wartości innym i nie zaprzecza ich równości, jako osób, z sobą. Nie oznacza to jednak równości pod względem specyficznych osiągnięć. Taka osoba nie czuje się ani powyżej, ani poniżej ludzi, których spotyka;
5. Przejawia pragnienie służenia innym;
6. Aktywnie interesuje się innymi i pragnie nawiązywać wzajemne, satysfakcjonujące relacje z nimi;

7. W usiłowaniach powiększenia własnej pomyślności taka osoba uważa, aby nie naruszyć praw innych ludzi” (Berger 1952, s. 13).

Źródłem budowania samooceny są opinie osób znaczących. Relacje samoakceptacji i akceptacji innych są wzajemne. Samoakceptacja, tak jak obraz samego siebie, tworzy się poprzez poglądy innych ludzi, np. sądy, opinie. Kształtuje się to we wczesnym dzieciństwie. Akceptacja zachęca do kontaktu z innymi, a więc do akceptacji innych ludzi.

Zależność akceptacji siebie i innych dostrzegał nie tylko Berger, lecz także Maslow, który podaje, iż w ścisłym związku akceptacji samego siebie i akceptacji innych ludzi pozostaje „ich brak postawy obronnej, ochronnych barw czy pozy oraz ich niechęć do tego rodzaju sztuczności u innych” (Maslow 1990, s. 221).

Dziecko, gdy zazna akceptacji od najbliższego otoczenia, łatwiej potrafi akceptować siebie, świat taki, jaki jest, a także potrafi radzić sobie łatwiej z konfliktami w okresie dojrzłym. Już we wczesnym dzieciństwie doświadcza ono informacji o samoakceptacji. W myśl tego twierdzenia należy przyjąć, że wczesne potrzeby afiliacyjne (potrzeba zależności, pomocy i przywiązania) stanowią podstawę kształtowania się osobowości. Agresja i nienawiść są zaś reakcjami protestu na udaremnienie tendencji afiliacyjnych. Pacjent tym szybciej powraca do zdrowia, im bardziej słabną jego antypatie, wrogość i nienawiść i im bardziej czuje się akceptowany i pożądaný przez terapeutę, rodzinę czy znajomych. Dawanie i otrzymywanie miłości to najlepsza forma terapii (Allport 1988). U osób z zaburzoną sferą emocjonalną występuje niski poziom samoakceptacji, „nastawione są przede wszystkim na obronę własnego »ja«” (Reykowski 1992, s. 169).

W literaturze zajmującej się problematyką rehabilitacyjną podkreśla się, że na zaangażowanie pacjenta we własne leczenie ma wpływ akceptacja własnej choroby. Ilustrują to badania Turowskiej, w trakcie których zajęto się 60 osobami w wieku 20 do 40 lat, z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów. Badania percepcji choroby i leczenia – spostrzegania i oceny siebie na tle istniejącego inwalidztwa, odniesiono do trzech ważnych w procesie rehabilitacji zagadnień: akceptacji inwalidztwa, oczekiwań chorego wobec Instytutu Reumatologicznego oraz do zasobu informacji o własnej chorobie.

Pojęcie akceptacji inwalidztwa określono, wykorzystując własne obserwacje chorych w Instytucie Reumatologicznym: adekwatną ocenę własnych możliwości; dążenie do poprawienia sprawności fizycznej, społecznej i psychicznej; dążenie do wyposażenia swego środowiska społecznego i otoczenia fizycznego w środki zapewniające maksymalną

samodzielność; postawę umożliwiającą swobodne przebywanie zarówno w środowisku ludzi chorych, jak i zdrowych. Wyodrębnienie tych czterech kryteriów akceptacji inwalidztwa umożliwia bardziej wnikliwe śledzenie jej przebiegu, ułatwiając oddziaływanie psychoterapeutyczne, zmierzające do przyspieszenia całkowitej akceptacji inwalidztwa.

Wyniki badań świadczą o istnieniu bardzo wyraźnego powiązania między poziomem motywacji do rehabilitacji szpitalnej a akceptacją inwalidztwa (Turowska 1980, s. 227-229).

Szerokie badania w zakresie samoopisu (samowiedzy) dzieci przewlekłe chorych przeprowadziła Pilecka. Dokonała analizy porównawczej między dziećmi młodszymi i starszymi z astmą, mukowiscydozą oraz zdrowymi. W postępowaniu badawczym posłużyła się listą przymiotników opracowaną przez Niebrzydowskiego (1995).

Chorzy na astmę w starszym wieku szkolnym (podobnie jak grupa młodsza) uważają, że są przede wszystkim bardzo koleżeńscy (49,2%), sprawiedliwi (47,5%), oszczędni (44,2%), punktualni (42,4%) oraz uprzejmi (38,9%). W umiarkowanym stopniu przypisują sobie: prawdziwość i skromność (po 62,7%), zdolności intelektualne (61%) oraz odpowiedzialność (54,2%). Wyraźnie zmniejsza się w porównaniu z sądami młodszych dzieci cierpiących na astmę – poczucie zdrowia, sprawności i siły fizycznej, zaniżeniu ulega także ocena wyglądu zewnętrznego. Aż 32,2% badanych tej grupy uważa się za osoby bardzo chore, a kolejnych 45,7% sądzi, że są zdrowi w małym stopniu (Pilecka 1990, s. 249).

Zdaniem autorki samowiedza i samoocena doprowadzają wraz ze wzrostem wieku życia badanych do ukształtowania się bardziej trwałych postaw wobec własnej osoby, zwanych samoakceptacją.

Badanie poziomu samoakceptacji chorych i zdrowych stanowi kontynuację poprzednich badań nad dziećmi. Uczniowie chorzy, bez względu na rodzaj choroby i wiek, są wyraźnie mniej zadowoleni z samych siebie i w niniejszym stopniu akceptują siebie niż zdrowi. O ile samoakceptację młodszych dzieci zdrowych można określić jako wysoką (0,77), zaś pacjentów z astmą jako umiarkowaną (0,64), to chorzy na mukowiscydozę do 11 lat charakteryzują się małym uznaniem dla własnych wartości (0,42). We wszystkich starszych grupach wskaźniki samoakceptacji obniżają się, co sugeruje, iż badani bardziej krytycznie postrzegają i oceniają siebie, tracą wiarę w swe aktualne możliwości, uświadamiają sobie ograniczenia spowodowane chorobą (Tamże 1990, s. 261).

Sanicka w swoich badaniach porównała strukturę osobowości, w tym samoocenę i samopoczucie dzieci młodszych i starszych ze schorzeniami dróg oddechowych oraz zdrowych. Wyniki młodszych grup nie róż-

niły się w sposób zasadniczy. Badani, zarówno chorzy, jak i zdrowi, wysokie wskaźniki uzyskali w tych samych czynnikach: dominowanie – uległość; dojrzałość emocjonalna – skłonność neurotyczna; wrażliwość – brak wrażliwości; niepewność siebie – pewność siebie; racjonalizm – prostota; wysoka samoocena – niska samoocena, co przemawia za podobieństwem ich struktury osobowości. Znaczne różnice wystąpiły tylko w dwu czynnikach: dominowanie – uległość; wysokie superego – niskie superego i wskazują one, iż dzieci chore są bardziej agresywne niż zdrowe, a jednocześnie bardziej zależne i zmienne uczuciowo.

Nieco odmiennie kształtowały się podstawowe wymiary osobowości w grupach starszych. Dominacja czterech czynników: dojrzałość emocjonalna – neurotyczność; samowystarczalność – zależność od grupy; neurastenia – zrównoważenie; wzmożone samopoczucie – obniżone samopoczucie w strukturze osobowości pacjentów z astmą jest dowodem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych zmian w rozwoju regulacyjnym mechanizmów ich zachowania (Sanicka 1983, s. 232-240).

Margalit przeprowadziła badania porównawcze nad kształtowaniem się obrazu samego siebie w czterech grupach uczniów (6-18 lat): chorych na astmę, mukowiscydozę, ujawniających zaburzenia emocjonalne oraz zdrowych. Wykorzystała skalę Fittsa przystosowaną do potrzeb diagnozy dzieci. Szczegółowej analizie poddała wyniki w takich wymiarach obrazu własnej osoby, jak: „ja” fizyczne, „ja” rodzinne, ocena siebie, zadowolenie z siebie i zachowanie. W wymiarze „ja” fizyczne badani opisywali własne ciało, stan zdrowia i fizyczny wygląd. Dzieci chore (z astmą i mukowiscydozą) tworzyły z reguły negatywny obraz „ja” fizycznego, który różnił się w sposób istotny od opisów formułowanych przez dzieci zdrowe. Niektórzy badani z grupy manifestującej zaburzenia sfery emocjonalnej opisywali „ja” fizyczne w podobny sposób jak dzieci chore. „Ja” rodzinne odzwierciedlało poczucie własnej adekwatności, wartości i ocenę siebie jako członka rodziny, dotyczyło percepcji własnej osoby w relacjach z najbliższymi osobami. Najbardziej ujemny obraz „ja” rodzinnego tworzyli pacjenci astmatyczni i uczniowie z zaburzeniami emocjonalnymi. Badani ci charakteryzowali się ponadto znacznie niższą samooceną niż zdrowi. Najbardziej niezadowoleni z siebie przy ocenie „ja” rodzinnego byli również pacjenci z astmą. Zdaniem autorki, dzieci cierpiące na astmę tworzą specyficzny obraz własnej osoby, którego dominującą cechą jest tendencja do nadmiernej negacji samego siebie (Margalit 1985, s. 10).

Prawdopodobnie astma, charakteryzująca się dużą dynamiką zmian chorobowych, stanowi stałe źródło coraz to nowych zagrożeń dla proce-

su kształtowania się obrazu samego siebie. Brak stabilizacji w postrzeganiu własnej choroby i jej ewentualnych konsekwencji narusza poziom integracji obrazu własnej osoby.

Najlepiej przystosowane do życia są jednostki o umiarkowanie wysokim poziomie samooceny – ponadprzeciętnej i dość wysokiej, ale nie całkowitej rozbieżności „ja” realnego i „ja” idealnego (*Psychologia...* 2000).

Należy również podkreślić fakt, iż samoocena i samoakceptacja bywają zmienne, zaś miarą stabilności samooceny są „aktualne osiągnięcia, opinie innych ludzi, nastroj i doświadczenia, które gromadzą się z wiekiem” (Tomaszewski 1977, s. 795-798).

Zarówno dane teoretyczne, jak i badania empiryczne wskazują na zależność między obrazem własnej choroby a postawą prezentowaną wobec niej (Sanicka 1983; Grochmal-Bach 1985; Pilecka 1996; Dyga-Konarska 1996).

Człowiek chory tworzy sobie obraz własnego położenia życiowego, w którym ważne miejsce zajmuje poznawcza reprezentacja choroby, zwana również obrazem własnej choroby. Struktura ta odgrywa ważną rolę w regulacji zachowania się człowieka chorego, jest jedną z wielu zmiennych psychologicznych, które wyznaczają tzw. zachowania zdrowotne i postawy wobec własnych dolegliwości.

Lepiej radzi sobie z sytuacjami trudnymi człowiek aktywny, podejmujący różnorodne zadania, co ma wpływ na kształtowanie pozytywnego obrazu samego siebie. Akceptacja własnej choroby determinuje pozytywny obraz samego siebie i stanowi warunek aktywnego udziału w procesie rehabilitacji (*Pedagogika...* 1977; Ossowski 1982; Obuchowska 1992; Kowalik 2007).

## **2.4. Właściwości procesów kierunkowych**

Cechą każdego organizmu jest tendencja do zachowania równowagi wewnętrznej i zewnętrznej. Zachwianie równowagi wiąże się z brakiem wartości gratyfikacyjnych, umożliwiających zaspokajanie potrzeb. Braki powodują stan napięcia, który z kolei inicjuje działanie. Na poziomie świadome działającego człowieka aktywność jest najczęściej determinowana motywacją oraz charakteryzuje się intencjonalną strukturą działania. Wygenerowanie motywu i programu działania ma na celu zlikwidowanie braku, usunięcie stanu napięcia przez zaspokojenie potrzeb deficytu bądź wzrostu.

Motywacja jest jednym z głównych regulatorów zachowania się ludzi i polega na określeniu kierunku oraz siły działania. Kierunek dążeń wyraża się w wyartykułowanym celu, któremu podporządkowana jest aktywność jednostki (Reykowski 1992, s. 71).

Procesy kierunkowe wyznaczają poziomy zachowań, które mogą mieć trojaki charakter:

- a) instynktowny, gdy człowiek kieruje się wrodzonymi zachowaniami (popędami),
- b) reaktywny – bodziec – reakcja, jest to pewna organizacja zachowań,
- c) celowy, jest to wyższa forma zachowań.

Dla człowieka najbardziej charakterystyczne jest zachowanie celowe, tj. intencjonalne i świadome.

Reykowski przedstawia następujące orientacje zachowań celowych:

- a) motywację hedonistyczną, by osiągnąć przyjemność,
- b) motywację posiadania (by mieć) ipsocentryczną, czyli kierowanie się dobrem własnym,
- c) motywację allocentryczną, gdy kierujemy się dobrem innych,
- d) socjocentryczną, gdy kierujemy się dobrem ogółu (Reykowski 1978, s. 806).

Innego podziału zachowań dokonuje Maslow. Ten przedstawiciel koncepcji humanistycznej w psychologii koncentrował się na strukturze i hierarchii motywów. Zdaniem autora występują dwa rodzaje motywacji: motyw obrony i motyw wzrostu.

Motywy obrony wynikają z potrzeby redukcji fizjologicznych napięć. W myśl hierarchii potrzeb są to potrzeby niższe, jak np.: potrzeba zaspokojenia głodu, pragnienia, które można traktować jako proces uzupełnienia pewnych braków. Motywy wzrostu natomiast należą do kategorii potrzeb wyższych, jak np. potrzeba bycia kochanym, potrzeby moralne czy estetyczne. Ich rozwój zależny jest od stanu organizmu, gdy nie występują braki (Malim i wsp. 1995, s. 48).

Źródła motywu obrony pojawiają się wtedy, gdy deprywacja potrzeb następuje we wczesnym okresie rozwoju. Na szczególną uwagę zasługują potrzeby małego dziecka, które determinują rozwój emocjonalny dzieci w średnim wieku szkolnym i w okresie dorastania, one to stanowią źródło właściwych procesów kierunkowych. Małe dziecko przez dłuższy okres jest niezdolne do nawiązania bliskiego kontaktu emocjonalnego z więcej niż jedną osobą. W prawidłowych warunkach osobą tą jest matka. Wszelkie niedostatki w zakresie zaspokojenia dwóch potrzeb, bezpieczeństwa i kontaktu emocjonalnego, wynikające z opieki wieloosobowej, braku warunków do związania się z jedną osobą lub

rozrywania istniejącej już więzi emocjonalnej, bardzo niekorzystnie wpływają na rozwój emocjonalny dziecka. W poważniejszych przypadkach mogą nastąpić zaburzenia rytmów fizjologicznych, prowadzące nawet do wyniszczenia organizmu i śmierci dziecka. Mniej ostry przebieg frustracji tych potrzeb spowoduje, bardzo trudne do późniejszego usunięcia, zaburzenia emocjonalne i nieprawidłowy rozwój osobowości, np. neurotyzację lub socjopatyzację (Filipczuk 1980, s. 55-92).

Potrzeby mają strukturę hierarchiczną. W badaniach psychologicznych z reguły poświęca się tej sprawie dość dużo uwagi. Rozpoznanie potrzeb i ich hierarchii pozwala na analizę motywacji, a to z kolei na prognozę zachowania człowieka. Hierarchia potrzeb jest u poszczególnych ludzi względnie trwała. Zmiany w niej zachodzą stopniowo. Istotną zmienną generującą zmiany jest wiek i ważne wydarzenia życiowe, np. przewlekła choroba (Hurlock 1985; Przetacznik-Gierowska, Włodarski 1994), która najczęściej burzy dotychczasową strukturę potrzeb, a także poziom aspiracji.

Jeden z przedmiotów badań Pileckiej stanowiły aspiracje młodzieży przewlekłe chorej. Zdaniem autorki, aspiracje są źródłem napięcia motywacyjnego, są one elementem motywów ludzkiego działania. Celem badania autorki było określenie, w jakim stopniu rodzaj choroby przewlekłej modyfikuje aspiracje młodzieży. Badania zostały przeprowadzone w trzech grupach uczniów – pacjentów:

- w grupie młodzieży dotkniętej przewlekłymi chorobami układu oddechowego: 60 osób (30 z astmą i 30 z gruźlicą);
- w grupie uczniów z przewlekłymi stanami chorobowymi narządu ruchu: 60 osób;
- w grupie młodzieży z przewlekłymi chorobami skóry: 40 osób.

Ogółem badaniami objęto 160 uczniów z klas VII i VIII. Wykorzystano zmodyfikowaną ankietę Janowskiego do badania aspiracji młodzieży szkół średnich. Dokonano podziału aspiracji ze względu na ich treść i wyróżniono: aspiracje zawodowo-oświatowe, osobiste i społeczne.

Wyniki badań przedstawiają następujący obraz aspiracji u dzieci przewlekłe chorej:

- a) aspiracje zawodowo-oświatowe – większość badanych bez względu na rodzaj choroby pragnie kontynuować naukę w szkołach zawodowych czy technikach, młodzież chora na astmę pragnie kontynuować naukę głównie w technikach zawodowych (33,3%) oraz w szkołach zawodowych (30%), tylko 20% badanych wybierało szkoły ogólnokształcące;
- b) aspiracje osobiste (jako źródło afirmacji poczucia własnej wartości)
  - młodzież dotknięta astmą pragnie osiągnąć przede wszystkim

szczęśliwe życie rodzinne (93,3%), miłość (83,2%), spokój (76,4%) oraz wesołość (69,9%). Pieniądze (56,6%) oraz ryzyko i przygoda (33,3%) są wartościami, które odgrywają w życiu badanej młodzieży znacznie mniejszą rolę. Porównując wartości wskazane przez młodzież dotkniętą różnymi chorobami łatwo zauważyć, że uczniowie cierpiący na choroby narządu ruchu i skóry – które zniekształcają lub niekorzystnie wpływają na ich wygląd zewnętrzny – znacznie rzadziej niż młodzież astmatyczna i chora na gruźlicę samorealizację i osiągnięcie szczęścia osobistego wiąże z założeniem szczęśliwej rodziny czy przeżyciem odwzajemnionego uczucia miłości;

- c) aspiracje społeczne określają dwie zmienne: preferowany odbiór społeczny oraz przewidywany zakres oddziaływania w przyszłości. Badani dotknięci astmą i gruźlicą sądzą, że jako ludzie dorośli będą mogli kierować przede wszystkim własnymi sprawami rodzinnymi (90% i 93,3%), następnie swoją karierą zawodową (po 70%) oraz własnym postępowaniem (po 66,6%). Najbardziej przedsiębiorcze i zdecydowane w swoich deklaracjach są dziewczęta astmatyczne – częściej biorą odpowiedzialność za to, co będzie się dziać w ich najbliższym otoczeniu.

W preferowanym odbiorze społecznym młodzi ludzie chorzy na astmę i gruźlicę pragną, aby w przyszłości pamiętano o nich jako o dobrym koledze czy koleżance (40% i 53,4%), a następnie jako o dobrym pracowniku (33,3% i 40%). Dziewczętom bardziej zależy na popularności i akceptacji ogółu, natomiast chłopcy – szczególnie astmatyczni – bardziej cenią sobie uznanie zawodowe (Pilecka 1988, s. 132-139).

Istnieje wiele rozbieżnych stanowisk w zakresie szukania źródeł motywacji ludzkiego działania. Jak wynika z prac neurofizjologów i etiologów, ludzkie zachowanie interpretują oni w zależności od zmian zachodzących wewnątrz organizmu (neuroendokrynologicznych) oraz od bodźców zewnętrznych działających na mózg (Walsh 2000).

W psychoanalitycznej koncepcji Freuda motywacja wypływa z nieświadomości i siły instynktów, natomiast pomija on indywidualny wybór działania jednostki.

W myśl teorii utrzymania równowagi homeostatycznej i redukcji popędu, popęd stanowi siłę motywacyjną, zaś formy ludzkiego działania zależą od stosunków pomiędzy różnymi siłami nawyków a odmiennymi układami bodźców. W tej interpretacji brakuje źródła motywacji moralnego czy kulturowego.

Teoria poziomu pobudzania mówi o dążeniu do optymalnego lub zależnego od stanu organizmu poziomu pobudzania. Poziom stymulacji

jest indywidualny dla różnych osób. Wadą tej teorii jest fakt sprowadzenia ludzkiej motywacji do procesów fizjologicznych.

Maslow i Rogers w podejściu humanistycznym problem motywacji koncentrują na samoaktualizacji i samoakceptacji (Zimbardo 1994; Zaborowski 1994; Malim i wsp. 1995; Kratochvil 2003).

Zgodnie z orientacją poznawczą, człowiek podejmuje działanie ukierunkowane na określone wartości. Są to tzw. potrzeby poznawcze, które mają indywidualny charakter. Motywacja stanowi wypadkową między informacją jednostki o sobie i otaczającym ją świecie, zakodowaną w procesach poznawczych. Kiedy powstaje rozbieżność między aspiracjami a rzeczywistym stanem posiadanych wartości, rodzi się napięcie energetyczne, które powinno ukierunkować działanie na bardziej wartościowe rozwiązania (Kozielecki 2000).

Siłę motywacji kształtuje się w toku uczenia się i zdobywania doświadczenia. By wywołać napięcie motywacyjne, pewne cele powinny być dla podmiotu atrakcyjne oraz dawać poczucie możliwości osiągnięcia tych celów (Ossowski 1982). Gdy dziecko przewlekłe chore stawia sobie cele mało atrakcyjne i nierealne, to poziom motywacji może ulec obniżeniu, a kierunek działania może mieć charakter destrukcyjny.

Średni wiek szkolny to szczególnie okres rozwoju struktury osobowości. Motywy wchodzące w skład niezwykle złożonej sfery motywacyjnej osobowości różnią się nie tylko pod względem treści, ale i pod względem siły napędowej oraz stopnia uświadomienia. Do sfery motywacyjnej należą zarówno motywy przypadkowe, sytuacyjne, jak i trwałe. Ukierunkowanie osobowości jest wynikiem istnienia w niej tych właśnie trwałych i dominujących motywów zachowania się, charakterystycznych dla okresu dorastania (*Psychologia...* 1977; Brzezińska 2000).

Motywacja w średnim wieku szkolnym ma charakter poznawczy, występuje u dzieci duże zainteresowanie nową wiedzą. W tym wieku szczególnie istotny jest rozwój motywów społecznych (Wiese, Joswig 1991). Pierwszym środowiskiem, w którym kształtują się motywy społeczne, jest krąg rodzinny. Aby rodzice utrzymali pozytywny kontakt z dziećmi w wieku dorastania, wymagany jest szczególnie wysoki poziom kompetencji wychowawczych w tym okresie (Hurrelmann 1994). W sytuacji choroby zmienia się hierarchia wartości.

Zachowanie pacjenta wobec choroby wyznaczone jest przez uwarunkowania zewnętrzne, m.in. nastawienie otoczenia społecznego do chorego, dostępność świadczeń medycznych, sytuacja życiowa pacjenta, oraz uwarunkowania wewnętrzne, związane z szeroko rozumianymi

właściwościami jednostki. Zachowanie się człowieka jest wyrazem znaczenia, jakie przypisuje on sytuacji.

Znaczenie danej sytuacji konstytuuje się nie tylko na poziomie poznawczym, ale także emocjonalnym i oba te poziomy wzajemnie się warunkują. W przypadku ludzi chorych zachowanie regulowane jest na poziomie poznawczym tylko wtedy, jeśli przeżywane emocje, a konkretnie lęk i zagrożenie, nie przekraczają określonego poziomu nasilenia. W zakresie poznawczych uwarunkowań zachowania wobec własnej choroby podkreśla się wagę obrazu własnej choroby. Zachowaniom prozdrowotnym sprzyjają realistyczne obrazy choroby (*Elementy...* 1996).

Wraz z wiekiem wewnętrzne zachowania nabierają większego znaczenia. Im trafniej dziecko potrafi ocenić stan kliniczny choroby, jej uwarunkowania i udział określonych czynników w procesie zdrowienia, tym większe prawdopodobieństwo korzystniejszej aktywności, ukierunkowanej na rozwój zdrowia.

Zdaniem Kolbego wśród zachowań związanych ze zdrowiem należy odróżnić te, które podejmowane są przez osoby uważające siebie za zdrowe i przez osoby uważające siebie za chore. Proponuje on wyróżnienie następujących rodzajów zachowań zdrowotnych:

- *wellness behaviour*: aktywność osoby uważającej siebie za zdrową, podejmowana w celu uzyskania wyższego poziomu jakości swojego zdrowia,
- *preventive health behaviour*: aktywność osoby uważającej się za zdrową podejmowana w celu zapobiegania chorobie lub wykrycia choroby w jej asymptomatycznym stanie,
- *at-risk*: aktywność osoby uważającej siebie za zdrową, ale znajdującej się w stanie większego niż normalnie ryzyka dla określonych elementów stanu zdrowia, ukierunkowana na zapobieganie skutkom tych zagrożeń lub rozpoznanie ich wpływu w asymptomatycznym stanie,
- *illness behaviour*: aktywność osoby dostrzegającej u siebie chorobę, podejmowana w celu określenia stanu swojego zdrowia i uzyskania odpowiednich środków zaradczych,
- *self-care behaviour*: aktywność osoby uważającej siebie za chorą, podejmowana w celu poprawy swojego stanu zdrowia, co obejmuje minimalny udział odpowiedniego terapeuty i włącza niewielkie uzależnienia od otoczenia, a jednocześnie częściowe ograniczenia w spełnianiu przypisywanych jednostce zadań,
- *sick-role-behaviour*: aktywność osoby uważającej siebie za chorą, ukierunkowana na poprawę swojego stanu zdrowia przez podjęcie le-

czenia; występuje tu pełen zakres uzależnienia się od innych i ograniczenia realizacji przypisanych jednostce zadań (Kolbe 1988, s. 153).

Każdy pacjent ma pewien obraz swojej choroby, a więc orientuje się w jej objawach, często w przyczynach i sposobie leczenia. Zdarzają się jednakże zniekształcenia obrazu własnej choroby. Posiadana wiedza medyczna może być niedostateczna i pochodzić z niewłaściwych źródeł. Jeśli nawet pacjent ma informacje od lekarza, to nie zawsze są one w sposób należyty odebrane z powodu podwyższonego napięcia emocjonalnego chorego. Stany emocjonalne przeżywane przez pacjentów są wynikiem działania mechanizmów obronnych, które mają na celu obniżenie lub redukcję napięcia emocjonalnego. W wielu przypadkach obniżenie napięcia emocjonalnego i lepsze samopoczucie osiąga się przez samooszukiwanie się.

Choroba stanowi najczęściej źródło emocji ujemnych, tj. niepokoju, stanu zagrożenia, lęku, smutku, czasami agresji. Stany te mają wpływ na poznawcze odzwierciedlenie sytuacji choroby. I tak na przykład człowiek uruchamia mechanizmy obronne, które powodują zniekształcenie obrazu choroby, a w efekcie wywołują zachowania negatywnie wpływające na stan zdrowia. Zdarza się również, że ludzie w sytuacji trudnej uruchamiają mechanizmy kontroli emocjonalnej. Taki sposób funkcjonowania będzie sprzyjał zachowaniom prozdrowotnym (Jarosz 1988; *Psychologia...* 2001).

W myśl nowego paradygmatu poznawczo-fenomenologicznego żadna sytuacja nie ma cech stresotwórczych, dopóki nie zostanie tak oceniona przez daną jednostkę. Jest to efekt procesów oceny poznawczo-emocjonalnej, czyli subiektywnej interpretacji zdarzeń. Stres w myśl tej koncepcji, to pewna transakcja między człowiekiem a światem, która może między innymi przebiegać „w jego świecie wewnętrznym, ocenianej przez człowieka jako zagrażająca, szkodliwa lub stanowiąca wyzwanie, ze względu na istotne dla niego cele, wartości” (Makowska, Poprawa 1996, s. 77).

Z prezentowanymi rozważaniami korespondują badania nad kształtowaniem się obrazu własnej choroby i jego regulacyjną rolą w zachowaniu człowieka. I tak np. Heszen-Klemens prowadziła badania wśród dorosłych chorych na gruźlicę, stwierdzając zależność między obrazem własnej choroby a kierunkiem zachowania się. Chorzy ci reprezentowali w większości pesymistyczny obraz własnej choroby, wyolbrzymiając podatność na zachorowanie, objawy chorobowe oraz uboczne działanie leków. Analogicznie przyjmowali oni postawę częściej wycofującą niż aktywną w sytuacji choroby (Heszen-Klemens 1983, s. 8).

Niewiele jest badań dotyczących choroby, których celem byłoby pokazanie roli czynników kształtujących procesy kierunkowe. Niekiedy przedmiotem badań jest postawa wobec własnej choroby, np. to, że młodzież z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego przyjmuje do wiadomości fakt zachorowania, ale dopływ informacji dotyczących choroby jest bardzo mglisty i ubogi treściowo. Poznawcza reprezentacja choroby i powstałej w związku z nią sytuacji życiowej odgrywa poważną rolę w kształtowaniu zachowania się chorego.

Przykładem są badania wskazujące na przewidywanie skutków zarówno zdrowotnych, jak i społecznych choroby, które przyniosły następujące wyniki:

- 33% badanych ma świadomość ograniczonego wyboru ze względu na chorobę,
- 17% zdaje sobie sprawę z faktu, że choroba uniemożliwia im realizację planów życiowych,
- 43% jest zdania, że choroba w ogóle nie będzie miała na to wpływu (Lohn, Gontarczyk 1992, s. 190).

Przekonanie dziecka o tym, iż może ono w znacznym stopniu kontrolować przebieg choroby i wpływać na stan swojego zdrowia, decyduje o jego współdziałaniu z personelem medycznym w procesie leczenia i rehabilitacji.

Poczucie kontroli własnego zdrowia wchodzi w zakres szerszego pojęcia, które wprowadził Rotter w stworzonej przez siebie teorii społecznego uczenia się. Autor uważa, że człowiek postrzega efekty działania jako uwarunkowane siłami zewnętrznymi i wówczas dochodzi u niego do poczucia kontroli zewnętrznej, bądź też sądzi, że efekty działania zależne są od niego samego, czyli ma poczucie kontroli wewnętrznej. Te oczekiwania, które dotyczą lokalizacji kontroli wzmocnień, stanowią o stopniu integracji danej osobowości. Osoby o wewnętrznym poczuciu kontroli charakteryzują się bardziej zintegrowaną osobowością niż jednostki o zewnętrznym poczuciu kontroli (Kulas 1988; *Psychologia*.... 2000).

Badania nad problemem poczucia kontroli własnego zdrowia u dzieci chorych na astmę, po wylewach czaszkowo-mózgowych, kalekich, wymagających pomocy ortopedycznej oraz zdrowych w wieku od 5 do 16 lat wykazały, iż dzieci z cukrzycą i chore na astmę nie różniły się od dzieci zdrowych. Bardziej zewnętrzne poczucie kontroli wykazały dzieci po wylewach i dzieci kalekie. Zdaniem autorek rozwój poczucia kontroli własnego zdrowia zmienia się wraz z wiekiem, około siódmego roku życia pojawia się trwalsza zdolność kontroli wewnętrznej (Perrin, Shapiro 1985, s. 4).

W życiu człowieka motywacja jako regulator zachowania się ludzi podyktowana jest potrzebami, hierarchią wartości oraz celami i aspiracjami.

Rozważania nad właściwościami procesów kierunkowych u dziecka przewlekłe chorego wskazują, iż choroba zmienia jego biegun aktywności. Potrzeby dziecka często ulegają deprywacji, a wiele wartości zmienia swoją hierarchię (jak np. zdrowie).

Jeżeli dziecko interpretuje chorobę jako zagrożenie i nadaje jej nieprawidłowe znaczenie, przyjmuje tym samym motywację obrony, czyli prowadzi do redukcji napięć bez wzrostu. W sytuacji choroby istotna wydaje się także realność osiągnięć a w dalszej kolejności atrakcyjność celów. Zwykle choroba przewlekła z powodu postrzegania realności celów kształtuje postawę wycofującą.

Hazzard i Angert przeprowadziły badania, w których chciały sprawdzić wpływ programu psychoedukacyjnego na poznawcze mechanizmy osobowości. Program realizowano z grupą 43 osób chorych na astmę, biorących udział w obozie psychoedukacyjnym i 37 osobami również chorymi na astmę, które jednak nie brały udziału w obozie. Dzieci wypełniły trzy kwestionariusze: skalę wiedzy o astmie, skalę określającą poczucie własnej kontroli zdrowia oraz skalę Piersa i Harrisa, określającą obraz samego siebie. Wyniki badań wskazują, że im większa liczba godzin programu, tym większy ma wpływ na rozwój poczucia kontroli własnego zdrowia (Hazzard, Angert 1986, s. 2). Dane te wskazują na potrzebę współdziałania psychoedukacyjnego w przypadku dzieci z chorobą przewlekłą.

Powyższe rozważania teoretyczne, jak i zaprezentowane badania dotyczące obrazu własnej choroby i zmiennych obrazu samego siebie sugerują dużą możliwość rozwoju wewnętrznego poczucia kontroli stanu swojego zdrowia. Ten kierunek zachowania daje szansę na harmonię w funkcjonowaniu psychicznym dziecka.

## **2.5. Samopoczucie**

Przegląd istniejących koncepcji zdrowia i choroby w perspektywie historycznej wskazuje na wiele możliwości interpretacji stanów zdrowia określonych jako dobre lub złe (i odpowiednio lepsze lub gorsze); w zależności od przyjętej definicji zdrowia pozwala uznać za jeden ze wskaźników zdrowia stan dobrego samopoczucia (Gonet 1987, s. 351-361; Heszen-Niejodek, Wrześniewski 2000).

Od czasów filozofów jońskich aż po wiek XIX zdrowie określano jako stan harmonijnej równowagi. Wezwanie Juwenalisa: „*Orandum est ut sit mens sana in corpore sano*” – mylnie skracane do stwierdzenia: „Zdrowy duch w zdrowym ciele” – było wyrazem przeświadczenia, iż pełnia doskonałości wymaga nie tylko zdrowia fizycznego, lecz także psychicznego (Winefield, Peay 1986, s. 120).

Myśl Peryklesa, który w V w. p.n.e. powiedział, że: „Zdrowie to taki stan moralnego, umysłowego i fizycznego samopoczucia, który umożliwia człowiekowi stawianie czoła każdemu życiowemu kryzysowi w sposób najdogodniejszy i najskuteczniejszy”, nadal jest aktualna (Tamże 1986, s. 121).

Według *Słownika języka polskiego* samopoczucie jest to „stan psychiczny i fizyczny bezpośrednio przez daną osobę odczuwany”, np. jako dobre (dodatnie) samopoczucie lub złe (ujemne) (1983, s. 176).

Samopoczucie w języku medycznym określa „aktualny nastrój uwarunkowany stanem psychicznym (np. zadowolenie z osiągnięcia celu) i fizycznym (np. braku dolegliwości)” (*Wielki słownik...* 1981, s. 1063).

W czasach nam współczesnych różne poglądy na temat rodzajów składników, składających się na pojęcie zdrowia znajdują swój wyraz w trzech typach definicji: biologicznych, holistyczno-funkcjonalnej i socjoekologicznej (Sęk 2003, s. 46-47). Definicje biologiczne określają zdrowie (chorobę) jako pewien somatyczny stan jednostki o określonych przez lekarza parametrach. W definicjach funkcjonalnych zdrowie ujmowane jest jako warunek efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym, a więc stan jednostki umożliwiający jej codzienną aktywność na poziomie przyjętym przez zbiorowość, do której należy.

Definicje, które próbowały uwzględnić dwa powyższe aspekty opierają się na przekonaniu, że analiza zdrowia (choroby) nie powinna ograniczać się jedynie bądź to do rejestracji zewnętrznych, fizycznych symptomów płynących z organizmu, bądź do codziennej aktywności, lecz uwzględniać te dwie sfery łącznie, wzbogacając je o towarzyszące im przeżycia psychiczne. Taką próbę definicji podjęła Światowa Organizacja Zdrowia, uwzględniając i podkreślając stan samopoczucia osoby.

Definicje socjoekologiczne ujmują zwykle zdrowie jako proces, a także jako właściwość człowieka. Najbliżej człowieka znajduje się krąg rodzinny, stanowiący środowisko społeczno-kulturowe, który przenika pola uwarunkowań zdrowotnych. Ten wymiar zdrowia jest bardzo bogaty i uwzględnia także przestrzeń życiową człowieka.

Zaprezentowane definicje w dwojaki sposób ujmują elementy składające się na pojęcie zdrowia, akcentując aspekt bądź obiektywny, bądź

subiektywny. W definicjach „obiektywizujących” kryteriami oceny są ogólne normy medyczne, gdy chodzi o organizm i psychikę, a społeczne w odniesieniu do codziennej aktywności. W definicjach „subiektywizujących” elementy składające się na zdrowie postrzegane są wyłącznie na gruncie wiedzy i odczuć jednostki. Zdrowie jest to więc odczuwany przez nią stan organizmu i psychiki oraz stopień jej zadowolenia (lub jego braku), wynikający z tego stanu oraz z tego, jak funkcjonuje ona na co dzień we właściwych jej rolach społecznych (Kasprzak 2008).

Zdecydowanym zwolennikiem subiektywnej koncepcji zdrowia był poszukujący klucza do medycyny Pollak, który uważał, że miarą zdrowia jest indywidualna ocena i na poparcie swej tezy przytacza opinie wielu wybitnych filozofów i lekarzy, takie jak: „Człowiek jest wówczas zdrowy, wydolny, gdy ma pozytywny stosunek do życia, a wyniki badań jego organizmu nie wykazują odchyłeń od normy [...] W dzisiejszym świecie pacjent decyduje o tym, czy jest chory. Stan jego wydolności jest tylko do pewnego stopnia wymierzalny – najważniejszym wskaźnikiem jest jego samopoczucie, czyli on sam [...] Nie ma takiej normy, która byłaby jednolitym miernikiem zdrowia dla wszystkich ludzi. Nie ma też recept, które każdemu zapewniłyby ten sam stopień zdrowia. Każdy człowiek zdrowy jest zdrowy w sposób swoisty” (Pollak 1969, s. 216-218).

WHO w swojej definicji utożsamia zdrowie ze szczęściem. Szczęście zaś, podobnie jak radość i satysfakcja, jest istotną przesłanką zdrowia, ale nie jest z nim równoznaczne. Można być zupełnie zdrowym, a mimo to nieszczęśliwym i odwrotnie.

W wielu przypadkach choroba da się pogodzić z poczuciem szczęścia, zdarzają się ludzie, którzy właśnie w chorobie i cierpieniu znajdują swoje szczęście, np. filozof francuski i matematyk Pascal.

Samopoczucie jest wartością. Według Fromma odczuwanie przyjemności, zadowolenia, szczęścia i radości jest synonimem dobrego samopoczucia. Doznania te o charakterze subiektywnym powstają w wyniku oddziaływania czynników obiektywnych. Innymi słowy, samopoczucie nie jest tylko i wyłącznie efektem percepcji subiektywnej. „Szczęście stanowi kryterium doskonałości w sztuce życia” (Fromm 1994, s. 155). Przyjmuje się, że smutek lub ból to przeciwieństwo szczęścia. Fromm tę myśl także podaje w wątpliwość, jako że cierpienie fizyczne lub psychiczne jest częścią ludzkiego życia. Tylko obojętność pozwala na uniknięcie smutku i zdaniem autora przeciwieństwem szczęścia jest depresja, która wynika z wewnętrznej pustki i braku aktywności. Zmienność życia ludzkiego bywa powodem zmiennego samopoczucia, które nie jest tylko i wyłącznie stanem subiektywnym (Tamże).

Przedstawiony dylemat rozstrzyga, jak się wydaje, socjologia medycyny, wprowadzając dwa terminy na określenie pojęcia choroby: choroba w sensie medycznym (*disease*) i choroba w poczuciu dyskomfortu (*illness*). Choroba oznacza patologiczną zmianę organizmu i jest zjawiskiem obiektywnym, charakteryzującym się zmienionym funkcjonowaniem ciała jako organizmu biologicznego. Poczucie dyskomfortu odnosi się przede wszystkim do subiektywnego doświadczenia ludzkiego, charakteryzującego się bólem i złym samopoczuciem (Sokołowska 1986, s. 14).

Psychologia zdrowia podaje, iż deficyt dobrego samopoczucia pojawia się w chwili doświadczenia stresu psychologicznego. Deficyt ten rodzi się w relacji między podmiotem a światem, odczuwany mniej lub bardziej świadomie jako szkodliwy lub zagrażający (Makowska, Poprawa 1996, s. 80). Człowiek, który czuje, że jest chory, w istocie jest chory, mimo że czasami badania nie potwierdzają zmian patologicznych.

Poczucie dyskomfortu to subiektywne odczucie bólu lub złe samopoczucie. Zatem choroba stanowi kategorię obiektywną, która ma wpływ na zmianę funkcjonowania ciała, zaś samopoczucie kategorię subiektywną, gdy ktoś czuje się źle ma to wpływ na zmianę jego zachowania.

Poczucie dyskomfortu można rozpatrywać jako zaburzenie dotyczące jednostki lub zaburzenie o charakterze społecznym. W ujęciu indywidualnym oznacza to percepcję subiektywną określonych symptomów, np. czy wywołują u nas niepokój lub mobilizację do pewnych działań. W ujęciu społecznym dyskomfort to pewne zmiany w zachowaniu, wynikające z relacji między osobą chorą a innymi ludźmi.

Jeżeli złemu samopoczuciu towarzyszy wysoki poziom lęku, osoba taka ma zniekształcony obraz rzeczywistości. Lęk społeczny ujawnia się wówczas, gdy pewne zmiany patologiczne są widoczne i zostają odrzucone przez społeczeństwo lub gdy poprzez różne dysfunkcje człowiek nie jest w stanie odgrywać swoich ról społecznych (Kępiński 1983, s. 115).

W naukach medycznych lub psychologicznych mówi się o pewnej równowadze biologicznej i psychicznej organizmu. Ponieważ życie ludzkie jest procesem dynamicznym, należy zawsze mieć na uwadze rozwojowe elementy zdrowia. Z pojęciem dynamicznej równowagi łączy się continuum zdrowie – choroba. „Ujmowanie zdrowia jako twórczego procesu zmagania się ze stresem, obciążeniami, prowadzi do koncepcji choroby jako sposobu – podejmowanego świadomie lub nieświadomie – rozwiązywania problemów życiowych” (*Elementy...* 1996,

s. 14). W myśl tej interpretacji choroba fizyczna jest wynikiem nieradzenia sobie z pewnymi obciążeniami. Efektem działania farmakologicznego lub chirurgicznego nie zawsze będzie dobre samopoczucie.

Zdaniem Jarosza pewne dolegliwości i ograniczenia ujawniające się w sytuacji choroby mają wpływ na samopoczucie chorego. Istotny wydaje się tu mechanizm dolegliwości, np. ból może wpłynąć w danym momencie na złe samopoczucie, wywołując jednocześnie lęk, a ten stanowi wyraz pogorszenia się stanu zdrowia (Jarosz 1988). W przypadku astmy osiowym objawem tej choroby jest duszność. Stan ten, to subiektywne uczucie braku powietrza, które jest wynikiem zmian patologicznych dróg oddechowych. Objawy choroby mogą wtórnie wpłynąć na gorszy nastrój i obniżone samopoczucie.

Niekiedy autorzy w badaniu nad osobowością zwracali uwagę na samopoczucie dziecka. Przykładem są badania Sanickiej przeprowadzone wśród dzieci w wieku od 8 do 15 lat ze schorzeniami dróg oddechowych, w tym chorych na astmę (N=30) oraz wśród dzieci zdrowych jako grupy porównawczej. W rozumieniu autorki samopoczucie to nastrój określony jako czynnik F, tj. obniżone – wzmożone samopoczucie. Dzieci z astmą uzyskały nieco niższe wyniki w zakresie takich wskaźników samopoczucia, jak: „pogodnego stosunku do codziennych spraw: żywotność, skłonność do działania” (Sanicka 1983, s. 238).

Literatura przedmiotu zakłada, iż przewlekła choroba i uwarunkowana nią długotrwała hospitalizacja zmienia osobowość dziecka, a szczególnie te jej wymiary, które wskazują na obniżone względnie podwyższone samopoczucie, stałość lub niestałość emocjonalną, zależność lub niezależność od otoczenia, neurotyczne pragnienie zwrócenia na siebie uwagi, skłonność do depresji lub jej brak, napięcie lękowe itp.

Źródłem obniżonego samopoczucia może być np. przykre badanie czy zabiegi lecznicze związane z terapią, poza tym może to być subiektywna percepcja własnej sytuacji, która wiąże się z chorobą, np. słaba wydolność fizyczna organizmu czy otyłość.

Sytuacja społeczna dziecka przewlekłe chorego bywa również źródłem złego samopoczucia, może to być np. izolacja od kolegów, trudności z wyborem szkoły, utrudnienia w realizacji celów życiowych.

To, jakie jest oddziaływanie choroby na samopoczucie człowieka, w dużej mierze zależy od zdrowia psychicznego i odporności psychicznej. Dąbrowski zdrowie psychiczne określa jako „zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości” (1996, s. 22). Odporność psychiczna warunkuje prawidłowy rozwój psychicz-

ny. Im większa odporność psychiczna, tym wyższy poziom funkcjonowania poznawczego i społecznego, który jest bliższy dobremu samopoczuciu.

## 2.6. Szanse rehabilitacji psychicznej

Zachowanie dziecka w sytuacji choroby wyznaczone jest czynnikami wewnętrznymi, tj. właściwościami jednostki, oraz czynnikami zewnętrznymi, czyli nastawieniem otoczenia społecznego do chorego.

Rehabilitacja jako proces ma zawsze charakter kompleksowy, uwzględniający zarówno właściwości jednostki, jak i jej funkcjonowanie w środowisku społecznym, które dokonuje oceny zachowań. To dzięki społeczności następuje nasz awans bądź degradacja.

Ossowski w swoich rozważaniach nad problemem rehabilitacji określa ją jako „specyficzną” i „niespecyficzną”. Rehabilitację psychiczną zalicza do kategorii „niespecyficznej” zakładając w niej między innymi takie cele, jak: „wzbudzanie motywacji do wysiłku w realizacji programu rehabilitacji, kształtowanie pozytywnego obrazu samego siebie i innych” (1982 s. 57). Natomiast rehabilitacja „specyficzna”, jak wskazuje nazwa, dotyczy problemów medycznych, z którymi powiązana jest choroba (Tamże).

Swoje refleksje nad autonomią w wychowaniu niepełnosprawnych dzieci i młodzieży Obuchowska konsekwentnie przenosi na proces rewalidacji, nazywając ją „autorewalidacją”. Autorka twierdzi, że w procesie autorewalidacji psychicznej dochodzi do ukierunkowanej mobilizacji potencjałów jednostki „tkwiących w strukturze, organizacji i rozwoju jej organizmu i osobowości, przebiegających na trzech poziomach: emocjonalnym, behawioralnym i świadomościowym i służących celom rewalidacji, jakimi są samorealizacja osoby niepełnosprawnej i realizacja przez nią ról społecznych” (Obuchowska 1992, s. 62).

Według Hulka rehabilitacja psychologiczna jest jedną z form rehabilitacji leczniczej. Jej cele można podzielić na doraźne i długofalowe, związane z przygotowaniem osoby niepełnosprawnej do życia w naturalnym środowisku (*Pedagogika...* 1977).

Natomiast Kowalik ustala cele rehabilitacji psychicznej na podstawie analizy powiązania uszkodzenia między ciałem (*soma*) i psychiką (*psyche*). Schemat zmian autor przedstawia następująco: „uszkodzenie somatycznego funkcjonowania organizmu → rejestracja psychiczna istniejącego uszkodzenia → reakcja psychologiczna na uszkodzenie somatyczne, powodująca w efekcie zmiany funkcji psychicznych → ewentu-

alnie dalsze, wtórne zaburzenia psychosomatyczne” (Kowalik 1993, s. 449). Celem rehabilitacji jest tu przerwanie łańcucha na poziomie trzeciego elementu – reakcji psychologicznych na chorobę lub uszkodzenie somatyczne organizmu.

Liczne badania dotyczące właściwości psychicznych nasuwają pewien obraz dziecka chorego na astmę, który stanowi punkt odniesienia w rehabilitacji psychicznej. Dzieci z dychawicą oskrzelową charakteryzują się nadwrażliwością nerwową, która jest ich względnie stałą właściwością, ukształtowaną bardzo wcześnie pod wpływem niekorzystnych warunków rozwoju, jakie stworzyła w przeszłości i nadal może stwarzać choroba. Nadwrażliwość ta przejawia się w ich stałej gotowości do zbyt emocjonalnego reagowania na każdą działającą z zewnątrz podniecie. Większość dzieci chorych, ze względu na obniżoną odporność psychiczną, małą pojemność poznawczą i niewystarczające doświadczenie społeczne interpretuje te sytuacje jako niebezpieczne i zagrażające, próbuje się bronić, uruchamiając reakcje i zachowania, które przynoszą im rozładowanie napięcia emocjonalnego. Jeśli te sytuacje powtarzają się, reakcje obronne dziecka są wzmacniane. Nieprawidłowe postępowanie osób z najbliższego otoczenia utrwała te sytuacje i może prowadzić do zaburzeń w regulacji psychicznej (Pilecka 1983a; Grochmal-Bach 1985; Perzanowska 1985; Dyg-Konarska 1996; Pilecka 1996).

Szanse rehabilitacji psychicznej dziecka chorego na astmę zależne są od następujących czynników:

1. Percepcja samego siebie i otoczenia – jak zaprezentowano wcześniej, wydolność psychiczna to inaczej odporność na żądania otoczenia. Im większa odporność, tym wyższy stopień wydolności psychicznej. Poziom wydolności psychicznej wpływa na proces autokreacji osoby niepełnosprawnej. Koncepcja samego siebie to coś więcej niż obraz własnej osoby (jaki jestem teraz), ale to perspektywne ujmowanie siebie z punktu widzenia samorealizacji i realizacji ról społecznych (jakim chcę być: dla siebie i dla innych) (Obuchowska 1992, s. 67). „Akceptacja własnej osoby nie oznacza pogodzenia się z występującą niepełnosprawnością, ale jest przyjęciem nowych wyzwań życiowych wynikających z posiadanych dysfunkcji” (Kowalik 2007, s. 85). Także postrzeganie własnej osoby i sytuacji zdrowotnej, w myśl teorii Klopfera, podlega ciągłym zmianom. Jest to zależne od odczuwanego poziomu lęku, stopnia zaangażowania w rozwój zewnętrzny lub wewnętrzny oraz od poziomu posiadanej kontroli emocjonalnej (Tamże, s. 87).

Niezależnie od formy pomocy psychoterapeutycznej, zakłada się zwiększenie odporności przez: zwiększenie odporności biologicznej, podniesienie

sprawności intelektualnej przez stymulację procesów poznawczych, podniesienie (w wypadku zaniżonej) lub obniżenie (w przypadku zawyżonej) samooceny, poprawienie postrzegania otaczającej rzeczywistości, a także poprzez obniżenie poziomu lęku (*Pedagogika...* 1977; Ossowski 1982; Doroszevska 1989). Mobilizacja (stymulacja) istniejących potencjałów rozwijającego się dziecka, to ważne zadanie w procesie rehabilitacji, które wymaga wyeksponowania. Jak podaje Obuchowska, należy w tym procesie respektować prawidłowości i cechy rozwoju poznawczego dziecka. „Nie znamy bowiem potencjałów rozwojowych danej jednostki, a tylko jej sprawności, które stanowią wypadkową tych potencjałów i wyzwalających je oddziaływań środowiskowych oraz aktywności własnej” (Obuchowska 1992, s. 62).

2. Procesy emocjonalne, negatywne emocje, tj. strach, smutek, lęk, apatia prowadzą do mobilizacji krótkotrwałej i w wąskim zakresie, ważnej w danej sytuacji zagrożenia. Natomiast emocje pozytywne uczestniczą w procesie długotrwałej mobilizacji organizmu. Mobilizacja ta, to przeciwstawianie się czynnikom szkodliwym i poszukiwanie pozytywnych wpływów. Warunkiem skutecznej rehabilitacji jest wyzwolenie emocji pozytywnych, one to kierunkują oraz podtrzymują właściwe działania.

Materialnym nośnikiem emocji są wydzielane przez układ limbiczny neuropeptydy, które kontrolują np. odczuwanie bólu i związane z nim stany emocjonalne. Każdemu nastrojowi towarzyszy wydzielanie odpowiednich neuropeptydów, a zmieniony skład chemiczny krwi wiąże się z różną reakcją organizmu. „Nadzieja, wiara, pozytywne myślenie i oczekiwanie oraz związane z nimi emocje stanowią »psychiczny napęd« poruszający »biologiczne tryby« procesu zdrowienia. Narządem, który przetwarza zjawiska psychiczne w biologiczne, jest właśnie układ limbiczny” (Wirga 1991, s. 49). Młodzież chora na astmę charakteryzuje się nadmierną gotowością do emocjonalnego reagowania. W procesie rehabilitacji dąży się do kształtowania mechanizmu kontroli emocjonalnej i umiejętności przeciwdziałania stanom lękowym. Mogą temu służyć niektóre techniki psychoterapii (Terelak 1995).

W oddziaływaniu na sferę emocjonalną dziecka przewlekłe chorego istotne znaczenie ma także wsparcie społeczne (matki lub innej bliskiej osoby). Kontakt emocjonalny daje poczucie bezpieczeństwa, chroni dziecko przed przykrymi przeżyciami i nasilającą się patologią (Doroszevska 1989). Tym samym sprzyja kształtowaniu emocji pozytywnych.

3. Procesy motywacyjne nadają kierunek i dynamikę działaniu dziecka z astmą. Powinny właściwie ukierunkować jego dążenia, które

wyrażają się w dostrzeganiu korzystnych bodźców czy sytuacji, w poszukiwaniu sprzyjających kontaktów społecznych itp. Procesy motywacyjne to głównie kształtowanie systemu wartości, uwzględniające wartość zdrowia, a następnie łagodzenie deprywacji zdrowia, np. możliwość pobytu dziecka w szpitalu z matką, skrócenie okresu hospitalizacji. Oswojenie się z chorobą i pozytywny obraz własnej osoby sprzyjają właściwym działaniom w chorobie, tj. zdobywaniu informacji o chorobie, kontroli przebiegu choroby, rozwijaniu działań prozdrowotnych i tym samym obniżeniu nasilenia objawów chorobowych.

Rehabilitacja w zakresie procesów motywacyjnych, to np. ćwiczenia (wizualizacja) wyobrażenia siebie działającego pozytywnie w różnych sytuacjach życiowych. Osoby dorosłe, terapeuci winni stwarzać dzieciom sytuacje, w których odniosłyby one rzeczywiste sukcesy, ale jednocześnie potrafiły ocenić swoje zalety i wady (Pilecka 1992).

Innym ważnym celem rehabilitacji jest ukierunkowanie aktywności dziecka na działania związane z umacnianiem i rozwojem zdrowia, a także poprawą jakości życia (Latoś 1997). Niewątpliwie dużą zasługą osób oddziałujących na dziecko jest rozwijanie inicjatywy, a nie pokazywanie drogi (Piaget, Inhelder 1996).

Realną szansą rehabilitacji psychicznej, jako jednego z elementów rehabilitacji kompleksowej jest opracowanie indywidualnych programów stymulujących i korekcyjnych, z uwzględnieniem potrzeb i systemu wartości każdego dziecka.

## FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE DZIECI Z ASTMĄ

Jak już zauważył Arystoteles: „Człowiek jest istotą społeczną i do współżycia z innymi narodził się [...] człowiek z natury swej jest istotą przeznaczoną do życia życiem społecznym” (Szacki 2004, s. 28).

Funkcjonowanie społeczne dzieci przewlekle chorych z astmą stanowi ciągle otwarty problem rozważań teoretycznych i empirycznych (Perzanowska 1985; Oleńska-Pawlak 1988; Grochmal-Bach 1991; Lewandowska i wsp. 1992; Pilecka 2002).

Szczególnie trudne jest ustalenie, w jakim stopniu zakłócenie w funkcjonowaniu zostało uwarunkowane czynnikami środowiskowo-wychowawczymi, a w jakim chorobowymi. W literaturze przedmiotu nie można znaleźć wyczerpujących danych, które by pomogły wyjaśnić wzajemne oddziaływanie czynników wewnętrznych i zewnętrznych w chorobach przewlekłych, zaburzających regulację stosunków chorego dziecka z otoczeniem (a także zapobiec im).

### 3.1. Status teoretyczny kategorii pojęciowych funkcjonowanie i rola społeczna

Funkcjonować (z łacińskiego *functio*) oznacza działać, być czynnym, pracować, pełnić obowiązki (Tokarski 1980, s. 237).

Funkcjonowanie jest pewnym systemem zorganizowanej i celowej regulacji stosunków jednostki z otoczeniem społecznym (Tomaszewski 1977).

Funkcjonowanie człowieka, zdaniem Obuchowskiej – polega na zaspokajaniu potrzeb (powszechnych i indywidualnych) oraz na realizowaniu zadań stawianych mu zarówno przez środowisko społeczne, jak i przez niego samego (Obuchowska 1983).

Pojęcie funkcjonowania w odniesieniu do pojęcia aktywności ma szerszy aspekt. Aktywny (z łacińskiego *activus*) oznacza czynny, działa-

jący (Tokarski 1980, s. 17). W tym rozumieniu aktywność jest przejawem zewnętrznym funkcjonowania. Natomiast o funkcjonowaniu decydują przede wszystkim procesy poznawcze i emocjonalno-motywacyjne. Szczególne znaczenie ma jakość odbioru i przetwarzania informacji wpływających na poziom aktywności człowieka (Obuchowska 1983; Pilecka 1983a).

Właściwe funkcjonowanie to umiejętność odgrywania ról społecznych. Zakłada się, że umiejętność wchodzenia w role to czynnik decydujący o przystosowaniu społecznym i integracji osobowości (Nowak 1993). Rola społeczna, jako kategoria opisu aktywności jednostki, jest szczególnie przydatna do opisu funkcjonowania.

W krytycznym okresie dorastania właściwe odgrywanie roli osoby uczestniczącej w edukacji, korzystne odgrywanie ról rodzinnych, dające poczucie, że jest się akceptowanym w rodzinie oraz ról koleżeńskich, sprawiające, że jest się uznawanym, ma się prestiż i przynależy do grupy rówieśniczej, stanowią o osiągnięciu nowych jakości rozwojowych.

Rola społeczna jest spójnym systemem zachowań wynikających z przynależności jednostki do określonych grup i innych zbiorowości. Potocznie mówi się o roli członka rodziny, kolegi itp. W procesie socjalizacji i wychowania następuje stopniowe przyjmowanie różnych ról społecznych, tzn. ich internalizacja.

Analiza literatury naukowej dotyczącej zagadnienia roli społecznej powoduje konieczność wyodrębnienia trzech grup definicji.

Pierwszą grupę stanowią te definicje, które jako rolę określają oczekiwania grupy. Rola jest tutaj utożsamiana z normami, wzorcami, modelami dotyczącymi jednostki zajmującej określoną pozycję społeczną.

Na przykład Reykowski podkreśla, iż jest to system wymagań kierowanych do jednostki przez społeczeństwo, uwzględniający jednak cechy tej jednostki, takie jak wiek, płeć, zawód czy pozycja społeczna (1975).

Katz i Kahn za rolę społeczną uważają standaryzowane wzory zachowań wymaganych od wszystkich osób pozostających w określonej zależności funkcjonalnej, bez względu na życzenia osobiste czy zobowiązania poszczególnych osób inne niż te, które wynikają z zależności funkcjonalnych (1979).

Druga grupa definicji odnosi się do osobowości człowieka. Tutaj rola społeczna jest rozumiana jako kompleks postaw, reakcji, zachowań jednostki, czyli akcentuje się sposób realizacji norm i oczekiwań przez danego człowieka, ale w aspekcie jego subiektywnego odbioru.

Na przykład Krech, Crutschfield i Ballachy mówią o pełnej strukturze, obejmującej potrzeby, cele, oczekiwania, uczucia, postawy, wartości

i czynności charakteryzujące osobę lub grupę osób w standardowych działaniach (Hornowski 1985).

Trzecia grupa definicji próbuje łączyć powyższe stanowiska w określeniu roli społecznej. Twórcy pojęcia w integracyjnej definicji określają rolę społeczną jako całokształt modeli kulturowych towarzyszących danej pozycji. Tak więc zawiera ona postawy, wartości i zachowania, które społeczeństwo przypisuje sobie lub osobom zajmującym tę pozycję (Szacki 2004).

Aby człowiek mógł odgrywać określone role społeczne w swoim życiu, musi się ich najpierw nauczyć. Teoria uczenia się ról podkreśla, iż „żadna rola społeczna nie może istnieć w oderwaniu od innych ról” (Poznaniak 1993, s. 91), zatem zmiana jednej roli pociąga za sobą zmianę jakiejś innej bądź wielu ról (np. rola syna lub córki nie może istnieć bez roli matki lub ojca, a rola przełożonego – bez roli podwładnego). Uczenie się ról jest pewnym procesem, który kształtuje się w wyniku długotrwałych interakcji, w trakcie których człowiek przystosowuje się do ról akceptowanych społecznie.

Proces ten przebiega pod wpływem wielu czynników, np. takich jak: nagradzanie zachowań zgodnych z rolą i karanie niezgodnych, postawienie jednostki w sytuacji niejako przymusowej oraz utożsamianie się z osobami, które dane role odgrywają w sposób wzorcowy (Reykowski 1966).

Do ról, które jednostka powinna w wyniku procesu wychowania umieć odgrywać, zalicza się: „społeczną rolę obywatela, społeczną rolę czynnego uczestnika życia ideowo-politycznego, rolę współtwórcy kultury, społeczną rolę członka grupy i społeczną rolę członka rodziny” (Wasyłkowska 1974, s. 30). Sumę zaprezentowanych ról nazywa się w teorii roli społeczną rolą generalną.

Przechodzenie przez kolejne fazy życia, to przyjmowanie ról i wychodzenie z ról. Każda z nich jest jednocześnie rolą przekazaną, odebraną oraz odgrywaną i nakłada na człowieka wiele zobowiązań (Worach-Kardas 1988).

Im bardziej skomplikowane układy społeczne, tym więcej różnych ich elementów wpływa na różnorodność ról społecznych. Kreacja nowych ról społecznych nigdy nie jest skończona.

Literatura przedmiotu zawiera wiele klasyfikacji ról społecznych. Różnice wynikają między innymi z hierarchii dostępności komunikacyjnej, wzajemnej atrakcyjności lub innych cech. Wyróżnia się rolę główną i role podrzędne, idealną i rzeczywistą, zalecaną i wynikłą z konieczności (Szacki 2004).

Wiele klasyfikacji wyróżnia role przypisane i osiągnięte. Pierwsze obejmują całe życie jednostki i nie podlegają wyborowi. Są to role

związane z płcią, wiekiem, przynależnością narodową, etniczną i inną. Drugie, zwane też czasem specjalnymi, dotyczą ról, na które człowiek ma większy wpływ, np. ról rodzinnych (Tamże).

Istnieją jednak pozycje społeczne i powiązane z nimi role. Na przykład pozycja zajmowana przez dziecko w systemie społecznym szkoły określa wzajemne relacje pomiędzy uczniami a nauczycielami. Stosunki w szkole będą regulowane społecznymi regułami postępowania, u podstaw których zawsze znajduje się rola przypisana. „Rola ucznia w przeciwieństwie do pozycji ucznia będzie miała charakter dynamiczny” (Wasyłkowska 1974; Przetacznik-Gierowska, Włodarski 1994).

W zależności od środowiska, w którym funkcjonują określone systemy wartości, wzorce zachowania, ideały osobowościowe, proces socjalizacji obejmujący jednostkę może przynieść efekty w postaci jej przystosowania lub nieprzystosowania społecznego.

W pierwszym przypadku, w związku z konstruktywnymi wpływami socjalizacyjnymi określonych grup (rodzinnych, szkolnych, rówieśniczych), można oczekiwać, iż u jednostki objętej tymi wpływami wystąpią korzystne zmiany w zakresie czynności społecznych, w tym między innymi nastawione na podejmowanie i realizację ról społecznych powszechnie akceptowanych. Możemy wówczas mówić o socjalizacji pozytywnej, której rezultatem jest jednostka przystosowana społecznie.

W drugim przypadku, gdy oddziaływania socjalizacyjne będą związane z wpływami grup wytwarzających normy sprzeczne z ukształtowanymi przez kulturę, może wystąpić zaburzenie procesu socjalizacji, którego efektem będzie ujawnianie przez jednostkę zachowań świadczących o nieprzystosowaniu społecznym (Tyszkowa 1977; Sęk 1993; Hurrelmann 1994; Przetacznik-Gierowska 1996; Tillmann 1996).

Funkcjonowanie dzieci w średnim wieku szkolnym to realizacja głównie takich ról, jak: rola członka rodziny, rola ucznia, rola członka grupy rówieśniczej. Charakter relacji, który wytwarza się w trakcie odgrywania ról, świadczy o jakości funkcjonowania społecznego. Relacje stały się przedmiotem zarówno rozważań teoretycznych, jak i badań dotyczących funkcjonowania dzieci z astmą.

Zakłócenie w funkcjonowaniu społecznym zewnętrznym czy wewnętrznym, zdaniem Obuchowskiej, jest przejawem zaburzenia mechanizmów regulacji fizjologicznej, psychicznej lub obu ich równocześnie (Obuchowska 1983). Zewnętrzne wskaźniki zakłócenia, to np.: niepokój ruchowy, agresja w zachowaniu, obniżenie wyników w nauce; wewnętrzne wskaźniki zakłócenia, to np. obniżony nastrój, poczucie winy, izolacja i inne.

Aktywność społeczna dzieci w sytuacjach trudnych powoduje zmiany w przebiegu i strukturze działań wskutek zakłóconego funkcjonowania jako wyniku zaburzonego postrzegania trudności i towarzyszącego napięcia emocjonalnego (Tyszkowa 1977; Badora i wsp. 2001).

Przy podsumowaniu teoretycznych rozważań nad funkcjonowaniem, nasuwa się konieczność uporządkowania ogólnych konsekwencji funkcjonowania zakłóconego:

- a) Jednym z nich są konflikty, które wynikają z odgrywania ról społecznych, np. między rolą realizowaną a oczekiwaną. Konfliktowość taka często występuje „wtedy, kiedy dorastający młody człowiek jest członkiem zarówno swojej rodziny, jak i uczniem oraz członkiem grupy rówieśniczej. Wymagania roli ucznia lub syna bywają niekiedy sprzeczne z wymaganiami grupy koleżeńskiej” (Poznaniak 1993, s. 92). Przykładem takim mogą być także zmiany w sytuacji społecznej powstałe w związku z zachorowaniem. Łączą się one ze zmianą roli społecznej na człowieka chorego. Dość często dochodzi u chorego do konfliktu ról społecznych, jako że pragnie on odgrywać role społeczne osób zdrowych.
- b) Do skutków funkcjonowania zakłóconego należą także frustracje, czyli zakłócenie czynności zmierzającej do realizacji określonych zadań, zaspokojenia potrzeb czy osiągnięcia celów. Sytuacja ta może wynikać z przyczyn zdrowotnych, np. zaostrzenia choroby, z nieadekwatnego sposobu reagowania, np. u osób neurotycznych, które działają jakby wbrew sobie, oddalając się od realizacji celu.
- c) Z funkcjonowaniem zakłóconym wiążą się również zaburzenia emocjonalne, zakłócona i zahamowana aktywność ukierunkowana na cel, tym samym zagrożenie ważnych potrzeb życiowych i cenionych przez jednostkę wartości, powodują one stan napięcia i podniecenia emocjonalnego o przykrym zabarwieniu, czyli emocje negatywne. Nasilające się zaburzenia emocjonalne sprzyjają rozwojowi objawów nerwicy (Tyszkowa 1972; *Psychologia...* 2000).

### **3.2. Funkcjonowanie dzieci z astmą w rodzinie**

Rodzina jest pierwszym środowiskiem, w którym dziecko nawiązuje kontakty społeczne. Tutaj uczy się ono najbardziej intymnych form współżycia i ról społecznych, zdobywając w ten sposób podstawowe umiejętności przystosowania się w dalszym życiu do różnorodnych i zmiennych sytuacji społecznych. Oddziaływanie środowiska rodzinnego jest bardzo rozległe i zaznacza się nie tylko w rodzaju dążeń i aspiracji

cji poszczególnych jednostek, lecz wpływa także na dojrzałość uczuciową i społeczną osób, powstanie obrazu samego siebie, a nawet znajduje swoje odbicie w przyszłym realizowaniu roli ojca czy matki (Adamski 1984; Harwas-Napierała 1995).

Rodzina jako grupa społeczna opiera się na określonych wzorach, które regulują zarówno stosunki między jej członkami, jak i stosunki członków rodziny z innymi grupami. Wzory i normy uzależnione są od procesów społeczno-obyczajowych, zwyczajów i obyczajów, warunków lokalnych i specyficznych dla każdej rodziny czynników, które wiążą się np. z liczbą dzieci czy osobowością rodziców (Zaborowski 1980).

Rodzinę określa się także mianem grupy społeczno-wychowawczej. Charakteryzuje się ona określoną strukturą. Można mówić o trzech aspektach struktury rodziny:

- biopsychologicznym (układ więzi emocjonalnych),
- społecznym (układ pozycji społecznych, struktura władzy),
- kulturowym (wzory życia rodzinnego, normy i wzory ról społecznych wewnątrz rodziny) (Tyszka 1980, s. 59).

Rodzinę cechują więzy formalne i nieformalne, wspólnota materialna i mieszkaniowa oraz określone funkcje (Okoń 1992).

Funkcjonowanie, jak już wspomniano, jest systemem zorganizowanej i celowej regulacji stosunków jednostki z otoczeniem społecznym (Tomaszewski 1977). Tym samym wszelkie przemiany społeczeństwa, rozwój cywilizacyjny, zmiany ustrojowe czy uprzemysłowienie wywierają wpływ na jej obraz. Rodzina zachowuje elastyczność w dostosowaniu się do potrzeb, będąc w równowadze ze swoim otoczeniem.

W życiu rodzinnym człowieka istnieją dwa odmienne okresy. Pierwszy dotyczy rodziny generacyjnej, w niej się człowiek rodzi, wychowuje, dorasta i kształtuje. Tutaj zdobywa pierwsze doświadczenia. Następnym etapem jest rodzina prokreacyjna, czyli ta, którą zakłada już sam. W rodzinie generacyjnej linia rozwoju powinna dążyć do rozerwania więzów oraz osiągania niezależności, natomiast w rodzinie prokreacyjnej linia rozwoju dąży do scalenia i budowania więzi (Kępiński 1983).

Role rodzinne należą do podstawowych ról człowieka, np. rola dziecka, rola matki, rola ojca (Tyszka 1980). W środowisku rodzinnym dziecko przyswaja sobie niezbędne atrybuty ról rodzinnych, zwłaszcza małżeńskich i rodzicielskich. Odbywa się to poprzez takie mechanizmy, jak naśladownictwo, identyfikacja i modelowanie (Malim i wsp. 1995). Wychowanie w rodzinie „w najszerszym zrozumieniu tego słowa jest procesem wdrażania młodych pokoleń do życia w społeczeństwie” (Kawula, Lepalczyk 2004, s. 59).

Wielu autorów podkreśla postawę matki jako szczególnie istotną w kształtowaniu osobowości dziecka (Ziemska 1979; Hurlock 1985; Rembowski 1986).

W relacjach rodzinnych empatia znajduje swój wyraz w przejawach uczuć członków względem siebie (Gasiulowa 1993). Jest to podstawowy czynnik, ułatwiający prawidłową interakcję z dzieckiem. Jednakże wczucie się w sytuację dziecka nie polega na bezkrytycznym uleganiu mu. Matka od chwili urodzenia dziecka stanowi źródło identyfikacji dla rozwoju jego empatii i zachowań prospołecznych (Przetacznikowa, Włodarski 1986; Gasiulowa 1993; Tarnowski 2008).

Wery w swoich rozprawach o wychowaniu akcentuje wśród negatywnych postaw pary rodzicielskiej wobec dziecka między innymi „nadopiekuńczość” i poważne konsekwencje takiej postawy. Wśród nich wymienia brak poczucia własnej wartości, pewności siebie, bierność, apatię, infantylizm, agresywność. Drugą postawą negatywną jest „odrzućcie dziecka”, charakteryzujące się chęcią całkowitego podporządkowania sobie dziecka, czyniąc go bezwolnym (Wery 1988, s. 125-126).

Rozprawa o postawach rodzicielskich zmusza do refleksji, gdyż postawy takie, jak „ochraniająca” i „odtrącająca” są najczęściej występującymi postawami w stosunku do dzieci przewlekle chorych (Pilecka 1995).

Oslabienie więzi uczuciowej w rodzinie wynika z różnych trudności, które się w niej pojawiają. Nie pozostaje to bez wpływu na kształtowanie empatyczności, a w efekcie na zakłócenia w komunikacyjnej funkcji rodziny (Rembowski 1986).

Pozbawienie dziecka trwałego pozytywnego emocjonalnie kontaktu z osobą dorosłą prowadzi do postępującej frustracji. Konsekwencją tego, zdaniem Tyszkowej, jest „zachowanie skoncentrowane na obronie poczucia wartości własnego ja” (1977, s. 210).

Nadmierny dystans uczuciowy, brak akceptacji, niskie poczucie własnej wartości oraz identyfikacja z agresywnym wzorem bywają redukowane przez agresywne zachowanie (Reykowski 1992).

Źródłem zaburzonej więzi uczuciowej oraz braku rozwoju empatyczności jest traumatyzująca atmosfera rodzinna. Na podstawie własnych obserwacji klinicznych Obuchowska tę atmosferę określiła jako:

- „atmosferę napiętą, pełną nieświadomości, która stwarza uczucie nieokreślonego zagrożenia, o wysokim poziomie konfliktów,
- atmosferę obojętną, charakteryzującą się brakiem związku uczuciowego rodziców z dzieckiem,
- atmosferę nadmiernych emocji i problemów, mogą to być nadmierne emocje skierowane na dziecko” (1983, s. 155-156).

Harwas-Napierała potwierdza powielanie postaw zabarwionych emocjonalnie na zasadzie zachowań naśladowczych. Autorka cytuje za Bandurą, iż rezultatem oddziaływania rodziców jako modeli jest postawa analogiczna: „Agresywne dzieci wywodzą się z agresywnych rodzin [...] lękliwe dzieci wywodzą się z lękliwych rodzin” (Harwas-Napierała 1995, s. 313).

Psycholodzy i pedagodzy uważają, że szczególne znaczenie dla rozwoju autonomii dziecka mają zachowania wychowawcze rodziców i opiekunów. Obuchowska przedstawia funkcjonowanie autonomii w różnych obszarach – „przejawiająca się w działaniu (spontanycznym i intencjonalnym) oraz przejawiająca się w świadomości, przy rozróżnieniu myślenia i uczuć”. Tę autonomię Obuchowska określa jako „wewnątrzpochodną”. Natomiast umożliwienie realizacji autonomii przez środowisko to autonomia „zewnątrzpochodna” (1996, s. 19).

Pełna akceptacja dziecka, jego empatyczne rozumienie, pobudzanie do działania oraz przekazywanie pewnych wartości przy pomocy jasnych komunikatów, to szansa na efekt wychowawczy w kierunku autonomii. Skutkiem takiego postępowania wychowawczego jest zdolność do kierowania swoim zachowaniem, umiejętność dokonywania wyboru z uwzględnieniem własnych i cudzych potrzeb, kształtowanie relacji społecznych opartych na zasadzie wzajemności (Pilecka, Pilecki 1996; Rożnowska 2009).

Rodzina w wymiarze duchowym, mentalnym tworzy niepowtarzalny klimat, oddziałując wychowawczo i edukacyjnie. Jak trafnie postrzega Łagoda, rozwojowe relacje międzyosobowe w rodzinie „cechuje naturalność, harmonia, uczciwość, sprawiedliwość, obiektywizm, a przede wszystkim prawdziwa miłość” (Łagoda 2008, s. 18).

Głównym założeniem wychowawczym w relacjach rodziców w stosunku do dzieci winno być ukształtowanie „odpowiedzialności za kierowanie własnym rozwojem jako podstawowej wartości” (Ossowski 1995c, s. 220). Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do dzieci przewlekle chorych. Choroba w życiu jednostki jest faktem społecznym, ponieważ wpływa w określony sposób na osoby z nią związane, pogorszenie się kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi, konflikty z innymi zdrowymi dziećmi z powodu zaniedbywania nauki itp.

Pod wpływem przewlekłej choroby dziecka pojawia się w rodzinie pewna strategia funkcjonalna (przystosowawcza) czy też strategia dysfunkcjonalna (mało przystosowawcza).

Strategia funkcjonalna polega na zmaganiu się z sytuacją, jaką niesie ze sobą choroba, poprzez poszukiwanie informacji o niej, dążenie do

uzyskania kontroli nad przebiegiem choroby, podjęcie lub zaniechanie działań związanych z jej leczeniem. Pociąga to zmiany w życiu rodzinnym, zawodowym, kontaktach społecznych itp., mające na celu dobro dziecka poprzez pozytywny wpływ na dalszy przebieg choroby.

Strategia dysfunkcjonalna to koncentracja głównie wokół niepokoju związanego z zagrożeniem, jakie niesie choroba dziecka. Ta mało przystosowawcza forma zmagania się z chorobą pociąga za sobą przyjęcie przez członków rodziny następujących sposobów zmniejszania niepokoju: zaprzeczanie istnieniu choroby, izolowanie chorego, przenoszenie negatywnych uczuć na innych członków rodziny, agresja wobec personelu leczącego, „ucieczka” w nadmierną aktywność poza domem rodzinnym.

W niektórych rodzinach dysfunkcyjne formy zmagania się z chorobą przyjmują postać patologicznych zachowań. Pojawiają się objawy nerwicowe czy nawet zaburzenia psychosomatyczne u zdrowych dotychczas członków rodziny (Radochoński 1987; Maciarz 2001).

Zwolennicy klasycznych teorii stworzyli pojęcie rodziny psychosomatycznej, którą charakteryzowały następujące wzory wychowania:

- brak autonomii i wzajemnego poszanowania wśród członków rodziny; są oni ze sobą bardzo mocno związani uczuciowo, ciągle martwią się nawzajem o siebie, kontrolują swoje reakcje i zachowania, rodzice utrudniają dzieciom zdobycie samodzielności,
- nadopiekuńczość członków rodziny w przypadku choroby dziecka polega na tym, iż każda z tych osób próbuje organizować nad nim opiekę na swój sposób, co staje się źródłem konfliktów,
- sztywność, członkowie nie postrzegają w swojej rodzinie żadnych problemów poza wystąpieniem dolegliwości somatycznych u niektórych spośród nich, nie widzą potrzeby zmiany sposobu reagowania i wzajemnych interakcji,
- brak konfliktów i zdecydowanych rozwiązań sytuacji; w rodzinach tych nigdy nie dochodzi do konfrontacji sądów, opinii, uczuć i potrzeb. Utrzymuje się chroniczny stan stresu i wewnętrznego napięcia z powodu tłumionych, nierozwiązanych konfliktów.

Dolegliwości somatyczne dziecka to symbol rodzinnych problemów, których przyczyną jest poniekąd i jego osoba (Pilecka 1995, s. 24).

Niewątpliwie istotny wpływ na zachowanie się rodziny wobec chorego dziecka oraz dziecka wobec pozostałych członków rodziny wywiera sposób percepcji choroby. Percepcja może polegać np. na postrzeganiu jej jako niebezpiecznej lub też występuje możliwość, że poszczególne osoby widzą ją w różny sposób. Stopień zgodności percepcji choroby

jest ważnym czynnikiem determinującym zdolności adaptacyjne rodziny. Percepcja choroby może także ulec zmianie w miarę upływu czasu (Wrześniewski 2000).

Choroba wpływa na zmianę struktury ról odgrywanych w danej rodzinie. Struktura ról, zarówno przypisanych, jak i przyjętych na siebie przez poszczególnych członków rodziny oraz związku zachodzące między rolami ulegają zmianie. Role przypisane i przyjęte przez poszczególnych członków w rodzinie są sztywne i zarazem mniej świadome. W życiu pozarodzinnym stosunkowo łatwo jest wejść lub wyjść z określonej roli (np. dobry kolega – zły kolega), natomiast w sytuacji rodzinnej wszelka próba zmiany roli jest bardzo trudna. Realizowane w rodzinie role w dużym stopniu decydują o kształcie obrazu samego siebie, wiary we własne możliwości oraz o tym, jak inni widzą poszczególnych członków rodziny i jak są do nich ustosunkowani. Choroba w rodzinie może istotnie zmienić konfigurację ról. Karasowska przyjmuje następujący układ ról odgrywanych w rodzinie dysfunkcyjnej:

- *bohater rodziny* – dziecko, którym warto się pochwalić w rodzinie;
- *czarna owca* (koziół ofiarny), jest osobą, na której można odreagować negatywne emocje. Dziecko poprzez złe zachowanie ściąga na siebie agresję;
- *zagubione dziecko* – jest osobą, która nie deklaruje żadnych potrzeb ani problemów;
- *maskotka* (błazen) – jest osobą, która zabawia innych, tym samym niweluje napięcie emocjonalne (2006, s. 17).

Nieprawidłowe funkcjonowanie społeczne rodziny może wpłynąć negatywnie na rozwój psychiczny dziecka chorego na astmę i pogłębić jego zmiany patologiczne związane z chorobą.

Wśród czynników psychospołecznych odgrywających istotną rolę w etiologii i przebiegu astmy oskrzelowej, na szczególną uwagę zasługuje atmosfera domu rodzinnego, w tym stosunki wewnątrzrodzinne, zależne między innymi od cech osobowości rodziców i ich postaw wobec dzieci.

Brook i Shemesh badali postawę 30 rodziców dzieci astmatycznych w 4 aspektach. Interesowało ich: zachowanie rodziców, modele radzenia sobie w warunkach codzienności, porozumiewanie się rodziców i dzieci, obawy w odniesieniu do zdrowia dziecka.

Rodzice dzieci z astmą w porównaniu z grupą kontrolną wykazywali wyższy poziom niepokoju. Modele zachowań rodziców dzieci z łagodną astmą były lepsze niż rodziców dzieci z ciężką astmą. Przewlekła astma powodowała statystycznie znaczne pogorszenie się komunikacji po-

między rodzicami a dzieckiem. Liczba dzieci w rodzinie miała bezpośredni wpływ na stopień lęku rodziców w odniesieniu do dziecka i jego zdrowia. Rodzice, mający 1-2 dzieci, z których jedno jest chore na astmę byli, jak stwierdzono, bardziej zaniepokojeni niż rodzice z 3-4 dzieci. Umiejętność radzenia sobie z chorobą dziecka była lepsza, gdy pierwsze lub drugie dziecko miało astmę, niż wówczas, gdy było to trzecie lub czwarte dziecko w rodzinie (Brook, Shemesh 1991, s. 253-259).

Mesters, Pieterse i Meertens przy zastosowaniu wywiadów i pisemnych kwestionariuszy oceniali doświadczenia rodziców dzieci z astmą w wieku przedszkolnym, ich przypuszczenia i wiedzę na temat ogólnych aspektów tej choroby, leczenia i działań prewencyjnych. Okazało się, że wiedza rodziców na temat choroby była ogólnie niewystarczająca, w szczególności w odniesieniu do leczenia, oznak poprzedzających napady duszności oraz działań prewencyjnych (1991, s. 17, 23-24).

W badaniach Towsenda i Feeny oceniano obciążający wpływ astmy na życie w populacji dziecięcej. W badaniach uczestniczyło 100 dzieci z umiarkowanym stopniem choroby oraz jeden z rodziców każdego pacjenta. Dla dzieci fizyczne objawy astmy były najbardziej obciążającym składnikiem choroby. Ponad połowa badanych wyszczególniła różne stany emocjonalne, które były dla nich niepokojące. Rodzice wspominali o zmartwieniu, skupieniu na chorobie i lekach oraz o niemożności złagodzenia objawów astmy u dzieci, jako o głównych składnikach obciążenia chorobą. W sumie dzieci odczuwały dolegliwości oddechowe astmy jako kłopotliwe, jednak niewiele z nich zgłaszało, że astma powoduje duże zaburzenia w ich życiu. Na podstawie przeprowadzonych badań autorzy podkreślają konieczność działań zmierzających do łagodzenia zmartwień i niepokojów ujawnianego przez rodziców (Towsend, Feeny 1991, s. 403-408).

Koncepcja behawioralna próbuje wyjaśnić niektóre zachowania dzieci w relacjach rodzinnych. Dzieci potrafią w pewnych sytuacjach wywołać u siebie atak duszności, wykorzystując jako środek prowadzący do tego celu: płacz, krzyk, śmiech lub złość, gniew i strach. Poprzednie doświadczenia dzieci wskazały, że ataki astmy są sposobem na rozwiązanie konfliktów szkolnych, rodzinnych i stanowią rodzaj wzmocnienia.

Przegląd polskich badań dotyczących problemu relacji społecznych rodziców i dzieci z astmą wskazuje, że istotny wydaje się klimat uczuciowy w rodzinie.

Perzanowska w swoich badaniach dokonała porównania obrazu stosunków emocjonalno-społecznych w rodzinach dzieci astmatycznych dwu różnych grup wiekowych (dzieci w młodszym i średnim wieku

szkolnym). Opierając się na analizie wyników Testu Stosunków Rodzinnych stwierdziła, że stosunki uczuciowe w rodzinach dzieci młodszych są lepsze niż w rodzinach dzieci starszych. W obu grupach badanych dzieci matka zajmuje pozycję centralną w rodzinie; zarówno dzieci młodsze, jak i starsze wiąże z matkami wzajemna miłość o dużej sile. O wiele słabsza więź emocjonalna łączy dzieci obu badanych grup z ojcami. Stosunki z ojcami są mniej korzystne w grupie starszej, postawy ojców odbierane są jako ambiwalentne. Więź uczuciowa z rodzeństwem starszym jest silniejsza w grupie dzieci starszych niż młodszych. Stosunki z rodzeństwem młodszym są podobne w obu grupach – cechują się dużą ambiwalencją uczuciową.

Analiza wyników badań całej grupy (35 dzieci) pozwoliła na wyodrębnienie dwóch typów stosunków interpersonalnych w rodzinach dzieci astmatycznych: stosunków pozytywnych i ambiwalentnych. Nie stwierdzono istnienia rodzin o stosunkach zdecydowanie negatywnych, choć w kilku przypadkach widoczne są wyraźnie negatywne stosunki z ojcem, a ambiwalentne z matką i rodzeństwem, co daje „typ mieszany”. Nie stwierdzono też zjawiska odrzucenia, zaś nadmierna akceptacja widoczna była w kilku przypadkach. Kilko dzieci przejawiało specyficzne mechanizmy obronne (Perzanowska 1983, s. 255-256).

Autorka, celem określenia stopnia i treści konfliktów emocjonalnych panujących w domach dzieci astmatycznych, badała 54 dzieci leczonych sanatoryjnie (23 dziewczęta i 31 chłopców). Do badań wykorzystała Test Zdań Niedokończonych w układzie Kostrzewskiego. Pod uwagę wzięto treść dominujących konfliktów emocjonalnych. Analizowano między innymi treść wypowiedzi dotyczących rodziców.

Wyniki badań wskazują, iż konflikty emocjonalne dotyczą: stosowania kar przez rodziców, w tym kar cielesnych; podnoszenia głosu na dziecko; darzenia miłością kogoś innego z rodziny (szczególnie młodszego rodzeństwa); pijaństwa i palenia papierosów przez rodziców. Sporadycznie pojawiały się wypowiedzi świadczące o silniejszym konflikcie emocjonalnym. Sporo wypowiedzi dotyczyło nieporozumień małżeńskich rodziców, co przejawiało się bardzo często w obu grupach.

Proporcje wyrażonych treści dotyczących rodziców wskazują na pewne różnice między dziećmi młodszymi a starszymi. Dzieci młodsze przede wszystkim zwracają uwagę na kary, jakie stosują rodzice (ojciec) oraz na to, że rodzice na nie krzyczą. Dzieci starsze rzadziej ujawniają konflikty emocjonalne dotyczące tych spraw, natomiast charakterystyczne dla nich są wypowiedzi świadczące o tym, że nie są pewne miłości rodziców (Tamże, s. 64-65).

Sanicka poprzez swoje badania próbowała dokonać charakterystyki postaw wobec członków najbliższej rodziny. Grupa badanych składała się z 65 uczniów chorych na astmę, przebywających w Instytucie Matki i Dziecka w Rabce. W grupie tej było 38 uczniów młodszych z klas I-V i 27 uczniów starszych z klas VI-VIII. W badaniach zastosowano „Film –Test” René Gille’a. Metoda ta jest połączeniem kwestionariusza z sytuacjami stwarzającymi pewną przesłonę typową dla technik projekcyjnych.

Reakcje dzieci ujawniły istnienie silnej więzi emocjonalnej z rodzicami (głównie matką), spotęgowanej przez fakt oddalenia dzieci od domu rodzinnego; we wszystkich przedstawionych w teście sytuacjach właśnie matka zajmuje priorytetową pozycję. Nie stwierdzono pod tym względem wyraźnych różnic pomiędzy dziećmi młodszymi i starszymi. Matka jest najczęściej wybierana jako partner na wakacje i matce pragnie zrobić niespodziankę większość dzieci młodszych.

Hospitalizowane dzieci odczuwają również potrzebę silnej więzi uczuciowej z obojgiem rodziców oraz z całą rodziną. Na przykład większość dzieci starszych pragnie zrobić niespodziankę i najbardziej tęskni za obojgiem rodziców, zaś dzieci młodsze wymieniają w analogicznej sytuacji całą rodzinę. Wskazywałoby to na bardzo silnie odczuwaną przez młodsze dzieci utratę poczucia bezpieczeństwa, będącą skutkiem długotrwałej rozłąki z domem rodzinnym (Sanicka 1992, s. 160-161).

Proces gromadzenia subiektywnych reprezentacji poznawczych innych ludzi zaczyna się zawsze od osób najbliższych dziecku, czyli od rodziców.

Oleńska-Pawlak badaniami objęła populację liczącą 306 dzieci w wieku 12-15 lat, w tym 186 dzieci przewlekłe chorych (z czego 60 na astmę) i kalekich oraz 120 dzieci zdrowych. W badaniach posłużono się metodą analizy dokumentacji, metodą wywiadu oraz metodą projekcji. W pracy przyjęto jako istotne wskaźniki dotyczące związków emocjonalnych dzieci z rodzicami i rodzeństwem:

- wybór najbardziej zaufanej i surowej osoby w rodzinie w odczuciu badanych dzieci,
- odczucia badanych odnoszące się do zachowania rodziców i rodzeństwa, które poklasyfikowano według kategorii: pozytywne, negatywne i obojętne.

Wyniki badań wskazują, że w całej badanej populacji wystąpiła tendencja do silnego pozytywnego związku emocjonalnego z matką i słabszej więzi emocjonalnej z ojcem. W grupie dzieci przewlekłe chorych i kalekich tendencja ta występuje zdecydowanie silniej. Uwidacznia się

preferowanie matki jako osoby najbardziej znaczącej dla dziecka chorego lub kalekiego. W odczuciu tych dzieci jest ona nie tylko osobą najbardziej godną zaufania, ale ma także, prawie wszyscy badani to podkreślają, walory określone takimi przymiotnikami, jak: „kochająca”, „czuła”, „życzliwa”, „rozumiejąca”, „cierpliwa” i „łagodna”. Natomiast ojciec przez ponad 74% dzieci chorych i kalekich, w porównaniu z 48% dziećmi zdrowymi, postrzegany był jak osoba surowa i karząca.

Występowanie w badanej populacji zdecydowanie silniejszej, w porównaniu z dziećmi zdrowymi, potrzeby afiliacji i silniejszego pozytywnego nastawienia emocjonalnego rodziców i rodzeństwa wskazuje na swoistość percepcji przez dzieci przewlekle chore (w tym na astmę) i kalekie środowiska rodzinnego (Oleńska-Pawlak 1995, s. 146-152).

W stosunku do dzieci niepełnosprawnych, w tym przewlekle chorych, występuje w większości postawa rodziców, która prowadzi do „wyuczonej bezradności”, a także do etykiety dziecka z małym poczuciem adekwatności. Wojciechowski w autorskich badaniach eksponuje konsekwencje błędów wychowawczych, należą do nich: „różne reakcje nerwicowe, zahamowania w rozwoju emocjonalnym, społecznym i intelektualnym” (Wojciechowski 2008, s. 206).

Powyższą tezę potwierdza Cudak, który w analizie badań własnych podkreśla pozytywną korelację między postawą rodzicielską a wykształceniem i zakresem wiedzy o chorobie (Cudak 2007).

Zaprezentowane badania wykazały, że pozytywne kontakty z dziećmi, rodzeństwem, innymi krewnymi i przyjaciółmi przekładają się na wysoki poziom funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. Natomiast postawy rodzicielskie wyrażające się nadmierną koncentracją prowadzą do zniekształconego postrzegania własnej osoby i tym samym do zakłócenia funkcjonowania społecznego.

### **3.3. Funkcjonowanie dzieci z astmą w środowisku szkolnym i w grupie rówieśniczej**

Dla dziecka w wieku szkolnym środowisko szkolne obok rodziny jest podstawowym miejscem nabywania doświadczenia, źródłem informacji w procesie regulacji stosunków z otoczeniem społecznym. Wchodzi ono w liczne i złożone stosunki społeczne, podlega różnorodnym wpływom (zamierzonym i niezamierzonym) z wiekiem bardziej świadomie organizuje swą działalność (Wasyłkowska 1974; Radziejewicz 1995; Sitko 2009).

Typową i dominującą formą aktywności staje się nauka szkolna i działalność społeczna w grupach rówieśniczych. Uczeń w procesie dydaktyczno-wychowawczym zostaje wyposażony w pewien zasób wiadomości, wyrabia się w nim pewne umiejętności i nawyki oraz kształtuje postawy, rozwija nowe motywy działania, budzi i kształtuje zainteresowania.

Jednocześnie w procesie dydaktyczno-wychowawczym tworzy się sytuacje wychowawcze, dające określone możliwości rozwijania różnych form własnej aktywności dzieci i młodzieży. Szczególnie podkreśla się wagę wszechstronnej, ukierunkowanej, lecz i samodzielnej aktywności dzieci i młodzieży, stanowiącej fundamentalny czynnik i warunek pełnego rozwoju (Janowski 1985; Tyszkowa 1990).

Klasa szkolna stanowi formalnie zorganizowaną grupę społeczną, złożoną z uczniów reprezentujących podobny poziom umysłowy i stopień rozwoju fizycznego. Określając klasę szkolną w kategoriach psychologii społecznej, podaje się, że jest ona zespołem składającym się z uczniów wzajemnie na siebie oddziaływających, którzy różnią się zajmowanymi w niej pozycjami i rolami oraz mają wspólny system norm regulujących ich zachowanie (Łobocki 1970, 2006).

Główną działalnością dzieci jest uczenie się, które najczęściej przebiega w ramach klasy szkolnej. Należy podkreślić, że sprawnie funkcjonujący zespół klasowy zaspokaja potrzeby swych członków, szczególnie zaś potrzeby uczestnictwa w życiu zbiorowym, kontaktów uczuciowych oraz uznania społecznego. W konsekwencji sprzyja to wytworzeniu dobrego samopoczucia oraz poczucia bezpieczeństwa ucznia (Skorny 1977; Łobocki 2006).

Dzięki codziennemu przebywaniu uczniów ze sobą klasa tworzy stopniowo grupę społeczną powiązaną różnymi stosunkami społecznymi. „Przez stosunek społeczny rozumie się unormowane określonymi rolami i wzorami społecznymi wzajemne postawy osobników wytworzone w wyniku świadomego, bezpośredniego, trwalszego oddziaływania na siebie” (Zaborowski 1994, s. 15). Dzieje się tak wskutek organizacji i warunków pracy szkolnej (wspólna izba szkolna, jednakowe zajęcia szkolne, regulamin pracy itp.), wpływu nauczyciela, wychowawców oraz działania czynników tkwiących w psychice samych uczniów (Przetacznik-Gierowska, Włodarski 1994).

Pozostając ze sobą w mniej lub bardziej zażyłych kontaktach, uczniowie poznają się coraz lepiej. Nawiązują się między nimi więzi społeczne. Więzią społeczną Szczepański nazywa „całość stosunków i zależności zachodzących między ludźmi w zbiorowościach” (1963, s. 84).

W pracy z młodzieżą, w szczególności z klasą szkolną, występuje przeważnie jeden z dwóch skrajnych typów kierowania, autorytarny lub demokratyczny. Pierwszy z nich przeważa w szkole tradycyjnej, o prostej strukturze, drugi w szkole nowoczesnej, o złożonej strukturze organizacyjnej, którą cechuje więź ze środowiskiem. Styl liberalnego kierownictwa jest w klasie szkolnej raczej zjawiskiem nietypowym i rzadkim (Kowalski 1983; Gordon 1999).

Preuss-Kuchta, w dynamicznym podejściu do sytuacji szkolnych, analizuje proces selekcji i czynności szkolnego selekcionowania pod kątem porażek i/lub sukcesów uczniów. Ciekawe i trafne wydaje się postrzeganie przez autorkę nie tylko selekcji jawnej, ale i ukrytej w procesie szkolnym, w relacji między nauczycielem a uczniem. Analizując nierówności społeczne i kierunek przyjętej selekcji, postrzega się możliwość otwierania lub ograniczania szans życiowych ucznia (Preuss-Kuchta 2000).

W tym miejscu należy podkreślić, że szkoły uspołecznione w naszych warunkach są dużą szansą w procesie socjalizacji. Ma to szczególne odniesienie do dzieci, u których występuje zakłócone funkcjonowanie psychospołeczne z różnych względów. Szkoła uspołecznioma jest „podporządkowana idei wychowania do wolności, odpowiedzialności i do życia w ruchu wspólnotowym [...] występują pozytywne relacje społeczne między nauczycielami, rodzicami i uczniami” (*Sytuacja...* 1993, s. 62). Polegają one na otwartym, partnerskim, o charakterze emocjonalnym, wzajemnym komunikowaniu się.

Dziecko w zespole klasowym odgrywa określoną rolę, jest to rola ucznia, która „obejmuje zespół czynności wyznaczonych przez pozycję zajmowaną przez dziecko w konkretnym systemie społecznym szkoły” (Wasyłkowska 1974, s. 31). Innymi słowy, rola ucznia jest rozumiana jako zachowanie dziecka, które jest elementem funkcjonowania systemu wychowawczego ucznia. Natomiast pozycja społeczna zajmowana przez dziecko w tym systemie określa „wzajemne stosunki pomiędzy uczniem a jednostkami zajmującymi sąsiednie pozycje w tym systemie, a więc innymi uczniami oraz nauczycielami” (Tamże, s. 31).

Rola ucznia w odniesieniu do pozycji ucznia ma charakter dynamiczny. W ciągu ostatnich lat obserwuje się wyraźne zwiększenie zainteresowania zagadnieniami funkcjonowania człowieka w relacjach z innymi ludźmi. Odzwierciedleniem tego typu relacji są wszelkie przejawy aktywności w spontanicznie powstających grupach koleżeńskich oraz w organizacjach młodzieżowych. Młodzież w tym okresie rozwija działalność samowychowawczą, mającą na celu wywołanie zmian w zachowaniu się i cechach

osobowości jednostki, zgodnie z przyjętymi przez nią ideałami i wzorami osobowymi. Działalność ta odbywa się częściowo w ramach organizacji młodzieżowych (Tyszkowa 1977, s. 196).

Ze względu na sposób postępowania i instytucjonalne usankcjonowanie, można wyróżnić grupy o charakterze formalnym i nieformalnym.

Grupy formalne są wyznaczone przez strukturę organizacyjną danej społeczności oraz układ istniejących w niej instytucji społecznych. Mają one określone zadania i należycie rozwinięty system kontroli. Grupę formalną tworzy społeczność szkolna, wchodzące w jej skład klasy, samorząd uczniowski, organizacje dziecięce i młodzieżowe funkcjonujące zarówno na terenie szkoły, jak też poza nią.

Grupy nieformalne powstają spontanicznie. Nie są one organizowane w sposób planowy i zamierzony, zaś ich struktura organizacyjna nie jest instytucjonalnie usankcjonowana. Grupami nieformalnymi powstającymi zarówno na terenie szkoły, jak też poza nią, są tzw. paczki oraz bandy. Ze względu na brak właściwej im kontroli ich działalności mogą one wywierać niekorzystny wpływ na przebieg socjalizacji. Przykładem takiego oddziaływania są bandy chuligańskie oraz grupy przestępcze (Skorny 1977).

Członków grupy łączą wspólne zainteresowania, potrzeby. Więzy, która się wytwarza między nimi daje poczucie solidarności z grupą. Treści norm grupowych mogą wpływać korzystnie na proces socjalizacji lub być powodem powstających w nim zaburzeń.

W klasie można wyróżnić kilka struktur grupowych ze względu na różne kryteria, które umożliwiają przypisanie poszczególnym uczniom określonych pozycji:

- „struktura władzy, wyznaczonej ze względu na pełnione przez uczniów funkcje w klasie;
- struktura socjometryczna, kształtująca się w zależności od odczuwanej sympatii i uznania, popularności wśród uczniów w społeczności klasowej;
- struktura komunikowania się, która stanowi układ pozycji uczniów ze względu na ilość i zakres przekazanych oraz zwrotnych komunikatów” (Łobocki 2006, s. 325).

Klasa szkolna ma swoistą strukturę, wyznaczoną przez układ panujących w niej stosunków dominacji, podporządkowania, wzajemnej zależności, sympatii i antypatii. W klasie rozwija się współdziałanie i współpraca lub też powstają konflikty i antagonizmy.

Między rówieśnikami wytwarzają się kontakty rówieśnicze i to nie tylko te, które występują w klasie szkolnej. Mogą być zawierane w różnych organizacjach dziecięcych i młodzieżowych, które istnieją na terenie szkoły lub poza nią.

Zdaniem Skornego mianem „grupy rówieśniczej” można określić różne grupy dziecięce i młodzieżowe. Uczestnictwo w tych grupach stanowi ważny element w procesie socjalizacji (1977). Grupa rówieśnicza stwarza młodemu człowiekowi szansę na kształtowanie się pozytywnych stosunków interpersonalnych. „Grupa, która jest wspólnotą różnych indywidualności, gwarantuje najkorzystniejsze warunki rozwoju” (Zaorska, Pasymowski 1996, s. 121).

W grupach tworzą się przyjaźnie, w których brak jest formalnych i normatywnych reguł. Przyjaciele pragną przebywać wspólnie nawet wtedy, gdy sytuacja wymaga pokonania pewnych trudności. Bliski przyjaciel to ktoś, kto nie może być zastąpiony, gdyż przyjaciele robią wszystko, aby ich życie jak najczęściej spletało się ze sobą. Zdaniem wielu autorów z przyjaźnią wiążą się zawsze pewne wartości, których spodziewają się partnerzy interakcji.

Wright przyjmuje trzy grupy wartości, jakich spodziewamy się ze strony przyjaciela, są to:

1. Wartości stymulujące rozwój intelektu, wyobraźni i zainteresowań, czemu towarzyszy poszerzenie kręgu wiedzy i rozbudzenie nowych, interesujących oraz wartościowych idei, dzięki którym partner staje się bogatszy duchowo.
2. Wartości utylitarne, które odnoszą się do tego, w jakim stopniu dana jednostka widzi partnera jako osobę chętną do współpracy i pomocy oraz gotową do poświęcenia swojego czasu i zdolności po to, aby pomóc przyjacielowi w realizacji planów i dążeń życiowych oraz ułatwić zaspokojenie jego potrzeb życiowych.
3. Wartości wzmacniające własne „ja”, czyli, w jakim stopniu widzimy partnera jako osobę dodającą nam odwagi oraz skłonną do udzielenia poparcia, a jednocześnie nie stanowiącą dla nas zagrożenia, lecz taką, która jest w stanie pomóc nam w osiągnięciu większego zadowolenia i podtrzymać nasze mniemanie o sobie jako o jednostce wartej poświęcenia, uwagi i zachodu (Niebrzydowski 1995, s. 330-331).

W grupach kształtują się postawy, które mogą mieć charakter prospołeczny lub aspołeczny.

Działania prospołeczne tworzą pewne czynności prospołeczne. Przyjmują one formę udzielania pomocy, dodawania ufności we własne siły, opiekowania się, obrony słabszych itp. Do postaw prospołecznych zalicza się np. postawę życzliwości, która przejawia się pod postacią chęci pomagania innym; postawę altruistyczną, przez którą rozumie się poświęcanie dla innych.

Działania aspołeczne natomiast, są to te „oddziaływania na jednostkę grupy będącej nosicielami określonej podkultury, która sprzyja wytwa-

rzaniu się u jej członków działania aspołecznego” (Skorny 1977, s. 38). Do postaw aspołecznych zalicza się np. postawę izolacji, która polega na unikaniu kontaktów z innymi, braku aktywności społecznej; postawę egocentryzmu, która przejawia się w nadmiernej koncentracji na sobie, własnych uczuciach, myślach, dążeniach. Dziecko egocentryczne pragnie być zawsze chwalone, nagradzane, jednocześnie jest obojętne w stosunku do potrzeb swoich kolegów.

Charakter postaw i działań społecznych wyznacza klimat relacji dzieci zdrowych z chorymi. Postawa egocentryzmu, charakterystyczna dla neurotyka, jeśli zostanie wzmocniona przez określoną podkulturę, będzie miała szkodliwe konsekwencje społeczne, ale przede wszystkim pogarsza samopoczucie dziecka i jego zadowolenie z życia.

Sawicka w swoich teoretycznych rozważaniach prezentuje hipotetyczny, własny model percepcji grup rówieśniczych przez dzieci. Model ten wydaje się szczególnie przydatny w analizie przyczyn i skutków zakłóconego funkcjonowania psychospołecznego dzieci. Autorka przedstawia go jako:

1. Postrzeganie grupy rówieśniczej o charakterze:

- a. identyfikacji, rozumianej jako tożsamość nastawień poznawczych, leżących u podstaw widzenia siebie i widzenia innych,
- b. przeciwieństwa, tj. tendencji do przeżywania siebie jako zupełnie innego niż rówieśnicy,
- c. „użyteczności”, tj. tendencji do spostrzegania rówieśników w sposób uprzedmiotowiony, w aspekcie ich użyteczności lub szkodliwości dla osobistych celów i potrzeb dziecka,
- d. „rozszczepienia standardów”, tj. tendencji do postrzegania innych w kategoriach odmiennych (ale nie przeciwstawnych).

2. Sposób, w jaki dziecko postrzega swoich rówieśników, który może być uzależniony od elementów doświadczenia indywidualnego. Są nimi:

- a. wychowanie w grupie od wczesnych faz rozwoju. Elementy składowe tego doświadczenia, to:
  - identyczność praw i obowiązków,
  - identyczność zagrożeń,
  - identyczność poziomu sprawności rozwiązywania rozmaitych zadań,
  - identyczność otrzymywanych nagród i kar;
- b. typowość doświadczeń w historii życia dziecka, im więcej zdarzeń nietypowych dla jego wieku i środowiska, z którego rekrutują się koledzy, tym większe prawdopodobieństwo postrzegania siebie jako odmiennego od rówieśników;

- c. poziom lęku czy też skłonność do regulacji lękowych, która może być produktem błędnych warunków wychowawczych, ale może też być endogenna (jako symptom choroby somatycznej). Dzieci lękliwe innych postrzegają jako lepszych od siebie lub jako gorszych (kompensacja);
- d. sposób oceniania dziecka przez rodziców; im ta ocena jest bardziej nietypowa (in plus czy in minus), tym większe prawdopodobieństwo, że dziecko wchodzące w interakcję z rówieśnikami, będzie z góry nastawione na poszukiwanie dowodów własnej „wyjątkowości” (Sawicka 1980, s. 49-50).

Autorka w przedstawionym modelu percepcji grupy rówieśniczej przez dziecko wyczerpała najważniejsze elementy determinujące postrzeganie grup rówieśniczych i uczestnictwo w nich.

Jak zauważa Nowicka: „Pozytywne więzi emocjonalne między dziećmi są podstawowym wyznacznikiem spójności grupy i stopnia włączania wszystkich członków w jej społeczności” (Nowicka 2001, s. 101).

W ostatnich latach dużo uwagi poświęca się osobom niepełnosprawnym i chorym oraz problemom dotyczącym wpływu kalectwa i choroby na funkcjonowanie jednostki i grupy społecznej. Jest to duże osiągnięcie, bowiem zrozumienie istoty procesów wzajemnego postrzegania ludzi, ich komunikowania się, wywierania na siebie wzajemnych wpływów i współdziałania w grupach, ułatwia orientację w stosunkach między ludźmi w ogóle, niezależnie od stanu zdrowia i przynależności do grupy społecznej.

Każdy człowiek jako istota społeczna przez całe życie, w stopniu mniej lub bardziej uświadomionym, uczestniczy w grupie. Początkowo jest to tylko rodzina, później grupa rówieśnicza, w końcu jako dorosły w związku z realizowaniem przez niego różnorodnych ról społecznych w wielu grupach.

W rodzinie dziecko, również chore, przyswaja sobie elementarne nawyki życia społecznego, kształtuje swój stosunek do otaczającego świata, wobec siebie samego i innych ludzi. W okresie szkolnym do procesu dotychczasowego wychowania, głównie rodzinnego, włącza się szkoła jako instytucja wychowawcza: nauczyciele i rówieśnicy.

Na zachowanie się i postępowanie dziecka mają bezpośredni wpływ potrzeby psychiczne: bezpieczeństwa, miłości, poczucia własnej godności i samorealizacji oraz mechanizmy obronne, które jednostka stosuje w celu obrony swych podstawowych potrzeb psychicznych przed bodźcami stwarzającymi zagrożenie lub w celu zaspokojenia tych potrzeb.

Dzieci dotknięte przewlekłą chorobą łączą często lęk przed dolegliwościami chorobowymi z lękiem przed utratą kontaktu z matką, a więc przed utratą poczucia bezpieczeństwa i miłości, oraz z lękiem przed nowym, obcym środowiskiem, które stwarza poczucie zagrożenia i zagubienie się w nim (Pilecka 1992, 1995).

Zwraca się również uwagę na fakt, że wzmożona agresywność obok podwyższonego poziomu lęku jest często charakterystyczną cechą osobowości dzieci przewlekłe chorych. Młodsze dzieci chore na astmę często reagują na sytuacje trudne płaczem, bezradnością i szukaniem pomocy u dorosłych. Konflikty emocjonalne u dzieci chorych na astmę dotyczą lęków koncentrujących się głównie na chorobie i towarzyszących jej okolicznościach.

U dzieci ze schorzeniami układu oddechowego często występują stany nerwicowe, które rozwijają się na podłożu zaistniałych zmian osobowości. Ponadto u dzieci z astmą oskrzelową występują szczególnie nasilone lęki i fobie. Lęk przed napadem duszności oraz obawa przed śmiercią potęgują napięcia emocjonalne i ogólną pobudliwość układu nerwowego. Dzieci astmatyczne unikają większego wysiłku fizycznego, obawiając się nagłego i niespodziewanego wystąpienia napadu, lękają się burzy i ciemności. Wysokie miejsce w objawach nerwicowych zajmuje drażliwość, ujawniająca się w dużej chwiejności emocjonalnej, niepokoju i nadmiernej pobudliwości psychoruchowej. Ponadto podkreśla się, że u dzieci astmatycznych spotyka się często zaburzenia uwagi, obniżenie nastroju i zaburzenia snu. Zaburzenia uwagi, które u dzieci astmatycznych wysuwają się na czoło objawów nerwicowych, mogą też negatywnie wpływać na postępy w nauce (Grochmal-Bach 1991).

Brak zaspokojenia podstawowych potrzeb powoduje wzrost emocjonalnego napięcia, nadmierną pobudliwość ruchową, często agresję i niewłaściwe ukierunkowanie zainteresowań afiliacyjno-społecznych (Tamże).

Sama przewlekła choroba jest stresem, który przekształca dotychczasową, w miarę optymalną sytuację życiową dziecka w sytuację trudną, najczęściej o charakterze frustracyjnym.

Przystosowanie się dziecka przewlekłe chorego do środowiska, którym w tym przypadku jest klasa szkolna, związane jest z powstaniem kolejnej, nowej sytuacji trudnej (stresowej).

„Sytuacja trudna zawiera czynniki, które stanowią zagrożenie dla jednostki – sygnalizowane lub bezpośrednio doznawane – lub zakłócają bądź uniemożliwiają działanie zmierzające do osiągnięcia celu (zaspokojenia potrzeb, rozwiązania zadania), bądź powodują pozbawienie

cennych wartości; sytuacja trudna wyzwala stan wzmożonej aktywizacji i obciąża lub przeciąża system regulacji zachowania” (Jarosz 1988, s. 144).

Przeżywane w określonej chwili trudne sytuacje prowadzą do posłużenia się mechanizmami obronnymi, tkwiącymi w osobowości dziecka. Mechanizmy te, kształtowane od dzieciństwa, bronią przed utratą dobrego mniemania o sobie i redukują przykre emocjonalne napięcia.

Ważnym mechanizmem obronnym jest np. kompensacja, polegająca na dążeniu do uzyskania w jakiejś dziedzinie powodzenia i skompensovania (wyrównania) w ten sposób niepowodzeń w innej. Przykładem mogą być braki w nauce zrekompensovane przez przywództwo w grupie, uzyskane za pomocą siły albo niepowodzenia osobiste wyrównane osiągnięciami w nauce (Tamże).

Sokołowicz analizując etos, zachowania młodzieży, jak to określiła „w przestrzeniach napięć”, postrzega ambiwalencję nie jako destrukcję, ale jako źródło, „które [...] scala rozłączone światy na poziomie życia jednostkowego: świat radości ze światem interesów, świat indywidualizmu ze światem kolektywizmu” (Sokołowicz 2005, s. 81).

Nauczyciel powinien poznać, które z wymienionych mechanizmów obronnych dominują w regulacji zachowania się ucznia, a szczególnie ucznia przewlekłe chorego. Dobra orientacja nauczyciela w zachowaniu się dziecka daje możliwość ustalenia, w jakim stopniu cechy osobowości dziecka wyznaczają rodzaj regulacji, za pomocą których uczeń zamierza osiągnąć pewien poziom przystosowania do nowej sytuacji. Należy pamiętać, że mechanizmy te kształtują się stopniowo, a wiele z nich ma swoją genezę we wczesnym dzieciństwie (Szewczyk 2001).

Właściwa orientacja nauczyciela będzie wyznaczona przez posiadane przez niego określone z punktu widzenia psychologicznego cechy, które warunkują powodzenie realizowanej przez niego działalności zawodowej.

Zwykle w charakterystyce tej uwzględnia się takie podstawowe parametry, jak:

- podstawa orientacyjno-motywacyjna działalności pedagogicznej (potrzeby, motywy, zainteresowania, cele, kierunki działań itp.),
- określone treści i struktura działalności (tj. sposoby rozwiązywania różnego rodzaju problemów i zadań zawodowo-pedagogicznych),
- cechy osobowościowe znaczące zawodowo (zdolności wypełniania funkcji zawodowo-pedagogicznych) (Duraj-Nowakowa 1986, s. 144-145).

Zintegrowany system zawodowo znaczących cech osobowości nauczyciela, która aktywizuje działalność jednostki i daje możliwość po-

dejmowania samodzielnych decyzji, określony jest jako gotowość zawodowa do działalności pedagogicznej. Gotowość zawodowa przejawia się w zdolności do produktywnej realizacji działań na podstawie posiadanych wiadomości, umiejętności i doświadczeń.

O ile wiadomości ogólne dotyczące chorób przewlekłych zdobywa nauczyciel sam, to do zgromadzenia niezbędnych informacji o ich przebiegu i leczeniu u poszczególnych dzieci potrzebna jest współpraca z rodzicami i lekarzem prowadzącym chorego ucznia. Nauczyciel powinien być w pełni świadomy tego, że wiele zachowań obserwowanych u ucznia przewlekle chorego jest uwarunkowanych jego aktualnym stanem zdrowia.

Choroba przewlekła stanowi czynnik obniżający wytrzymałość organizmu, obniżając dodatkowo przez swoje konsekwencje psychospołeczne mechanizmy odpornościowe ustroju.

Badania stanu somatycznego dzieci chorych na astmę wykazały obniżenie ich wieku rozwojowego w stosunku do wieku kalendarzowego o 1,7 roku (Grochmal-Bach 1991, s. 60).

Leczenie farmakologiczne wywiera również wpływ na proces uczenia oraz zachowania się chorego dziecka. Dzieci przyjmujące leki często uzyskują gorsze wyniki w rozwiązywaniu zadań wymagających zapamiętywania wzrokowego oraz uczenia się pamięciowego materiału werbalnego (Furukawa i wsp. 1984, s. 17). Leki wywierają niewątpliwie znaczący wpływ na obserwowane u dzieci astmatycznych zachowania – nadpobudliwość, rozdrażnienie, impulsywność, tendencję do zamykania się w sobie, trudności w koncentracji uwagi i zaburzenia snu.

Dla każdego dziecka, a szczególnie dziecka chorego, bardzo ważne dla dobrego samopoczucia w szkole są panujące w klasie relacje typu nauczyciel – uczniowie, nauczyciel – uczeń chory, uczeń chory – uczniowie zdrowi (reszta klasy). Warunkują one w dużej mierze funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym.

Relacje typu nauczyciel – uczniowie mogą przybierać następujące formy:

- relacje o charakterze wspomagającym, w których nauczyciel akceptuje uczniów, odnosi się do nich z zaufaniem i życzliwością, udziela im pomocy, redukuje sytuacje lękowe i napięcia, stosuje przede wszystkim nagradzanie, a w związku z tym stosunki między nim a uczniami są przyjazne i bliskie, ale niezbyt poufale;
- relacje rzeczowe, w których nauczyciel poprawnie realizuje zadania dydaktyczno-wychowawcze, jest sprawiedliwy, ale nie nawiązuje bliższych kontaktów z uczniami;

- relacje obojętne, w nich nauczyciel specjalnie nie przejawia zainteresowania uczniami i ich wynikami w nauce, nie dba o ich samopoczucie;
- relacje konfliktowe, w tego typu relacjach widoczna jest wrogość nauczyciela do uczniów, częściej ich karze, narzuca im swoje opinie i decyzje, utrzymuje uczniów w poczuciu zagrożenia (Grochmal-Bach 1992, s.116).

Typ relacji z uczniami przyjęty przez nauczyciela decyduje o atmosferze panującej w klasie oraz wywiera wpływ na wzajemne relacje panujące pomiędzy uczniami.

Ze stanem zdrowia dzieci niepełnosprawnych koreluje wiele zmian zachodzących w ich sytuacji. W następstwie tych zmian kontakty z grupą przybierają zupełnie inny charakter. W czasie pogorszenia się stanu zdrowia obniża się samoocena, następują trudności w zaspokajaniu potrzeb i kontakty z otoczeniem wykazują tendencję spadkową. Z chwilą polepszenia się stanu zdrowia samopoczucie społeczne dziecka stopniowo się poprawia.

Należy pamiętać, że napadowy charakter choroby astmatycznej, wpływ leczenia farmakologicznego, ograniczenia aktywności fizycznej i częste pobyty w szpitalu sprawiają, że dziecko chore nie zawsze jest akceptowane przez swoich kolegów z klasy. Ponadto brak radości, pesymistyczne przewidywania, smutek i przygnębienie charakteryzujące dzieci astmatyczne decydują o tym, czy dziecko jest bardziej czy też mniej lubiane przez swoich rówieśników.

Grupa zaspokaja takie ważne potrzeby człowieka, jak potrzeba przynależności, identyfikacji z zespołem, przyjaźni oraz nowych doświadczeń, kontaktu emocjonalnego. „Kontakt emocjonalny to stosunek dwustronny polegający na tym, że osobnik czuje się przedmiotem zainteresowań i sympatii oraz współdzwięczy z innymi, przeżywając ich przykrości, radości” (Obuchowski 1972, s. 95).

U dziecka obraz własnej osoby kształtuje się poprzez orientację, jaką pozycję zajmuje ono w grupie, jak widzą je inni, czy jest lubiane, czy raczej nieakceptowane przez rówieśników.

Klasa początkowo ma tylko strukturę formalną, natomiast z chwilą, gdy między członkami grupy nawiązują się trwałe stosunki osobiste i na tle tych stosunków powstają normy regulujące zachowanie członków grupy, można mówić o powstaniu struktury nieformalnej. Grupa wytwarza swoje cele, które mogą być zbieżne lub rozbieżne z celami narzuconymi przez szkołę. Zadaniem wychowawcy jest poznać strukturę nieformalną klasy i tak pokierować nią, aby cele te były wychowawczo pożądane.

Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, że zdarzają się klasy będące grupami społecznymi, ale nie stanowiące grupy wychowawczej. Na rozwój klasy, jako grupy społeczno-wychowawczej wpływają takie czynniki, jak: system społeczny klasy, w którym na czoło wysuwa się osobowość nauczyciela, jego potrzeby, postawy wobec uczniów, temperament oraz pozostający w ścisłym związku z osobowością czynnik instrumentalny, to znaczy stosowane metody i techniki; normy wytwarzające się w toku interakcji między nauczycielami a uczniami oraz między samymi uczniami, układ pozycji i ról społecznych; elementy osobowości uczniów.

Nauczyciel swoją osobowością, stosowanymi metodami wychowawczymi, manipulując całą grupą klasową kształtuje postawy społeczne i światopoglądowe uczniów, ich potrzeby oraz obraz własnej osoby i związaną z tym samoocenę.

Istnieje ścisła współzależność między tymi trzema zmiennymi. Między nauczycielem i uczniami bądź samymi uczniami tworzą się, zwłaszcza na podłożu norm, pozycji i ról, stosunki społeczne.

W wyniku licznych kontaktów uczniowie zaczynają przejawiać wobec siebie określone postawy emocjonalne, np. życzliwość, oceniają swoje właściwości psychiczne i fizyczne, ustalają się też między nimi pewne formy zależności i kontaktów.

W zakresie kontaktów społecznych między samymi uczniami wyróżnia się stosunki:

- między poszczególnymi uczniami,
- między małymi grupami uczniów, które wytworzyły się w klasie,
- między jednostką a grupą.

Z czasem między uczniami wytwarzają się wzajemne stosunki o różnym charakterze. O stosunkach koleżeńskich mówi się wówczas, gdy wszyscy uczniowie czują się związani klasowym koleżeństwem, powstałym podczas wspólnego przeżywania dni wypełnionych troskami i radościami. W tych warunkach nawiązują się specjalne więzi i przyjaźnie między poszczególnymi uczniami. Inna grupa stosunków międzyosobowych w klasie, to stosunki nadrzędności i podporządkowania, w których pojawiają się przywódcy znajdujący w klasie zwolenników. Ponadto występują w klasie stosunki walki w formie rywalizacji i współzawodnictwa. Przejawem tej walki są bądź rzeczowe starania o lepsze wyniki, bądź też pomniejszanie osiągnięć przeciwnika.

Stosunki społeczne danego ucznia w klasie mogą być oparte na wzajemnej życzliwości i współpracy lub na wzajemnym lekceważeniu i niechęci. Skrajnym przejawem niechęci grupy jest odrzucenie dziecka

przez grupę, izolowanie go, unikanie jego towarzystwa, pomijanie go w czasie zabaw. Układ różnorodnych stosunków między uczniami określa pozycję społeczną dziecka w klasie i wywiera duży wpływ na jego rozwój. Ten wzajemny układ pozycji, jakie zajmują w niej uczniowie, tworzy strukturę społeczną klasy.

Należy pamiętać o tym, że w każdej klasie kształtuje się ona nieco inaczej. Zależy to w dużej mierze od rodzaju upodobań, potrzeb, zainteresowań, uzdolnień uczniów. Chodzi tu o strukturę nieformalną, powstającą w wyniku spontanicznych wzajemnych oddziaływań uczniów.

Staranna analiza struktury grupowej pozwala wyodrębnić w klasie co najmniej kilka kategorii uczniów, a w tym szczególnie:

- uczniów akceptowanych (cieszących się powszechnym uznaniem klasy),
- uczniów odrzucanych, czyli ogólnie nie lubianych,
- uczniów izolowanych, wobec których ogół klasy wykazuje stosunek obojętny (Ekiert-Grabowska 1976, s. 7-8).

Jednostka akceptowana jest popularna w grupie, stanowi przedmiot dodatnich uczuć jej członków, nawiązuje z nimi prawidłowe kontakty społeczne. Jednostka odrzucana nie cieszy się popularnością, wzbudza ujemne uczucia, popada w konflikty, ma nieprawidłowo ukształtowane kontakty społeczne. W czasie badań socjometrycznych otrzymuje ze strony kolegów wysoką liczbę odrzuceń, przy braku lub małej liczbie wyborów pozytywnych. Jednostka izolowana nie wywołuje ani uczuć ujemnych, ani dodatnich, nie nawiązuje z członkami grupy bliższych kontaktów, nie uczestniczy w ich działaniach. W sytuacji wyboru socjometrycznego nie otrzymuje ani pozytywnych, ani negatywnych wyborów ze strony grupy (Tamże).

Z badań naukowych nad zachowaniem się uczniów zdrowych i chorych na astmę wynika, że zdrowi uczniowie wykazują mniejszą tolerancję w stosunku do uczniów chorych. Istnieje też współzależność między zachowaniami uczniów a ich wiedzą o astmie bądź jej brakiem. Tolerancja dla chorych kolegów zwiększa się wraz z poziomem wiedzy o astmie oskrzelowej (Brook, Kishon 1993).

Pozycja w klasie szkolnej zależy także między innymi od tego, w jakim stopniu dziecko uczestniczy w realizacji zadań. Główną działalnością ucznia w szkole jest nauka. Wyniki nauczania odgrywają olbrzymią rolę w określaniu pozycji społecznej dziecka w klasie. Z badań nad popularnością uczniów wynika, że dzieci bardziej popularne w klasie są co najmniej dobrymi uczniami (Gurycka 1970; Strykowski i wsp. 2003). Niemalży wpływ na pozycję dziecka w klasie ma też opinia nauczyciela o uczniu.

Preuss-Kuchta w swoich badaniach na temat selekcji jawnej i/lub ukrytej dokonywanej przez nauczycieli wśród uczniów wskazuje na poważne konsekwencje tego procesu, co także potwierdza powyższą tezę (Preuss-Kuchta 2004).

Z badań przeprowadzonych w Auckland wynika ignorancja nauczycieli na temat zachowań ucznia chorego na astmę. Nauczyciele mają minimalną wiedzę na temat astmy, jednakże większość z nich nie zna zasad leczenia farmakologicznego w tej chorobie. Znajomość postępowania „symptomatycznego” daje szansę na umiejętność udzielenia pomocy w napadzie duszności u dziecka (Seto i wsp. 1992, s. 261-265).

W związku z tym nauczyciel dziecka chorego na astmę oskrzelową powinien:

1. Zachęcać dziecko do uczestnictwa w zajęciach (w miarę jego sił i możliwości).
2. Unikać niekorzystnych czynników środowiskowych:
  - a. utrzymywać stałą temperaturę w klasie,
  - b. zachęcać dziecko do noszenia odpowiedniej odzieży w zależności od pogody, pory roku,
  - c. likwidować kurz w klasie.
3. Powinien być świadom, że dziecko często podczas pobytu w szkole powinno zażywać leki, o czym należy mu przypominać.
4. Otoczyć dziecko specjalną opieką, aby mogło nadrobić zaległości spowodowane nieobecnością w szkole.
5. Wiedzieć, że dziecko powinno i może uczestniczyć w lekcjach wychowania fizycznego. Należy jednak dobrać odpowiednie ćwiczenia i pozwolić dziecku odpocząć, gdy „ma duszność, czyli subiektywne uczucie braku powietrza” lub gdy czuje ucisk w klatce piersiowej. Po odpoczynku, gdy dziecko poczuje się lepiej, powinno ono powracać do zajęć.

Perzanowska badała stosunek do szkoły i nauczycieli dzieci z rozpoznaniem dychawicy oskrzelowej w wieku od 7 do 14 lat. Wyniki badań wskazują, iż wraz z wiekiem zwiększają się konflikty emocjonalne dotyczące szkoły i nauczycieli. U dzieci starszych były one znacznie częstsze. Dzieci te użyły wielu negatywnych określeń dotyczących nauczycieli, np. zdania „Mój nauczyciel w szkole... często kończyły zwrotem: „... jest okropny”, „... jest niesprawiedliwy” „... to zarozumialec”. Dzieci starsze większą uwagę zwróciły na to, że nauczyciele krzyczą na uczniów (42%), a mniejszą na to, że robią klasówki (22,5%) (Perzanowska 1985, s. 66).

Jak wynika z analizy badań, nauczyciele nie są dostatecznie przygotowani do pełnienia funkcji nauczyciela-wychowawcy w odniesieniu do dziecka przewlekle chorego, w tym z dychawicą oskrzelową. Od nauczycieli wymaga się dziś dużych kompetencji pedagogicznych oraz wiedzy medycznej, która sprzyjałaby rozumieniu i pomocy dziecku choremu.

Koncentracja na indywidualnych potrzebach dziecka funkcjonującego w klasie daje szczególnie dobre efekty terapeutyczne. Dziecko przewlekle chore kontaktuje się ze swoimi zdrowymi i chorymi rówieśnikami podczas normalnych zajęć, a nauczyciel ma możliwość obserwowania go w sytuacjach grupowych i korelowania zachowań zarówno dziecka, jak i grupy. Umiejętne wykorzystanie tych sytuacji wychowawczych będzie miało wpływ na integrację klasy. Rolą nauczyciela jest akceptowanie ucznia takim, jakim on jest. Osobowość takich nauczycieli znaczy więcej od ich wiadomości i umiejętności nauczania (Hurlock 1985).

Od nauczyciela będzie zależało samopoczucie dziecka w szkole. Doświadczenia dziecka zdobyte poza domem rodzinnym będą z kolei wpływać na jego powodzenie szkolne i stosunek do szkoły, nauki i rówieśników.

### **3.4. Szanse rehabilitacji społecznej**

Rehabilitacja społeczna polega na uczeniu się nowych ról, a przede wszystkim wzajemnych pozytywnych interakcji. Sprzeczne komunikaty i wewnętrzne konflikty dziecka z astmą mogą wynikać z lęku przed utratą miłości, szacunku i przyjaźni ważnego dla niego rodzica (opiekuna). Tym bardziej, iż jak udowodniono najczęściej występującą postawą, którą prezentują rodzice wobec swoich chorych dzieci jest nadopiekuńczość. Takie zachowanie rodziców, zniewalające i bardzo uzależniające od siebie, występuje można powiedzieć ze zdwojoną siłą z racji choroby.

Cele rehabilitacji społecznej zmierzają do utrzymania właściwych zachowań prospołecznych. „One bowiem dają dziecku niepełnosprawnemu poczucie własnej wartości i szczególną, osobistą satysfakcję. Przekonują je o zdolności do osiągania czegoś, a nie tylko otrzymywania, wyzwalają poczucie więzi z innymi ludźmi” (Obuchowska 1992, s. 66).

W każdej grupie społecznej wysokie miejsce w hierarchii wartości zajmują: zdrowie, sprawność fizyczna, zdolność do wypełniania podstawowych zadań społecznych (Ostrowska 1994).

Dziecko z astmą bywa często hospitalizowane i degradacji ulegają cenione przez nie wartości. Z chorobą wiąże się częsta absencja w szkole, tym samym może ulec zmianie jego pozycja społeczna związana z odgrywaniem ról społecznych, jak i same role społeczne.

Rehabilitacja społeczna to włączenie w nurt życia osoby niepełnosprawnej, które sprowadza się do trzech kierunków działania: rola rodzinna – właściwe funkcjonowanie jako członka rodziny i przygotowanie do życia we własnej rodzinie; rola zawodowa – jako ucznia, gdzie interakcję między nauczycielami a uczniami oraz między samymi uczniami wytworzą właściwe normy, układ pozycji i ról społecznych; aktywne uczestnictwo w życiu, np. twórcza organizacja wolnego czasu, adaptacja do rynku zawodowego w celu uzyskania niezależności (Dyk-cik 1996; Kowalik 2007).

Umiejętność akceptacji choroby dziecka z astmą przez członków rodziny zwiększa szansę na jego rehabilitację społeczną. Umiejętność ta jest zależna od modelu życia rodziny przed chorobą, poziomu intelektualnego, kulturalnego (niezależnego od wykształcenia) i moralnego, osobowości poszczególnych członków rodziny, jej spójności.

Przyjęta strategia funkcjonalna w rodzinie będzie określała stopień skuteczności rehabilitacji społecznej. Polega ona na zmaganiu się z sytuacją, jaką niesie ze sobą choroba poprzez poszukiwanie informacji o chorobie, kontrolę nad jej przebiegiem, świadomy udział w procesie leczenia, pełną aktywizację dziecka zmierzającą do samodzielności w realizowaniu ról życiowych, samokontroli oraz samosterowania w sytuacji choroby.

Kolejnym istotnym czynnikiem mającym duże znaczenie w rehabilitacji społecznej jest wsparcie społeczne. Może ono występować jako:

- wsparcie emocjonalne (przekonuje dziecko, że jest kochane, stanowi dla określonej osoby wartość i daje świadomość, że zawsze na pomoc tej osoby może liczyć),
- wsparcie informacyjne (oznacza pomoc w rozwiązywaniu życiowych problemów i zadań przez podanie bezpośrednich rad, jak należy postąpić, wskazanie osobistych lub pozaosobistych zasobów, które można wykorzystać w ich rozwiązaniu lub też ustalenie innych źródeł uzyskania wsparcia),
- wsparcie instrumentalne (to bezpośrednie, aktywne zaangażowanie się w pomoc dziecku). Okazywanie wsparcia zmniejsza zależność, rozwija autonomię i wiarę we własną skuteczność (Pilecka, Pilecki 1996).

Szanse rehabilitacji społecznej związane z odgrywaniem roli kolegi w grupie rówieśniczej są pośrednio zależne od wspomnianej strategii, jaką przyjmują rodzice wobec dziecka chorego.

Strategia dysfunkcjonalna polega na koncentracji na niepokoju związanym z chorobą. Konsekwencją mało przystosowawczej formy jest między innymi izolacja dziecka od grup rówieśniczych. Uczestnictwo zaś dzieci w grupach chroni je przed nadmierną zależnością od obowiązujących norm świata dorosłych. Grupy rówieśnicze spełniają następujące funkcje (których dziecko izolowane zostaje pozbawione): egalitaryzm grupy łączy dzieci bez względu na wiek i różnicowanie społeczne. Tutaj liczą się przede wszystkim umiejętności oraz obowiązujący wzór zachowania; druga funkcja grupy rówieśniczej wyrasta z egalitaryzmu płci, tzn. w pewnych sytuacjach (np. w zabawie) grupa może łączyć dzieci obu płci, i to bez względu na wiek, wówczas wszyscy są równi; trzecia funkcja sprowadza się do dostarczenia dziecku takich sytuacji i możliwości, w których może ono doświadczać radości płynących z przebywania w grupie, rozwijać swoje zamiłowania i przyjaźnie (Gordon 1999).

Poza tym w grupach jednoczą się dzieci z różnych środowisk i przepływ informacji jest tam zróżnicowany. Sytuacja ta sprzyja ich naturalnemu rozwojowi. „Doświadczenie pokazuje, że zetknięcie z »innymi« (pod różnym względem) uczy lepszego rozumienia, głębszego widzenia, niweluje i niszczy egoizm” (Zaorska, Pasymowski 1996, s. 121).

Szanse rehabilitacji społecznej związane z odgrywaniem roli ucznia w klasie zwiększają się wraz z typem właściwych relacji nauczyciel – uczniowie. Najbardziej sprzyjającą postacią relacji jest ta o charakterze wspierającym. Cechuje ją pełna akceptacja uczniów, zaufanie, życzliwość, chęć udzielania pomocy, rozwiązywanie napięć, częste nagradzanie.

Typ relacji nauczyciel – uczniowie, przyjęty przez nauczyciela wywiera wpływ na atmosferę klasy oraz na wzajemne relacje panujące pomiędzy uczniami, w tym ucznia z chorobą. Dzieci zdrowe będą traktowały dziecko przewlekłe chore według wzoru zachowania, jaki zaprezentuje ich nauczyciel.

Nauczyciel w realizacji procesu nauczania i uczenia się powinien uwzględniać prawidłowości i cechy rozwoju dziecka przewlekłe chorego (*Pedagogika...* 1977; Doroszevska 1989).

W celu poprawy funkcjonowania w rolach społecznych szczególnie skuteczne są następujące formy terapii:

- a) psychoedukacyjna, systemowa praca z rodziną dzieci chorych, skierowana na dziecko. W pracy z rodzicami wykorzystuje się różne formy terapii: psychodramę, dyskusje grupowe, techniki relaksacyjne, techniki kontrolowania własnych reakcji i zachowań;

b) praca z grupą, obejmująca terapię psychoedukacyjną i socjoterapię. Cel pierwszy to wyjaśnienie istoty choroby, znaczenia psychicznych czynników w jej rozwoju oraz kształtowanie umiejętności kierowania sobą. W socjoterapii zmierza się do korekcji nieprawidłowych relacji pacjenta z otoczeniem, próbuje się zmienić niewłaściwe zachowania społeczne pacjentów (Pilecka 1992; Słuszyńska 1993).

Kowalik wskazuje na istotne zagadnienia w zakresie rehabilitacji społecznej: kształtowanie swojego życia osobistego, rehabilitacji zawodowej, zaangażowanie obywatelskie – ich brak istotnie ogranicza efekty rehabilitacyjne; sukces rehabilitacyjny jest efektem współpracy osób niepełnosprawnych, osób sprawnych i profesjonalnych rehabilitantów; rehabilitacja środowiskowa we wszystkich jej wymiarach jest tłem edukacji; rehabilitacja jest wielowymiarowym procesem w życiu człowieka, autor podkreśla istotną rolę animatora (np. psychologa), który koordynuje współpracę (Kowalik 2007, s. 268).

## METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

### 4.1. Przedmiot i cel badań

Przedmiotem niniejszej dysertacji jest teoretyczno-empiryczna analiza funkcjonowania dziecka z astmą w średnim wieku szkolnym.

Celem badań jest analiza funkcjonowania psychospołecznego dziecka z astmą. W procesie analizy zostanie uwzględniony aspekt obiektywny funkcjonowania, wyrażający się w statusie społecznym i relacjach z innymi, oceniającymi wydolność odgrywania ról społecznych, oraz subiektywny, przejawiający się w poczuciu osobistego zadowolenia i satysfakcji z życia. Uzyskane rezultaty badań zostaną porównane do swoistości funkcjonowania psychospołecznego dzieci zdrowych. Dzięki takiej procedurze badawczej można będzie ocenić różnice w funkcjonowaniu dzieci z astmą i dzieci zdrowych.

Korzystne funkcjonowanie dziecka w rolach rodzinnych i szkolnych znajduje wyraz w indywidualnym zachowaniu oraz w pozytywnej ocenie dziecka przez społeczne otoczenie (Obuchowska 1983; Grochmal-Bach 1985,1992; Pilecka 1983a, 1996; Grzegorzewska 2008).

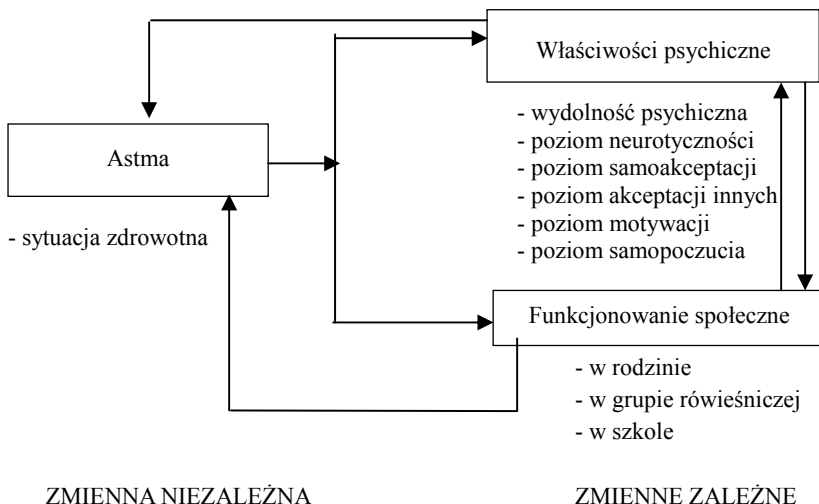
Funkcjonowanie wyraża się w charakterze percepcji i sposobach przetwarzania informacji o sobie i swoich relacjach ze światem w wymiarze subiektywnym, a w wymiarze obiektywnym w wydolności odgrywania ról społecznych: w rodzinie – jako jej członka, w szkole jako ucznia, w grupie rówieśniczej jako kolegi.

Czynniki te wpływają na kształtowanie obrazu samego siebie, stopnia akceptacji siebie i innych, a w efekcie dobrego samopoczucia dziecka.

W medycynie bada się współdziałanie wielu czynników (biologicznych, psychicznych i społecznych) w procesie powstawania i przebiegu wszystkich chorób somatycznych. Zmiany w strukturach anatomicznych organizmu i ich funkcjach modyfikują przebieg procesów psychicznych człowieka (poznawczych, emocjonalnych, motywacyjnych) oraz wpływają na jego zachowanie względem siebie i innych. Powodują, że musi on przyjąć nową rolę – osoby z chorobą, co przekształca dotychczasowy

układ relacji społecznych, i odwrotnie – to, co dzieje się w otoczeniu chorego, w sferze jego przeżyć psychicznych decyduje o kierunku oraz sile zmian w jego organizmie.

Podstawowy układ badanych zależności ilustruje poniższy schemat:



W pediatrii oraz w psychologii klinicznej paradygmat stanowi jeszcze jedno istotne założenie, iż rozwój jednostki ludzkiej jest determinowany przez wiele różnych czynników, wzajemnie ze sobą powiązanych, które mogą sprzyjać realizacji wszelkich zdolności dziecka, a mogą również prowadzić do powstania rozmaitych zakłóceń i zaburzeń w jego funkcjonowaniu.

Metodologia badań własnych opiera się na dwukierunkowym modelu zależności między przebiegiem choroby a rozwojem psychicznym, podkreślającym istnienie sprzężeń zwrotnych między tymi procesami, uwzględniającym szeroko rozumiane wpływy środowiska, które modyfikują charakter i kierunek tych relacji. Model, według którego predyspozycje somatyczne dziecka odgrywają istotną rolę w powstawaniu i rozwoju przewlekłych chorób układu oddechowego, co szczególnie jest ważne w odniesieniu do astmy, nazwano somato-psycho-somatycznym. Zaburzenia w strukturach anatomicznych i czynnościowych układu oddechowego będą wpływać na funkcje fizjologiczne innych narządów i systemów wewnętrznych oraz

kształtować podstawowe mechanizmy regulacji psychicznej dziecka. Zmiany w rozwoju psychicznym, zwłaszcza w sferze emocjonalno-motywacyjnej, zwrótnie będą oddziaływać na przebieg procesu chorobowego. To, co dzieje się w strukturze somatycznej i psychicznej, bardziej zależy ponadto od czynników zewnętrznych, tworzących przyrodnicze i społeczne środowisko jednostki. Zarówno wszelkie czynności biologiczne, psychiczne, jak i ruchowa czy społeczna aktywność dziecka są w mniejszym lub większym stopniu wyznaczone przez wpływy otoczenia.

Choroby przewlekłe układu oddechowego stanowią poważne obciążenie organizmu dziecka w pierwszych latach jego życia, niekiedy od momentu urodzenia. Są zatem stałym elementem, decydującym bezpośrednio i w sposób pośredni o jego rozwoju. Wzajemne powiązania zmian organicznych (chorobowych) i psychicznych w początkach rozwoju dziecka mają charakter zależności somatopsychicznych. W późniejszych okresach, gdy osiągnie ono wyższy poziom regulacji psychicznej, mogą przekształcać się w reakcje psychosomatyczne.

Właściwości psychiczne to bardzo szerokie zagadnienie. Przedmiot badań stanowią te sfery, które decydują o aktywności poznawczej i społecznej jednostki, wyznaczają jej powodzenie w realizowaniu podstawowych ról społecznych, a mogą również modyfikować przebieg procesu chorobowego. Są to wybrane procesy poznawcze, sfera emocjonalno-motywacyjna oraz poznawcze struktury osobowości, a także wybrane zmienne obrazu samego siebie.

Badając problematykę wydolności psychicznych, skupiono się na diagnozie tych procesów poznawczych, które mają istotny wpływ na powodzenie szkolne, a bywają zakłócone jako wynik uboczny działania leków bądź napadów duszności. Analizie poddano zdolności koncentracji uwagi oraz procesu spostrzegania.

Mechanizmy regulacji emocjonalnej stały się przedmiotem szczególnego zainteresowania, gdyż mogą one, poprzez komponentę fizjologiczną, modyfikować (nasilać lub łagodzić) przebieg podstawowego procesu chorobowego. Przegląd literatury dotyczącej problemu zaakcentował konieczność rozpoznania skłonności neurotycznych u dzieci z astmą w średnim wieku szkolnym. Poza tym określenie samopoczucia dziecka chorego w wymiarze obiektywnym i subiektywnym będzie determinowało jego barwę emocjonalną.

W literaturze psychologicznej mówi się o spójności procesów emocjonalno-motywacyjnych, stąd przedmiotem badań są również procesy kierunkowe, czyli poziom motywacji dzieci z astmą.

Rozważania teoretyczne nad rolą „struktury ja” w zachowaniu człowieka oraz nad jej udziałem w genezie niektórych chorób somatycznych, a także wyniki empiryczne zadecydowały o opisie charakterystycznych cech i zmian w rozwoju takich wymiarów obrazu samego siebie u dzieci chorych, jak akceptacja siebie i innych.

Aby zobiektywizować ocenę wybranych zmiennych obrazu samego siebie u dzieci z astmą, dokonano pomiaru obrazu własnej choroby. Badanie to określa także sytuację zdrowotną dziecka, którą poszerzono o wymiary obiektywne, czyli ocenę i obserwację przedstawioną przez rodziców.

Zewnętrzne przejawy funkcjonowania społecznego dziecka to opinie rodziców, nauczycieli i kolegów, dotyczące odgrywanych przez nie ról: w rodzinie, w szkole i grupie rówieśniczej.

Pierwsze środowisko społeczne i wychowawcze dziecka stanowi rodzina. Panująca tam atmosfera, prezentowane postawy rodzicielskie, wzajemne relacje mogą w sposób istotny pomóc w przezwyciężeniu symptomów choroby bądź mogą hamować rozwój dziecka i sprzyjać nasilaniu się choroby.

Również rola ucznia jest podstawową rolą społeczną dziecka. W literaturze psychologiczno-pedagogicznej znajduje się wiele dowodów na to, że niepowodzenia i porażki w nauce szkolnej to jedna z podstawowych przyczyn zaburzeń rozwojowych (Spionek 1973; Brzezińska 2008).

Relacje w grupach rówieśniczych wpływają na dziecko chore przez walory przyjaźni lub skutki izolacji. Osoby odpowiedzialne za leczenie, opiekę, wychowanie i nauczanie chorego dziecka winne poznać dotychczasową historię jego rozwoju i warunków życia, nie tylko po to, aby zrozumieć aktualne zachowanie, ale również w celu znalezienia odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu przebieg choroby decyduje o jego osiągnięciach rozwojowych i odwrotnie – w jakim stopniu problemy emocjonalne pacjenta, sposób zaspokojenia jego potrzeb, stosunek do samego siebie i innych wpływają na rozwój procesu chorobowego.

## **4.2. Problemy i hipotezy**

Przedstawione cele badań wymagają dalszego uszczegółowienia w postaci pytań i hipotez badawczych. Kierowano się przy tym ogólnymi wytycznymi, dotyczącymi celu poznania naukowego, opisanymi

przez Brzezińskiego (1980, 2000) oraz kryteriami poprawności formułowania problemów badawczych Łobockiego (1984, 2006).

Podstawowy problem niniejszej dysertacji jest zawarty w pytaniu:

Jaki jest poziom funkcjonowania psychospołecznego dzieci chorych na astmę?

Uszczegółowienie ogólnego problemu badawczego, zgodnie z zastosowanym układem hierarchicznym pracy, doprowadziło do wyłonienia następujących problemów szczegółowych:

- I. Jaki jest poziom wydolności psychicznej dzieci z astmą?
- II. Czy dzieci z astmą przejawiają nasilenie cech neurotyczności?
- III. Jaki jest poziom samopoczucia dzieci z astmą?
- IV. Jaki jest poziom motywacji dzieci z astmą w roli ucznia w szkole?
- V. Jaki jest poziom samoakceptacji i akceptacji innych?
- VI. Jaka jest percepcja własnej sytuacji zdrowotnej dzieci z astmą?
- VII. Jakie są właściwości zachowania dzieci z astmą w roli członka rodziny generacyjnej?
- VIII. Jakie są właściwości zachowania dzieci z astmą w roli członka grupy rówieśniczej?
- IX. Jakie są właściwości zachowania dzieci z astmą w roli ucznia?

Aby uzyskać odpowiedzi na powyższe pytania, zostały sformułowane następujące hipotezy robocze.

Hipoteza ogólna:

Istnieje różnica w psychospołecznym funkcjonowaniu dzieci chorych na astmę i ich zdrowych rówieśników.

W celu weryfikacji powyższej hipotezy zostały sformułowane następujące hipotezy robocze:

- I. Dzieci chore na astmę przejawiają niższą wydolność psychiczną w porównaniu z dziećmi zdrowymi. Wydolność psychiczna jest wypadkową indywidualnych predyspozycji, efektów kształcenia i wychowania, aktywności dziecka w tym zakresie oraz zmienności przebiegu choroby.
- II. Dzieci z astmą wykazują nasilenie cech neurotyczności w porównaniu z dziećmi zdrowymi. Portret psychologiczny oraz obraz kliniczny choroby jest wypadkową nasilenia cech neurotyczności.
- III. Samopoczucie dzieci z astmą jest istotnie obniżone i częściej złe. Poziom samopoczucia jest zależny od stopnia oswojenia się z chorobą, zakresu posiadanej wiedzy o niej, jej zmienności, a także stopnia wsparcia środowiska wychowawczego dziecka.
- IV. Dzieci z astmą charakteryzują się obniżonym poziomem motywacji. Mniejsza aktywność dziecka w wyznaczaniu i realizacji celów

oraz aspiracji najczęściej jest spowodowana ignorancją środowiska wychowawczego co do problemów dziecka z astmą oraz nasileniem objawów klinicznych choroby.

- V. Samoakceptacja i akceptacja innych w obrazie dziecka z astmą jest zaniżona. Powodem obniżonej wartości zmiennych składających się na obraz samego siebie jest nałożenie się wielu czynników zarówno dotyczących zdrowia, stanu psychicznego, jak i klimatu środowiska wychowawczego.
- VI. Sytuacja zdrowotna dziecka z astmą jest mało korzystna. Przebieg choroby wynika z predyspozycji indywidualnych, aktywności dziecka oraz oddziaływań terapeutyczno-wychowawczych wobec niego.
- VII. Relacje dziecka z astmą w rodzinie częściej mają charakter niezbyt dobry. Poziom relacji dziecka z rodziną jest wypadkową więzi emocjonalnych w niej panujących, przyjętego stylu wychowania, postaw, tradycji, atmosfery oraz stopnia zainteresowania wiedzą o chorobie i współpracy rodziców z zespołem terapeutyczno-wychowawczym.
- VIII. Funkcjonowanie w roli członka grupy rówieśniczej jest zakłócone. Gotowość współpracy grupy rówieśniczej z dziećmi przewlekle chorymi wynika z ich postawy wobec odmienności oraz stopnia wiedzy o chorobie.
- IX. Dzieci z astmą przejawiają mniejsze zainteresowanie nauką i mają częściej nie najlepsze relacje z nauczycielami. Dobre wyniki szkolne oraz relacje społeczne w klasie z uczniami i nauczycielami są zależne od ich samopoczucia i aktywności oraz gotowości środowiska szkolnego do współpracy.

#### **4.3. Zmienne oraz wskaźniki ich pomiaru**

Zmienne zależne badano dla grupy podstawowej i porównawczej. Stojąc wobec problemu dokonania poprawnego pomiaru wyróżnionych zmiennych, kierowano się wskazówkami Brzezińskiego, który podkreśla, że pomiar powinien być należycie diagnozowany i zadowalająco efektywny w praktyce. Konieczne jest takie występowanie wskaźników, które byłyby możliwie czułe i nieliczne (Brzeziński 1980, 2000).

Kierowano się również praktyczną możliwością uzyskania danych empirycznych.

Hipoteza I. Wydolność psychiczna

1. Wskaźnikami zmiennej są:

- poziom zmęczenia, wyrażający się koncentracją i trwałością uwagi,
- szybkość i dokładność spostrzegania w określonym czasie.

#### Hipoteza II. Nasilenie cech neurotyczności

##### 1. Wskaźnikami zmiennej są:

- niepokoje, zmartwienia, troski oraz lęk,
- objawy psychosomatyczne, które towarzyszą wymienionym stanom bądź ogólnie, bądź w odniesieniu do danej sytuacji,
- wysokie wyniki w skali pomiaru neurotyczności to skłonność do nadmiernej pobudliwości, lękliwości a nawet do załamień nerwowych w sytuacjach stresowych.

#### Hipoteza III. Samopoczucie dziecka

##### 1. Wskaźnikami zmiennej są odczucia o charakterze emocjonalnym.

Pomiaru dokonano w wymiarze subiektywnym i obiektywnym:

- samopoczucie w szkole ogólnie odczuwane przez dziecko,
- samopoczucie dziecka ogólnie określone przez jego rodziców lub opiekunów.

#### Hipoteza IV. Poziom motywacji

##### 1. Wskaźnikami zmiennej są:

- siła oraz konsekwencja w realizacji określonych celów w sytuacji choroby.

#### Hipoteza V. Samoakceptacja i akceptacja innych

##### 1. Wskaźnikami samoakceptacji są:

- stopień przystosowania jednostki do otoczenia,
- stopień zadowolenia z siebie,
- stopień poczucia osobistego szczęścia.

Określono je jako:

- wysoki poziom samoakceptacji,
- średni poziom samoakceptacji,
- niski poziom samoakceptacji.

##### 2. Wskaźnikami akceptacji innych są:

- brak postawy obronnej,
- unikanie negatywnych kontaktów z innymi,
- szacunek i tolerancja dla innych.

Określono je jako:

- wysoki poziom akceptacji innych,
- średni poziom akceptacji innych,
- niski poziom akceptacji innych.

| Lp. | Problemy badawcze                                                                                                         | Zmienne                                           |                                                           | Wskaźniki –<br>ogólne kryteria                                               | Narzędzia badawcze                                                   | Technika badawcza                                                                              |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                           | niezależna                                        | zależna                                                   |                                                                              |                                                                      |                                                                                                |
| 1   | Problem ogólny:<br>Jaki jest poziom funkcjonowania psychosocjalnego dzieci chorych na astmę?                              | rozpoznanie choroby, tj. <i>Asthma Bronchiale</i> |                                                           | rozpoznanie lekarskie                                                        | wniosek sanatoryjny – historia choroby (analiza dokumentacji)        | Kwestionariusz do wywiadu z dziećmi i rodzicami oraz do personelu medycznego                   |
| 2   | Problemy szczegółowe:<br>I Jaki jest poziom wydolności psychicznej dzieci z astmą?                                        |                                                   | wydolność psychiczna:<br>a) spostrzeganie<br>b) uwaga     | a) b. wysokie<br>b) wysokie<br>c) przeciętne<br>d) niskie<br>e) b. niskie    | test „Szybkość i dokładność spostrzegania” wg Grimsley, Ruch, Warren | Arkusz oceny szybkości i dokładności spostrzegania                                             |
| 3   | II Czy dzieci z astmą przejawiają nasilenie cech neurotyczności?<br><br>III Jaki jest poziom samopoczucia dzieci z astmą? |                                                   | skłonności neurotyczne                                    | a) wysoka<br>b) średnia<br>c) niska                                          | „Test dodawania Kraepelina”                                          | Arkusz oceny trwałości i koncentracji uwagi                                                    |
|     |                                                                                                                           |                                                   |                                                           | a) tak<br>b) nie                                                             | test jawnego niepokoju „Jaki jesteś” wg Choynowskiego i Skrzypek     | Arkusz pytań do oceny skłonności neurotycznych                                                 |
|     |                                                                                                                           |                                                   | samopoczucie w szkole:<br>a) subiektywne<br>b) obiektywne | a) dobre<br>b) średnie<br>c) złe                                             | test określający samopoczucie dziecka w oparciu o metodykę Samickiej | Kwestionariusz oceny samopoczucia dziecka w wymiarze subiektywnym                              |
|     |                                                                                                                           |                                                   |                                                           | a) dobre<br>b) średnie<br>c) złe                                             | „Wywiad z rodzicami”                                                 | Kwestionariusz wywiadu z rodzicami                                                             |
|     | IV Jaki jest poziom motywacji dzieci z astmą?                                                                             |                                                   | poziom motywacji                                          | a) wysoki<br>b) średni<br>c) niski                                           | test sytuacyjny w oparciu o metodykę Łyszkowej                       | Kwestionariusz oceny poziomu motywacji                                                         |
| 4   | V Jaki jest poziom samoakceptacji i akceptacji innych?                                                                    |                                                   | poziom samoakceptacji<br><br>poziom akceptacji innych     | a) wysoki<br>b) średni<br>c) niski<br><br>a) wysoki<br>b) średni<br>c) niski | test „Skala Bergera”                                                 | Arkusz zapisu odpowiedzi do skali Bergera, służy do pomiaru samoakceptacji i akceptacji innych |

|   |                                                                                        |  |                                                                                                       |                                                                                      |                                                                                                  |                                                                             |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 5 | VI Jak przedstawia się sytuacja zdrowotna dzieci z astmą?                              |  | sytuacja zdrowotna:<br>a) w wymiarze obiektywnym<br>b) w wymiarze subiektywnym                        | a) dobra<br>b) średnia<br>c) zła<br><br>a) dobra<br>b) średnia<br>c) zła             | „Wywiad z rodzicami”                                                                             | Kwestionariusz wywiadu z rodzicami                                          |
| 6 | VII Jakie są właściwości zachowania dzieci z astmą w roli członka rodziny generacyjnej |  | funkcjonowanie w rodzinie<br>generacyjnej:<br>a) w wymiarze obiektywnym<br>b) w wymiarze subiektywnym | a) dobre<br>b) średnio dobre<br>c) złe<br><br>a) dobre<br>b) średnio dobre<br>c) złe | „Wywiad z rodzicami”<br><br>Kwestionariusz pytań, tj. „Obraz własnej choroby” wg Heszten-Klemens | Kwestionariusz pytań do subiektywnej oceny sytuacji zdrowotnej              |
| 7 | VIII Jakie są właściwości zachowania dzieci z astmą w roli członka grupy rówieśniczej  |  | funkcjonowanie w grupie rówieśniczej:<br>a) w wymiarze obiektywnym<br>b) w wymiarze subiektywnym      | a) dobre<br>b) średnio dobre<br>c) złe<br><br>a) dobre<br>b) średnio dobre<br>c) złe | „Charakterystyka własnej aktywności”<br><br>„Wywiad z rodzicami”                                 | Kwestionariusz pytań do subiektywnej oceny relacji w rodzinie               |
| 8 | IX Jakie są właściwości zachowania dzieci z astmą w roli ucznia                        |  | funkcjonowanie w roli ucznia:<br>a) w wymiarze obiektywnym<br>b) w wymiarze subiektywnym              | a) dobre<br>b) średnio dobre<br>c) złe<br><br>a) dobre<br>b) średnio dobre<br>c) złe | „Charakterystyka własnej aktywności”<br><br>„Wywiad z rodzicami”                                 | Kwestionariusz pytań do subiektywnej oceny aktywności w grupie rówieśniczej |
|   |                                                                                        |  |                                                                                                       | a) dobre<br>b) średnio dobre<br>c) złe                                               | „Kwestionariusz dla ucznia”<br>„Charakterystyka własnej aktywności”                              | Kwestionariusz pytań do subiektywnej oceny aktywności w roli ucznia         |

## Hipoteza VI. Sytuacja zdrowotna

### 1. Wskaźniki zmiennej (wymiar obiektywny):

- a) sytuacja zdrowotna w okresie wczesnego dzieciństwa:
  - stan zdrowia matki w czasie ciąży (przebyte choroby), przebieg porodu,
  - rozwój psychomotoryczny dziecka, przebyte przez nie choroby,
  - rodzaj opieki nad dzieckiem do 3 roku życia;
- b) sytuacja zdrowotna w chwili obecnej:
  - stopień ciężkości astmy (częstość występowania napadów duszności),
  - kondycja fizyczna, towarzyszące inne stany patologiczne.

### 2. Wskaźniki zmiennej (wymiar subiektywny):

- poczucie stanu zdrowia,
- osobista prognoza co do rokowania choroby.

Dodatkowej interpretacji cech zmiennej dokonano przy użyciu klucza do narzędzia „Obraz własnej choroby”, będącego modyfikacją narzędzia Heszen-Klemens.

Hipoteza VII. Właściwości zachowania dzieci z astmą w roli członka rodziny generacyjnej

### 1. Wskaźniki zmiennej:

- a) w wymiarze obiektywnym
  - stosunek do rodziców, stosunki z rodzeństwem, wspólne zainteresowania, wspólna praca w domu i poza nim.

Funkcjonowanie dobre w rodzinie generacyjnej charakteryzuje się pozytywnym stosunkiem do rodziców i rodzeństwa, badanych z domownikami łączą wspólne zainteresowania, wspólna praca w domu i poza nim.

Funkcjonowanie średnio dobre w rodzinie generacyjnej wyznacza: zmienny stosunek do rodziców, zróżnicowane kontakty z rodzeństwem, nie zawsze wspólne zainteresowania i wspólna praca w domu.

Funkcjonowanie złe w rodzinie generacyjnej to: niewłaściwy, arogancki stosunek do rodziców i odwrotnie, brak ciepłych i częstych relacji z rodzeństwem, izolowanie się od domowników, szukanie zainteresowań i zajęć poza domem.

- b) w wymiarze subiektywnym:

- wspólne zajęcia i prace wykonywane z rodzicami oraz rodzeństwem, wspólne spożywanie posiłków w rodzinie, poczucie więzi emocjonalnej z rodzicami.

Dokładnej interpretacji cech zmiennej dokonano przy użyciu klucza do narzędzia „Charakterystyka własnej aktywności”.

Hipoteza VIII. Właściwości zachowania dzieci z astmą w roli członka grupy rówieśniczej

1. Wskaźniki zmiennej:

a) w wymiarze subiektywnym uwzględniono:

- posiadanie kolegi – przyjaciela,
- wpływ grupy rówieśniczej na postawy badanego,
- aktywność w grupie rówieśniczej.

Funkcjonowanie w grupie rówieśniczej określono jako:

- dobre: zbieżność poglądów w zakresie zainteresowań, celów życiowych, przyszłości,
- średnio dobre: duży wpływ środowiska rówieśniczego na postawę badanego, częsta zmiana kolegi – przyjaciela,
- złe: unikanie kontaktu z grupą rówieśniczą, brak kolegi – przyjaciela;

b) w wymiarze obiektywnym uwzględniono:

- utrzymywanie stałych kontaktów z kolegami, charakterystykę koleżeńskich zainteresowań, charakterystykę wspólnych przedsięwzięć. Funkcjonowanie w grupie rówieśniczej określono jako:
- dobre: harmonijne kontakty z kolegami, koledzy nie pochodzą z patologicznych środowisk oraz nie są członkami patologicznych subkultur, badanego łączą wspólne zainteresowania, kontakty z rówieśnikami nie stanowią źródła trudności wychowawczych,
- średnio dobre: zbyt częste kontakty z kolegami, koledzy wywierają duży wpływ na badanego, czasami negatywny, kontakty z rówieśnikami bywają powodem problemów wychowawczych,
- złe: izolacja od środowiska grupy rówieśniczej lub uczestnictwo w patologicznych subkulturach, brak aktywności koleżeńskiej lub duże trudności wychowawcze spowodowane udziałem w grupach wyalienowanych.

W celu oceny szczegółowej cech zmiennej w wymiarze subiektywnym posłużono się kluczem do narzędzia „Charakterystyka własnej aktywności”.

Hipoteza IX. Zainteresowanie nauką i relacje z nauczycielami

1. Wskaźniki zmiennej:

a) w wymiarze obiektywnym uwzględniono następujące elementy:

- stosunek do nauki szkolnej, aktywność w szkole, frekwencja w szkole, relacje z nauczycielami i kolegami w opinii nauczycieli i kolegów. Funkcjonowanie określono jako:
- dobre: pozytywny stosunek do nauki szkolnej (akceptacja większości przedmiotów, samodzielne odrabianie lekcji), chętnie uczęszczanie do szkoły, pozytywny stosunek do nauczycieli, dobre relacje z kolegami,
- średnio dobre: zmienny stosunek do nauki szkolnej i związana z tym nastawieniem chęć uczęszczania do szkoły, zmienny stosunek do nauczycieli, relacje z kolegami płynne,
- złe: negatywny stosunek do szkoły w opinii nauczycieli, duża absencja w szkole, brak pozytywnych relacji z nauczycielami i kolegami;

b) w wymiarze subiektywnym uwzględniono:

- stosunek do nauczycieli,
- relacje z kolegami w klasie i w szkole,
- stosunek do szkoły.

Do szczegółowej oceny posłużono się kluczem do narzędzia „Charakterystyka własnej aktywności”.

Dane te uzupełniono o informacje wydobyte z narzędzia „Kwestionariusz dla ucznia”, są to:

- stosunek do przedmiotów,
- aktywność w szkole,
- perspektywa edukacji szkolnej.

Funkcjonowanie określono jako:

- dobre: pozytywny stosunek do nauki szkolnej, i nauczycieli, dodatkowe zainteresowanie nauką (poza programem) oraz np. językami obcymi, aktywny udział w kołach zainteresowań w szkole lub poza nią, udział w olimpiadach, sprecyzowane poglądy co do dalszej edukacji i wyboru zawodu,
- średnio dobre: zmienny stosunek do nauki szkolnej i nauczycieli, mała aktywność w szkole (unikanie dodatkowych zajęć w szkole i wszelkich funkcji społecznych), nieskrystalizowana perspektywa dalszej edukacji i wyboru zawodu,
- złe: negatywny stosunek do nauki i nauczycieli, pasywna postawa w szkole, pesymizm życiowy.

#### 4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

W przyjętym modelu badań zwrócono uwagę na konieczność dostosowania metod badań do przyjętych problemów i hipotez badawczych.

W badaniach zastosowano procedurę *ex post facto* (Brzeziński 1980). Umożliwia ona badanie zjawisk, gdy zmienna niezależna zadziałała w przeszłości. Mimo pewnych ograniczeń procedury *ex post facto*, a zwłaszcza niemożności pełnej kontroli wpływu zmiennej niezależnej na zmienną zależną, umożliwia uzyskanie obiektywnych danych empirycznych.

W procesie weryfikacji hipotez zastosowano również elementy podejścia idiograficznego, które kładzie nacisk na analizę indywidualnych właściwości jednostki, uzyskanych drogą „studium przypadku”. Podejście to jest charakterystyczne dla psychologii klinicznej (Lewicki 1974; Jakubowska 1993; Malim i wsp. 1995).

Metody, którymi posłużono się w badaniach, tj. statystyczną porównawczą i typologiczną, służą zebraniu informacji o właściwościach zmiennych (Pilch 1998; Łobocki 1984, 2006).

Do pomiaru wybranych właściwości psychicznych oraz funkcjonowania społecznego zastosowano:

##### 1. Test „Test dodawania Kraepelina”.

Test ten służy do oceny koncentracji uwagi i zakresu zaburzeń jej trwałości. Zastosowano tu operacje umysłowe polegające na ciągłym procesie dodawania słupków cyfr w czasie 20 minut w obecności badającego.

W ocenie wyników brano pod uwagę liczbę i prawidłowość operacji dodawania według wzoru  $D - Z = WS$  (tj. wyniki dobre minus wyniki złe równa się wynik surowy), WS był równoznaczny z liczbą i prawidłowością operacji dodawania.

Zmienna uwaga miała następujące przedziały punktów w ocenie, które utworzono na podstawie otrzymanych wyników i przedstawionego wzoru na rozpiętość przedziału:

- a) wysoki 232-161 pkt
- b) średni 160-89 pkt
- c) niski 88-17 pkt

Wzór:

$$C = \frac{X_{\max} - X_{\min}}{k}$$

gdzie:

- C – rozpiętość przedziałów,
- $X_{\max}$  – najwyższa wartość cechy,
- $X_{\min}$  – najniższa wartość cechy,
- k – liczba przyjętych przedziałów.

## 2. Test „Szybkość i Dokładność Spostrzegania” (SDS)

Celem tego testu jest mierzenie zdolności szybkiego i dokładnego dostrzegania drobnych szczegółów lub różnic we względnie jednolitym materiale drukowanym (Szafranec 1980).

Test zawiera 150 zadań testowych. Badany porównuje pary liczb wraz z towarzyszącymi im znakami, które są czasem identyczne, czasem zaś różnią się jakimś szczegółem. Elementami różnicującymi są cyfry, znaki interpunkcyjne i znaki matematyczne.

Obliczając wynik surowy należy pamiętać, że wszystkie zadania przekreślone poziomo traktuje się jako opuszczone i przy obliczaniu nie bierze się ich pod uwagę. Za każdą odpowiedź poprawną przyznaje się 1 punkt.

Uzyskanie wyniku wysokiego świadczy o wysokim poziomie szybkości i dokładności spostrzegania, a wynik bardzo niski wskazuje na niski poziom tej zdolności. Wyniki w teście mogą również świadczyć o zdolności koncentracji i o motywacji. Ten czynnik inteligencji ma wyraźne zabarwienie osobowościowe.

## 3. Kwestionariusz pytań „Jaki jesteś”

Kwestionariusz ten służy do badania jawnego niepokoju jako wyrazu nasilonej neurotyczności u dzieci w wieku od lat 9 do 16. Został on opracowany na podstawie kwestionariuszy amerykańskich Castanedy i Candlessa. Polska wersja składa się z dwóch skal, 40-pytaniowej skali neurotycznej (N) i 9-pytaniowej skali kłamstwa (K) (Skrzypek 1968). Jest to krótkie narzędzie, w którym badanie trwa od 15 do 20 minut.

Kwestionariusz „Jaki jesteś?” odczytuje się za pomocą kluczy dla neurotyczności i dla kłamstwa (jako wyraz idealizacji). Osoba badana otrzymuje 1 punkt za każdą diagnostyczną odpowiedź Tak lub Nie. Za-

kres możliwych wyników dla neurotyczności wynosi od 0 do 40 punktów, dla kłamstwa od 0 do 9 punktów.

Neurotyczność – skala ta mierzy cechy neurotyczności wyrażające się w niepokojach, zmartwieniach, lękach i troskach oraz w objawach psychosomatycznych, które towarzyszą wymienionym stanom bądź ogólnie, bądź w odniesieniu do danej sytuacji.

Dzieci uzyskujące wysokie wyniki skłonne są do nadmiernej pobudliwości, lęklivosti, a nawet do załamań nerwowych w sytuacjach stresowych. Uzyskanie przez dziecko wyniku leżącego wyraźnie powyżej punktu granicznego nakazuje bardziej szczegółowe badanie psychologiczne (dla chłopców punkt graniczny wynosi 18, dla dziewcząt 21).

Kłamstwo – jest to skala kontrolna, która pozwala stwierdzić, czy dziecko odpowiadało szczerze, czy też zatajało rzeczy mogące rzucić na nie ujemne światło. Wysokie wyniki w tej skali uzyskują dzieci, które chcą uchodzić za lepsze niż są w rzeczywistości. Bardzo wysokie wyniki, powyżej 6 punktów u chłopców i powyżej 7 punktów u dziewcząt, mogą świadczyć o odchyleniach charakterologicznych (Skrzypek 1968).

#### 4. Test określający „Samopoczucie dziecka”

Aby określić samopoczucie dziecka w wymiarze subiektywnym, zbudowano w oparciu o metodykę Sanickiej (1983) ankietę składającą się z czterech pytań. Ocena samopoczucia to jednoznaczna odpowiedź, określająca je jako: a) dobre, b) takie sobie (jako średnie), c) złe.

W celu porównania oceny samopoczucia dziecka w wymiarze obiektywnym rodzice lub opiekunowie określali ten stan jako: a) dobry, b) taki sobie (jako średni), c) zły.

#### 5. Test sytuacyjny do oceny „Poziomu motywacji”

Aby ocenić poziom motywacji u dzieci z astmą, zbudowano test sytuacyjny. Ujęto ewentualność zróżnicowanych zainteresowań matematycznych lub humanistycznych.

Test był konstruowany w oparciu o metodykę Tyszkowej (1990). Ocena poziomu motywacji ustalono w zależności od uzyskanej odpowiedzi:

- a) rezygnuję przed czasem – jako niski poziom motywacji
- b) rozwiązuję (piszę) przez okres 30 min – jako średni poziom motywacji
- c) proszę o czas dodatkowy – jako wysoki poziom motywacji.

#### 6. „Skala Bergera” określająca samoakceptację i akceptację innych

Skala Bergera (Ossowski 1982) składa się z 64 twierdzeń, z których 36 mierzy samoakceptację, a 28 akceptację innych. Osoba badana ma za

zadanie ustosunkować się do każdego twierdzenia na pięciostopniowej skali: zupełnie mnie nie dotyczy, trochę mnie dotyczy, dotyczy mnie w połowie, w większości mnie dotyczy, dotyczy mnie. Osoba badana na skali samoakceptacji może uzyskać minimum 36 (36 x 1) punktów, a maksimum 180 (36 x 5) punktów. Natomiast na skali akceptacji innych minimum 28 (28 x 1) punktów, a maksimum 140 (28 x 5) punktów.

W literaturze przedmiotu przypisuje się dużą wartość badaniom przeprowadzonym za pomocą tego testu (Ossowski 1982). Bardzo wysoki poziom samoakceptacji nie jest zjawiskiem korzystnym, charakteryzuje on zwykle ludzi z zaburzeniami psychicznymi, np. psychopatów.

Natomiast u osób z zaburzoną sferą emocjonalną występuje niski poziom samoakceptacji, a u osób dobrze funkcjonujących poziom samoakceptacji mieści się w granicach normy (Reykowski 1992).

Ocena odpowiedzi wynikających z pytań zawartych w skali Bergera polega na tym, że jeśli w nawiasie widnieje cyfra jeden (1), daną odpowiedź oceniamy 5 punktami, natomiast jeśli w nawiasie występuje cyfra pięć (5), oceniamy odpowiedź jednym punktem.

Wyniki badań dotyczących oceny samoakceptacji i akceptacji innych mieszczą się w skali trójstopniowej – a) wysoka, b) średnia, c) niska.

Na podstawie otrzymanych wyników badań utworzono trzy równoliczne przedziały punktacji w zakresie:

1. samoakceptacji (36 twierdzeń):
  - a) wysoki przedział 175-143 pkt
  - b) średni przedział 142-111 pkt
  - c) niski przedział 110-77 pkt
2. akceptacji innych (28 twierdzeń):
  - a) wysoki przedział 140-111 pkt
  - b) średni przedział 110-83 pkt
  - c) niski przedział 82-56 pkt (zastosowano wzór na rozpiętość przedziału).

Do pomiaru sytuacji zdrowotnej dzieci chorych na astmę zastosowano:

7. Kwestionariusz pytań „Obraz własnej choroby”, który stanowi modyfikację narzędzia Heszen-Klemens. Autorka przebieg choroby i okoliczności z nią powiązane określiła jako obraz własny choroby. Kwestionariusz służy do subiektywnej oceny choroby, jej przyczyn, oceny sytuacji choroby w chwili obecnej oraz prognozy co do jej rokowania (Heszen-Klemens 1983).

Pytania zmodyfikowano w celu badania dzieci z rozpoznaniem klinicznym: *Asthma Bronchiale*. Narzędzie „Obraz własnej choroby” uwzględnia aspekty medyczne w ujęciu subiektywnym dziecka:

- a) część I – próbuje ustalić stan zdrowia w chwili obecnej,
- b) część II – określa interpretację leczenia i dalszego przebiegu choroby również w ujęciu subiektywnym dziecka.

Sytuację zdrowotną w ujęciu subiektywnym określa się w skali trójstopniowej:

- a) stan zdrowia dobry
- b) stan zdrowia średni
- c) stan zdrowia zły.

8. Kwestionariusz pytań „Wywiad z rodzicami” (opiekunami), jest standardowym narzędziem badawczym, często stosowanym w poradniach psychologicznych i służącym do oceny sytuacji demograficznej, warunków socjalno-bytowych, warunków wychowawczych, stanu zdrowia w okresie prenatalnym, w okresie wczesnego dzieciństwa do chwili obecnej, tj. 12-15 roku życia, także przebiegu nauki szkolnej oraz kontaktów z domownikami i rówieśnikami.

Uzyskane informacje mają wymiar obiektywny i są doskonałym źródłem porównawczym dla informacji uzyskanych bezpośrednio od badanego dziecka.

Do pomiaru poziomu funkcjonowania społecznego dzieci z astmą zastosowano:

9. Kwestionariusz „Wywiad z rodzicami” (opisany wyżej), który ocenia relacje w rodzinie, w szkole i w grupie rówieśniczej.

10. Narzędzie badawcze „Kwestionariusz dla ucznia”, mający charakter standardowy, który ma na celu zdobycie informacji dotyczących sytuacji demograficznej, socjalno-bytowej, aktywności szkolnej jako ucznia oraz prognozy zawodowej, czyli przyszłości dziecka.

11. Kwestionariusz pytań „Charakterystyka własnej aktywności”, który ocenia relacje w rodzinie, w szkole i w grupie rówieśniczej. Został opracowany w Uniwersytecie im. K. Wielkiego (dawniej WSP) w Bydgoszczy. Kwestionariusz zmodyfikowano i ma on na celu określenie poziomu funkcjonowania dziecka w podstawowych rolach, tj. w rodzinie, w szkole i w grupie rówieśniczej.

Informacje uzyskane selekcjonowano na podstawie pytań i wariantów odpowiedzi, np. tak – częściowo tak – nie, które klasyfikowały funkcjonowanie jako:

- a) dobre

- b) średnio dobre
- c) złe.

Wprowadzenie do badań analizy statystycznej pozwala na większe zobiektywizowanie wniosków. Obok korzyści z tego płynących należy mieć na uwadze również niebezpieczeństwo zbytowego przeceniania tych metod (Brzeziński 1980, 2000). Zastosowane w pracy podejście kliniczne nie daje dużych możliwości zastosowania metod kwantytatywnych, jednakże założenie, aby później poszukiwać wspólnych, ponadindywidualnych właściwości osób badanych pozwala na wykorzystanie również obliczeń statystycznych.

W rezultacie obliczono współczynnik niezależności Cramera, a do siły związku wykorzystano współczynnik C - Pearsona (Brzeziński 2000).

Obliczenia przeprowadzono w pakiecie statystycznym „Statistica” (Góralski 1987).

#### 4.5. Przebieg i organizacja badań

Badania przeprowadzono w trzech fazach:

- I. Badania selekcyjne – dobór do grupy dzieci z astmą (grupa „A”) i dzieci zdrowych (grupa „B”) okres  $\approx$  4 miesiące
- II. Badania wśród dzieci z astmą grupa „A”  
okres  $\approx$  1 roku
- III. Badania wśród dzieci zdrowych grupa „B”  
okres  $\approx$  6 miesięcy

Badania prowadzono w sanatorium „Słoneczko” w Kołobrzegu przez dwa lata. Miejscem badań był kompleks sanatoryjny, w którym przebywają dzieci ze schorzeniami dróg oddechowych, między innymi z astmą. Są to dzieci kierowane do leczenia rehabilitacyjnego z różnych regionów Polski. Wstępem do badań była analiza dokumentacji, tj. historii choroby i wniosku sanatoryjnego u dzieci z astmą w wieku od 10 do 15 lat. Przeanalizowano dokumentację 255 dzieci.

Wybrano do badań dzieci w wieku 12-15 lat, ze względu na dążenie do wybrania homogenicznej próby dzieci w średnim wieku szkolnym i z jednorodnym typem dychawicy oskrzelowej.

Badania prowadzone wśród dzieci w wieku 12-15 lat w sanatorium „Słoneczko” poprzedzono badaniem pilotażowym. Aby zdobyć zaufanie dzieci oraz odnaleźć wspólny cel badań, przeprowadzono z nimi rozmowy w małych grupach na temat ich problemów zdrowotnych. Dzieci wypełniały dziesięć narzędzi badawczych o różnym stopniu

obciążenia. Selekcjonowano narzędzia badawcze w zależności od zainteresowania dzieci i ich samopoczucia. Udział w badaniach urozmaicocono treningiem autogennym według Schultza, który cieszył się dużą popularnością. Dzieci badania traktowały z zainteresowaniem i jako jedną z form kształcenia i wychowania. Badaniom poddano 100 osób, z tego wykluczono 35 ze względu na założenie wyboru homogenicznej grupy.

Aby ocenić funkcjonowanie dzieci z astmą, wyodrębniono grupę kontrolną z dzieci zdrowych ze szkoły publicznej w Złotowie (liczącym 18 tys. mieszkańców) nie mających przewlekłych chorób ani niepełnosprawności.

#### **4.6. Charakterystyka grupy badanej i kontrolnej**

Przedmiotem badań były dzieci z rozpoznaniem klinicznym *Asthma Bronchiale*, ustalonym na podstawie dokumentacji, tj. wniosku sanatoryjnego i historii choroby, potwierdzonym przez lekarzy prowadzących leczenie.

Większość badanych (92%) cierpi na astmę oskrzelową pochodzenia atopowego (alergicznego), pozostałe (8%) to osoby z astmą nieatopową (niealergiczną), w przebiegu której istotną rolę odgrywały czynniki zakaźne.

Dzieci te reprezentują średni okres szkolny, tj. od 12 do 15 roku życia.

W grupie A (dzieci chorych) z miast powyżej 50 tys. mieszkańców pochodziło 30 osób, z miast poniżej 50 tys. mieszkańców 20 osób, ze środowisk wiejskich pochodziło 15 osób.

Pod względem płci dzieci badane z grupy A i z grupy B reprezentowały zbliżoną liczbę. W grupie A było 31 dziewcząt i 34 chłopców.

Pod względem kolejności urodzenia wśród rodzeństwa z dzieci grupy A najstarszym dzieckiem były 24 osoby, pośrednim – 21, najmłodszym 14, jedynakami było 6 osób.

Dzieci badane uczęszczały do kilku typów szkół: do szkoły publicznej – w grupie A 63 osoby, w grupie B – 64; do szkoły społecznej w grupie A 1 osoba, do szkoły prywatnej w grupie B 1 osoba; indywidualny tok nauczania w grupie A miała 1 osoba.

Dane dotyczących warunków ekonomiczno-społecznych rodzin, z których wywodzą się dzieci badane można przedstawić następująco:

## 1. Pochodzenie społeczne

Badane dzieci pochodziły w większości z rodzin robotniczych w grupie A były to 33 osoby, w grupie B 36 osób; z rodzin inteligentnych w grupie A pochodziło 26 osób, w grupie B 23 osoby; z rodzin rolniczych grupę A reprezentowało 6 osób, podobnie jak grupę B.

## 2. Warunki materialne

Nie podano wysokości dochodów z uwagi na dwie przyczyny. Możliwość weryfikacji uzyskanych wyników istniała tylko w nielicznych przypadkach. Ponadto badania grup nie były wykonywane jednocześnie, a występująca w okresie badań inflacja utrudniałaby uzyskanie porównywalnych wyników. Przyjęto następującą skalę statusu materialnego:

a) status wysoki, b) status średni, c) status niski.

W powyższym wskaźniku wykorzystano następujące szczegółowe dane:

- a) rodzaj dochodu – źródło utrzymania rodziców lub opiekunów według ciągłości świadczeń; wyróżniono tutaj następujące możliwości:
  - dochód stały (posiadający dochody o charakterze regularnym – stała pensja, świadczenia rentowe),
  - dochód czasowy (posiadający dochody nieregularne z pracy dorywczej, utrzymujący się z zasiłków, np. wychowawczych, losowych, dla bezrobotnych, zapomóg),
  - bez dochodu (bezrobotni bez zasiłku, na urloпах wychowawczych bez zasiłku, pozostający bez pracy, jedno z rodziców pozostaje na utrzymaniu współmałżonka);
- b) dorobek materialny – pod pojęciem tym rozumiano wszystkie przedmioty trwałego użytku, które stanowiły dorobek rodziców; uwzględniono: samochód, motocykl, telewizor (rodzaj), komputer, pralkę automatyczną, pralkę zwykłą oraz inne przedmioty trwałego użytku.

Stan statusu materialnego określono według następujących danych:

- status wysoki: stały dochód oraz posiadanie co najmniej 6 przedmiotów trwałego użytku,
- status średni: dochód stały i posiadanie do 3 przedmiotów trwałego użytku lub dochód czasowy i posiadanie 4-5 przedmiotów trwałego użytku,
- status niski: bez dochodu i posiadanie do 3 przedmiotów trwałego użytku.

Porównując warunki materialne dzieci, otrzymane wyniki badań można zaprezentować następująco: status wysoki w grupie A miało 13 osób, w grupie B – 16 osób; status średni w grupie A miało 45 osób, w grupie B – 33 osoby; status niski w grupie A miało 7 osób, w grupie B – 16 osób. Grupy nie wykazują różnicy istotnej statystycznie –  $\chi^2_{\alpha=0,05; df=2} = 5,991 > \chi^2 = 5,6782$

Poza tym rodzice lub opiekunowie badanego w sposób uogólniony określali sytuację materialną w rodzinie – jako dobrą, przeciętną lub złą. Dane te porównano z kwestionariuszem pytań „Wywiad z rodzicami” (opiekunami), były one ze sobą zbieżne.

### 3. Sytuacja mieszkaniowa badanego

Sytuację tę analizowano poprzez badanie zaludnienia mieszkania, standardu i stanu mieszkania osoby badanej. W rezultacie przyjęto następującą skalę oceny sytuacji mieszkaniowej:

- a) sytuacja dobra,
- b) sytuacja średnia,
- c) sytuacja zła.

W powyższym wskaźniku wykorzystano następujące szczegółowe dane:

- a) zaludnienie mieszkania – wyrażało się liczbą osób przypadających na jedną izbę mieszkalną; posłużono się przyjętym progiem bezpieczeństwa dotyczącym przeludnienia, zastosowano następujące nasilenie tego pomiaru:
  - zaludnienie przeciętne (do 1,4 osoby na izbę),
  - zaludnienie wysokie (od 1,5 do 2,9 osób na izbę),
  - zaludnienie bardzo wysokie (3,0 i więcej osób na izbę).
- b) standard mieszkania – posiadanie lub nie następujących urządzeń w mieszkaniu: kanalizacji, bieżącej wody, centralnego ogrzewania, gazu, oddzielnej kuchni i łazienki; przyjęto następujące możliwości:
  - standard wysoki (posiadanie 6 urządzeń, standard odpowiadający warunkom tzw. nowego budownictwa),
  - standard średni (posiadanie 4-5 urządzeń),
  - standard niski (posiadanie do 3 urządzeń).

Na sytuację mieszkaniową (warunki) składają się następujące elementy:

- a) sytuacja dobra: zaludnienie przeciętne oraz standard mieszkania wysoki,
- b) sytuacja średnia: zaludnienie wysokie oraz standard mieszkania średni,
- c) sytuacja zła: zaludnienie bardzo wysokie oraz standard mieszkania niski.

Warunki mieszkaniowe określone jako dobre ma w grupie A 46 osób, w grupie B – 48 osób; średnie ma w grupie A 12 osób, w grupie B – również 12 osób; złe ma w grupie A 7, w grupie B – 5 osób. Poziom warunków mieszkaniowych w obydwu grupach był podobny.

#### 4. Warunki wychowawcze

Warunki te analizowano przez pryzmat następujących elementów: występowanie choroby alkoholowej w rodzinie, ogólna atmosfera domowa, cechy ojca i matki, wpływ innych osób na wychowanie dzieci, podstawowe metody wychowawcze, pozycja dziecka w rodzinie. Wskaźnik ten analizowano w wymiarze obiektywnym (rodzice, opiekunowie) oraz subiektywnym (badane dzieci).

Na podstawie czynników wyznaczających warunki wychowawcze wyróżniono następujące kategorie:

- a) korzystne – brak choroby alkoholowej w rodzinie, spokojna atmosfera, ojciec i matka bez cech nadpobudliwości, pozytywny wpływ wychowawczy na dziecko np.: dziadków, nauczycieli, demokratyczny styl wychowania, w tym takie metody wychowawcze, jak dążenie do samodzielności (autonomii), konsekwencja w wychowaniu, ściśle określona pozycja dziecka (dziecko zna zarówno swoje prawa, jak i obowiązki),
- b) średnie – brak choroby alkoholowej, zmienna atmosfera domowa, ojciec lub matka z cechami nadmiernej pobudliwości, zmienny wpływ wychowawczy osób z zewnątrz, zmienne metody wychowawcze, pozycja dziecka zależna od atmosfery w domu,
- c) mało korzystne – w rodzinie choroba alkoholowa, konfliktowa, napięta atmosfera rodzinna, zaburzone zachowanie ojca lub matki, negatywny wpływ wychowawczy otoczenia, brak metod wychowawczych, nieustalona pozycja dziecka w domu.

Dobre warunki wychowawcze w grupie A miało 40 osób, w grupie B – 54; średnie w grupie A miało 18 osób, w grupie B – 7; w warunkach określonych jako złe w grupie A przebywało 7 osób, zaś w grupie B – 4. Występują różnice na poziomie istotności  $\alpha = 0,05$ , zależność istotna statystycznie.

Wynik  $\chi^2$  przedstawia się następująco:

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=2} = 5,991 < \chi^2 = 7,743$$

Analiza danych wskazuje, iż dzieci zdrowe mają korzystniejsze warunki wychowawcze w porównaniu z ich kolegami z astmą.

## WYBRANE WŁAŚCIWOŚCI PSYCHICZNE DZIECI CHORYCH NA ASTMĘ

Jakość regulacji stosunków człowieka ze światem w istotnym zakresie jest determinowana właściwościami psychicznymi. Wpływają one na sprawność funkcjonowania oraz na dynamikę działania.

Charakter właściwości psychicznych określa więc wydolność człowieka w jego rolach społecznych, a tym samym charakter społecznego przystosowania. W okresie dorastania procesy przystosowania są szczególnie burzliwe w wyniku intensywnego dojrzewania biologicznego, co rzutuje na rysy osobowości (Dąbrowski 1996; Kosakowski 2003).

Wielu autorów zadaje sobie pytanie, co stanowi główną przyczynę zakłóconego funkcjonowania społecznego dziecka przewlekle chorego – czy proces dojrzewania psychospołecznego i biologicznego, czy choroba? (Nowicka 2001; Pilecka 2002).

Analizując sytuację zdrowotną dziecka z astmą, a także dokonując przeglądu literatury przedmiotu, zdecydowano się na badania w zakresie takich zmiennych, które wydają się odgrywać szczególną rolę w zachowaniach dzieci astmatycznych. Ich poznanie ułatwi opracowanie bardziej skutecznego procesu leczenia i rehabilitacji.

### 5.1. Niektóre cechy funkcjonowania poznawczego dzieci z astmą

Wyniki badań przekonują o negatywnym wpływie astmy jako choroby przewlekłej i związanych z nią okoliczności na funkcjonowanie poznawcze jednostki (Adams i wsp. 1980; Dunleavy, Baade 1980; Suess, Chai 1981; Furukawa i wsp. 1984; Rachelefsky i wsp. 1986; Badora i wsp. 2001; Schier 2005). Istnieje zbieżność w prezentowanych stanowiskach w kwestii, czy dzieci chore na astmę przejawiają opóźnienia i zaburzenia procesów poznawczych.

Przegląd badań wyraźnie podkreśla współzależność zmiennych – choroba wpływa na procesy poznawcze oraz cechy psychiczne.

W pracach badawczych, zmierzających do ukazania wpływu astmy i środków farmakologicznych stosowanych w jej leczeniu na zachowanie osób dorosłych stwierdza się negatywne zmiany w procesach poznawczych, które badani ujawniają w czasie rozwiązywania testów, wiążą się one zwykle z zaburzeniami gospodarki tlenowej, a zwłaszcza z wielokrotnie następującymi stanami niedotlenienia podczas napadów duszności. Adams wraz ze współpracownikami dokonał przeglądu wielu prac i doniesień naukowych prezentujących wyniki badań psychologicznych, przeprowadzonych w grupach osób dorosłych chorych na astmę i stwierdził, iż cytowani autorzy obserwowaną deteriorację umysłową wiązali zbyt często wyłącznie z procesem niedotlenienia, nie dostrzegając innych ważnych przyczyn w etiologii opisywanych zaburzeń (Adams i wsp. 1980).

Wielu autorów podejmujących badania psychologiczne w populacji dzieci z astmą, zwłaszcza o ciężkim przebiegu, potwierdza powyższą tezę o występowaniu uszkodzeń tkanki mózgowej i uznaje ją za skutek przewlekłej hipoksji spowodowanej zaburzeniami wymiany gazowej w płucach; w żadnym z tych badań nie wskazano narzędzi i sposobu badania zmian natury neurofizjologicznej (Dunleavy, Baade 1980).

Suess i Chai przeprowadzili badania, w wyniku których sugerują, że zaburzenia w przebiegu niektórych procesów psychicznych u dzieci astmatycznych mogą być spowodowane nie tylko hipoksją, ale i działaniem leków, a zwłaszcza kortykosteroidów i (lub) teofiliny, które nie są obojętne dla funkcjonowania systemu nerwowego. Badania zostały przeprowadzone w grupach dzieci w wieku 9-18 lat. Na podstawie analizy danych autorzy stwierdzają, że jedynie dzieci przyjmujące sterydy i teofilinę uzyskały gorsze wyniki w stopniu statystycznie istotnym, i to wyłącznie w badaniu II, czyli po upływie 6-8 godzin od chwili przyjęcia leków. W badaniu III, tj. po upływie 22-24 godzin i w badaniu IV po upływie 46-48 godzin nastąpiła tak wyraźna poprawa wyników, że różnice pomiędzy osiągnięciami wyróżnionych grup stały się nieistotne. Trudno jednak ocenić, czy i w jakim stopniu długotrwałe leczenie sterydami wpływa na elektrofizjologiczną aktywność tkanki mózgowej (Suess, Chai 1981).

W literaturze polskiej zagadnienia wpływu przewlekłych chorób układu oddechowego, a zwłaszcza astmy, na rozwój procesów poznawczych były rzadziej poruszane.

Częste występowanie obniżenia poziomu funkcjonowania poznawczego u osób przewlekłe chorych z astmą potwierdzili Nowobilski i wsp. (2002), Trojanowska, Bernat (2002), Lewandowska i wsp. (2006).

Pilecka w swoich badaniach próbowała określić poziom funkcjonowania poznawczego wśród dzieci cierpiących na astmę oskrzelową

i z cięższymi schorzeniami układu oddechowego. Grupę dzieci z astmą uznano za podstawową, natomiast grupę z nieżytami oskrzeli za porównawczą. Autorka podaje, że dzieci z przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych nie odbiegają w ogólnym rozwoju procesów poznawczych od swoich zdrowych kolegów. Często reprezentują nawet ponadprzeciętny poziom rozwoju umysłowego. Zdaniem Pileckiej choroba, a zwłaszcza jej przebieg i sposób leczenia, w sposób bezpośredni i specyficzny wpływa na rozwój sfery emocjonalno-uczuciowej i motywacyjnej dzieci cierpiących na schorzenia chroniczne. Zakłócenia w kształtowaniu się prawidłowej struktury osobowości mogą natomiast wpływać wtórnie na rozwój i funkcjonowanie poznawcze dziecka (Pilecka 1983b, 1990, 2002).

Analiza poglądów występujących w pracach badawczych sugeruje istnienie zależności funkcjonowania poznawczego od wielu czynników: zmienności przebiegu napadu duszności, fizjologicznych cech funkcjonowania układu nerwowego, sposobu leczenia, budowy konstytucjonalnej dziecka oraz czynników związanych z jego wychowaniem.

#### 5.1.1. Uwaga jako warunek aktywności poznawczej

Mała liczba prac empirycznych eksplorujących zagadnienie wpływu astmy na funkcjonowanie poznawcze wpłynęła na podjęcie przez autorkę badań dotyczących tej kwestii.

W założeniach teoretycznych przyjęto hipotezę negatywnego wpływu choroby na jakość procesów poznawczych. W przeprowadzonych badaniach analizowano wpływ choroby między innymi na uwagę. Prezentowane dotychczas badania sugerują wpływ licznych procesów hipoksji i leczenia farmakologicznego na zakłócenia koncentracji uwagi i jej zwiększoną męczliwość. Natomiast o powodzeniach szkolnych ucznia w sposób istotny decyduje zdolność koncentracji uwagi. Ta zmienna stanowi szczególną właściwość rozwoju percepcyjnego, która kieruje świadomością ucznia na określoną czynność, przedmiot itp.

Uznano za istotne poddanie ocenie koncentracji i trwałości uwagi. Posłużono się w tym celu standardowym testem dodawania Kraepelina (dotychczas nie znaleziono danych o wykorzystaniu tego typu narzędzia do oceny dzieci z astmą).

Tabela 1

## Aktywność poznawcza – ocena uwagi

| Grupy badane                  | Test dodawania Kraepelina N=130 |      |              |      |             |      | Razem  |       |
|-------------------------------|---------------------------------|------|--------------|------|-------------|------|--------|-------|
|                               | wynik wysoki                    | %    | wynik średni | %    | wynik niski | %    | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 10                              | 7,7  | 23           | 17,7 | 32          | 24,6 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 8                               | 6,2  | 33           | 25,4 | 24          | 18,4 | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 18                              | 13,9 | 56           | 43,1 | 56          | 43,0 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=2} 5,992 > \chi^2 = 3,151$$

Przy ocenie testu dodawania według Kraepelina badani grupy A, tzn. dzieci chore na astmę, wykazują koncentrację uwagi a także trwałość porównywalną do dzieci zdrowych (grupa B). Wnikliwa analiza danych zwraca uwagę, iż prawie połowa dzieci chorych uzyskała wyniki niskie rozwiązania testu. Natomiast wśród dzieci zdrowych ponad połowa uzyskała wynik średni rozwiązania testu.

Analiza wyników w zakresie takiej zmiennej, jak uwaga, badanej „Testem dodawania Kraepelina” pozwoliła wyłonić następujące trzy przedziały: wynik wysoki, wynik średni i wynik niski. Wynik wysoki w grupie A uzyskało 7,7% badanych, zaś niski 24,6% badanych. Dzieci z astmą przejawiały trudności w koncentracji uwagi, które wynikały z wielu przyczyn. Jedną z nich jest wynik ubocznego działania środków farmakologicznych, stosowanych w astmie, na regulację emocjonalną chorych.

Inną przyczyną jest nadpobudliwość psychoruchowa, wynikająca z nadmiernej skłonności osobniczej do emocjonalnego reagowania na czynniki zewnętrzne. Problemy dzieci chorych z koncentracją uwagi, to także wynik szybko narastającego zmęczenia. Neurofizjologiczne podłoże tych objawów, to astenizacja mózgu oraz dysregulacja układu wegetatywnego i wydzielania hormonalnego. Ponadto choroba sama w sobie stanowi zagrożenie dla rozwoju procesów poznawczych, czego antycypacja wyzwała silne emocje o znaku ujemnym, ulegające nadmiernej generalizacji. Liczne

napady duszności i towarzyszące temu stany hipoksji powodują w efekcie uszkodzenia neurofizjologiczne tkanki mózgowej, wtórnie zakłócając koncentrację uwagi i wzmagając jej męczliwość. Powyższe dane oraz wnioski z badań innych autorów potwierdzają konieczność poszerzenia badań w celu ustalenia przyczyn zaburzeń koncentracji uwagi, zakresu zaburzeń jej trwałości i wpływu na inne elementy procesu poznawczego oraz możliwości korekty w tym zakresie.

### 5.1.2. Jakość procesów spostrzegania

Badania charakteryzujące aktywność wyrażającą się w jakości procesów spostrzegania są rzadkie. Podjęcie tej problematyki badawczej jest istotne z wielu względów. Spostrzeganie to rodzaj zdolności niewątpliwie istotnej w pracy ucznia, która stanowi prognozę powodzenia w szkole a później w pracy zawodowej. Proces spostrzegania można rozpatrywać w pojęciu węższym – jako zdolność do szybkiego i dokładnego przez dłuższy okres dostrzegania drobnych szczegółów. Można go też rozpatrywać w pojęciu szerszym jako subiektywną reprezentację poznawczą otaczających bodźców.

W celu określenia, na ile proces ten jest zakłócony u dziecka przewlekłe chorego, posłużono się testem „Szybkość i Dokładność Spostrzegania” (SDS), którego zadaniem jest mierzenie zdolności do szybkiego i dokładnego dostrzegania drobnych szczegółów lub różnic we względnie jednolitym materiale drukowanym.

Analiza uzyskanego materiału empirycznego pozwala dostrzec, iż nie występują duże różnice w zdolności do szybkiego i dokładnego spostrzegania między grupą A i grupą B. Szczegółowa analiza wskazuje, że dzieci z astmą osiągnęły w przedziałach: przeciętna i bardzo wysoka najwyższe wyniki. Wyniki badań kształtują się następująco: spostrzeganie określone jako bardzo wysokie w grupie A dotyczy 27,7% tej grupy, zaś w grupie B tylko 15,4%. Natomiast bardzo niskie w grupie A i w grupie B dotyczy 2,3%. Dzieci z astmą znajdują się głównie w przedziale przeciętnym w zakresie SDS, podobnie jak ich zdrowi koledzy.

Dzieci z astmą, jako osoby cechujące się skłonnościami neurotycznymi, mogą mieć okresowo zakłócony proces spostrzegania. Wysoki poziom lęku u dziecka z astmą uruchamia obronne mechanizmy percepcyjne wobec bodźców uczuciowo nieobojętnych. Mechanizmy te obniżają przeżycia emocjonalne, ale jednocześnie mają wpływ na zniekształcenie i interpretację spostrzeżeń.

Tabela 2

Szybkość i dokładność spostrzegania dzieci chorych na astmę

| Grupy badane                  | Szybkość i dokładność spostrzegania N=130 |      |        |      |            |      |       |      |              |     | Razem |
|-------------------------------|-------------------------------------------|------|--------|------|------------|------|-------|------|--------------|-----|-------|
|                               | bardzo wysoka                             | %    | wysoka | %    | przeciętna | %    | niska | %    | bardzo niska | %   |       |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 18                                        | 13,8 | 10     | 7,7  | 23         | 17,7 | 11    | 8,5  | 3            | 2,3 | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 10                                        | 7,7  | 13     | 10,0 | 24         | 18,5 | 15    | 11,5 | 3            | 2,3 | 50,0  |
| Razem                         | 28                                        | 21,5 | 23     | 17,7 | 47         | 36,2 | 26    | 20,0 | 6            | 4,6 | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=4} = 9,488 > \chi^2 = 3,314$$

Badania innych autorów wyraźnie podkreślają zaburzenia procesu spostrzegania u dzieci z astmą. Przegląd teorii oraz empirii pozwala określić dzieci z astmą jako osoby cechujące się neurotycznością. Jednocześnie literatura przedmiotu podaje, że osoba ze skłonnościami neurotycznymi może mieć zaburzony proces spostrzegania (Obuchowska 1983; Pilecka 2000).

## Podsumowanie

Uzyskane wyniki badań własnych oraz innych autorów dotyczące funkcjonowania poznawczego dzieci z astmą pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Dzieci z astmą, które przebywały w sanatorium przez okres od 4 do 8 tygodni, nie wykazują w zakresie koncentracji, trwałości uwagi i spostrzegania różnicy w porównaniu z ich zdrowymi kolegami.
2. Zaburzenia dzieci z astmą (które uzyskały wynik niski) powiązane z koncentracją uwagi to konsekwencja szybko narastającego zmę-

czenia i wzmożonej pobudliwości psychoruchowej. Neurofizjologiczne podłoże tych objawów to astenizacja mózgu oraz dysregulacja układu wegetatywnego i wydzielania hormonalnego.

3. Negatywny wpływ nadmiaru leków oraz nieprzestrzeganie zasad ich stosowania może mieć wpływ na regulację emocjonalną chorych, wtórnie na niższe efekty aktywności umysłowej dzieci chorych.
4. Proces kompleksowej rehabilitacji dziecka z astmą zmniejsza zużycie leków, poprawia stan psychofizyczny, a tym samym poziom funkcjonowania poznawczego.
5. Przyczynami małego zainteresowaniem badaniem funkcjonowania poznawczego są: trudności związane z diagnozą, zwłaszcza zmian fizjologicznych i neurofizjologicznych, które są następstwem zarówno przebiegu chorób, jak i sposobu ich leczenia; trudność w doborze homogenicznych grup kontrolnych; duże zróżnicowanie w indywidualnym reagowaniu organizmu chorych dzieci.
6. Przedstawione wnioski sygnalizują potrzebę dalszego badania dzieci z astmą w zakresie funkcjonowania poznawczego.

## **5.2. Niektóre cechy sfery emocjonalno-motywacyjnej dzieci z astmą**

Z przedstawionego w części teoretycznej przeglądu badań dotyczących sfery emocjonalnej wyłaniają się pewne uogólnienia: wysoki lub niski poziom lęku odgrywa istotną rolę w przebiegu astmy; dzieci chore na astmę nie przejawiają specyficznych zaburzeń w zachowaniu, jedynie cierpiący na ciężką jej postać manifestują odmienny sposób reagowania emocjonalnego w sytuacjach trudnych, najczęściej ujawniają wysoki poziom lęku i brak poczucia bezpieczeństwa; treść reakcji emocjonalnych o charakterze negatywnym stanowią przeżycia związane z chorobą i ograniczeniami, jakie ona stwarza; dzieci z astmą mają tendencję do tłumienia emocji o znaku ujemnym, szczególnie gniewu i wrogości, poziom wydolności oddechowej zależny jest m.in. od sposobu wyrażania agresji (McNichol, Williams 1973; Straker, Tamerin 1974; Lebowitz i wsp. 1981; Nowobilski i wsp. 2002; Trojanowska, Bernat 2002).

Zachowanie się dziecka w sytuacji choroby jest odzwierciedleniem jego procesów kierunkowych, czyli potrzeb i wartości.

Analiza zaprezentowanych w części teoretycznej badań dotyczących poziomu motywacji u dziecka z astmą pozwala sformułować następujące spostrzeżenia: istnieje zależność między obrazem własnej choroby a kierunkiem zachowania się; właściwy rozwój procesów kierunkowych

zależny jest od: umiejętności kontroli przebiegu własnej choroby, umiejętności kontroli przebiegu leczenia i udziału w procesie farmakoterapii, umiejętności kontroli rokowania choroby, umiejętności akceptacji przewlekłej choroby, jaką jest astma (Margalit 1985; Perrin, Shaprio 1985; Hazzard, Angert 1986; Lohn, Gontarczyk 1992; Pilecka 1996; Trojanowska, Bernat 2002; Potoczek i wsp. 2006).

### 5.2.1. Skłonności neurotyczne

Rozważania teoretyczne, jak i badania dotyczące sfery emocjonalnej sugerują, iż nieprawidłowe sposoby reagowania dzieci chorych na astmę w różnych sytuacjach mogą z czasem stać się przyczyną zaburzeń o charakterze nerwicowym.

Wysoki poziom skłonności neurotycznych zwiększa zależność od najbliższego otoczenia, powoduje sztywność reagowania oraz nieumiejętność wyrażania emocji negatywnych, zwłaszcza agresji. Występuje zależność związku astmy z nasileniem neurotyczności, im wyższy poziom, tym większe nasilenie objawów chorobowych (Pilecka 1992; Schier 2005).

W badaniach własnych przyjęto hipotezę o nasileniu neurotyczności wśród dzieci z astmą. Weryfikacji tej hipotezy dokonano w oparciu o test jawnego niepokoju „Jaki jesteś” Choynowskiego i Skrzypek.

Tabela 3

Skłonności neurotyczne

| Grupy badane                  | Test „Jaki jesteś” wg Choynowskiego i Skrzypek<br>N = 123 |      |                              |      | Razem  |       |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------------------------------|------|--------|-------|
|                               | Neurotyczność                                             | %    | Bez skłonności neurotycznych | %    | liczba | %     |
| A<br>N=60<br>(dzieci z astmą) | 39                                                        | 31,7 | 21                           | 17,1 | 60     | 48,8  |
| B<br>N=63<br>(dzieci zdrowe)  | 27                                                        | 22,0 | 36                           | 29,2 | 63     | 51,2  |
| Razem                         | 66                                                        | 53,7 | 57                           | 46,3 | 123    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=1} = 3,842 < \chi^2 = 6,060$$

Na podstawie otrzymanych wyników badań dotyczących cech neurotyczności wśród dzieci z astmą w porównaniu z ich zdrowymi kolegami, wykazano różnicę istotną statystycznie. Otrzymane wyniki badań sygnalizują wyższy poziom neurotyczności dzieci z astmą w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami.

Dzieci ze skłonnościami neurotycznymi w grupie A stanowią 31,7% badanej populacji, natomiast w grupie B stanowią 22%. Posługując się skalą opisową, neurotyczność u tych chorych należałoby określić jako „powyżej przeciętnej” lub „nieznacznie nasiloną”. Chorzy charakteryzują się stałą gotowością do neurotycznego reagowania na bodźce działające z zewnątrz. Większość sytuacji, z którymi mają kontakt, ma dla tych dzieci wysoką wartość emocjonalną. Uczniowie zdrowi częściej prezentują prawidłowe przystosowanie emocjonalne.

Uzyskanie przez dziecko wyniku leżącego wyraźnie powyżej punktu granicznego 18 dla chłopców i 21 dla dziewcząt, sugeruje potrzebę bardziej szczegółowego badania psychologicznego. Wśród dzieci z astmą żadne nie uzyskało liczby punktów powyżej poziomu granicznego.

„Test jawnego niepokoju” zawiera oprócz klucza rozpoznającego „skłonności neurotyczne” także klucz „kłamstwa”. Pięcioro badanych dzieci z astmą oraz dwoje zdrowych mieściło się w tym ostatnim kluczu. Oznacza to, że ich odpowiedzi nie były szczere, a motywacją takiego postępowania było pragnienie uzyskania jak najlepszych wyników w badaniach (Skrzypek 1968). Tym samym wyklucza to ich z badania poziomu neurotyzmu.

Większość badań przeprowadzonych wśród dzieci i dorosłych z astmą potwierdza nasilenie neurotyczności tych osób. Dzieci w przedziale wieku 6-17 lat wykazują zaburzenia emocjonalne, np. podwyższony poziom lęku, większą zależność od najbliższego otoczenia, sztywność reagowania, nieumiejętność wyrażania emocji negatywnych (McNichol, Williams 1973; Lebowitz i wsp. 1981; Grochmal-Bach 1985; Baron 1986; Lewandowska i wsp. 1992; Pilecka 1992, 2002).

Wielu autorów potwierdza w swoich badaniach także wpływ neurotyczności na wydolność oddechową oraz na przebieg choroby u dzieci z astmą. Negatywne emocje wzmagają pobudzenie wewnętrzne, a to wyzwała skurcz oskrzeli. Neurotyzacja osobowości oraz przewlekłe zaburzenia wydolności oddechowej mogą nasilać proces chorobowy astmy (Hahn, Clark 1968; McNichol, Williams 1973; Straker, Tamerin 1974; Lewandowska i wsp. 1992).

Badania przeprowadzone wśród osób z astmą w wieku 18-67 lat także potwierdzają występowanie nasilenia neurotyczności w tej chorobie

(Franciszek i wsp. 1985; Ciesielska-Kopacz 1991, 1992; Bobkowicz-Lewartowska 1992; Nowobilski i wsp. 2002).

### 5.2.2. Samopoczucie

Samopoczucie to pewien stan emocjonalny, wyrażający komfort w chwili dobrego samopoczucia lub dyskomfort w chwili złego samopoczucia. Dziecko, które czuje, że jest chore, w istocie jest chore. Potrafi ono w sposób naturalny i spontaniczny wyrazić swój stan emocjonalny. Naturalna ekspresja emocjonalna szczególnie w sytuacjach frustracji, nasilonych objawów chorobowych może ulec zahamowaniu.

Należy podkreślić także powiązanie dobrego samopoczucia z aktywnością, podejmowaniem działania, a złego z biernością, apatią i unikaniem aktywności. Określenie samopoczucia wydaje się bardzo istotne w celu ustalenia rzeczywistej sytuacji zdrowotnej dziecka z astmą.

W literaturze przedmiotu mówi się również o dobrym samopoczuciu w sytuacji obiektywnie określonej kryteriami medycznymi jako zła (Sęk 1993). Rozpoznanie tego stanu pozwoli na właściwy wybór kierunku w procesie leczniczo-rehabilitacyjnym.

Tabela 4

Samopoczucie dziecka z astmą w wymiarze subiektywnym

| Grupy badane                  | Samopoczucie N = 130 |      |               |      |     |     | Razem  |       |
|-------------------------------|----------------------|------|---------------|------|-----|-----|--------|-------|
|                               | dobrze               | %    | średnio dobre | %    | złe | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 39                   | 30,0 | 26            | 20,0 | 0   | 0,0 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 23                   | 17,7 | 42            | 32,3 | 0   | 0,0 | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 62                   | 47,7 | 68            | 52,3 | 0   | 0,0 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=1} = 3,842 < \chi^2 = 6,938$$

(połączono w obliczeniach kolumnę złe z kolumną średnio dobre)

Analiza uzyskanego materiału empirycznego potwierdza istnienie wyraźnej różnicy statystycznej w zakresie samopoczucia dzieci z astmą na niekorzyść dzieci zdrowych. Większość dzieci z astmą miała dobre samopoczucie, natomiast dzieci zdrowych w tym przedziale było tylko 23.

Analiza wyników badań wskazuje na to, iż dzieci z astmą, które przebywają w sanatorium, mają lepsze samopoczucie w porównaniu z dziećmi zdrowymi, których miejsce pobytu stanowiły naturalne warunki domowe.

Większość dzieci z astmą swoje samopoczucie określa jako dobre, co pokrywa się z tak samo określonymi ich relacjami w szkole (zob. tab. 17).

Sanicka w swoich badaniach dotyczących samopoczucia nie potwierdza przedstawionych wyników badań. Autorka analizowała problem wśród trzydziściorga dzieci z przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych, w tym z astmą, w wieku 12-15 lat. Autorka ta w diagnozowaniu samopoczucia (czynniki F – jako samopoczucie obniżone-wzmoczone) posłużyła się między innymi 14-czynnikowym kwestionariuszem osobowości Cattella. Badane dzieci także uczęszczały do szkoły sanatoryjnej i samopoczucie ich było zdecydowanie obniżone w porównaniu ze zdrowymi kolegami (Sanicka 1983).

Tabela 5

Samopoczucie dziecka z astmą w wymiarze obiektywnym

| Grupy badane                  | Samopoczucie dziecka z astmą N= 130 |      |         |      |     |     | Razem  |       |
|-------------------------------|-------------------------------------|------|---------|------|-----|-----|--------|-------|
|                               | dobre                               | %    | średnie | %    | złe | %   | liczba | %     |
| A<br>N-65<br>(dzieci z astmą) | 52                                  | 40,0 | 13      | 10,0 | 0   | 0,0 | 65     | 50,0  |
| B<br>N-65<br>(dzieci zdrowe)  | 52                                  | 40,0 | 13      | 10,0 | 0   | 0,0 | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 104                                 | 80,0 | 26      | 20,0 | 0   | 0,0 | 130    | 100,0 |

NS (*non significant*)

W celu potwierdzenia, czy samopoczucie w wymiarze subiektywnym jest zbieżne z samopoczuciem w wymiarze obiektywnym, przeprowadzono test, w którym rodzice lub opiekunowie mieli w sposób słowny (ogólny) określić ten stan dziecka.

Wyniki badań nie wskazują na różnicę istotną statystycznie w zakresie samopoczucia. Zdaniem rodziców (obydwu grup) samopoczucie dzieci kształtuje się na podobnym dobrym poziomie.

Rodzice postrzegają w większości korzystnie samopoczucie swojego chorego dziecka, podobnie jak rodzice dziecka zdrowego.

Przedstawione wyniki badań wskazują na duże różnice w postrzeganiu samopoczucia przez same dzieci i przez ich rodziców. Z powyższej analizy wynika konieczność przeprowadzenia dalszych badań dotyczących przyczyn określonego samopoczucia dziecka chorego w wymiarze subiektywnym. Jego odczucia wydają się istotną oceną, wskazującą na określoną postawę.

### 5.2.3. Poziom motywacji

Motywacja pełni funkcję kierującą aktywnością oraz zapewniającą określoną siłę (energie) w działaniu. Z tego względu motywację nazywa się procesem decydującym o potrzebach i wartościach dziecka.

Właściwe rozpoznanie procesów kierunkowych jest szczególnie ważne w sytuacji dziecka przewlekle chorego. Motywacja stanowi o kierunku zachowania w chorobie, o tym czy będzie miało ono charakter pozytywny, czy negatywny. Optymalny poziom motywacji sprzyja kształtowaniu realistycznego obrazu własnej choroby, tzn. pozytywnej egzystencji mimo choroby. Istotny jest zwłaszcza poziom motywacji, wyrażający się m.in. w gotowości do wytrwałych działań.

Im wyższy poziom motywacji, tym większa chęć udziału w terapii i zdolność do samokontroli przez dziecko z astmą. W badaniach własnych przyjęto hipotezę o niskim poziomie motywacji dzieci z astmą. W celu oceny tej zmiennej zbudowano test sytuacyjny, który był inspirowany metodyką Tyszkowej (1990).

Tabela 6

## Poziom motywacji

| Grupy badane                  | Poziom motywacji N=130 |      |        |      |       |     | Razem  |       |
|-------------------------------|------------------------|------|--------|------|-------|-----|--------|-------|
|                               | wysoki                 | %    | średni | %    | niski | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 26                     | 20,0 | 39     | 30,0 | 0     | 0,0 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 36                     | 27,7 | 29     | 22,3 | 0     | 0,0 | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 62                     | 47,7 | 68     | 52,3 | 0     | 0,0 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=1} = 3,842 > \chi^2 = 3,083$$

(połączono w obliczeniach kolumnę poziom niski z kolumną poziom średni)

Statystyczna analiza uzyskanego materiału empirycznego nie potwierdza istnienia różnicy na poziomie istotnym statystycznie w zakresie poziomu motywacji między dziećmi z astmą a ich zdrowymi kolegami. Większość dzieci z astmą wykazuje średni poziom motywacji.

Uzyskane wyniki badań dotyczących poziomu motywacji są następujące: wysoki poziom motywacji w grupie A ma 20%, zaś w grupie B 27,7%; średni w grupie A – 30%, zaś w grupie B – 22,3%. Poziom motywacji dzieci z astmą oraz dzieci zdrowych jest zbliżony. Dzieci z astmą wyznaczają sobie ważne cele życiowe, które pragną realizować mimo ograniczeń zdrowotnych.

Wyniki badań wskazują na pożądane zachowanie, tj. zdolność kontroli własnej choroby, jej przebiegu, rokowania, a przede wszystkim na oswojenie się z chorobą. Zachowanie takie sprzyja kształtowaniu postaw prozdrowotnych i większej aktywności psychospołecznej badanego dziecka.

Badania innych autorów również przekonują o istniejącej zależności między obrazem własnej choroby, np. dziecka z astmą a kierunkiem zachowania się. Im więcej wiedzy o własnej chorobie miały dzieci z astmą, tym bardziej przejawiały gotowość do aktywności i zachowań

prozdrowotnych (Margalit 1985; Pilecka 2002; Trojanowska, Bernat 2002).

Podwyższony poziom motywacji i tym samym aktywny udział w procesie rehabilitacji może świadczyć o oswojeniu się z chorobą.

## **Podsumowanie**

1. Badania własne wskazują na nasilenie neurotyczności wśród dzieci z astmą, które można określić jako „powyżej przeciętnej” lub „nieznacznie nasilone”. Skłonności te w warunkach sprzyjających rozwojowi pozwalają na właściwe funkcjonowanie psychospołeczne dziecka z astmą.
2. Dzieci z astmą samopoczucie określiły w większości jako dobre. Proces leczniczo-rehabilitacyjny w sanatorium może zasadniczo poprawić samopoczucie takich dzieci. Dowodem tego są wyniki badań własnych przeprowadzonych wśród dzieci z astmą w wymiarze subiektywnym.
3. Rodzice dzieci chorych na astmę oraz rodzice dzieci zdrowych samopoczucie swoich dzieci określają na porównywalnym poziomie, w większości jako dobre.
4. Poziom motywacji dzieci z astmą jest porównywalny do poziomu motywacji dzieci zdrowych. Optymizm dziecka co do funkcjonowania z chorobą ma wpływ na jego bardziej racjonalne zachowanie się.

## **5.3. Samoakceptacja i akceptacja innych w badanej grupie**

W opisie rozwoju osobowości dziecka przewlekłe chorego psychologia kliniczna szczególnie akcentuje jako istotny obraz samego siebie. Obrazem samego siebie nazywa się system zgromadzonego, zorganizowanego i uogólnionego doświadczenia dotyczącego własnej osoby.

Obraz samego siebie składa się z trzech podstawowych elementów: z wiedzy o sobie samym (samowiedza, samoopis), elementu wartościującego, zwanego samooceną i akceptacji własnej osoby jako przejawu wyższej formy rozwoju procesów psychicznych.

Wiedza o sobie nie zawsze jest pełna i dokładna, a niekiedy jej elementy mogą być ze sobą sprzeczne. Błędy w sądach i opiniach często stanowią zniekształcone źródło wiedzy o sobie. Jest to przyczyną podwyższonego poziomu lęku, reagowania obronnego, braku konsekwencji w postępowaniu

dziecka z astmą. Samowiedza jest podstawą samooceny, która polega na emocjonalnym ustosunkowaniu się do postrzeganych właściwości własnej osoby oraz na ich wartościowaniu. Samowiedza i samoocena są wzajemnie powiązane i od siebie zależne. Samoocena to podstawowy regulator zachowania człowieka, wyznacza jego sposób reagowania na zadania, napotkane trudności, charakter stosunków z innymi ludźmi, jego aktywność i efektywność podejmowanych działań.

Pozytywny stosunek do siebie samego sprzyja pomyślnemu przystosowaniu się jednostek do otoczenia oraz osiąganiu zadowolenia z siebie i poczucia osobistego szczęścia. Samowiedza i samoocena doprowadzają z biegiem czasu do ukształtowania się u jednostek bardziej trwałych nastawień wobec własnej osoby, zwanych samoakceptacją.

Osoby o niskiej samoakceptacji przeżywają silne konflikty wewnętrzne, którym towarzyszy lęk i poczucie zagrożenia. Emocje te są tym silniejsze, im większa jest różnica między realnym a idealnym obrazem własnej osoby.

W literaturze przedmiotu duże uznanie w zakresie badania poziomu samoakceptacji i akceptacji innych uzyskała skala Bergera (Berger 1952; Wright 1965; Ossowski 1982). Składa się ona z 64 twierdzeń, z których 36 mierzy samoakceptację, a 28 akceptację. Na podstawie otrzymanych wyników badań utworzono trzy równoliczne przedziały – wysoki, średni i niski.

Tabela 7

Samoakceptacja dzieci z astmą

| Grupy badane                  | Samoakceptacja wg skali Bergera N=130 |      |         |      |       |      | Razem  |       |
|-------------------------------|---------------------------------------|------|---------|------|-------|------|--------|-------|
|                               | wysoka                                | %    | średnia | %    | niska | %    | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 10                                    | 7,7  | 32      | 24,6 | 23    | 17,7 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 15                                    | 11,5 | 38      | 29,2 | 12    | 9,3  | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 25                                    | 19,2 | 70      | 53,8 | 35    | 27,0 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=2} = 5,992 > \chi^2 = 4,971$$

Wyniki badań wskazują na brak różnicy istotnej statystycznie w zakresie samoakceptacji dzieci z astmą w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami. Dzieci z astmą i ich zdrowi koledzy mieszczą się w większości w najbardziej optymalnym przedziale poziomu samoakceptacji, średnim, i tak w grupie A 24,6%, zaś w grupie B 29,3%. Trzeba jednak zaznaczyć, że prawie dwukrotnie więcej dzieci chorych niż zdrowych miało niski poziom samoakceptacji.

Bardzo wysoki poziom samoakceptacji charakteryzuje ludzi z zaburzeniami psychicznymi, zaś niski jej poziom dotyczy ludzi z zaburzoną sferą emocjonalną.

W badaniach własnych potwierdza się nasilenie poziomu neurotyczności wśród dzieci z astmą, co świadczy o ich zaburzonej sferze emocjonalnej. Natomiast osiągnięty przez nich w większości optymalny poziom samoakceptacji świadczy o zdolności kierowania swoimi procesami emocjonalnymi. Samoakceptacja i oswojenie się z chorobą to istotny warunek zachowania prozdrowotnego.

Margalit, prowadząc badania wśród dzieci z astmą (9-18 lat) wskazała na pesymistyczny obraz samego siebie. Do badań wykorzystała skalę Fittsa, przystosowaną do potrzeb diagnozy dzieci. Badała obraz własny osoby, między innymi w wymiarze oceny siebie. Respondenci charakteryzowali się znacznie niższą samooceną w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami. Autorka obraz własnej osoby u dzieci z astmą określiła jako nadmierną negację siebie (Margalit 1985, s. 10).

Również Oleńska-Pawlak, analizując wyniki badań własnych podaje, że młodzież z przewlekłymi chorobami układu oddechowego w porównaniu z młodzieżą z dysfunkcjami narządu ruchu wykazuje niższą samoocenę. Autorka badań twierdzi, że w strukturze obrazu własnej osoby u młodzieży z przewlekłymi chorobami układu oddechowego występują większe dewiacje niż w obrazie samego siebie u inwalidów narządu ruchu (Oleńska-Pawlak 1995).

Sanicka porównała profile osobowości dzieci młodszych (8-11 lat) i starszych (12-15 lat) chorych na astmę (N=60) i zdrowych (N=60) w warunkach polskich. Badała między innymi samoocenę (Q3), określając ją jako samoocenę wysoką lub niską. Wyniki badań wskazują na podobny sposób wyznaczania samooceny, zarówno przez dzieci chore, jak i zdrowe (1983, s. 232-240).

Akceptacja swojej osoby generuje akceptację innych. Okazywanie wzajemnej akceptacji jest niezbędne do rozwoju i utrzymania bliskich, serdecznych związków. Akceptacja samego siebie i akceptacja innych ludzi łączy się z brakiem postawy obronnej i otwarciem się na doświad-

czenie zewnętrzne. Zależność ta ma szczególne znaczenie w przypadku dziecka z astmą, u którego lęk i niepokój sprzyjają tłumieniu emocji oraz izolacji społecznej.

W celu określenia poziomu akceptacji innych wśród dzieci z astmą posłużono się również skalą Bergera. W badaniach własnych przyjęto hipotezę o zaburzonej akceptacji innych.

Tabela 8

Akceptacja innych

| Grupy badane                  | Akceptacja innych wg skali Bergera N=130 |      |         |      |       |      | Razem  |       |
|-------------------------------|------------------------------------------|------|---------|------|-------|------|--------|-------|
|                               | wysoka                                   | %    | średnia | %    | niska | %    | liczba | %     |
| A<br>N-65<br>(dzieci z astmą) | 23                                       | 17,7 | 32      | 24,6 | 10    | 7,7  | 65     | 50,0  |
| B<br>N-65<br>(dzieci zdrowe)  | 25                                       | 19,2 | 37      | 28,5 | 3     | 2,3  | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 48                                       | 36,9 | 69      | 53,1 | 13    | 10,0 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=2} = 5,592 > \chi^2 = 4,215$$

Na podstawie otrzymanych wyników badań dotyczących akceptacji innych przez dzieci chore na astmę w porównaniu z ich zdrowymi kolegami nie postrzega się różnicy istotnej statystycznie. Dzieci z astmą i ich zdrowi koledzy mieszczą się w większości w najbardziej optymalnym przedziale poziomu akceptacji innych, tj. średnim, i tak w grupie A jest to 24,6%, zaś w grupie B 28,5%.

Dane te, analogicznie do wyników badanego już poziomu samoakceptacji wśród dzieci z astmą, nie przedstawiają różnicy istotnej statystycznie w zakresie akceptacji innych.

Akceptacja innych świadczy o pozytywnych relacjach z otoczeniem. Na tej podstawie można wnioskować o niskiej konfliktowości społecznej dzieci z astmą, a także o ich gotowości do odgrywania ról społecznych związanych z wiekiem. Badane dzieci z astmą, które przebywały w sanatorium, przejawiają średni poziom samoakceptacji, podobnie

akceptują innych. Spójność samoakceptacji i akceptacji innych stanowi wyraz optymalnego poziomu obrazu samego siebie, który jest najbardziej oczekiwany.

## **Podsumowanie**

Uogólniając przedstawione wyniki badań własnych oraz innych autorów, dotyczących samoakceptacji i akceptacji innych, będących ważnymi zmiennymi zaleźnymi obrazu samego siebie, można wysunąć następujące wnioski:

1. Wyniki badań własnych wskazują na porównywalny poziom samoakceptacji i akceptacji innych dzieci z astmą oraz dzieci zdrowych, ukształtował się on w większości na poziomie średnim.
2. Kompleksowy proces leczniczo-rehabilitacyjny może w sposób zasadniczy poprawić poziom samoakceptacji i akceptacji innych. Dowodzą tego wyniki badań własnych realizowanych w sanatorium, gdzie dzieci chore poddane były takiemu procesowi.
3. W starszych grupach dzieci wskaźniki samoakceptacji obniżają się, jest to prawdopodobnie spowodowane bardziej krytycznym postrzeganiem i oceną swojej osoby, utratą wiary w swoje możliwości oraz świadomością ograniczeń wynikających z choroby.

## SYTUACJA ZDROWOTNA BADANEJ MŁODZIEŻY

Chorobie przewlekłej towarzyszą rozmaite sytuacje trudne dla dziecka: zagrożenia, deprywacje, przeciążenia, utrudnienia i sytuacje konfliktowe. Nie są one obojętne dla jego rozwoju psychicznego, jak i dla przebiegu samej choroby. Urazy psychiczne związane z astmą mogą stać się źródłem zaburzeń rozwoju osobowości dziecka.

Do najczęstszych czynników wywołujących te urazy należą:

- fizyczne objawy choroby (napady duszności), stany lękowe, niepokój o dalszą przyszłość,
- pobyty, często bardzo długie, w szpitalach lub sanatoriach i związana z nimi rozłąka z rodziną, szkołą i rówieśnikami,
- częste ograniczenia ruchu i wszelkiej aktywności,
- uczucie bezsilności, skrzywdzenia i mniejszej wartości w porównaniu z innymi zdrowymi dziećmi,
- destrukcyjne postawy rodzicielskie i ogólna sytuacja rodzinna (Lewandowska i wsp. 1992, s. 879).

Segel uważa, iż w przypadku dychawicy oskrzelowej zawsze należy określić, jaki jest udział następujących elementów w procesie choroby: „*How much allergy, how much infection, how much psychological stress*” (ile alergii, ile zakażenia, ile stresu psychicznego) (Droszcz 1980, s. 30).

W celu opisania w miarę obiektywnego obrazu sytuacji zdrowotnej dziecka z astmą, należy uwzględnić zarówno jej wymiar subiektywny, jak i obiektywny.

W pracy przyjęto hipotezę o sytuacji zdrowotnej dziecka jako mało korzystnej.

### 6.1. Sytuacja zdrowotna w wymiarze subiektywnym

Efekty działania czynników prowokujących objawy i przebieg choroby będą zależeć nie tylko od ich obiektywnych właściwości, ale rów-

niez od struktury i cech osobowości. Szczególną rolę w rozwoju astmy i przebiegu napadów duszności odgrywa wzór reakcji emocjonalnych oraz ich składniki fizjologiczne (Janicki 1983; Droszcz 1991).

Związki te sugerują tezę o modyfikującej roli treści poznawczych w przebiegu reakcji emocjonalnych i związanych z nimi procesów fizjologicznych, a pośrednio oddechowych.

Selekcja oraz wartościowanie aktualnie działających bodźców dokonują się w kontekście wiedzy, jaką jednostka ma o sobie i o swojej chorobie. Zakres tej wiedzy oraz specyfika emocjonalnej regulacji zachowania się stanowią o istocie subiektywnego obrazu sytuacji zdrowotnej (Heszen-Niejodek 2000).

W badaniach posłużono się kwestionariuszem pytań, który stanowi modyfikację narzędzia Heszen-Klemens „Obraz własnej choroby”. Część I próbuje ustalić stan zdrowia w chwili obecnej, część II określa interpretację leczenia i dalszego przebiegu choroby również w ujęciu subiektywnym dziecka. Wyniki badań przedstawiono w skali trójstopniowej jako sytuację zdrowotną pomyślną, średnio pomyślną i mało pomyślną.

Prognoza co do rokowania jest subiektywną percepcją własnej sytuacji zdrowotnej, która kształtuje charakter postawy przyjętej przez dziecko wobec własnej choroby. Akceptacja własnej choroby, umiejętność samokontroli, postawa prozdrowotna i właściwa wizja funkcjonowania społecznego z chorobą stanowią wyraz prognozy co do rokowania, którą można określić jako pomyślną, średnio pomyślną i mało pomyślną.

Tabela 9

Sytuacja zdrowotna w wymiarze subiektywnym

| Grupa badana                  | Sytuacja zdrowotna (prognoza co do rokowania) wymiar subiektywny<br>N=65 |      |                  |      |               |     | Razem  |       |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------|------------------|------|---------------|-----|--------|-------|
|                               | pomyślna                                                                 | %    | średnio pomyślna | %    | mało pomyślna | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 31                                                                       | 47,7 | 34               | 52,3 | 0             | 0,0 | 65     | 100,0 |

Dzieci chore prognozę co do rokowania swojej sytuacji zdrowotnej określiły głównie jako średnio pomyślną (52,3%), natomiast żadne z nich nie określiło jej jako niekorzystnej (mało pomyślniej).

Badani w większości prezentują aktywną postawę wobec własnej choroby. Brali oni udział w terapii zajęciowej i psychoterapii, mieli pozytywny stosunek do sportu oraz samokontroli i kontroli objawów chorobowych przez lekarza.

Dzieci wyraźnie nie prezentowały biernej postawy wobec leczenia, np. polegając tylko na leczeniu farmakologicznym. Badani mają świadomość przebiegu swojej choroby. Ich zdaniem, choroba rokuje pozytywnie, chociaż zakładają, iż będą miewali czasami napady duszności. Żadne z dzieci nie przewiduje, że będzie traktowane jak przed zachorowaniem. Przedstawiona analiza sytuacji zdrowotnej w percepcji subiektywnej ma charakter wyraźnie optymistyczny.

Poziom samoakceptacji i akceptacji innych odpowiada postrzeganiu sytuacji zdrowotnej dzieci z astmą podczas pobytu w sanatorium. Określały one swoją zdolność samokontroli choroby, umiejętność unikania lub osławiania się z emocjami negatywnymi i wiedzę na temat swojego aktualnego stanu zdrowia.

Subiektywnie sytuację zdrowotną w chwili obecnej dzieci z astmą przebywające w trakcie badań w sanatorium określiły w większości jako pomyślną (66,2%). Ich zdaniem, zmniejszyły się zarówno liczba i nasilenie napadów duszności, jak i zużycie leków (30%). Większość podała, iż przyjmuje o ½ mniej leków (65%). Tylko parę osób (5%) twierdzi, że leczenie farmakologiczne nie uległo zmianie podczas pobytu w sanatorium. Wnikliwa analiza przebiegu choroby pozwoliła ustalić, iż dzieci te przez pewien okres miały ostrą infekcję wirusową lub bakteryjną.

Tabela 10

Sytuacja zdrowotna w chwili obecnej – wymiar subiektywny

| Grupa badana                  | Sytuacja zdrowotna (w chwili obecnej)<br>– wymiar subiektywny<br>N=65 |      |                  |      |               |     | Razem  |       |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------|------------------|------|---------------|-----|--------|-------|
|                               | pomyślna                                                              | %    | średnio pomyślna | %    | mało pomyślna | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 43                                                                    | 66,2 | 19               | 29,2 | 3             | 4,6 | 65     | 100,0 |

Przedstawiając obraz własnej choroby, opisują się w większości jako osoby w pewnym stopniu dotknięte chorobą (80%), a czasami nawet jako osoby zupełnie zdrowe (20%). Świadczy to o rozwoju i zdolności kontroli własnego zdrowia. Żadne z dzieci nie nazwało siebie osobą ciężko chorą.

Ocena sytuacji zdrowotnej w aspekcie subiektywnym wpływa na akceptację samego siebie, a także wyznacza kierunek i poziom funkcjonowania społecznego.

Hazzard i Angert próbowali ustalić zależność pomiędzy programem psychoedukacyjnym a zdolnością kontroli własnego zdrowia wśród dzieci chorych na astmę. W tym celu autorzy badań posłużyli się kwestionariuszem, zawierającym: skalę wiedzy o astmie, skalę do badania poczucia kontroli własnego zdrowia oraz skalę Piersa i Harrisa, diagnozującą obraz samego siebie. Grupą kontrolną były dzieci z astmą, które nie brały udziału w programie psychoedukacyjnym. Wyniki badań wyraźnie wskazywały na korelację pomiędzy liczbą godzin programu a rozwojem poczucia kontroli własnego zdrowia, pomiędzy wiekiem a wiedzą, wiekiem a poczuciem kontroli własnego zdrowia oraz wiedzą a poczuciem kontroli własnego zdrowia (Hazzard, Angert 1986, s. 2).

Zdolność kontroli przebiegu choroby wzrasta wraz z wiekiem dziecka i większą wiedzą o chorobie.

Pilecka również prowadziła badania dotyczące wiedzy na temat własnej choroby wśród dzieci klas VI, VII i VIII z astmą, cukrzycą i chorobą reumatyczną. Wyniki badań wskazują na to, iż respondenci mają bogaty zasób wiedzy o własnej chorobie, który staje się bogatszy z przybywaniem doświadczenia i wieku. Autorka określa badanych jako postrzegających swoją chorobę w sposób realistyczny, tzn. są świadomi ograniczeń z niej wynikających. Bardziej optymistycznie chorzy oceniali aktualny stan swojego zdrowia i bliskie efekty leczenia. Natomiast perspektywę co do rokowania oceniali pesymistycznie (Pilecka 1989).

## **6.2. Sytuacja zdrowotna w wymiarze obiektywnym**

Na zwiększoną zachorowalność dzieci z astmą wpływają predyspozycje somatyczne, które są przyczyną zaburzeń w strukturach anatomicznych i czynnościowych układu oddechowego. Mogą one być uwarunkowane czynnikami genetycznymi, wrodzonymi lub nabytymi. Współistnienie innych chorób oraz zmiany powstałe w wyniku zwiężenia światła oskrzeli mogą dodatkowo wyzwoić objawy chorobowe. Rozwo-

jowi choroby sprzyjają także czynniki tkwiące w środowisku zewnętrznym dziecka.

Przedstawione obiektywne właściwości, które wpływają na rozwój astmy u dziecka, korelują również z poziomem oświatowo-higienicznym, sytuacją materialną i warunkami domowymi (Rudnik 1987; Kurzawa, Ścislicki 1987; Kurzawa 1993, 2002). Istnieje wiele danych statystycznych na temat sytuacji zdrowotnej osób chorych na astmę w wymiarze obiektywnym również w warunkach polskich (Droszcz 1980, 1991, 2006; Kurzawa 1993, 1996, 2002; Bręborowicz i wsp. 2007).

Postanowiono poddać analizie informacje przekazane w tym zakresie przez rodziców lub opiekunów. W badaniach posłużono się wywiadem z rodzicami (opiekunami).

Tabela 11

Sytuacja zdrowotna w chwili obecnej w wymiarze obiektywnym

| Grupy badane                  | Sytuacja zdrowotna (w chwili obecnej)<br>w wymiarze obiektywnym N=130 |      |                  |      |               |     | Razem  |       |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------|------------------|------|---------------|-----|--------|-------|
|                               | pomyślna                                                              | %    | średnio pomyślna | %    | mało pomyślna | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 12                                                                    | 9,2  | 52               | 40,0 | 1             | 0,8 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 57                                                                    | 43,8 | 8                | 6,2  | 0             | 0,0 | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 69                                                                    | 53,0 | 60               | 46,2 | 1             | 0,8 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=1} = 3,842 < \chi^2 = 59,796$$

(w obliczeniach połączono kolumnę mało pomyślna z kolumną średnio pomyślna)

Na podstawie otrzymanych wyników badań określających obiektywną sytuację zdrowotną dzieci z astmą, ocenia się ją jako mało pomyślną w porównaniu z sytuacją zdrowotną ich kolegów z grupy kontrolnej. Różnica ta jest wysoka i znacząca.

Rodzice dzieci z astmą ocenili w większości ich sytuację zdrowotną jako średnio pomyślną, zaś rodzice dzieci zdrowych ocenili ją w większości jako pomyślną. Tylko rodzice jednego dziecka z grupy A ocenili jego obecną sytuację zdrowotną jako złą.

Sytuację zdrowotną przed pobytem w sanatorium rodzice określali jako złą. Dzieciom towarzyszyły napady duszności i kaszlu o różnym nasileniu i częstotliwości, występujące często w nocy. Badani wykazywali skłonność do infekcji dróg oddechowych. Poza tym cechuje ich słaba kondycja fizyczna ze względu na niechęć do ćwiczeń, absencję chorobową i liczne zwolnienia lekarskie, często przez cały rok szkolny.

Tabela 12

Sytuacja zdrowotna w okresie wczesnego dzieciństwa  
w wymiarze obiektywnym

| Grupy badane                  | Sytuacja zdrowotna w okresie wczesnego dzieciństwa w wymiarze obiektywnym N=130 |      |                  |      |               |     | Razem  |       |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------|------------------|------|---------------|-----|--------|-------|
|                               | pomyślna                                                                        | %    | średnio pomyślna | %    | mało pomyślna | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 39                                                                              | 30,0 | 19               | 14,6 | 7             | 5,4 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 53                                                                              | 40,8 | 10               | 7,7  | 2             | 1,5 | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 92                                                                              | 70,8 | 29               | 22,3 | 9             | 6,9 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=2} = 5,992 < \chi^2 = 7,701$$

Sytuację zdrowotną dzieci z astmą w okresie wczesnego dzieciństwa w wymiarze obiektywnym na podstawie wypowiedzi rodziców lub opiekunów określa się jako gorszą niż ich zdrowych kolegów.

Zależność procentową w kolejnych przedziałach zmiennej można przedstawić następująco: sytuacja zdrowotna określona jako pomyślna rzadziej występuje w grupie A (30%) niż w grupie B (40,8%); natomiast

określenie sytuacji zdrowotnej jako mało pomyślnej wynosi w grupie A aż 5,4%, natomiast w grupie B tylko 1,5%.

Rodzice wczesne dzieciństwo swoich dzieci z astmą w aspekcie zdrowotnym określali jako zakłócone. Badani wskazywali na skłonności dzieci do alergii, najczęściej pod postacią kataru siennego, reakcji skórnej – pokrzywki oraz alergii na składniki pokarmowe.

Zaburzenia w układzie oddechowym występowały często już w okresie noworodkowym. Dzieci przechodziły liczne stany zapalne oskrzeli a także płuc, które się w ciągu roku powtarzały. Odporność immunologiczna organizmu badanych w ocenie ich rodziców była wyraźnie obniżona.

Dane dotyczące rozwoju choroby w okresie wczesnego dzieciństwa potwierdzają informacje zawarte w historii choroby.

Badania innych autorów dotyczące przebiegu klinicznego choroby w wymiarze obiektywnym wśród dzieci z astmą potwierdzają wyniki badań własnych. Okres wczesnego dzieciństwa chorych charakteryzował się częstymi stanami zapalnymi dróg oddechowych, szczególnie oskrzeli, powtarzającymi się nawet kilka razy w roku. Astma, katar sienny, zmiany skórne alergiczne często występowały w rodzinach badanych. Należy także zaakcentować uboczny wpływ leczenia farmakologicznego, mimo dużego obecnie postępu medycznego w tym zakresie. Stosowanie leków wziewnych i sterydów nie jest obojętne dla funkcjonowania dziecka. Dzieci, które stosowały nadmierną ilość leków stały się drażliwe, niespokojne, miały trudności w zasypianiu. Objawy te przypominają obraz kliniczny nadpobudliwości psychoruchowej. Przedawkowanie leków wywołuje reakcje toksyczne ze strony układu nerwowego. Długotrwała, nadmierna farmakoterapia nie jest obojętna dla młodego organizmu i może powodować: przyrost masy ciała, zahamowanie czynności kory nadnerczy z powodu jej zaniku, ujawnienie się cukrzycy, gruźlicy, choroby wrzodowej, nadciśnienia tętniczego. Zaburzenia w naturalnym wydzielaniu hormonów kory nadnerczy prowadzą do dysregulacji nerwowego układu autonomicznego i zakłóceń w pracy centralnego systemu nerwowego.

## **Podsumowanie**

1. Sytuacja zdrowotna w ujęciu subiektywnym ogólnie postrzegana jest jako dobra. Wyniki badań własnych wskazują na to, że dzieci z astmą w chwili obecnej sytuację tę w większości określają jako po-

myślną. Natomiast większość określając prognozy co do rokowania choroby, używa określenia średnio pomyślna. Ocena sytuacji zdrowotnej jest zależna od wiedzy dziecka z astmą o własnej chorobie, zdolności do kontroli własnych emocji oraz objawów choroby. Im więcej wiedzy i wyższy poziom kontroli emocjonalnej, tym pozytywniejsza percepcja subiektywna obrazu własnej choroby.

2. Sytuacja zdrowotna dzieci z astmą w ujęciu obiektywnym (rodziców, opiekunów) w okresie wczesnego dzieciństwa była gorsza w porównaniu z sytuacją zdrowotną ich zdrowych kolegów. Badania potwierdzają występowanie częstych i nawracających infekcji bakteryjnych dróg oddechowych, w tym oskrzeli oraz dziedziczne obciążenie atopią.
3. Sytuacja zdrowotna w wymiarze obiektywnym dzieci z astmą jest gorsza niż badanych dzieci zdrowych. Uwarunkowana ona jest występowaniem zmian patologicznych, np. napadów duszności, powikłaniami po farmakoterapii, okresowo mniejszą aktywnością psychofizyczną, np. z powodu zaostrzenia choroby.
4. Program psychoedukacyjny, który ma na celu wzmocnienie samoakceptacji i umiejętności kontroli zachowania w chorobie oraz program z akcentem socjologicznym, który wskaże właściwe relacje rodzinne (np. otwartość, autonomię, wsparcie) mogą w sposób istotny poprawić sytuację zdrowotną dziecka z astmą.

## FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE DZIECI Z ASTMĄ

Umiejętność regulacji stosunków z otoczeniem, dopasowanie się do rzeczywistości i przekształcanie jej na swój obraz, to istota funkcjonowania człowieka.

Dzieci i młodzież kształtując negatywny obraz własnej choroby, wykazują zaburzone zachowanie. Wynika to z antycypacji przykrych sytuacji społecznych o charakterze utrudnień czy zagrożeń, które skłaniają chorych do reakcji często nieakceptowanych przez otoczenie. Dezaprobaty zachowania często jest postrzegana jako negatywny stosunek otoczenia do choroby bądź do osób chorych. W literaturze przedmiotu podkreśla się zależność o charakterze sprzężenia zwrotnego pomiędzy funkcjonowaniem społecznym a treścią poznawczej reprezentacji choroby (Obuchowska 1983; Pilecka 1983b, 2002; Zubrzycka, Emeryk 2002; Potoczek i wsp. 2006).

Osoby z astmą kształtują stosunek do własnych dolegliwości poprzez oceny osób z najbliższego otoczenia oraz poprzez doświadczanie ograniczeń wynikających z choroby.

### 7.1. Funkcjonowanie badanych dzieci w rodzinie

Przewlekła choroba somatyczna często prowadzi do zakłócenia harmonijnego przebiegu rozwoju społecznego. Choroba wymaga wielokrotnych hospitalizacji w placówkach szpitalnych i sanatoryjnych, długotrwale izolując dziecko od naturalnych warunków środowiska rodzinnego. Funkcjonowanie dziecka w rodzinie, klimat w rodzinie, atmosfera, stosunek do dziecka, rodzaj komunikacji, integracja rodziny, odgrywają ważną rolę w przebiegu choroby i leczeniu dziecka z astmą.

Liczne badania dotyczące stosunków rodzinnych w domach dzieci przewlekłe chorych odnotowują podobną strukturę więzi uczuciowych i wzajemnych stosunków. Dziecko przewlekłe chore łączy duża więź

z matką, nawiązuje pozytywne stosunki z młodszym rodzeństwem i bardziej konfliktowe ze starszym. W domu badanych dzieci dominuje styl niekonsekwentnego wychowania, który jest rezultatem postawy ambiwalentnej i wewnętrznie sprzecznej wobec dziecka. W pewnych sytuacjach rodzice ci są pobłażliwi, nadmiernie tolerancyjni, innym razem zaś surowi i wymagający. Miłość do dziecka, chęć wynagrodzenia mu bólu, cierpienia itd. łączy się z uczuciem żalu, rozpacz, a czasami gniewu i złości. Klimat rodzinny o charakterze skrajnych stanów przeżyć emocjonalnych jej członków nie sprzyja kształtowaniu zintegrowanej i dojrzałej osobowości u dziecka przewlekle chorego (Ślenzak 1978; Gałkowski 1986; Paszkowska-Rogacz 1988; Oleńska-Pawlak 1995; Pilecka 1995, 2002).

Realizowano ciekawe badania dotyczące szczególnie postaw rodzicielskich przejawianych wobec dzieci z astmą. Najczęściej wobec tych dzieci reprezentowana jest postawa nadopiekuńcza (wyreżająca), konsekwentnie kształtuje ona zachowanie wyuczonej bezradności, które dziecko z astmą ujawnia w wielu sytuacjach życiowych (Perzanowska 1983; Vandvik, Eckblad 1991; Sanicka 1992; Schier 2005).

W celu porównania funkcjonowania rodzinnego postanowiono objąć badaniami również relacje rodzinne, ujmując zagadnienie w dwóch aspektach: subiektywnym i obiektywnym. Przyjęto założenie o zaburzonym funkcjonowaniu rodziny dzieci z astmą.

### 7.1.1. Relacje z domownikami

Funkcjonowanie w rodzinie można rozpatrywać w kategoriach specyficznych relacji występujących między jej członkami. Najlepsze z punktu widzenia funkcjonowania grupy i jednostki są „relacje o charakterze stymulatywnym, takie jak akceptacja, życzliwość, zaufanie, [które] wytwarzają klimat współpracy” (Woźniak 1997, s. 237).

W badaniach własnych dotyczących funkcjonowania w rodzinie w wymiarze subiektywnym przyjęto następujące wskaźniki: obyczaju spożywania posiłków w rodzinie, udziału dziecka w pracach na rzecz życia rodzinnego oraz zgodności poglądów dziecka z poglądami rodziców w odniesieniu do problemów wychowawczych.

Źródłem subiektywnych informacji o relacjach w rodzinie jest kwestionariusz pytań „Charakterystyka własnej aktywności”. Natomiast wymiar obiektywny funkcjonowania w rodzinie uwzględniał następujące wskaźniki: stosunek do rodziców, relacje z rodzeństwem, wspólne

zainteresowania dziecka i członków rodziny, wspólna praca w domu i poza domem. W celu uzyskania danych posłużono się „Wywiadem z rodzicami”, który ocenia m.in. relacje w rodzinie dziecka chorego.

Tabela 13

Relacje z domownikami w wymiarze subiektywnym

| Grupy badane                     | Relacje z domownikami<br>w wymiarze subiektywnym N=130 |      |                   |      |     |     | Razem  |       |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------|------|-------------------|------|-----|-----|--------|-------|
|                                  | dobrze                                                 | %    | średnio<br>dobrze | %    | złe | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci<br>z astmą) | 51                                                     | 39,2 | 13                | 10,0 | 1   | 0,8 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci<br>zdrowe)  | 39                                                     | 30,0 | 26                | 20,0 | 0   | 0,0 | 65     | 50,0  |
| Razem                            | 90                                                     | 69,2 | 39                | 30,0 | 1   | 0,8 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=1} = 5,992 < \chi^2 = 7,701$$

(w obliczeniach połączono kolumnę złe z kolumną średnio dobre)

Analizując relacje z domownikami respondentów grupy A i grupy B w wymiarze subiektywnym, należy podkreślić wystąpienie różnicy istotnej statystycznie. Dane te pozwalają ocenić relacje z domownikami w grupie A jako lepsze niż w grupie B. Relacje z domownikami określone jako dobre miało 39,2% dzieci grupy A, zaś grupy B 30%, a średnie 10% dzieci z grupy A, zaś z grupy B jeszcze raz tyle.

Dzieci z astmą podają, iż rodzina spożywa co najmniej dwa posiłki wspólnie. Obyczaj ten podtrzymuje więzi rodzinne. W ramach form aktywności, w których uczestniczą z radością i zainteresowaniem, badani wymieniają przede wszystkim zajęcia i prace wykonywane w domu, lecz wspólnie z rodzicami. Badane dzieci grupy A cenią również wysoko rozmowy z rodzicami, głównie o swoich codziennych problemach i o planowanej przyszłości. Za atmosferę domową czynią odpowiedzialną matkę. Z tej roli, zdaniem dzieci z astmą, matki wywiązują się pra-

widłowo. Badani grupy A są emocjonalnie bardzo mocno związani z matką, świadczy o tym np. wypowiedź – „moja matka jest moim przyjacielem, lekarzem i kolegą” (Lassota 2008).

Badania nad subiektywną percepcją sytuacji rodzinnej przez dzieci z astmą prowadziła między innymi Oleńska-Pawlak. Wyniki jej badań potwierdzają tendencję do silnego pozytywnego związku emocjonalnego z matką (Oleńska-Pawlak 1995).

Tabela 14

Relacje z domownikami w wymiarze obiektywnym

| Grupy badane                  | Relacje z domownikami w wymiarze obiektywnym N=130 |      |                |     |     |     | Razem  |       |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|------|----------------|-----|-----|-----|--------|-------|
|                               | dobrze                                             | %    | średnio dobrze | %   | złe | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 58                                                 | 44,6 | 5              | 3,8 | 2   | 1,6 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 58                                                 | 44,6 | 6              | 4,6 | 1   | 0,8 | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 116                                                | 89,2 | 11             | 8,4 | 3   | 2,4 | 130    | 100,0 |

NS (*non significant*)

Otrzymane dane nie wykazały różnicy istotnej statystycznie między badanymi grupy A i grupy B. Relacje z domownikami w wymiarze obiektywnym w grupie A, wśród dzieci chorych na astmę, i w grupie B, wśród ich zdrowych kolegów, utrzymują się na porównywalnym poziomie, są dobre zarówno w grupie A, jak i w grupie B (po 44,6%).

Charakter relacji z domownikami w obu grupach należy określić w większości jako dobry. Dzieci z astmą postrzegane są najczęściej jako introwertycy, nie sprawiający kłopotów wychowawczych. Zdarza się też, iż reagują labilnością uczuciową w zachowaniu, np. „moje dziecko płacze bez poważniejszych powodów”.

Stosunki z rodzeństwem, zdaniem rodziców, mają charakter przyjaźny i otwarty, np. „moje dziecko nie lubi, gdy ktoś z rodzeństwa kłamie, jest ono obiektywne i sprawiedliwe”.

Dzieci łączą wspólne zainteresowania, lubią np. „muzykę, sport”. Respondenci grupy A nie szukają wielu kontaktów z rówieśnikami, najczęściej jest to jedna koleżanka lub kolega. Uczestniczą w pracach domowych najchętniej, gdy są one wykonywane wspólnie z rodzicami i rodzeństwem.

Istotnym elementem wpływającym na kształtowanie się modelu zachowań rodziców wobec dziecka jest przebieg kliniczny jego choroby. Modele zachowań rodziców dzieci z rozpoznąną łagodną astmą mają pozytywniejszy charakter niż rodziców dzieci z ciężką jej postacią.

Potwierdzeniem powyższej tezy są także badania innych autorów, między innymi dotyczące zachowania rodziców, radzenia sobie w codziennych warunkach, porozumiewania się rodziców i dzieci, obaw w odniesieniu do zachowania dziecka (Brook, Kishon 1993).

Nasuwa się wniosek, iż ciężka postać astmy powoduje pogorszenie się relacji pomiędzy rodzicami a dzieckiem, są one nacechowane obawą, lękiem, co automatycznie wzmacnia negatywne emocje i niepokój dziecka chorego.

W badaniach własnych brano pod uwagę dzieci z rozpoznąną astmą II stopnia, o średniociężkim przebiegu.

Na podstawie badań własnych oraz spostrzeżeń klinicznych Wilk podkreśla, jak bardzo istotne jest wspomaganie rodziny obciążonej chorobą dziecka. Wsparcie rodziny w wymiarze medycznym, psychicznym i społecznym ma istotny wpływ na poprawę samopoczucia oraz funkcjonowanie dziecka z rozpoznąną astmą oskrzelową (Wilk 2008).

## **Podsumowanie**

1. Percepcja subiektywna relacji w rodzinie dzieci z astmą jest pozytywniejsza niż ich zdrowych kolegów. Zachowania te są uwarunkowane: więzią emocjonalną panującą w rodzinie, sposobem reagowania na własną sytuację zdrowotną, charakterem relacji w rodzinie.
2. Relacje w rodzinie dzieci zdrowych i chorych w ujęciu obiektywnym utrzymują się na porównywalnym dobrym poziomie. Zachowania te są uwarunkowane: sposobem reagowania na sytuacje trudne, zdolnością kontroli emocjonalnej, sposobem postrzegania choroby i problemów z nią związanych przez rodziców.

3. Dobre relacje z domownikami wynikają z następujących cech: wsparcia (np. w sytuacji zaostrzenia choroby bądź kryzysu odporności psychicznej), autonomii (ten kierunek wychowania daje szansę na właściwe kształtowanie akceptacji siebie i akceptacji innych oraz bardziej samodzielny rozwój), otwartości (przepływ informacji w rodzinie dotyczy zarówno pozytywnych, jak i konfliktowych przeżyć).

## **7.2. Funkcjonowanie badanych dzieci w grupie rówieśniczej i w środowisku szkolnym**

Każdy człowiek w ciągu swojego życia uczestniczy w wielu, bardzo różnorodnych formach życia społecznego. Większość z nich odnosi się do zbiorowości społecznych, spośród których szczególne znaczenie przypisuje się grupom społecznym. Mniej więcej od 3 roku życia człowiek staje się członkiem grup rówieśniczych, następnie, idąc do szkoły staje się członkiem społeczności klasowej.

Funkcjonowanie dzieci przewlekle chorych w grupie rówieśniczej i w środowisku szkolnym łączy się z działaniem, komunikowaniem i przyjęciem określonych ról społecznych. Te formy funkcjonowania najczęściej wpływają stymulująco na rozwój dziecka.

Dyga-Konarska uważa, że izolowanie dziecka przewlekle chorego od rówieśników prowadzi do „niskiej samooceny, niewiary w siebie, uczuć zazdrości i wrogości wobec zdrowego rodzeństwa, rówieśników, agresji wobec osoby wydającej rozkazy” (1996, s. 37).

Ograniczanie bądź izolacja od naturalnego życia społecznego nasila neurotyczność dziecka przewlekle chorego (Doroszewska 1989). Poza tym dziecko samotne pozbawione jest wielu bodźców, co prowadzi do deprywacji sensorycznej, poznawczej, uczuciowej oraz ruchowej, a więc ogranicza jego rozwój.

### **7.2.1. Relacje w grupach rówieśniczych**

Na postawy i zachowania się dziecka, w tym również przewlekle chorego, poważny wpływ wywierają grupy rówieśnicze. O sile wpływu danej grupy na jednostkę decyduje ranga pragnień zaspokajanych przez tę grupę. Grupa jest dla dziecka tym atrakcyjniejsza, im więcej i im ważniejszych motywów spodziewa się ono zaspokoić poprzez udział

w jej życiu. Im wyższa atrakcyjność grupy, tym silniejszy jej wpływ na jednostkę. Początkowo dziecko pragnie znaleźć się w grupie rówieśniczej, przeżyć tam wspaniałe chwile, a z czasem dołącza się do tego poczucia bezpieczeństwa, które może stworzyć uczestnictwo w grupie. Nierzadko grupa jest miejscem zaspokojenia pragnienia społecznego uznania, a także terenem wolności od wpływu dorosłych. W grupie uznawane są inne systemy norm, wzorów i wartości, jest to swoista młodzieńcza kultura.

Jaroszczyk-Steiner podjęła próbę oceny relacji między dziećmi z chorobą wrzodową (kl. IV-VIII) a ich kolegami z grupy rówieśniczej. Wyniki badań wskazują, że badanym dzieciom choroba nie przeszkadza w nawiązywaniu pozytywnych interakcji z rówieśnikami. Oprócz kontaktów doraźnych, występują również trwałe związki koleżeńskie, podtrzymywane w szkole i poza nią. Mogą pojawić się relacje konfliktowe, wynikające z faktu choroby dziecka (przezwiska), brak tolerancji dla trudności, zdarza się to jednak stosunkowo rzadko. Dzieci chore nie są brane pod uwagę przez rówieśników jako liderzy grupy (Jaroszczyk-Steiner 1982, s. 35).

Tabela 15

Relacje z rówieśnikami w wymiarze subiektywnym

| Grupy badane                     | Relacje z rówieśnikami<br>w wymiarze subiektywnym N=130 |      |                   |      |     |      | Razem  |       |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------|------|-------------------|------|-----|------|--------|-------|
|                                  | dobrze                                                  | %    | średnio<br>dobrze | %    | złe | %    | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci<br>z astmą) | 24                                                      | 18,5 | 34                | 26,6 | 7   | 5,4  | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci<br>zdrowe)  | 31                                                      | 23,8 | 28                | 21,5 | 6   | 4,6  | 65     | 50,0  |
| Razem                            | 55                                                      | 42,3 | 62                | 47,7 | 13  | 10,0 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=2} = 5,992 > \chi^2 = 1,549$$

W celu porównania funkcjonowania dzieci z astmą w grupach rówieśniczych postanowiono przeprowadzić badania w dwóch aspektach: subiektywnym i obiektywnym. Przyjęto założenie o zaburzonym funkcjonowaniu w grupach rówieśniczych dzieci z astmą. W badaniach własnych dotyczących funkcjonowania w grupach rówieśniczych w wymiarze subiektywnym uwzględniono następujące wskaźniki: stosunek do koleżeństwa i przyjaźni, udział w życiu grupy rówieśniczej. W celu uzyskania informacji posłużono się kwestionariuszem pytań „Charakterystyka własnej aktywności”.

Między badanymi respondentami grupy A i grupy B nie ma różnicy istotnej statystycznie. Relacje z rówieśnikami w wymiarze subiektywnym w grupie A, wśród dzieci chorych na astmę, i w grupie B, wśród ich zdrowych kolegów, przebiegają na porównywalnym poziomie. Badani grupy A w większości znajdują się w przedziale określonym jako średnie (26,2%), natomiast badani grupy B w przedziale dobre (23,8%).

Dzieci z astmą wyraźnie chcą uczestniczyć w życiu grup rówieśniczych. Uważają, że koleżeństwo i przyjaźń z kolegami są w życiu potrzebne, ponieważ czynią życie bardziej radosnym i ciekawszym. W grupie rówieśniczej czują się lepiej rozumiani przez innych, akceptowani zarówno z wadami i zaletami, tak jak ich zdrowi koledzy. Pragną mieć kolegę (przyjaciela), twierdząc, że łatwiej wówczas sprostać trudnościom zwłaszcza w relacji z grupą nie zawsze przyjazną. Badani grupy A oczekują, że będą mogli rozmawiać z kolegami o przyszłości i innych życiowych celach. Spontaniczne zabawy z kolegami sprawiają, „że zapominam o chorobie”.

Na pytanie, „kto najsilniej i najczęściej wpływa na twoje zachowanie” odpowiadają, że przede wszystkim rodzice, następnie przyjaciele, a na końcu szkoła. Koledzy (przyjaciele) oraz rodzice odgrywają istotną rolę w ich życiu. Upodobania i zainteresowania dzieci z astmą poszerzają się w kontaktach z rówieśnikami, podobnie jak w przypadku ich zdrowych kolegów (Lassota 2008).

Wymiar obiektywny funkcjonowania w grupie rówieśniczej uwzględniał następujące wskaźniki: stopień utrzymywania stałych kontaktów z kolegami; środowisko, z którego pochodzą koledzy i jakie łączą ich zainteresowania; wpływ, jaki wywierają koledzy na zachowanie się badanego; czy występują trudności wychowawcze wynikające z kontaktów międzyludzkich. Do badania posłużono się „Wywiadem z rodzicami”, który służy m.in. do oceny kontaktów dziecka chorego z grupą rówieśniczą.

Tabela 16

## Relacje z rówieśnikami w wymiarze obiektywnym

| Grupy badane                  | Relacje z rówieśnikami w wymiarze obiektywnym N=130 |      |               |      |     |     | Razem  |       |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------|------|---------------|------|-----|-----|--------|-------|
|                               | dobre                                               | %    | średnio dobre | %    | złe | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 51                                                  | 39,2 | 12            | 9,2  | 2   | 1,6 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 54                                                  | 41,5 | 10            | 7,7  | 1   | 0,8 | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 105                                                 | 80,7 | 22            | 16,9 | 3   | 2,4 | 130    | 100,0 |

NS (*non significant*)

Z badań wynika, że między respondentami grupy A i grupy B nie występuje różnica istotna statystycznie. Relacje z rówieśnikami w wymiarze obiektywnym w grupie A, wśród dzieci chorych na astmę, i w grupie B, wśród ich zdrowych kolegów, utrzymują się na porównywalnym poziomie.

Zdecydowana większość (78,5%) spośród respondentów grupy A znajduje się w przedziale określonym jako relacje dobre. Natomiast relacje z rówieśnikami określone jako złe miały tylko dwie osoby.

Wyniki badań dotyczących funkcjonowania w grupie rówieśniczej w wymiarze obiektywnym dzieci z astmą pozwalają w większości określić je jako dobre. Funkcjonowanie to cechuje się harmonijnymi kontaktami z kolegami, którzy nie pochodzą z patologicznych środowisk oraz nie są członkami patologicznych subkultur, badanych łączą z nimi wspólne zainteresowania, koledzy nie wywierają negatywnego wpływu wychowawczego, kontakty z rówieśnikami nie stanowią źródła trudności wychowawczych. Choroba na tyle absorbuje dzieci z astmą, iż nie ulegają one wpływom grup wyalienowanych i nie są zainteresowane próbowaniem narkotyków czy innych środków psychoaktywnych.

Rodzice (opiekunowie) dzieci z astmą mówiąc o relacjach w grupie rówieśniczej, opisują je jako osoby chętnie uczestniczące we wspólnych zajęciach, lecz nieśmiałe.

Badane dzieci najczęściej mają jednego kolegę (przyjaciela). Do wspólnych zainteresowań w podanej przez dzieci kolejności należą: rozmowy, zabawy na podwórku, jazda na rowerze, gra w piłkę, słuchanie muzyki, oglądanie telewizji, książki, gry komputerowe.

### 7.2.2. Relacje w szkole

Najważniejszą obok rodziny formalną instytucją wychowawczą i socjalizującą jest szkoła, która poprzez przekazywanie wiedzy rozwija kulturowo, stwarza możliwości kontaktu społecznego, zarówno na terenie klasy i szkoły, jak i poza nimi. W działalności tej znaczący wpływ na rozwój osobowości dziecka, w tym także dziecka z astmą, wywierają nauczyciele, zwłaszcza ci, którzy akceptują je, okazują mu serdeczność. Osobowość takich nauczycieli może wpłynąć na rozwój pasji, na przyjazne kontakty międzyludzkie, a przede wszystkim na budowanie więzi emocjonalnych. W rezultacie tacy nauczyciele nie tylko motywują wszystkich uczniów do wytrwałej pracy, ale pomagają im także w ukształtowaniu pozytywnego obrazu samego siebie i odwrotnie, nauczyciele źle przystosowani społecznie stanowią dla dziecka model złego zachowania (Hurlock 1985, s. 288-294). Uczniowie nabierają wówczas urazy i antagonistycznie nastawiają się nie tylko w stosunku do nauczycieli, lecz także nawzajem w stosunku do siebie, szczególnie do „innych” kolegów.

Zdrowy klimat emocjonalny klasy szkolnej sprawia, że dziecko przewlekłe chore czuje się swobodnie i chętnie uczy się oraz z ochotą uczestniczy w życiu społecznym. Atmosferę taką tworzy zwłaszcza wychowawca klasy, który szanuje uczniów oraz dba o ich pełny rozwój. Współpraca dziecka z nauczycielami i kolegami z klasy odgrywa ważną rolę w osłabieniu zależności emocjonalnej dziecka od jego rodziny, poza tym stymuluje je do zachowań prospołecznych (Łobocki 2006).

Statystyczna analiza uzyskanego materiału empirycznego potwierdza istnienie wyraźnej różnicy statystycznej w zakresie relacji w szkole w wymiarze subiektywnym wśród dzieci grupy A i grupy B. Dzieci z astmą określają swoje stosunki w szkole jako korzystniejsze w porównaniu z ich zdrowymi kolegami.

Relacje określone jako dobre ma 61,5% spośród dzieci grupy A, natomiast spośród dzieci grupy B tylko 33,8%. Większość spośród dzieci tej ostatniej grupy ma relacje określane jako średnie – 66,2%.

Tabela 17

## Relacje w szkole w wymiarze subiektywnym

| Grupy badane                  | Relacje w szkole<br>w wymiarze subiektywnym N=130 |      |               |      |     |     | Razem  |       |
|-------------------------------|---------------------------------------------------|------|---------------|------|-----|-----|--------|-------|
|                               | dobre                                             | %    | średnio dobre | %    | złe | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci z astmą) | 40                                                | 30,8 | 24            | 18,4 | 1   | 0,8 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci zdrowe)  | 22                                                | 16,9 | 43            | 33,1 | 0   | 0,0 | 65     | 50,0  |
| Razem                         | 62                                                | 47,7 | 67            | 51,5 | 1   | 0,8 | 130    | 100,0 |

$$\chi^2_{\alpha=0,05; df=1} = 3,841 < \chi^2 = 8,911$$

(w obliczeniach połączono kolumnę złe z kolumną średnio dobre)

Dzieci z astmą określające funkcjonowanie w szkole przede wszystkim jako dobre, wyrażają pozytywny stosunek do nauki szkolnej i do szkoły oraz do nauczycieli. Ich relacje z kolegami układają się pomyślnie. Dzieci te są w większości bardzo ambitne, starają się poszerzyć swoją wiedzę. Mają sprecyzowane poglądy co do dalszej przyszłości edukacyjnej. Natomiast wizja wykonywanego przez nie zawodu w przyszłości stanowi otwarty problem, decyzje uzależniają od własnego stanu zdrowia.

Funkcjonowanie w szkole w wymiarze subiektywnym jako średnie określiło znacznie mniej dzieci. Reprezentują one zmienny stosunek do nauki szkolnej i do szkoły. Ich relacje z kolegami układają się różnie, lecz bez większych konfliktów (Lassota 2008).

Wyniki badań nie wskazują na różnicę istotną statystycznie w zakresie relacji w szkole w wymiarze obiektywnym. Zdaniem rodziców (opiekunów) w grupie A i w grupie B relacje w szkole układają się na podobnym poziomie, w większości dobrze – w grupie A 39,2%, w grupie B 40,0%.

W percepcji rodziców (opiekunów) relacje w szkole dzieci z astmą można określić jako cechujące się pozytywnym stosunkiem do nauki szkolnej. Poszczególne przedmioty, zdaniem rodziców, traktują podobnie jak ich zdrowi rówieśnicy, większość dzieci nie ma uprzedzeń

w stosunku do nauczycieli i do przedmiotów realizowanych w szkole. Starają się one samodzielnie odrabiać lekcje. Chętnie uczęszczają do szkoły. Dzieci z astmą mają pozytywny stosunek do nauczycieli oraz dobre relacje z kolegami w szkole.

Tabela 18

Relacje w szkole w wymiarze obiektywnym

| Grupy badane                     | Relacje w szkole<br>w wymiarze obiektywnym N=130 |      |                   |      |     |     | Razem  |       |
|----------------------------------|--------------------------------------------------|------|-------------------|------|-----|-----|--------|-------|
|                                  | dobrze                                           | %    | średnio<br>dobrze | %    | złe | %   | liczba | %     |
| A<br>N=65<br>(dzieci<br>z astmą) | 51                                               | 39,2 | 13                | 10,0 | 1   | 0,8 | 65     | 50,0  |
| B<br>N=65<br>(dzieci<br>zdrowe)  | 52                                               | 40,0 | 13                | 10,0 | 0   | 0,0 | 65     | 50,0  |
| Razem                            | 103                                              | 79,2 | 26                | 20,0 | 1   | 0,8 | 130    | 100,0 |

NS (*non significant*)

Jeden badany z grupy A objęty był programem indywidualnego nauczania.

Można zaobserwować zależność zachowania się uczniów od wiedzy o astmie bądź jej braku. Tolerancja wobec chorych kolegów zwiększa się wraz z poziomem posiadanej wiedzy o astmie.

## Podsumowanie

Według badań własnych funkcjonowanie w grupie rówieśniczej i w szkole ma następujący przebieg:

1. Percepcja subiektywna relacji w grupie rówieśniczej utrzymuje się na podobnym poziomie wśród dzieci z astmą i ich zdrowych rówieśników.

2. Percepcja obiektywna relacji w grupie rówieśniczej także nie wykazuje różnicy istotnej statystycznie w obu badanych grupach.
3. Relacje w szkole w wymiarze subiektywnym mają wyraźnie korzystniejszy przebieg w grupie dzieci z astmą w porównaniu z ich zdrowymi kolegami.
4. Relacje w szkole w wymiarze obiektywnym przebiegają na porównywalnym poziomie w badanych grupach. Rodzice dzieci z astmą określają relacje w szkole w większości jako dobre.
5. Pozycja ucznia w klasie polepsza się wraz z poprawą stanu zdrowia, w czasie pogorszenia się stanu zdrowia wykazuje tendencję spadkową. Wzajemne relacje uczniów zdrowych i chorych na astmę poprawiają się wraz z poziomem posiadanej wiedzy o chorobie.

## WNIOSKI, OPIS MODELU REHABILITACJI DZIECI Z ASTMĄ

Celem badań była analiza funkcjonowania psychospołecznego dzieci z astmą w średnim wieku szkolnym. Zebrano opinie i pogłębiono wiedzę dotyczącą funkcjonowania psychospołecznego dziecka z astmą w aspekcie zarówno subiektywnym, jak i obiektywnym (analiza i opis w aspekcie różnicującym niektóre właściwości psychiczne oraz sytuację zdrowotną dzieci z astmą w porównaniu z dziećmi zdrowymi; ustalenie swoistości funkcjonowania społecznego w podstawowych rolach społecznych w rodzinie, grupie rówieśniczej i w szkole oraz określenie różnic w funkcjonowaniu dzieci z astmą i dzieci zdrowych).

Badaniami objęto grupę 65 osób (w tym 31 dziewcząt i 34 chłopców) z rozpoznaniem dychawicy oskrzelowej (*Asthma Bronchiale*). Przyjmując klasyfikację kliniczną choroby (stopień ciężkości choroby i jej przebieg w czasie) według Droszcza (1991), dzieci badane zaliczono do grupy II stopnia, tj. o średniociężkim przebiegu astmy. Dychawica oskrzelowa II stopnia okresami zaburza normalną działalność życiową, może wymagać okresowej hospitalizacji. Badani przebywali w sanatorium „Słoneczko” w Kołobrzegu i pochodzili z różnych regionów Polski. Dzieci te reprezentowały średni wiek szkolny – od 12 do 15 lat. Grupę porównawczą stanowiło 65 osób (w tym 35 dziewcząt i 30 chłopców) zdrowych, bez rozpoznania jakichkolwiek schorzeń somatycznych i widocznych deformacji fizycznych.

Dzięki grupie porównawczej można było ocenić odmiennosc w funkcjonowaniu psychospołecznym badanych osób.

Wyniki przeprowadzonych badań empirycznych pozwalają na wysunięcie następujących wniosków:

1. Funkcjonowanie poznawcze dzieci z astmą w zakresie wybranych aspektów, takich jak siła i koncentracja uwagi oraz jakość spostrzegania, przebiega na porównywalnym poziomie z dziećmi zdrowymi.

W zakresie cechy poznawczej – uwagi, dzieci z astmą znalazły się w większości w przedziale określonym jako wynik średni i wynik niski. W zakresie spostrzegania dzieci z astmą znalazły się w większości w przedziale określonym jako spostrzeganie przeciętne. Osiągany poziom poznawczy wskazuje na pozytywne szanse edukacyjne dzieci z astmą.

2. Dzieci z astmą można określić jako mające większe skłonności neurotyczne, tzn. „powyżej przeciętnej” lub „nieznacznie nasilone” w porównaniu z ich zdrowymi kolegami.

Skłonności neurotyczne badanych dzieci przejawiają się jako nieprawidłowe sposoby reagowania emocjonalnego: sztywność reagowania, nieumiejętność wyrażania emocji negatywnych, zwłaszcza agresji, podwyższony poziom lęku.

3. Samopoczucie dzieci z astmą w subiektywnym ujęciu można określić jako dobre, natomiast dzieci zdrowych jako średnio dobre. Rodzice samopoczucie dzieci z astmą określili w większości jako dobre, podobnie jak rodzice dzieci zdrowych. Dobre samopoczucie jest efektem równowagi w zakresie funkcjonowania psychospołecznego dziecka z astmą.
4. Poziom motywacji dzieci z astmą jest porównywalny do poziomowi dzieci zdrowych. Osiągnęły one średni poziom motywacji. Jest to najbardziej optymalny poziom, który rokuje pozytywne efekty psychoedukacyjne i terapeutyczne.
5. Dzieci z astmą w większości akceptują się w stopniu średnim, podobnie jak dzieci zdrowe, samoakceptacja oraz akceptacja innych to istotne zmienne zależne obrazu samego siebie. Można postawić tezę, iż dzieci z astmą oswoiły się z własną chorobą i osiągają optymalny poziom akceptacji siebie, który sprzyja ich rozwojowi i dobremu funkcjonowaniu.
6. Percepcję sytuacji zdrowotnej w ujęciu subiektywnym można określić jako korzystną. Dzieci z astmą swą obecną sytuację zdrowotną w większości określają jako pomyślną, natomiast ich prognozy co do rokowania choroby, w większości są średnio pomyślne. Subiektywne postrzeganie własnej choroby w perspektywie świadczy o świadomości ograniczeń i stawianiu realnych celów życiowych.

Sytuacja zdrowotna dzieci z astmą w ujęciu obiektywnym w okresie wczesnego dzieciństwa oraz w chwili obecnej jest postrzegana jako mało korzystna. Choroba jest jednym z czynników ryzyka, które może zakłócić funkcjonowanie dziecka.

7. Percepcja subiektywna funkcjonowania w rodzinie jest pozytywniejsza wśród dzieci z astmą niż wśród ich zdrowych kolegów. Dzieci z astmą relacje z domownikami określają w większości jako dobre. Dbłość o zaspokojenie potrzeb opiekuńczo-wychowawczych świadczy o dużej gotowości rodzicielskiej, istnieje jednak ryzyko zbytnej ingerencji w rozwój dziecka na poziomach: zależność – indywidualizacja.

Wymiar obiektywny funkcjonowania w rodzinie wśród dzieci chorych i zdrowych utrzymuje się na porównywalnym, dobrym poziomie.

8. Percepcja subiektywna relacji w grupie rówieśniczej utrzymuje się na dobrym poziomie, zarówno wśród dzieci z astmą, jak i ich zdrowych rówieśników. Dzieci z astmą określają je w większości jako relacje o charakterze średnio dobrym.

Percepcja obiektywna relacji w grupie rówieśniczej utrzymuje się na podobnym poziomie w badanych grupach. Rodzice dzieci z astmą określają je w większości jako relacje o charakterze dobrym, co świadczy o zaufaniu do własnych dzieci.

9. Percepcja subiektywna funkcjonowania w szkole dzieci z astmą kształtuje się w większości w przedziale dobrym, natomiast dzieci zdrowych w większości w przedziale średnim. Choroba okresowo ogranicza uczestnictwo dzieci w zajęciach szkolnych, więc tym bardziej ją cenią i angażują się w jej życie.

Percepcja obiektywna funkcjonowania w szkole dzieci z astmą kształtuje się w większości w przedziale dobre, podobnie jak dzieci zdrowych. Rodzice współuczestniczą w sukcesach i niepowodzeniach swoich dzieci, są coraz bardziej otwarci na potrzeby dziecka przewlekle chorego.

Funkcjonowanie psychospołeczne dzieci z astmą można określić w większości jako porównywalne z ich zdrowymi kolegami. Udział dzieci z astmą w procesie leczniczo-rehabilitacyjnym zwiększa ich wiedzę o chorobie, pozwala na oswojenie się z nią, zwiększa skuteczność diagnozy oraz leczenia w wymiarze psychofizycznym i samosterowania w wymiarze społecznym.

Osoby znajdujące się, z klinicznego punktu widzenia, w takiej samej sytuacji, mogą zupełnie inaczej znosić codzienne ograniczenia i zupełnie inaczej oceniać swoje życiowe możliwości. Mechanizm ten potwierdzają w swoich badaniach socjologowie zdrowia oraz lekarze zajmujący się edukacją zdrowotną, opowiadający się za podejściem fenomenologicznym (Antonovsky 1995; Woynarowska 2008).

Udział dziecka w procesie leczniczo-rehabilitacyjnym w sanatorium, prowadzonym przez lekarzy, pielęgniarki, pedagogów, wychowawców, psychologów, fizykoterapeutów, stanowi rodzaj modelowania właściwych postaw wobec własnej choroby i kształtowania prozdrowotnego stylu życia w każdych warunkach.

Pod pojęciem zachowań prozdrowotnych rozumie się te czynności, wykonywane przez podmiot, które ukierunkowane są na uzyskanie bądź utrwalenie korzystnego dla stanu zdrowia układu relacji „podmiot (organizm) – otoczenie”. Są to swoiste umiejętności postępowania w obszarze zdrowia. Można przyjąć, że istnieją cztery grupy warunków, które wpływają na kontrolę czynności prozdrowotnych. Są to wiadomości na temat zdrowia i choroby, odpowiednie umiejętności w tym zakresie, korzystne nastawienie do podejmowania tych czynności i gotowość do faktycznego posłużenia się odpowiednimi wiadomościami i umiejętnościami w życiu codziennym lub w okresie leczenia się.

Aby osiągnąć powyższe cele, ustalono wielokierunkowy, długofalowy, kompleksowy program leczenia dziecka chorego na astmę w warunkach obserwacji klinicznej (szpitalnej) i ambulatoryjnej. Program ten uwzględnia, oprócz zasadniczego leczenia farmakologicznego, działania profilaktyczne zmierzające do zminimalizowania ekspozycji na czynniki drażniące i alergizujące, monitorowanie stanu chorego dziecka za pomocą prostych, obiektywnych metod, uświadomienie pacjenta i jego rodziny o istocie choroby, jak również indywidualne opracowanie i nadzorowanie programu samokontroli i samoleczenia dziecka przy współpracy ze środowiskiem wychowawczym.

Rehabilitacja jest procesem medycznym, psychologicznym i socjologicznym, w którym rozróżnia się trzy kierunki działania: leczniczy, zawodowy i społeczny. Podział ten wyjaśnia zainteresowanie rehabilitacją ze strony przedstawicieli różnych dyscyplin: medycyny, socjologii, pedagogiki, psychologii, a ostatnio arteterapii i prakseologii pracy kulturalno-oświatowej, dzięki czemu powiększa się zasób metod i środków stosowanych w rehabilitacji (Milanowska 1987; Kowalik 2007).

Wyróżniony przez socjologów rehabilitacyjny model opieki medycznej, w odróżnieniu od modelu klasycznego, w którym interakcje między personelem a pacjentem polegają głównie na aplikowaniu określonych zabiegów i mają charakter przeważnie epizodyczny, zmierza do jak największej aktywizacji pacjenta i uzyskania przez niego jak najlepszej sprawności. Model ten obejmuje: kinezyterapię, psychoterapię i socjoterapię (Antonovsky 1995).

W zależności od stanu psychicznego i somatycznego pacjenta, jego sytuacji życiowej i etapu leczenia, główny akcent może padać na ten lub inny element tego oddziaływania. Pomiedzy nimi istnieją ścisłe związki, np. oddziaływania kinezyterapeutyczne, oprócz usprawnienia ruchowego, mogą obniżać poziom lęku, co oznacza, że mają one również właściwości psychoterapeutyczne.

Podążając za rozwojem paradygmatów w edukacji specjalnej, warto zatrzymać się na ważnym podziale rehabilitacji dokonany przez Hulka, odróżniającym to, co „wspólne”, tym samym podkreślające podmiotowość osób rehabilitowanych, od „swoistego”, czyli koncentracji na dysfunkcjach (*Paradygmaty...* 2001, s. 82).

## **Opis modelu rehabilitacji**

### **I. Model rehabilitacji medycznej**

1. Samokontrola objawów chorobowych – poznawcza reprezentacja choroby odgrywa istotną rolę w wyznaczaniu kierunku zachowania się chorego.
  - 1.1. Pomiar szczytowego przepływu wydechowego (PEF – Peak Expiratory Flow). Małe przepływomierze służą do pomiaru szczytowego przepływu wydechowego i wiarygodnego określenia stopnia obturacji. Pomiar PEF zapisywane codziennie na karcie pozwalają zaobserwować pogarszanie się kontroli (mimo braku objawów) i zmodyfikować leczenie, zapobiegając ciężkim napadom duszności.
  - 1.2. Biofeedback, biologiczne sprzężenie zwrotne, polegające na monitorowaniu fizjologicznych korelatów emocji i redukcji ich wartości poprzez relaks psychiczny. Dzieci uczą się kontrolować czynności układu oddechowego w sposób bezpośredni, jak i wpływać na nie pośrednio. Trening bezpośredni polega na obserwacji przez dziecko wspólnie z lekarzem w chwili uczucia duszności zachowania wskaźnika optymalnego przepływu powietrza przez płuca i nauce modyfikowania go poprzez treningi. Pośrednia kontrola – dzieci poznają pracę serca na monitorze, a następnie przy pomocy terapeuty uczą się korygować ją w chwili duszności. Pozytywny wpływ kontroli pracy serca na czynność układu oddechowego można udokumentować wzrostem PEF.

Biofeedback winien być przeprowadzony przy pomocy elektrod o dużej powierzchni, zbierających potencjały mięśni w bezpośrednim obszarze tej elektrody.

- 1.3. „System 3 stref” został opracowany do samokontroli i samoleczenia pacjentów z astmą. Pacjent podejmuje działania dla każdej ze stref według planu leczenia opracowanego wcześniej przez lekarza. Strefy opracowano na podobieństwo systemu światel drogowych. Strefa zielona – kolor zielony wskazuje, że wszystko jest w normie, tzn. astma jest leczona skutecznie. Wartość PEF utrzymuje się zwykle powyżej 80% wartości należnej lub maksymalnej dla danego pacjenta, a ich zmienność nie przekracza 20%. Strefa żółta – kolor żółty sygnalizuje wzmożenie czynności oddechowych (objawy nocne, tj. kaszel, świszczący oddech i uczucie braku powietrza). Jeżeli wartości PEF wynoszą 50-80% wartości należnej lub maksymalnej dla danego pacjenta, a ich zmienność – 20-30%, wskazana jest czasowa intensyfikacja leczenia. Strefa czerwona – kolor czerwony oznacza konieczność interwencji lekarskiej. Jeżeli wartość PEF znajduje się poniżej wartości należnej lub maksymalnej dla danego pacjenta, należy niezwłocznie użyć  $\beta_2$ -mimetyku wziewnego i dalej na zlecenie lekarza powinna być stosowana steroidoterapia.
- 1.4. Kinezyterapia, leczenie ruchem poprawia wydolność oddechową oraz ogólną kondycję fizyczną. Jej formy, to: ćwiczenia gimnastyki leczniczej dla dzieci chorych na dychawicę oskrzelową do stosowania w warunkach domowych. Przebieg programu: premedykacja – rozgrzewka – zajęcia mają charakter treningu interwałowego z wykorzystaniem gier i zabaw, mających naturalne formy takiego treningu (piłka nożna, siatkówka, biegi rozstawne, palant, jazda na rowerze, piesze wycieczki), obciążenie pracą w czasie treningu winno być submaksymalne, czyli osiąganego ma być tętno równowagi dynamicznej. Inne metody rehabilitacji układu oddechowego: leczenie ułożeniowe (drenaż), nauka efektywnego oddychania, masaż, oklepywanie, wspomaganie wydechu, ćwiczenia ogólnorozwojowe.
- 1.5. Unikanie ekspozycji alergenów (w astmie atopowej) według kalendarza w okresie największego pylenia.
- 1.6. Leczenie klimatyczne w celu uniknięcia ekspozycji alergenów oraz w celu wzmocnienia układu immunologicznego.

## II. Model rehabilitacji psychologicznej

### 1. Poprawa akceptacji siebie i innych; oswojenie się z własną chorobą

1.1. Autorewalidacja, czyli adaptacja do niepełnosprawności: zewnętrzna, polega na realizowaniu czynności życiowych osobistych i społecznych w warunkach ograniczonych niepełnosprawnością; wewnętrzna, akceptacja własnej tożsamości w ograniczonych warunkach (bierna – podporządkowanie się; aktywna – niepełnosprawność jako wyzwanie), inicjacja aktywności i podjęcie walki oraz kompensacja, czyli skupienie uwagi i wysiłku na zachowanych sprawnościach.

1.2. Ograniczenie destrukcyjnego wpływu choroby i okoliczności z nią związanych na rozwój osobowości oraz wypracowanie określonych umiejętności radzenia sobie z dolegliwościami: samopoznanie oraz dostarczanie pewnych elementów wiedzy o chorobie; podejmowanie właściwych decyzji odnośnie do swojego zachowania; opracowanie programu w grupie; wyjaśnienie niezrozumiałych elementów; dyskusje nad propozycjami; pomoc w rozumieniu niektórych występujących reakcji pacjentów.

### 1.3. Podniesienie poziomu samoakceptacji

Samoakceptacja jako trwałe nastawienie wobec własnej osoby nacechowane wiarą, zaufaniem oraz brakiem postawy obronnej: ćwiczenia budowania mocnych stron, czyli zwiększanie świadomości naszych przymiotów (ceni się każdą umiejętność, talent, zdolność czy cechę osobowości) w celu zwiększenia szacunku dla samego siebie; ćwiczenia w zdobywaniu akceptacji (to ćwiczenie stanowi doświadczenie z niewerbalnym rzeczywistym zdobywaniem akceptacji grupy), ćwiczenia niewerbalnego wyrażania akceptacji (polega na doświadczeniu i wyrażaniu akceptacji).

2. Zdolność kontroli emocjonalnej, czyli poznawcze panowanie nad emocjami, samoświadomość emocjonalna, produktywnie wykorzystywanie emocji, umiejętność odczytywania emocji. Kontrola (kierowanie) emocjonalna jest szczególnie ważna w napadach duszności. Kształcenie emocji to ciągle powtarzające się przeżycia i doświadczenia, na które mózg reaguje wzmacnianiem odpowiednich dróg nerwowych, dzięki czemu tworzą się nawyki szczególnie istotne w chwilach napięcia, frustracji i bólu. W programach umiejętności emocjonalnych znajdują się: rozpoznawanie i nazywanie uczuć, wyrażanie uczuć, ocenianie intensywności uczuć, kierowanie uczuciami, odkładanie zaspokojenia pragnień na później, panowanie nad impulsami, redukovanie

stresu, rozpoznawanie różnicy między uczuciami a działaniami. Przebieg kierowania uczuciami: śledzenie przebiegu „rozmów z samym sobą” w celu wychwycenia negatywnych przekazów, takich jak niepochlebne myśli o własnej osobie; uświadomienie sobie, co kryje się u podłoża danego uczucia (np. ból, który wywołuje złość); przyswajanie sposobów opanowywania obaw i niepokojów, złości i smutku.

- 2.1. Umiejętność radzenia sobie (samopomocy), trening umiejętności kierowania sobą; samoobserwacja; prowadzenie systematycznych opisów własnego samopoczucia i sprawności w formie dzienniczka; instruowanie samego siebie; podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów.

Trening rozwijający umiejętność kierowania sobą, przedstawiony w kolejnych etapach, polega na rozwijaniu umiejętności samoobserwacji, m.in. poprzez systematyczne prowadzenie opisów własnego samopoczucia i sprawności w formie dzienniczka w celu samoinstruowania się, a także podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów.

- 2.2. Obniżanie poziomu lęku:

Systematyczna desensybilizacja, wykorzystuje się w celu usuwania fobii. W takich przypadkach unikanie (oswojenie się) zmniejsza lub zupełnie wygasza lęk, działa jak wzmocnienie. Ćwiczenia osiągania całkowitego odprężenia (zastępowanie reakcji lękowych reakcjami przyjemnymi, odprężenia); ćwiczenia w zakresie metody kolejnych przybliżeń (wprowadza się stopniowo bodziec urazowy – wyzwalający lęk); ćwiczenia związane z wprowadzaniem w rzeczywistą sytuację wyzwalającą strach.

Trening relaksacyjny opiera się na założeniu, że istnieje wzajemny związek między trzema czynnikami: napięciem psychicznym, czynnościowym stanem wegetatywnym układu nerwowego i napięciem mięśni. Tonus mięśni szkieletowych można dowolnie zmieniać, stwarza to możliwość wykorzystania relaksacji mięśniowej do osiągnięcia relaksacji psychicznej. Proponuje się zastosowanie technik relaksacyjnych, począwszy od zwykłego wypoczynku aż do medytacji transcendentальной w pracy z dziećmi. Najbardziej popularne metody, to: metoda relaksacji progresywnej Jacobsona, polegająca na rozluźnianiu mięśni wszystkich części ciała; trening autogenny Schultza, osiąga się stan relaksu przy jednoczesnym ograniczeniu bodźców zewnętrznych, połączony z osiąganiem stanu odprężenia psychicznego, wykorzystuje się do oddziaływań autosugestywnych.

### III. Model rehabilitacji społecznej

#### 1. Kształtowanie i rozwijanie umiejętności społecznych

##### 1.1. Podniesienie poziomu akceptacji innych:

Akceptacja innych, jako warunek prawidłowego rozwoju i utrzymania bliskich, pozytywnych związków, daje poczucie bezpieczeństwa. Oto etapy ćwiczeń: ćwiczenia okazywania innym akceptacji (jest to umiejętność słuchania ze zrozumieniem i okazywanie ciepła i sympatii); ćwiczenia unikania błędów akceptacji (błędy to np.: akceptacja rytualna, akceptacja, którą obdarzasz wszystkich oraz milczenie jako oznaka obojętności i niechęci).

##### 1.2. Terapia grupowa: psychoedukacja, program wyjaśniania istoty choroby oraz znaczenia czynników psychicznych w jej rozwoju; socjoterapia, korekta nieefektywnej komunikacji dziecka z otoczeniem.

#### 2. Terapia rodzin dzieci chorych skierowana na dziecko

Psychodrama według Moreno, daje możliwości wglądu w sytuację dziecka poprzez odgrywanie ról i scen, dyskusje grupowe, wyjaśnienie problemów i wątpliwości związanych z chorobą dziecka.

#### 3. Wsparcie społeczne to wspomaganie rozwoju dziecka przez środowisko wychowawcze. Istotne jest, aby nauczyciele i rodzice współpracowali, zamiast „przerzucać odpowiedzialność” wzajemnie na siebie.

##### 3.1. Charakter udzielania wsparcia społecznego: emocjonalny – przekonuje, że dziecko jest kochane, stanowi dla określonych osób wartość i na pomoc tych osób może liczyć, informacyjny – oznacza pomoc w rozwiązaniu życiowych problemów i zadań przez podanie bezpośrednich rad lub wskazanie źródeł wsparcia, instrumentalny – to bezpośrednie, aktywne zaangażowanie się w pomoc dziecku.

#### 4. Wychowanie w relacji dziecko – rodzic (opiekun)

Oddziaływanie w kierunku autonomii w celu osiągnięcia niezależności i kompetencji samosterowania: wolność w wyborze działania, wolność w wyrażaniu poglądów.

#### 5. Oddziaływanie pedagogów na dziecko z astmą

##### 5.1. Etapy oddziaływania: wnikliwa analiza procesów socjalizacyjnych i uspołecznienia zachodzących w klasie, korekta (reedukacja) oddziaływań pedagogicznych, ukierunkowanie metod pracy socjotechnicznej.

- 5.2. Proponowane metody kulturoterapii, która do realizacji określonych celów terapeutycznych posługuje się środkami kulturowymi. Arteterapia w szerokim znaczeniu obejmuje muzykoterapię, choreoterapię i biblioterapię a także działania terapeutyczne przy pomocy teatru, filmu oraz sztuk plastycznych, takich jak malarstwo, rzeźba, grafika i inne.
- 5.3. Integrowanie środowiska wychowawczego dziecka z przedstawicielami służby zdrowia, co podkreśla wartość podmiotowego traktowania dziecka.
6. Oddziaływania przedstawicieli służb medycznych

Mimo postępów w rozumieniu patomechanizmów astmy oskrzelowej oraz posiadania skutecznych leków, bez współpracy chorego oraz całego środowiska dziecka nie obserwuje się dobrych wyników leczenia i rehabilitacji tej choroby.

  - 6.1. Działalność w zakresie edukacji zdrowotnej

Celem działalności edukacyjnej jest nauczanie chorego pełnego uczestnictwa w życiu, aktywnego uczestnictwa w leczeniu i zmiany jego postawy na aktywną mimo choroby. Edukacja kierowana jest do chorego i innych osób zajmujących się chorym bądź występujących z nim w interakcji: wśród uczniów, wśród dzieci z astmą, wśród nauczycieli-wychowawców.

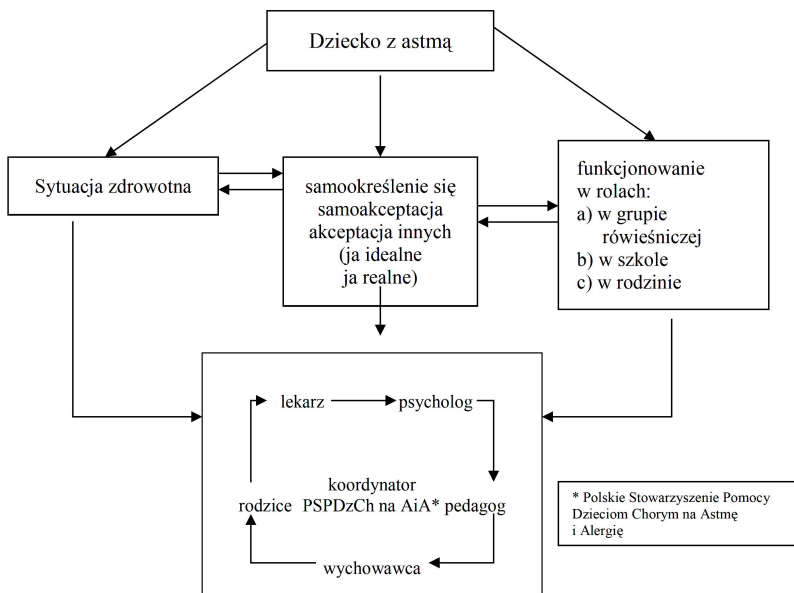
Cele edukacji zostają osiągnięte przez: przekazywanie wiedzy o chorobie i lekach, nauczanie technik przyjmowania leków, nauczanie prowadzenia samokontroli, nauczanie rozpoznawania sytuacji, które mogą doprowadzić do nasilenia dolegliwości, nauczanie rozpoznawania pierwszych objawów obturacji oraz prawidłowego postępowania, nauczanie wskazań do wezwania pomocy doraźnej, wyrobienie nawyku uczestniczenia w zajęciach sportowych, upoważnienie chorego do modyfikowania leczenia na podstawie objawów chorobowych i wyników pomiaru PEF i samodzielne prowadzenie dokumentacji – opisu przebiegu choroby i leczenia.
  - 6.2. Działalność profilaktyczna i diagnostyczna

Ocena warunków środowiskowych które mogą sprzyjać zachorowalności; kontrolne badania stanu zdrowia dzieci; ocena dynamiki rozwoju psychosomatycznego dzieci z astmą. Większość dzieci z astmą w pierwszym okresie leczenia wymaga psychoedukacji i terapii indywidualnej. Niektóre właściwości psychiczne pacjentów, takie jak podwyższony poziom lęku, nasilenie neurotyczności, utrudniają im udział w terapii grupowej.

Przyjęty w pracy model analizy astmy oskrzelowej u dzieci w myśl koncepcji integracyjnej mówi o współpracy i oddziaływaniu wielu sfer. Człowiek stanowi jedność biologiczną, psychiczną i społeczną, naruszenie funkcjonowania chociażby jednej z tych sfer prowadzi do zakłóceń w następnych. W przygotowaniu programu rehabilitacji należy uwzględnić indywidualne możliwości i zainteresowania dziecka z astmą.

Stworzony przez autorkę model rehabilitacji był inspirowany pracami naukowców, którzy poprzez dyskusje naukowe oraz własne obserwacje kliniczne wskazali na cenne informacje dotyczące dziecka przewlekłe chorego, w tym dziecka z astmą oskrzelową. Są wśród nich prekursorzy a także współcześni przedstawiciele tych badaczy (Tyszkowa 1972; Hulek 1977; Dega, Milanowska – *Rehabilitacja...* 1983; Doroszewska 1989; Obuchowska 1983, 1992; Ossowski 1995b, 1999; Pilecka 1992, 2002; Kurzawa 2002; Kowalik 1993, 2007; Woynarowska 2008).

### Schemat modelu rehabilitacji dziecka z astmą



Źródło: opracowanie własne

## BIBLIOGRAFIA

- Adams K.M. et al., *Cerebral oxygenation and neuropsychological adaptation*, „Journal of Clinical Neuropsychology” 2, 1980
- Adamski F., *Socjologia małżeństwa i rodziny*, Warszawa 1984
- Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, red. G. Kwaśniewska, A. Wojnarska, Lublin 2004
- Alexander F., *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*, London 1952
- Alkiewicz J., *Areozoloterapia i rehabilitacja układu oddechowego u dzieci*, Poznań-Warszawa 1991
- Alkiewicz J., *Areozoloterapia w astmie oskrzelowej u dzieci*, „Służba Zdrowia” 14/15, 1995
- Alkiewicz J., *Terapia inhalacyjna astmy oskrzelowej u dzieci*, „Alergia. Astma. Immunologia” 2(1), 1997
- Allport G.W., *Osobowość i religia*, Warszawa 1988
- Andrzejewski A., *Polityka mieszkaniowa*, Warszawa 1987
- Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa 1995
- Argyle M., *The Psychology of Happiness*, London-New York 1987
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., *Psychologia społeczna*, Poznań 1997
- Badora S., Czereddecka B., Marzec D., *Rodzina i formy jej wspomagania*, Kraków 2001
- Baron Ch. et al., *Psychomaintenance of childhood asthma: a study of 34 children*, „Journal of Asthma” 6, 1986
- Benedictis F.M., *The progressive nature of childhood asthma*, „Lung” 168, suppl. 1, 1990
- Berger E.M., *The relation between expressed acceptance of self and expressed acceptance of others*, „Journal of Abnormal and Social Psychology” 47, 1952
- Bilikiewicz A., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2004
- Bilińska-Suchanek E., *Opór wobec szkoły. Dorastanie w perspektywie paradygmatu oporu*, Kraków 2003
- Blałock H. M., *Statystyka dla socjologów*, Warszawa 1977

- Bobkiewicz-Lewartowska L., *Osobowość i temperament alergików na przykładzie chorych z dychawicą oskrzelową*, „Zdrowie Psychiczne” 3-4, 1992
- Bochwic T., *Lęk u dziecka*, Warszawa 1991
- Bokej J., *Odrębność prowadzenia szkolenia - edukacji chorych na astmę dzieci*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 65, 1997
- Bragiel J., Kawula S., *Pedagogika rodziny*, Toruń 2004
- Bręborowicz A., Emeryk A., Kulus M., Kurzawa R., Lis G., Mazurek H., Stelmach I., *Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w astmie oskrzelowej u dzieci. Stanowisko Sekcji Pediatricznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego*, „Alergia. Astma. Immunologia” 12(3), 2007
- Brook U., Kishon Y., *Asthma*, Department of Pediatrics, Wolfson Medical Center Holon, Israel 1993
- Brook U., Shemesh A., *Parental attitude and role perception in families of asthmatic children*, „Pediatrie und Grenzgebiete” 1991
- Bruhl W., Brzozowski R., *Wademecum lekarza ogólnego*, Warszawa 1987
- Brzezińska A., *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa 2000
- Brzezińska A., *Psychologiczne portrety człowieka. Wspomaganie rozwoju*, Warszawa 2008
- Brzeziński J., *Elementy metodologii badań psychologicznych*, Warszawa 1980
- Brzeziński J., *Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice*, Warszawa 2000
- Burbeck T.W., *An empirical investigation of the psychosomatogenic family model*, „Journal of Psychosomatic Research” 23, 1979
- Calman K.C., *Quality of life in cancer patients, an hypothesis*, „Journal of Medical Ethics” 7, 1984
- Carson P., *Astma. Walczymy z astmą naszego dziecka*, Warszawa 1993
- Chmielewska D., *Astma o ciężkim przebiegu u dzieci*, „Służba Zdrowia” 44/45, 1995
- Chmielewska E., Stypułowska J., *Pamięć krótko- i długotrwała*, [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, s. I, t. 5: *Psychologiczne problemy pamięci*, red. Z. Włodarski, Warszawa 1986
- Chmielewska-Szewczyk D., *Choroby atopowe u dzieci*, „Służba Zdrowia” 26, 1994
- Ciesielska-Kopacz N., *Ocena wybranych czynników osobowości u chorych z różnymi postaciami klinicznymi dychawicy oskrzelowej*, Zabrze 1990
- Ciesielska-Kopacz N., *Ocena wybranych czynników osobowości u chorych z różnymi postaciami klinicznymi dychawicy oskrzelowej*, „Polski Tygodnik Lekarski” t. XLVI, 1991
- Ciesielska-Kopacz N., *Ocena wybranych czynników osobowości u chorych na astmę oskrzelową*, „Polski Tygodnik Lekarski” XLVII, 1992
- Clark N.M. et al., *Psychological and neurophysiological aspects of childhood asthma*, „Journal School Health” 4, 1984
- Clauss G., Ebner H., *Podstawy statystyki dla pedagogów, psychologów i socjologów*, Warszawa 1972

- Creer T.L., *Asthma therapy: A behavioral health care system for respiratory*, New York 1979
- Creer T.L., *Living with asthma: replications and extension*, „Health Education Quarterly” 14, 1987
- Creer T.L., *Asthma*, [w:] *Biological barriers in behavioral medicine*, ed. W. Linden, New York 1988
- Creer T.L. et al., *Asthma: Psychological aspects and management*, [w:] *Allergy, Principles and Practice*, ed. E. Middleton, C.E. Reed, E.R. Ellis, St. Louis 1978
- Creer T.L. et al., *Psychological and neurophysiological aspects of childhood asthma*, [w:] *Childhood asthma*, ed. D.G. Tinkelman, C.J. Folliers, Ch.K. Naspitz, New York-Basel 1987
- Creer T.L. et al., *Childhood asthma*, [w:] *Handbook of pediatric psychology*, ed. D.K. Routh, New York 1988
- Creer T.L., Kotses K., Hindi-Alexander M., *A reinterpretation of psychologically induced airways changes*, „Journal of Asthma” 26, 1989
- Cudak S., *Wychowawcze i emocjonalne funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym*, Łódź 2007
- Czapiński J., *Psychologia szczęścia*, Warszawa 1994
- Czarnobilska E., Klimaszewska-Rembiasz M., Gawel B., Obtulowicz A., *Występowanie chorób alergicznych u dzieci w szkołach podstawowych Krakowa i okolic – próba określenia głównych czynników ryzyka*, „Przegląd Lekarski” 59 (6), 2002
- Dąbrowski K., *Nasze dzieci dorastają, problemy wieku dojrzewania*, Warszawa 1960
- Dąbrowski K., *Nerwowość dzieci i młodzieży*, Warszawa 1981
- Dąbrowski K., *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa 1996
- Dąbrowski M.P., *Układ odpornościowy*, Warszawa 1994
- Dega W., *Ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 1983
- Deptuła W., Stosik M., *Immunologia dla biologów*, Szczecin 1997
- Dobson J., *Zasady nie są dla tchórzów*, Warszawa 1993
- Doniec Z., Kurzawa R., *Leczenie astmy oskrzelowej u dzieci*, „Klinika Pediatryczna – Szkoła Pediatрії” 9(5), 2008
- Doroszevska J., *Pedagogika specjalna*, Wrocław 1989
- Droszcz W., *Astma oskrzelowa i zespoły astmatyczne*, Warszawa 1980
- Droszcz W., *Astma oskrzelowa*, Warszawa 1991
- Droszcz W., *Zapobieganie astmie oskrzelowej*, „Służba Zdrowia” 14/15, 1995
- Droszcz W., *Glikokortykosteroidy wziewne w leczeniu astmy oskrzelowej*, „Służba Zdrowia” 25/26, 1996
- Droszcz W., *Astma. Zarys patofizjologii, zasady diagnostyki i leczenia*, Warszawa 2002
- Droszcz W., *GINA – 2006. Co nowego?*, „Alergia” 4, 2006
- Dunleavy R.A., Baade L.E., *Neuropsychological correlates of severe asthma in children 9-14 years old*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2, 1980

- Dunleavy R.A., *Neuropsychological correlates of asthma: effect of hypoxia or drugs?*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 49, 1981
- Duraj-Nowakowa B., *Gotowość zawodowa nauczycieli*, Kraków 1986
- Dyga-Konarska M., *Psychologiczne zagadnienia związane z astmą oskrzelową u dzieci i młodzieży*, „Alergologia” 1, 1996
- Dyckik W., *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, Poznań 1996
- Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. M. Chodkowska, Lublin 1995
- Ekiert-Grabowska D., *Problemy dzieci izolowanych i odrzucanych przez grupę*, „Życie Szkoły” 9, 1976
- Elementy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław 1996
- Ermann M., *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*, Stuttgart 2004
- Eysenck H.J., *Opis i pomiar osobowości*, „Psychologia Wychowawcza” III (XVII), 3 i 4, 1960
- Eysenck H.J., *Sens i nonsens w psychologii*, Warszawa 1965
- Falkowski A., *Kategoryzacja percepcyjna*, [w:] *Psychologia*, t. 2: *Psychologia ogólna*, red. J. Strelau, Gdańsk 2000
- Filipczyk H., *Potrzeby psychiczne dzieci i młodzieży*, Warszawa 1980
- Florin L. et al., *Facial expressions of emotion and physiologic reactions in children with bronchial asthma*, „Psychosomatic Medicine” 47(4), 1985
- Franciszek W., Jarzab J., Kempa M., *Ocena niektórych cech psychicznych i sytuacji życiowych chorych na astmę oskrzelową*, „Wiadomości Lekarskie” XXXVIII, 11, 1985
- Fromm E., *Niech się stanie człowiek*, Warszawa 1994
- Furukawa C.T. et al., *Learning with behaviour problems associated with theophylline therapy*, „Lancet” 17, 1984
- Gałkowski T., *Potrzeby dziecka niepełnosprawnego*, „Szkoła Specjalna” 2, 1986
- Gasiulowa A., *Wrażliwość empatyczna dzieci z dysfunkcją narządu ruchu a ich środowisko rodzinne*, Bydgoszcz 1993
- Gerstmann S., *Podstawy psychologii konkretnej*, Warszawa 1987
- Giryński A., *Funkcjonowanie młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim w rolach społecznych*, Warszawa 1989
- Godding V., Kruth M., *Compliance with treatment in asthma and Münchausen syndrome by proxy*, „Archives of Disease in Childhood” 66, 1991
- Gogarz M., *Podstawy i cechy relacji pedagogicznej między rodziną i szkołą*, [w:] *Pedagogiczna relacja rodzina – szkoła, dylematy czasu przemian*, red. W. Janke, Bydgoszcz 1995
- Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*, Poznań 1997
- Gonet T., *O pojęciu i randze aksjologicznej ludzkiego zdrowia w filozofii medycyny*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 50(3), 1987
- Góralski A., *Metody opisu i wnioskowania w psychologii i pedagogice*, Warszawa 1987

- Gordon Th., *Wychowanie bez porażek. Rozwiązywanie konfliktów między rodzicami a dziećmi*, Warszawa 1999
- Grichting W.L., *Domain, scope and degree of happiness*, „British Journal of Social Psychology” 22, 1992
- Grochmal-Bach B., *Właściwości psychosomatyczne dzieci przewlekle chorych a zaburzenia ich zachowania w świetle badań wstępnych*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, z. 100, Prace Pedagogiczne IV, 1985
- Grochmal-Bach B., *Wpływ przewlekłych chorób układu oddechowego na rozwój somatyczny i zaburzenia w zachowaniu dzieci w wieku szkolnym*, [w:] *Z zagadnień rewalidacji*, red. J. Baran, Kraków 1991
- Grochmal-Bach B., *Integracyjna forma rewalidacji pedagogicznej dzieci ze schorzeniami somatycznymi w szkole masowej*, [w:] *Uczeń niepełnosprawny w szkole masowej*, red. A. Hulek, B. Grochmal-Bach, Kraków 1992
- Grzegorzewska I., *Sprawowanie funkcji rodzicielskiej wobec dziecka niepełnosprawnego*, [w:] *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*, red. G. Miłkowska, B. Olszak-Krzyżanowska, Kraków 2008
- Grzywak-Kaczyńska M., *Zdrowie psychiczne nauczyciela*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979
- Gurycka A., *Dzieci bierne społecznie*, Warszawa 1970
- Hahn W.W., Clark J.A., *Psychophysiological reactivity of asthmatic children*, „Psychosomatic Medicine” 29, 1968
- Harwas-Napierała B., *Rodzina jako kontekst rozwojowy jednostki*, [w:] *Rozwijający się człowiek w zmieniającym się świecie*, red. J. Trempała, Bydgoszcz 1995
- Hazzard A., Angert L., *Knowledge, attitudes, and behavior in children with asthma*, „Journal of Asthma” 23, 1986
- Hebb D.O., *Podręcznik psychologii*, Warszawa 1967
- Hellinger B., Hövel G., *Praca nad rodziną. Metoda Berta Hellingera*, Gdańsk 2003
- Herman E., Prusiński A., *Choroby układu węgetatywnego*, Warszawa 1975
- Heszen-Klemens L., *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Warszawa 1983
- Heszen-Niejodek I., Wrześniewski K., *Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego*, [w:] *Psychologia*, t. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, red. J. Strelau, Gdańsk 2000
- Heszen-Niejodek I., *Zdrowie i choroba*, [w:] *Psychologia*, t. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, red. J. Strelau, Gdańsk 2000
- Hollender M.H., *Psychologia w praktyce lekarskiej*, Warszawa 1975
- Horney K., *Nerwica a rozwój człowieka*, Poznań 1993
- Hornowski B., *Psychologia różnic indywidualnych*, Warszawa 1985
- Hurlock E., *Rozwój dziecka*, Warszawa 1985
- Hurrelmann K., *Struktura społeczna a rozwój osobowości*, Poznań 1994

- Hyman R., *Badania naukowe w psychologii*, Warszawa 1968
- Izdebska H., *Szczęście dziecka*, Warszawa 1979
- Jabłońska A., Kwiatkowska T., *Wpływ schorzeń alergicznych układu oddechowego i skóry na poziom sprawności intelektualnej*, „Polski Tygodnik Lekarski” 3, 1963
- Jakubowska U., *Czynności badawcze w psychologii i pedagogice, Zarys problematyki*, Bydgoszcz 1993
- Janeczko R., *Rewalidacja osób przewlekle chorych*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Warszawa 1977
- Janiak B., Latoś T., Gąszczyk G., Kania P., *Ocena wpływu specjalistycznego treningu na siłę mięśni oddechowych dzieci chorych na astmę oskrzelową*, „Fizjoterapia” 11(2), 2003
- Janicki P., *Neurofizjologiczne mechanizmy lęku*, [w:] *Wybrane zagadnienia lęku*, red. K. Wrześniewski, Warszawa 1983
- Jankowski K., *Człowiek i choroba. Psychofizyczne problemy przewlekłej choroby, inwalidztwa i rehabilitacji*, Warszawa 1979
- Janowicz T., *Założenia, organizacja i metodyka kształcenia zawodowego młodzieży ze schorzeniami układu oddechowego*, [w:] *Kształcenie zawodowe młodzieży z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi*, red. A. Hulek, Warszawa 1980
- Janowski A., *Poznanie uczniów*, Warszawa 1985
- Jarosz M., *Psychologia lekarska*, Warszawa 1988
- Jaroszczuk-Steiner W., *Psychologiczna analiza relacji interpersonalnych między dziećmi z chorobą wrzodową a ich kolegami z klasy szkolnej*, Acta Universitatis Lodzensis, Folia Paedagogica et Psychologica 4, 1982
- Jędrzychowski W., Flak E., Mróz E., *Palenie tytoniu przez matki w ciąży a sprawność wentylacyjna płuc dzieci w wieku szkolnym*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 65, 1997
- Jędrzejczak J., Owczarek K., *Padaczka – wybrane aspekty kliniczne i psychospołeczne*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 4, 1995
- Jedynak J., Grochmal-Bach B., *Funkcjonowanie społeczne dzieci przewlekle chorych w sanatoryjnych grupach wychowawczych*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Pedagogiczne XIV, z. 150, 1992
- Johnson D.W., *Podaj dłoń*, Warszawa 1992
- Kaja B., *Lęk przed niepowodzeniem a wyuczona bezradność*, „Polskie Forum Psychologiczne” II/2, 1997
- Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, Warszawa 1982
- Karasowska A., *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania?*, Warszawa 2006
- Kasprzak E., *Socjologia medycyny a bezpieczeństwo zdrowotne*, [w:] *Psychospołeczny wymiar zdrowia i choroby*, red. M.Z. Podolska, U. Kozłowska, Warszawa 2008
- Katz D., Kahn R., *Społeczna psychologia organizacji*, Warszawa 1979

- Kawula S., Lepalczyk I., *Pedagogika społeczna*, Warszawa 2004
- Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, Warszawa 1983
- Kliś M., Kossewska J., *Zdolność do empatii u nauczycieli i studentów*, „Psychologia Wychowawcza” 4, 1994
- Kochańska G., *Kształtowanie u dzieci zainteresowania innymi ludźmi i gotowości do niesienia im pomocy. Studium eksperymentalne*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1982
- Kolbe L.J., *The Application of Health Behaviour Research. Health Education and Health Promotion*, [w:] *Health Behaviour. Emerging Research Perspectives*, ed. D.S. Gochman, New York-London 1988
- Kondaś O., *Psychologia kliniczna*, Warszawa 1984
- Korzeniowska E., *O zdrowiu i jego definicjach*, „Zdrowie Publiczne” 99(9), 1988
- Kosakowski C., *Węzłowe problemy pedagogiki społecznej*, Toruń 2003
- Kostrzewski J., *Postawy rodzicielskie a zachowanie przystosowawcze młodzieży lekko upośledzonej umysłowo*, [w:] *Cele rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, red. M. Jędrzejczak, Wrocław 1980
- Kowalik S., *Wybrane psychospołeczne problemy niepełnosprawności i rehabilitacji*, [w:] *Spółeczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa 1993
- Kowalik S., *Pomiar jakości życia – kontrowersje terapeutyczne*, [w:] *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, red. A. Bańka, R. Derbis, Częstochowa-Poznań 1994
- Kowalik S., *Psychologia rehabilitacji. Psychologia wobec współczesności. Pomoc psychologiczna*, Warszawa 2007
- Kowalski M., *Współczesne postępowanie w astmie oskrzelowej*, „Medycyna 2000” 43/44, 1993
- Kowalski S., *Kierowanie zespołem pedagogicznym*, Warszawa 1983
- Kozakiewicz M., *Najdziwniejsi rodzice, najdziwniejsze dzieci*, Warszawa 1973
- Kozielecki J., *Elementy teorii samowiedzy*, „Psychologia Wychowawcza” 1, 1976
- Kozielecki J., *Psychologiczna teoria samowiedzy*, Warszawa 1986
- Kozielecki J., *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa 2000
- Kratochvil S., *Psychoterapia*, Warszawa 1978
- Kratochvil S., *Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic*, Warszawa 1986
- Kratochvil S., *Podstawy psychoterapii*, Poznań 2003
- Kulas H., *Samooceńca młodzieży*, Warszawa 1988
- Kulczycki M., *Choroba jako problem życiowy*, „Prace Pedagogiczne i Psychologia” XIII, (Wrocław) 1973
- Kulczycki M., *Zarys relacyjnej koncepcji poradnictwa*, Acta Universitatis Wratislaviensis 811, 1985
- Kuna P., *Nowe trendy w terapii astmy oskrzelowej*, „Terapia” 16(4), 2008
- Kuński H., *Aktywność ruchowa w astmie oskrzelowej*, „Promocja Zdrowia” 4, 1994
- Kupryś-Lipińska I., Kuna P., *Rola edukacji w terapii astmy*, „Terapia – Alergologia” 1(8), 2008

- Kurzawa R., *Astma, Diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej*, Rabka 1993
- Kurzawa R., *Astma oskrzelowa*, „Służba Zdrowia” 8-9, 1996
- Kurzawa R., *Choroby alergiczne układu oddechowego*, Warszawa 2002
- Kurzawa R., Jędryś U., *Leki rozszerzające oskrzela w obturacyjnych chorobach układu oddechowego u dzieci*, „Służba Zdrowia” 44-45, 1995
- Kurzawa R., Ściślicki A., *Choroby alergiczne układu oddechowego u dzieci*, [w:] *Ostre i przewlekłe choroby układu oddechowego u dzieci*, red. J. Rudnik, M. Hanicka, Warszawa 1987
- Kuzemko J.A., *Asthma in Children. Natural history, assessment, treatment and recent advances*, London 1976
- Łagoda A., *Edukacyjna rola współczesnej rodziny wobec przemian i oczekiwań społecznych*, „Edukacja. Studia. Badania. Innowacje” 4(104), 2008
- Laguna M., *Budować obraz siebie*, Lublin 1996
- Łapińska R., Żebrowska M., *Wiek dorastania*, [w:] *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, red. M. Żebrowska, Warszawa 1986
- Lassota L., *Samoakceptacja i akceptacja innych w obrazie dziecka z astmą – podejście kontekstualne*, [w:] *Ekologia pogranicza – Ep'03*, red. R. Woźniak, M. Graczyk, Gorzów Wlkp.-Żagań 2003
- Lassota L., *Funkcjonowanie dziecka w rodzinie*, Annales UMCS, Sectio D Medicina LIX, suppl. XIV: *Promocja zdrowia rodziny*, 2004
- Lassota L., *Proces kształtowania tożsamości dziecka chorego lub z chorobą*, „Edukacja” 2(90), 2005
- Lassota L., *Wpływ samoakceptacji na rozwój i funkcjonowanie dziecka z astmą*, [w:] *Tożsamość w świecie nieustannych zmian*, red. E. Bilińska-Suchanek, Słupsk 2005
- Lassota L., *Wybrane właściwości psychiczne dzieci z astmą*, [w:] *Przemoc i agresja jako problem zdrowia publicznego*, red. M. Bińczycka-Anholcer, Warszawa 2005
- Lassota L., *Środowisko wychowawcze w percepcji dziecka z astmą*, [w:] *O poznawaniu siebie i świata przez dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, red. W. Pilecka, K. Bidziński, M. Pietrzkiewicz, Kielce 2008
- Latoś T., *Ocena wydolności fizycznej i czynności płuc w wyniku realizacji programu aktywności ruchowej dzieci z astmą*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 61, suppl. 2, 1993
- Latoś T., *Edukacja chorego na astmę*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 65, 1997
- Lazarus R.S., Folkman S., *Copying and adaptation*, [w:] *The handbook of behavioral medicine*, ed. W.D. Gentry, New York 1984
- Lebowitz M.D., Thompson H.C., Strunk R.C., *Subjective psychological symptoms in outpatient asthmatic adolescents*, „Journal of Behavioral Medicine” 4, 1981
- Leveque R., Best F., *Filozofia edukacji*, [w:] *Rozprawy o wychowaniu*, red. M. Debesse, M. Mialaret, Warszawa 1988

- Lewandowska J., Domanasiewicz M., Wandokanty-Bocheńska M., *Ocena psychologiczna dzieci chorych na dychawicę oskrzelową*, „Polski Tygodnik Lekarski” XLVII, 38-39, 1992
- Lewandowska K., Kuziemski K., Górka Z., Wajda B., Jassem E., Słomiński J.M., *Jakość życia u chorych na astmę oskrzelową*, „Polska Medycyna Paliatywna” 5(2), 2006
- Lewicki A., *Psychologia kliniczna*, Warszawa 1974
- Liang M.H., *Compliance and quality of life: confessions of a difficult patient*, „Arthritis Care & Research” 2, 1989
- Lin N., *Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test*, „Journal of Health and Social Behaviour” 5, 1979
- Lis G., Bręborowicz A., Świątły A., Pietrzyk J.J., Alkiewicz J., Moczko J., *Występowanie chorób alergicznych u dzieci szkolnych w Krakowie i Poznaniu (na podstawie badań ankietowych ISAAC)*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 65, 1997
- Lis G., Pietrzyk J.J., *Wpływ zanieczyszczenia powietrza na występowanie astmy oskrzelowej u dzieci szkolnych w Krakowie*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 65, 1997
- Lis G., Pietrzyk J.J., Cichocka-Jarosz E., Szczerbiński T., Kwinta P., *Astma oskrzelowa: kto częściej choruje dziewczęta czy chłopcy?*, „Przegląd Lekarski” 54/9, 1997
- Lis S., *Proces socjalizacji dziecka w środowisku pozarodzinnym*, Warszawa 1992
- Łobocki M., *Godziny wychowawcze w szkole. Organizacja współżycia i współdziałania uczniów*, Warszawa 1970
- Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych*, Warszawa 1984
- Łobocki M., *Współdziałanie nauczycieli i rodziców w procesie wychowania*, Warszawa 1985
- Łobocki M., *Teorie wychowania*, Kraków 2006
- Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2006
- Lohn Z., Gontarczyk W., *Zmienne osobowościowe a proces rehabilitacji edukacyjno-zawodowej młodzieży z przewlekłymi chorobami układu oddechowego*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Pedagogiczne XIV, z. 150, 1992
- Maciarz A., *Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*, Warszawa 2001
- Makowska H., Poprawa R., *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, [w:] *Elementy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław 1996
- Malim T., Birch A., Wadeley A., *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa 1995
- Margalit M., *Multivariate concept of psychosomatic illness. The self-concept of asthmatic children*, „Journal of Asthma” 10, 1985
- Martinez F.D., *Increased incidence of smoking mothers*, „Pediatrics” 6, 1992
- Maslow A., *W stronę psychologii istnienia*, Warszawa 1986

- Maslow A., *Motywacja i osobowość*, Warszawa 1990
- Massman P.J. et al., *The mediating effect of age on the relationship between child behavior checklist hyperactivity scores and neuropsychological test performance*, „Journal of Abnormal Child Psychology” 16, 1988
- Mathe A.A., Knapp P.H., *Emotional and adrenal reactions to stress in bronchial asthma*, „Psychosomatic Medicine” 33, 1977
- Mazurek H., *Diagnostyka astmy oskrzelowej in vivo*, „Służba Zdrowia” 13, 1996
- McLoughlin J. et al., *The relationship of allergies and allergy treatment to school performance and Student behavior*, „Annals of Allergy” 51, 1983
- McNichol K.N., Williams H.B., *Spectrum of asthma in children-I, Clinical and Physiological Components*, „British Medical Journal” 4, 1973
- Meijer A., *Emotional disorders of asthmatic children*, „Child Psychiatry and Human Development” 9, 1979
- Mesters L., Pieterse M., Meertens R., *Pediatric asthma, a qualitative and quantitative approach to needs assessment*, „Patient Education and Counseling” 17, 1991
- Mika S., *Psychologia społeczna*, Warszawa 1984
- Milanowska K., *Polska koncepcja rehabilitacji i formy postępowania rehabilitacyjnego*, [w:] *Czytelnictwo niewidomych, niedowidzących i osób starszych*, red. F. Czajkowska, M. Skarżyńska, Toruń 1985
- Milanowska K., *Medyczne i społeczne aspekty rehabilitacji ruchowej*, [w:] *II Kongres Naukowy Kultury Fizycznej, Materiały i dokumenty*, red. Z. Krawczyk, A. Pac-Pomarnicki, R. Przewęda, Warszawa 1987
- Miller R., *Socjalizacja, wychowanie, psychoterapia*, Warszawa 1981
- Niebrzydowski L., *Psychologia wychowawcza i społeczna*, Zielona Góra 1995
- Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D., *Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych*, „Wiadomości Lekarskie” LX, 5-6, 2007
- Nowak A., *Zastosowanie teorii ról w diagnozie osobowości*, [w:] *Osobowość jako przedmiot diagnozy psychologicznej. Wybrane koncepcje osobowości*, red. T. Szustrowa, Warszawa 1993
- Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 1985
- Nowakowska M., *Neuroanatomiczne i neurofizjologiczne podłoże lęku*, [w:] *Wybrane zagadnienia lęku*, red. K. Wrześniewski, Warszawa 1983
- Nowicka A., *Psychospołeczna integracja dzieci przewlekle chorych w szkole podstawowej*, Kraków 2001
- Nowobilski R., De Barbaro R., Furgał M., *Analiza depresji u chorych na astmę oskrzelową*, „Alergia. Astma. Immunologia” 7(4) 2002
- O poznawaniu siebie i świata przez dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, red. W. Pilecka, K. Bidziński, M. Pietrzkiewicz, Kielce 2008
- O’Byrne P.M., MB, *Aktualizacja 2007 „Światowej inicjatywy rozpoznawania, prewencji i leczenia astmy” (GINA) – co nowego?*, „Medycyna Praktyczna” 4, 2008

- Obuchowska I., *Dynamika nerwic u dzieci*, Warszawa 1983
- Obuchowska I., *O autorewalidacji*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Pedagogiczne XIV, z. 150, 1992
- Obuchowska I., *O autonomii w wychowaniu niepełnosprawnych dzieci i młodzieży*, [w:] *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, red. W. Dykcik, Poznań 1996
- Obuchowska I., *Agresja w perspektywie rozwojowej*, [w:] *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne*, red. M. Bińczycka-Anholcer, Warszawa-Poznań 2000
- Obuchowski K., *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*, Warszawa 1972
- Obuchowski K., *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa 1983
- Obuchowski K., *Zmiany osobowości – założenia i tezy*, „Forum Psychologiczne” II/2, 1997
- Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1992
- Oleńska-Pawlak T., *Wyniki w nauce i poziom przystosowania społecznego uczniów z wybranych grup dyspanseryjnych*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Pedagogiczne X, z. 15, 1988
- Oleńska-Pawlak T., *Percepcja środowiska rodzinnego i szkolnego przez dzieci przewlekłe chore i kalekie*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Pedagogiczne XVIII, z. 175, 1995
- Orłowski W., *Nauka o chorobach wewnętrznych*, Warszawa 1978
- Ossowski R., *Kształtowanie obrazu własnej sytuacji i siebie u inwalidów wzroku w procesie rehabilitacji*, Bydgoszcz 1982
- Ossowski R., *Psychologiczne aspekty integracji niepełnosprawnych do życia w rodzinie*, [w:] *Integracja społeczna ludzi niepełnosprawnych – zadania pedagoga*, red. A. Hulek, Warszawa 1987
- Ossowski R., *Dylematy wychowawcze rodziny i szkoły – problemy wspólne i specyficzne*, [w:] *Pedagogiczna relacja rodzina – szkoła, dylematy czasu przemian*, red. W. Janke, Bydgoszcz 1995a
- Ossowski R., *Szanse wykorzystania badań nad funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych dla zrozumienia znaczenia modyfikatorów w rozwoju człowieka*, [w:] *Rozwijający się człowiek w zmieniającym się świecie*, red. J. Trempała, Bydgoszcz 1995b
- Ossowski R., *Szkoła uspołeczniona a sytuacja dziecka niepełnosprawnego w rodzinie i szkole*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja*, red. M. Chodkowska, Lublin 1995c
- Ossowski R., *Znaczenie akceptacji siebie i celów rehabilitacji w rozwoju wartości i możliwości osoby niepełnosprawnej*, [w:] *Wspomaganie rozwoju*, red. B. Kaja, Bydgoszcz 1997
- Ossowski R., *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Bydgoszcz 1999
- Ossowski R., Rulka J., *Wiedza o życiu w społeczeństwie*, Warszawa 1996
- Ostrowska K., *W poszukiwaniu wartości*, Gdańsk 1994
- Paradygmaty i przeobrażenia edukacji specjalnej w świetle dorobku Profesora Aleksandra Hulka*, red. G. Dryżałowska, Warszawa 2001

- Paszkowska-Rogacz A., *Postawy rodziców wobec dzieci niedowidzących*, „Psychologia Wychowawcza” 3, 1988
- Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Warszawa 1977
- Perrin E.C., Shapiro E., *Health locus of control beliefs of healthy children, children with a chronic physical illness and their mothers*, „The Journal of Pediatrics” 107(4), 1985
- Pervin L.A., *Psychologia osobowości*, Gdańsk 2005
- Perzanowska A., *Stosunki uczuciowe w rodzinach dzieci astmatycznych*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Psychologiczne II, z. 120, 1983
- Perzanowska A., *Konflikty emocjonalne dzieci astmatycznych (w świetle testu zdań niedokończonych)*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Pedagogiczne VI, z. 100, 1985
- Piaget J., *Psychologia i epistemologia*, Warszawa 1977
- Piaget J., Inhelder B., *Psychologia dziecka*, Wrocław 1996
- Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1998
- Pilecka W., *Funkcjonowanie poznawcze dziecka w warunkach przewlekłej choroby dróg oddechowych*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Pedagogiczne IV, z. 85, 1983a
- Pilecka W., *Sprawność pamięciowa dzieci astmatycznych i zdrowych*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Psychologiczne IV, z. 120, 1983b
- Pilecka W., *Aspiracje młodzieży przewlekle chorej*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Psychologiczne IV, z. 122, 1988
- Pilecka W., *Osobowościowe determinanty przystosowania społecznego młodzieży cierpiącej na astmę, cukrzycę i chorobę reumatyczną*, [w:] *Pedagogika specjalna – uwarunkowania i tendencje rozwoju*, red. J. Pańczyk, Warszawa 1989
- Pilecka W., *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*, Kraków 1990
- Pilecka W., *Psychoterapia w leczeniu dzieci chorych na astmę*, „Pediatria Polska” LXVII, 1-2, 1992
- Pilecka W., *Choroba przewlekła dziecka, jego rozwój i interakcje rodzinne – model transakcyjny*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. M. Chodkowska, Lublin 1995
- Pilecka W., *Kierunki badań nad osobowością dzieci i młodzieży chorych na astmę*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie, Prace Psychologiczne IV, Kraków 1996
- Pilecka W., *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne*, Kraków 2002
- Pilecka W., Pilecki J., *Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo*, [w:] *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, red. W. Dykcik, Poznań 1996
- Piotrowski P., *Wybrane czynniki psychologiczne i metody ich oceny w diagnozie i leczeniu chorych na astmę oskrzelową*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 65, 1997

- Pirogowicz I., Hoffman K., Noczyńska A., Pirogowicz P., Steciwko A., *Czy rehabilitacja ruchowa dzieci z astmą to przykra konieczność czy wesola zabawa?*, „Family Medicine & Primary Care Review” 8(2), 2006
- Pollak K., *Klucz do medycyny współczesnej*, Warszawa 1969
- Pospiszyl K., *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, Warszawa 1985
- Potoczek A., Niżankowska-Mogilnicka E., Bochenek G., Szczeklik A., *Astma ciężka i pleć a obecność urazów psychicznych*, „Psychiatria Polska” 40(6), 2006
- Potoczek A., Niżankowska-Mogilnicka E., Bochenek G., Szczeklik A., *Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego, depresją, mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem astmy ciężkiej*, „Psychiatria Polska” 40(6), 2006
- Poznaniak W., *Teorie uczenia się społecznego jako model normalnego i zaburzonego funkcjonowania jednostki oraz grupy*, [w:] *Spółeczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa 1993
- Poznawcze regulatory funkcjonowania społecznego*, red. J. Jarymowicz, Z. Smoleńska, Warszawa 1983
- Preuss-Kuchta L., *Proces selekcji i czynności szkolnego selekcionowania powodem porażki czy przyczyną sprawczą uczniowskiego sukcesu*, [w:] *Szkoła idealna, rozważania optymistyczne*, red. M. Szczepańska, Słupsk 2000
- Preuss-Kuchta L., *Przyzwolenie uczniów na działania selekcyjne w procesie kształcenia*, Słupsk 2004
- Przetacznik-Gierowska M., *Zmiany rozwojowe aktywności i działalności jednostki*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 1, red. M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, Warszawa 1996
- Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z., *Psychologia wychowawcza*, Warszawa 1994
- Przetacznikowa M., Włodarski Z., *Psychologia wychowawcza*, Warszawa 1986
- Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 2004
- Psychologia dziecka*, red. M.A. Rossvasta, Warszawa 1995
- Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*, red. L. Cierpiałkowska, H. Sęk, Poznań 2001
- Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, red. M. Żebrowska, Warszawa 1977
- Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, red. J. Strelau, Gdańsk 2000
- Rachelefsky G. et al., *Behavior abnormalities and poor school performance due to oral theophylline usage*, „Journal of Allergy and Clinical Immunology” 78, 1986
- Radochoński M., *Choroba a rodzina. Adaptacja systemu rodzinnego do sytuacji stresowej wywołanej chorobą somatyczną*, Rzeszów 1987
- Radziejewicz J., *Środowisko społeczno-wychowawcze szkoły*, [w:] *Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1995
- Ranschburg J., *Lęk, gniew, agresja*, Warszawa 1980

- Rees J., Price J., *ABC astmy*, Warszawa 1994
- Rehabilitacja medyczna*, red. W. Dega, K. Milanowska, Warszawa 1983
- Rehabilitacja*, red. J. Kucha, Warszawa 1989
- Rembowski J., *Więzi uczuciowe w rodzinie*, Warszawa 1972
- Rembowski J., *Rodzina w świetle psychologii*, Warszawa 1986
- Renne C.M., Creer T.L., *Asthmatic children and their families*, „Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics”, ed. M. L. Wolraich, D. K. Routh, 6, 1985
- Rewalidacja*, red. M. Orkan-Lęcka, M. Wiśniewska, „CMPP-P” 1, Warszawa 1997
- Reykowski J., *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*, Warszawa 1966
- Reykowski J., *Osobowość a trwały stres*, [w:] *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów*, t. II, red. H. Larkowa, Warszawa 1971
- Reykowski J., *Eksperymentalna psychologia emocji*, Warszawa 1974
- Reykowski J., *Zadania pozaosobowe jako regulator czynności*, [w:] *Studia nad teorią czynności ludzkich*, red. I. Kurcz, J. Reykowski, Warszawa 1975
- Reykowski J., *Z zagadnień psychologii motywacji*, Warszawa 1977
- Reykowski J., *Regulacja czynności prospołecznych*, [w:] *Psychologia*, red. T. Tomaszewski, Warszawa 1978
- Reykowski J., *Teoria motywacji a zarządzanie*, Warszawa 1979
- Reykowski J., *Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości*, Warszawa 1985
- Reykowski J., *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*, Warszawa 1992
- Rodzina i dziecko*, red. M. Ziemska, Warszawa 1980
- Rogała B., *Alergologia. Program edukacyjny pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego*, „Medycyna Praktyczna” 5, 2008
- Romański B., *Alergologia dla internistów*, Warszawa 1987
- Romański B., *Patomechanizm i epidemiologia chorób atopowych*, „Służba Zdrowia” 6, 1994
- Rożnowska A., *Komunikat, Ja i Ty, a opór*, [w:] *Kreatywność oporu w edukacji*, red. E. Bilińska-Suchanek, Toruń 2009
- Rozprawy o wychowaniu*, red. M. Debesse, G. Mialaret, Warszawa 1988
- Rozwijający się człowiek w zmieniającym się świecie*, red. J. Trempała, Bydgoszcz 1995
- Rozwój dziecka w rodzinie i poza rodziną*, red. M. Tyszkowa, Poznań 1985
- Rudnik J., *Epidemiologia chorób układu oddechowego*, [w:] *Ostre i przewlekłe choroby układu oddechowego u dzieci*, red. J. Rudnik, M. Hanicka, Warszawa 1987
- Sanicka B., *Struktura osobowości dzieci ze schorzeniami górnych dróg oddechowych (analiza porównawcza dzieci zdrowych i chorych)*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Pedagogiczne XI, z. 120, 1983
- Sanicka B., *Interakcje społeczne w środowisku rodzinnym i szkole dzieci przewlekłe chorych na astmę oskrzelową*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Pedagogiczne XIV, z. 150, 1992
- Satir V., *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, Gdańsk 2000

- Sawicka H., *Percepcja siebie i grupy rówieśniczej przez dzieci*, [w:] *Psychologia w służbie człowieka*, red. Z. Ratajczyk, Warszawa 1980
- Schier K., *Bez tchu, bez słowa. Więż psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*, Gdańsk 2005
- Segal H., *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein*, Gdańsk 2005
- Seto W., Wong M., Mitchell E.A., *Asthma knowledge and management in primary schools in south Auckland*, „New Zealand Medical Journal” 105, 1992
- Sęk H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa 2003
- Shemesh A., Brook U., *Parental attitude and role perception in families of asthmatic children*, „Pediatrie und Grenzgebiete” 30, 1991
- Siek S., *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*, Warszawa 1984
- Siek S., *Wybrane metody badania osobowości*, Warszawa 1983
- Sillamy N., *Słownik psychologiczny*, Kraków 1989
- Sitko M., *Opór twórczych zmagañ ze sobą. Wpływ szkoły na kształtowanie tożsamości ucznia (na przykładzie liceów alternatywnych „ALA”)*, [w:] *Kreatywność oporu w edukacji*, red. E. Bilińska-Suchanek, Toruń 2009
- Skorny Z., *Proces socjalizacji dzieci i młodzieży*, Warszawa 1977
- Skrzypek E., *Tymczasowy podręcznik do testu jawnego niepokoju „Jaki jesteś”*, Warszawa 1968
- Ślenzak I., *Znaczenie postaw rodziców w procesie usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego*, Wrocław 1978
- Słownik języka polskiego*, red. M. Szymczak, t. III, Warszawa 1983
- Słyszynska L., *Astma jako zespół psychosomatyczny*, Rabka 1993
- Sobczyk M., Stachyra J., *Metody statystyczne w naukach pedagogicznych*, Lublin 1982
- Sokołowicz N., *Młodzież w przestrzeniach napięć. Analiza fragmentów społecznego wymiaru tożsamości*, [w:] *Tożsamość w świecie nieustannych zmian*, red. E. Bilińska-Suchanek, Słupsk 2005
- Sokołowska M., *Oddziaływanie na proces społeczny rehabilitacji, Socjotechnika, Jak oddziaływać skutecznie*, Warszawa 1970
- Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986
- Sokołowska M., *Czy matka może być dobrą terapeutką swojego dziecka?*, „Psychologia Wychowawcza” 5, 1994
- Spionek H., *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Warszawa 1965
- Spionek H., *Psychologiczna analiza procesu społecznego wykołajania się dziecka*, [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, Ser. IV, 1.1, red. L. Wołoszynowa, Warszawa 1966
- Spionek H., *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa 1973
- Spionek H., *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*, Warszawa 1975
- Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, red. W. Dykciak, Poznań 1996

- Spoleczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa 1993
- Straker M., Tamerin J., *Aggression and childhood asthma: a study in a natural setting*, „Journal of Psychosomatic Research” 18, 1974
- Strelau J., Jurkowski A., Putkiewicz Z., *Podstawy psychologii dla nauczycieli*, Warszawa 1976
- Strykowski W., Strykowska J., Pelachowski J., *Kompetencje nauczyciela szkoły współczesnej*, Poznań 2003
- Suess W.M., Chai H., *Neuropsychological correlates of asthma Brain damage or drag effects?*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 49, 1981
- Suess W.M. et al., *Mnemonic effects of asthma medication in children*, „Journal of Asthma” 23, 1986
- Światowa strategia rozpoznania, leczenia i prewencji astmy przez WHO, „Medycyna Praktyczna” 6, 2002
- Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, red. R. Ossowski, Bydgoszcz 1993
- Szacki J., *Historia myśli socjologicznej*, Warszawa 2004
- Szafranec H., *Testy psychologiczne w poradnictwie wychowawczo-zawodowym*, Warszawa 1980
- Szczepański J., *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1963
- Szewczyk J., *My – Oni. Obecność w szkole jako kategoria antropologiczna*, [w:] *Nowe konteksty (dla) edukacji alternatywnej XXI w.*, red. B. Śliwerski, Kraków 2001
- Szulc W., *Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie*, Poznań 1994
- Tarnowski J., *Opiekuńczość trójwymiarowa. Wychowanie, czyli człowiek z człowiekiem*, [w:] *Pedagogika opiekuńcza. Przeszołość – teraźniejszość – przyszłość*, red. E. Jundziłł, R. Pawłowski, Gdańsk 2008
- Tatarkiewicz W., *O szczęściu*, Warszawa 1979
- Terelak J.F., *Stres psychologiczny*, Bydgoszcz 1995
- Tillmann K.J., *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, Warszawa 1996
- Tokarski J., *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1980
- Tomaszewski T., *Psychologia*, Warszawa 1977
- Townsend M. et al., *Evaluation of the burden of illness for pediatric asthmatic patients and their parents*, „Annals of Allergy” 67(4), 1991
- Trempała J., *Koncepcje rozwoju psychicznego*, „Forum Psychologiczne” 2(2), 1997
- Trojanowska A., Bernak K., *Funkcjonowanie emocjonalne a wiedza o chorobie dzieci chorych na astmę oskrzelową*, „Zdrowie Publiczne” 112(1), 2002
- Turowska A., *Percepcja własnej choroby i leczenia a poziom motywacji do rehabilitacji szpitalnej u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów*, [w:] *Psychologia w służbie człowieka*, red. Z. Ratajczak, Warszawa 1980
- Tysza Z., *Spoleczna przynależność rodziny a sytuacja rodzinna dziecka*, [w:] *Rodzina i dziecko*, red. M. Ziemska, Warszawa 1980

- Tyszkowa M., *Problemy psychicznej odporności dzieci i młodzieży*, Warszawa 1972
- Tyszkowa M., *Aktywność i działalność dzieci i młodzieży*, Warszawa 1977
- Tyszkowa M., *Zdolność, osobowość i działalność uczniów*, Warszawa 1990
- Vandvik H., Eckblad G., *Mothers of children with recent onset of rheumatic disease: associations between maternal distress psychosocial variable and the disease of the children*, „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics” 2, 1991
- Walsh K., *Neuropsychologia kliniczna*, Warszawa 2000
- Wartości w świecie dziecka*, red. M. Tyszkowa, B. Żurawski, Warszawa 1984
- Wasyłkowska K., *Czynniki determinujące pełnienie społecznej roli ucznia*, Acta Universitatis Wratislaviensis 227, Prace Pedagogiczne IV, 1974
- Wery A., *Wychowanie rodzinne*, [w:] *Rozprawy o wychowaniu*, red. M. Debesse, G. Mialaret, Warszawa 1988
- Wielki słownik medyczny*, red. T. Rożniatowski, Warszawa 1981
- Wiener J.M., *Medycyna behawioralna*, Wrocław 1996
- Wiese H., Joswig H., *Motywacja podstawowa w ujęciu ontogenetycznym – dyskusja problemowa*, „Studia Psychologiczne” (Bydgoszcz) 1991
- Wilk H., *Wspomaganie rodziny w zakresie edukacji prozdrowotnej przez środowisko szkolne* (praca magisterska, niepublikowana, Akademia Pomorska w Słupsku) 2008
- Winefield H.R., Peay M.Y., *Nauka o zachowaniu w medycynie*, Warszawa 1986
- Wirga M., *Zwyciężyć chorobę*, Poznań 1991
- Witkowski T., *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1993
- Wojciechowski F. *Niepełnosprawność. Rodzina. Dorastanie*, Warszawa 2008
- Wolański N., *Biologia człowieka*, Warszawa 1975
- Wołoszynowa L., *Młodszy wiek szkolny*, [w:] *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, red. M. Żebrowska, Warszawa 1986
- Worach-Kordas H., *Fazy życia zawodowego i rodzinnego*, Warszawa 1988
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2008
- Woźniak R.B., *Zarys socjologii edukacji i zachowań społecznych*, Koszalin 1997
- Wright B.A., *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*, Warszawa 1965
- Wright N.H., *Jak pokonać lęk*, Warszawa 1989
- Wrześniewski K., *Psychologiczne uwarunkowania rozwoju chorób psychosomatycznych*, [w:] *Psychologia*, t. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, red. J. Strelau, Gdańsk 2000
- Współczesne leczenie wżewne obturacyjnych chorób dróg oddechowych*, Materiały posiedzenia ekspertów, red. S. Chyrek-Borowska, Warszawa 1990
- Wszystko o astmie*, red. W. Droszcz, Warszawa 1996
- Zaborowski Z., *Rodzina jako grupa społeczna*, Warszawa 1980
- Zaborowski Z., *Współczesne problemy psychologii społecznej i psychologii osobowości*, Warszawa 1994

- Zaorska M., Pasymowski A., *Integracyjny system kształcenia i wychowania – „za” i „przeciw” integracji dzieci niepełnosprawnych umysłowo w opinii nauczycieli, rodziców, uczniów*, [w:] *Spółeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, red. W. Dykcik, Poznań 1996
- Zarys endokrynologii klinicznej*, red. M. Pawlikowski, Warszawa 1996
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M., *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*, adaptacja polska, Warszawa 1998
- Zazzo R., *Rozwój dziecka i dorastającego. Czynniki i dynamika*, [w:] *Rozprawy o wychowaniu*, red. M. Debesse, G. Mialaret, Warszawa 1988
- Ziemska M., *Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka*, [w:] *Rodzina i dziecko*, red. M. Ziemska, Warszawa 1979
- Ziemska M., *Postawy rodzicielskie*, Warszawa 1984
- Zimbardo Ph.G., Ruch F.L., *Psychologia i życie*, Warszawa 1994
- Zubrzycka R., *Zaangażowanie rodziców w procesie rehabilitacji medycznej dzieci z astmą oskrzelową*, [w:] *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, red. G. Kwaśniewska, A. Wojnarska, Lublin 2004

## Charakterystyka własnej aktywności

### Instrukcja

Ankieta zawiera pytania oraz stwierdzenia charakteryzujące najważniejsze kierunki własnej aktywności życiowej w szkole i poza szkołą.

Proszę przeczytać ją uważnie, aby następnie udzielić odpowiedzi dających opis własnego życia i tego, co określa jego ważne treści.

Staraj się pracować rzetelnie i możliwie szybko. Zapewniamy całkowitą dyskrecję. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych, lecz mogą być one szczerze i nieszczerze. Liczymy oczywiście na Twoje szczerze wypowiedzi.

Dziękujemy za udział w badaniu, a zwłaszcza za wypowiedzi szczerze i zgodne z Twymi głębokimi przekonaniem.

1. Dokonaj krótkiej charakterystyki czasowej typowego dnia tygodnia:
  - w szkole przebywam ..... godzin,
  - w domu odrabiam lekcje przez ..... godzin,
  - na zajęcia własne będące realizacją moich zainteresowań przeznaczam ..... godzin,
  - wspólna praca z rodzicami i rodzeństwem oraz praca na rzecz rodziny zajmują mnie ..... godzin,
  - na sen przeznaczam ..... godzin.
2. Dokonaj krótkiej charakterystyki czasowej głównych, ciekawych i ważnych form aktywności własnej w tygodniu (odpowiednie podkreśl) i wpisz liczbę godzin, jakie przeznaczasz w tygodniu:
  - nauka w szkole ..... godzin,
  - nauka w domu ..... godzin,
  - wspólne zajęcia i prace wykonywane z rodzicami oraz rodzeństwem ..... godzin,
  - zajęcia domowe zlecone przez rodziców ..... godzin,
  - zabawa i inne formy spędzania czasu z kolegami ..... godzin,
  - zajęcia organizowane poza lekcjami przez szkołę ..... godzin,
  - zajęcia organizowane przez organizacje i instytucje polityczne, oświatowo-wychowawcze, kulturalne i religijne ..... godzin.
3. Wymień ważne Twoim zdaniem formy aktywności, w których w ciągu tygodnia uczestniczysz z radością, chęcią i zainteresowaniem (wymień i podaj liczbę godzin):

- a) .....
- b) .....
- c) .....

4. Opisz najbardziej charakterystyczny wynikający z własnej woli i chęci sposób spędzania czasu w soboty (odpowiednie stwierdzenia podkreśl):

- nauka związana z przygotowaniem się do lekcji,
- czytanie lektury szkolnej
- czytanie lektury będącej wyrazem osobistych zainteresowań,
- wspólne zajęcia i prace wykonywane z rodzicami,
- zajęcia domowe zlecone przez rodziców,
- udział w zajęciach organizowanych przez szkołę,
- udział w zajęciach organizowanych przez organizacje i instytucje polityczne i oświatowo-wychowawcze,
- udział w różnych formach działalności zaproponowanych przez instytucje religijne (Kościoł),
- udział w kołach zainteresowań, klubach, stowarzyszeniach kulturalnych,
- wspólne zajęcia i zabawa z kolegami,
- oglądanie telewizji,
- słuchanie radia,
- inne sposoby spędzania czasu w wolne soboty.

5. Opisz najbardziej charakterystyczny sposób spożywania w Twojej rodzinie posiłków od poniedziałku do piątku (właściwe podkreśl):

A. Śniadania:

*zawsze spożywamy wspólnie – niekiedy spożywamy wspólnie – spożywamy indywidualnie*

B. Obiady:

*zawsze spożywamy wspólnie – niekiedy spożywamy wspólnie – spożywamy indywidualnie*

C. Kolacje:

*zawsze spożywamy wspólnie – niekiedy spożywamy wspólnie – spożywamy indywidualnie*

6. Opisz najbardziej charakterystyczny sposób spożywania w Twojej rodzinie posiłków w soboty i niedziele (właściwe podkreśl):

A. Śniadania:

*zawsze spożywamy wspólnie – niekiedy spożywamy wspólnie – spożywamy indywidualnie*

B. Obiady:

*zawsze spożywamy wspólnie – niekiedy spożywamy wspólnie – spożywamy indywidualnie*

C. Kolacje:

*zawsze spożywamy wspólnie – niekiedy spożywamy wspólnie – spożywamy indywidualnie*

7. Opisz Twój udział w pracach na rzecz gospodarstwa domowego, prowadzenia kuchni, sprzątania i życia wewnątrzrodzinnego (odpowiednie podkreśl):

A. Biorę czynny udział w dokonywaniu codziennych zakupów:

Prace te wykonuję:

*z chęcią i radością – z obowiązku – z niechęcią*

- B. Biorę czynny udział w przyrządzaniu posiłków, sprzątaniu mieszkania i innych pracach domowych:

*tak – częściowo tak – nie*

Prace te wykonuję:

*z chęcią i radością – z obowiązku – z niechęcią*

- C. Moi rodzice oczekują ode mnie znacznego wysiłku w pracach na rzecz całej rodziny. Oczekiwania te spełniam:

*z chęcią i zadowoleniem – z obowiązku – z wybitnym niezadowoleniem*

- D. Moi rodzice uważają, że moim obowiązkiem jest tylko się uczyć, zaś prace na rzecz domu i rodziny wykonują oni sami:

*zgadzam się z nimi – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- E. Rodzina jest miejscem, w którym się mieszka, pracuje, robi zakupy, planuje wydatki, myśli o przyszłości, wspólnie rozwiązuje codzienne problemy i kłopoty, dużo się rozmawia z wszystkimi o wszystkim. Czy zgadzasz się z tym, że tak powinno być w każdej rodzinie i pod wszystkimi wyżej wyróżnionymi względami?

*zgadzam się z nimi – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

8. Dzieci i młodzież znają poglądy rodziców co do sposobów wychowywania własnych dzieci. Wyraż swoją opinię na temat współczesnych rodziców jako pokolenia ludzi wychowujących własne dzieci.

- A. Rodzice w stosunkach z dziećmi są szczerzy, otwarci, a w dialogu z dziećmi są partnerscy, unikają gderania i ciągłego narzekania:

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- B. Rodzice często stwarzają namiastkę domu rodzinnego, w którym pod maską pozorowanej troskliwości, miłości oraz oczekiwania od dzieci szczerości i prawdomówności kryje się kłamstwo, nieuczciwość, oziębłość i brak serdeczności, zmienność oczekiwań, kryteriów oceny:

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- C. Pewien dziennikarz napisał artykuł, w którym dowodził, że doniosłym elementem życia każdej rodziny winna być wspólna praca, wspólne przeżywanie radości i trosk, wspólna zabawa i wspólne dzielenie trudów życia. Dziennikarz ten ma:

*bezwzględną słuszość – tylko częściową słuszość – absolutnie nie ma racji*

- D. Rodzice często rozmawiają ze swoimi dziećmi na temat pracy zawodowej, warunków pomyślności zawodowej, roli pracy w życiu człowieka i o przyszłym zawodzie:

*tak – częściowo tak – nie*

- E. Rodzice rzadko rozmawiają z dziećmi na temat przyszłości związanej z wyborem zawodu i pracy, ponieważ z różnych względów uważają, że problem ten sam się jakoś rozwiąże:

*tak – częściowo tak – nie*

- F. Rodzice w stosunkach z dziećmi zbyt często ograniczają się do pocuczania, czynienia wymówek, ganienia, okazywania niezadowolenia i pretensji, zamiast szczerze rozmawiać o tym, jak żyć z sensem i odpowiedzialnie: *tak – częściowo tak – nie*
- G. Moje zainteresowania i upodobania życiowe ukształtowały się głównie pod wpływem rodziców i rodzeństwa: *tak – częściowo tak – nie*
- H. Rodzice często manifestują swą miłość poprzez dawanie upominków dzieciom, gdyż w rzeczywistości nie chcą z pełnym zaangażowaniem uczestniczyć w trudnych problemach swych dzieci: *tak – częściowo tak – nie*
- I. Często odnosi się wrażenie, że dzieci stanowią dla rodziców tylko przeszkodę, coś w rodzaju zła koniecznego: *tak – częściowo tak – nie*
- J. Rodzice są dla mnie jedynymi osobami, którym mogę powierzyć swe najgłębsze, najbardziej skryte tajemnice: *tak – częściowo tak – nie*
- K. W mojej rodzinie wolne soboty i niedziele, a nawet każdy wolny czas, przeznacza się głównie na oglądanie telewizji, bo wówczas nie ma okazji do kłótni i w ten sposób można uwolnić się od rozmów na tematy trudne: *tak – częściowo tak – nie*
- L. Współczesne matki obarczone obowiązkami domowymi i trudem wychowywania dzieci marzą o „wyrwaniu” się do pracy zawodowej. Nie mają czasu na tworzenie rodzinnego ciepła. Z opinią tą: *zgadzam się w zupełności – zgadzam się tylko częściowo – nie zgadzam się*
9. Dzieci i młodzież wypowiadają bardzo różne poglądy na temat rówieśników kolegów. Jedni uważają, że koleżeństwo i przyjaźń z kolegami jest bardzo potrzebna, ponieważ wówczas życie jest bardziej radosne i znośne; jesteśmy lepiej rozumiani przez innych, jesteśmy akceptowani „tacy jacy jesteśmy”, z posiadanymi przywarami i zaletami. Inni sądzą, że młodzieńcze przyjaźnie, koleżeństwo i grupy rówieśnicze, to przeżytek, ponieważ każdy młody człowiek jest zajęty sam sobą. Poza tym życie jest tak bogate w wydarzenia, że nie ma czasu na koleżeństwo i przyjaźń z innymi. Pragniemy poznać Twoje poglądy w tej sprawie.
- A. W grupie kolegów można szczególnie szczerze porozmawiać o własnej przyszłości, zawodzie i celach życiowych: *zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- B. Brak bliskiego przyjaciela sprawia, że musimy polegać tylko na sobie:

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- C. Posiadanie kolegi-przyjaciela sprawia, że nie musimy samotnie stawić czoła trudnościom w codziennym życiu:

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- D. Obecnie życie jest tak bogate w wydarzenia, że kontakty z kolegami są stratą czasu. Nie ma bowiem wtedy czasu np. na oglądanie telewizji, czytanie prasy, książek:

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- E. Podczas spotkań z kolegami (koleżankami) jest wiele drętwej mowy, mało szczerości oraz wiele prób popisywania się i okazywania własnej ważności:

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- F. Spotkania z kolegami (koleżankami) są źródłem najbogatszych osobistych przeżyć:

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- G. Podczas spotkań koleżeńskich mają miejsce rozmowy, w których każdy jest równy i każdy może do końca wypowiedzieć to, co myśli i czuje:

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- H. Moje zainteresowania i upodobania powstały przede wszystkim pod wpływem kolegów (koleżanek):

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- I. Przebywając wśród kolegów można się szczególnie dużo nauczyć w zakresie: jak współżyć z innymi ludźmi, jak współpracować z innymi, jak zyskać znaczenie i pozycję wśród innych:

*zgadzam się – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

- J. Kto najsilniej i najczęściej wpływa na Twoje zachowanie:

*szkola – rodzice – przyjaciele*

- K. Czy w Twoim życiu koledzy (przyjaciele) odgrywają rolę ważniejszą aniżeli rodzice lub krewni?

*tak – częściowo tak – nie*

- L. Czy bardzo zabiegasz, aby mieć kolegę (przyjaciela)?

*tak – częściowo tak – nie*

10. Dzieci i młodzież wyrażają bardzo często odmienne poglądy na temat domów kultury jako ośrodka realizacji własnych zainteresowań, spędzania wolnego czasu, rekreacji, sportu, wypoczynku oraz zabawy. Część

dzieci i młodzieży wysoko ocenia dom kultury, pozostali zaś nie szczędzą słów krytyki. Sądzą, że w domach kultury ma miejsce mało wydarzeń, które mogą przyciągnąć dzieci i młodzież do udziału w działalności danej placówki.

A. Czy w miejscu Twojego zamieszkania znajduje się dom kultury?

*tak – znajduje się zbyt daleko – nie*

B. Czy bierzesz udział w działalności domu kultury?

*tak – częściowo – nie*

(jeśli odpowiedź jest „tak” lub „częściowo”, odpowiedz na następne pytania)

C. Wymień, w jakich formach działalności domu kultury uczestniczysz, (do jakich zespołów, kół zainteresowań należysz):

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....

D. Określ motywy, powody Twego uczestnictwa w działalności domu kultury (odpowiednie podkreśl):

- *namowa kolegów – namowa rodziców – prośba nauczycieli*
- *własne zainteresowania – duża popularność domu kultury*
- *przydatność wiedzy i zdobytych umiejętności na przyszłość*
- *ciekawość i zdolny instruktor prowadzący zajęcia*
- *chęć sprawdzenia się*
- *inne.....*

E. Czy potrafisz pogodzić naukę w szkole z uczestnictwem w działalności domu kultury?

*godzę z łatwością – godzę z trudem – godzę, ale kosztem nauki w szkole*

F. Moją działalność w domu kultury uważam za bardzo ważną, ponieważ:

– *wzbogaca istotnie moją wiedzę:*

*tak – częściowo tak – nie*

– *pozwala mi opanować nowe umiejętności (np. fotograficzne, gry na instrumencie):*

*tak – częściowo tak – nie*

– *jest źródłem wielu bogatych i radosnych przeżyć:*

*tak – częściowo tak – nie*

– *pozwala atrakcyjnie spędzić wolny czas:*

*tak – częściowo tak – nie*

– *umożliwia odpoczynek i wypoczynek:*

*tak – częściowo tak – nie*

G. Domy kultury nie cieszą się popularnością, ponieważ telewizja jest atrakcyjniejsza i popularniejsza:

*tak – częściowo tak – nie*

H. Domy kultury są popularne tylko ze względu na dyskoteki:

*tak – częściowo tak – nie*

I. W domu kultury poznałem(am) najlepszych przyjaciół (kolegów), którym zawdzięczam moje aktualne hobby:

*tak – częściowo tak – nie*

J. Dzięki mojej działalności w domu kultury nie będę miał(a) trudności z wyborem zawodu, ponieważ właśnie tam ukształtowały się moje zainteresowania zawodowe:

*tak – częściowo tak – nie*

K. Moja działalność w domu kultury wiąże się z zadaniami, których rozwiązanie wymaga dużo pomysłowości, podjęcia odważnych decyzji, dużej samodzielności i odwagi:

*tak – częściowo tak – nie*

L. Niektórzy uważają, że działalności własnej w domach kultury towarzyszy niepowtarzalny klimat, którego nie ma w szkole. Klimat ten charakteryzuje się większą serdecznością i bliskością. Jest też on spowodowany tym, że instruktor nie stawia typowych szkolnych ocen i że pracuje się w małych grupach wykonujących określone zadania. Dlatego stosunki między instruktorem w domu kultury a uczestnikiem działalności kulturalno-oświatowej bardziej przypominają stosunki przyjacielskie i koleżeńskie, aniżeli oficjalnie szkolne. Czy zgadzasz się z tym twierdzeniem?

*całkowicie się zgadzam – częściowo się zgadzam – nie zgadzam się*

11. Dzieci i młodzież wypowiadają różne poglądy na temat nauczycieli i szkoły. Jedni uważają, iż nauczyciel to przewodnik życia, wskazujący jak żyć, przekazujący wiedzę, przygotowujący do zawodu, rodzinnego życia itp. Wielu jednak twierdzi, że szkoła jest miejscem przykrych przeżyć. Nauczyciele nie zawsze potrafią stawiać wymagania, egzekwować wiedzę. Ich stosunek do uczniów nie zawsze jest indywidualny i tym samym obiektywny. Chciałabym bliżej poznać Twoje poglądy na ten temat.

A. Nauczyciel to autorytet w dziedzinie wiedzy i wzór do naśladowania:

*tak – częściowo tak – nie*

B. Nauczyciel to przyjaciel przekazujący wiedzę a także wskazujący jak żyć:

*tak – częściowo tak – nie*

C. Nauczyciel to osoba, która potrafi wdrożyć ucznia do samouczenia się i doskonalenia swojej osoby:

*tak – częściowo tak – nie*

D. Dobry nauczyciel pomaga w ukształtowaniu pozytywnego stosunku do nauki, pozytywnej postawy wobec innych osób oraz sprawia, że szkoła jest miejscem przyjemnym:

*tak – częściowo tak – nie*

E. Nauczyciel to osoba czynnie uczestnicząca w życiu szkoły i klasy oraz pomagająca w rozwiązywaniu uczniowskich trosk:

*tak – częściowo tak – nie*

F. Najczęściej nauczyciel pomaga w organizowaniu życia kulturalno-rozrywkowego i stara się o stworzenie atmosfery optymistycznej w szkole:

*tak – częściowo tak – nie*

G. Niekiedy nauczyciele traktują ucznia jak osobę mało dojrzałą i mało odpowiedzialną:

*tak – częściowo tak – nie*

H. Nauczyciele to osoby, które chcą zwrócić na siebie uwagę a w mniejszym stopniu interesują się troskami i zmartwieniami swoich uczniów:

*tak – częściowo tak – nie*

I. Szkoła to miejsce życia i nauki uczniów, w której stosunki przyjaźni, rywalizacji, a nawet walki, pomagają w uczeniu się sztuki życia:

*tak – częściowo tak – nie*

J. Szkoła to miejsce, do którego uczniowie nie lubią przychodzić, ponieważ zachowanie nauczycieli czasami ma na celu poniżenie ucznia:

*tak – częściowo tak – nie*

K. Nauczyciele często nie traktują uczniów sprawiedliwie, uwzględniając ich rzeczywiste możliwości zdrowotno-fizyczne:

*tak – częściowo tak – nie*

L. Najczęściej uczeń jest przyzwyczajony do niektórych nauczycieli, gdyż pomagają oni w rozwiązywaniu jego problemów życiowych:

*tak – częściowo tak – nie*

## 12. Dane o respondencie

Płeć..... Wiek .....lat.

Wielkość miejscowości .....(ok. tys. osób).

Rodzaj szkoły:

*liceum ogólnokształcące – profilowane, zasadnicza szkoła zawodowa – liceum zawodowe, szkoła podstawowa.*

Średnia ocen z przedmiotów uzyskana w ostatnim roku szkolnym:

*niedostateczna, mierna, dostateczna, dobra, bardzo dobra, celująca*

## Obraz własnej choroby

### Instrukcja

Na tym arkuszu wpisane są różne określenia związane z Twoją chorobą. Przy każdym z nich znajduje się kreska. Na obu końcach są napisy. Jeśli według Ciebie prawdziwy jest napis z lewej strony, postaw krzyżyk na lewym końcu kreski. Jeśli napis z prawej strony wydaje Ci się prawdziwy, postaw krzyżyk na prawym końcu kreski. Jeśli uważasz, że prawda jest gdzieś pośrodku – postaw krzyżyk między końcami kreski.

### Część 1

**W tej części będziesz wypowiadał się na temat swego stanu zdrowia w chwili obecnej**

- |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1. Obecnie liczba napadów duszności zmniejszyła się                       | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Nie uległa zmianie        |
|                                                                           | Częściowo zmniejszyła się                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
| 2. Nasilenie napadu duszności zmniejszyło się                             | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Nie zmniejszyło się       |
|                                                                           | Częściowo się zmniejszyło                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
| 3. Potrafię zaobserwować symptomy choroby                                 | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Nie potrafię              |
|                                                                           | Częściowo potrafię                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |
| 4. Unikam sytuacji denerwujących, które wpływają na moje złe samopoczucie | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Nie unikam                |
|                                                                           | Częściowo unikam                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| 5. Zuzycie leków znacznie się zmniejszyło                                 | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Nie uległo zmianie        |
|                                                                           | Przyjmuję mniej leków                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| 6. Obecnie czuję się zupełnie źle                                         | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Zupełnie dobrze           |
|                                                                           | Do pewnego stopnia niedobrze                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
| 7. Obecnie wyglądam jak człowiek zupełnie zdrowy                          | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Jak człowiek ciężko chory |
|                                                                           | Jak człowiek w pewnym stopniu dotknięty chorobą                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |

### Część II

**W tej części będziesz wypowiadał się na temat leczenia i dalszego przebiegu choroby w swoim przypadku**

- |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 8. Wypoczynkowy tryb życia Powoduje wyleczenie | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Nic nie daje |
|                                                | W pewnym stopniu przyczynia się do wyleczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |
| 9. Leki przeciw astmie Powodują wyleczenie     | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Nic nie dają |
|                                                | W pewnym stopniu przyczyniają się do wyleczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |
| 10. Intal Powoduje wyleczenie                  | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Nic nie daje |
|                                                | W pewnym stopniu przyczynia się do wyleczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |
| 11. Zioła Powodują wyleczenie                  | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; right: 10%; top: 0; bottom: 0;"></div> </div> | Nic nie dają |
|                                                | W pewnym stopniu przyczyniają się do wyleczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |

|                                                                           |                                                                                                                           |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 12. Leżenie<br>Powoduje wyleczenie                                        | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>przyczynia się<br>do wyleczenia | Nic nie daje                    |
| 13. Dobre odżywianie<br>Powoduje wyleczenie                               | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>przyczynia się<br>do wyleczenia | Nic nie daje                    |
| 14. Terapia zajęciowa i psychoterapia<br>Powoduje wyleczenie              | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>przyczynia się<br>do wyleczenia | Nic nie daje                    |
| 15. Zmiana klimatu<br>Powoduje wyleczenie                                 | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>przyczynia się<br>do wyleczenia | Nic nie daje                    |
| 16. Opuszczanie badań kontrolnych<br>Umożliwia wyleczenie                 | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>utrudnia wyleczenie             | Jest obojętne<br>dla wyleczenia |
| 17. Przyjmowanie tylko części zapisanych<br>leków<br>Umożliwia wyleczenie | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>utrudnia wyleczenie             | Jest obojętne<br>dla wyleczenia |
| 18. Uprawianie męczących sportów<br>Umożliwia wyleczenie                  | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>utrudnia wyleczenie             | Jest obojętne<br>dla wyleczenia |

#### Leki, które przyjmują obecnie:

|                                          |                                                                                                                               |                                              |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 19. Są obojętne dla<br>wątroby           | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>zakłócają pracę wątroby             | Poważnie zakłócają pracę<br>wątroby          |
| 20. Są obojętne dla<br>nerek             | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>zakłócają pracę nerek               | Poważnie zakłócają pracę<br>nerek            |
| 21. Są obojętne dla<br>układu nerwowego  | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>zakłócają pracę układu<br>nerwowego | Poważnie zakłócają pracę<br>układu nerwowego |
| 22. Są obojętne dla<br>serca             | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>zakłócają pracę serca               | Poważnie zakłócają pracę<br>serca            |
| 23. Astma oskrzelowa u mnie ustąpiła     | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>W pewnym stopniu<br>ustąpiła po okresie<br>leczenia     | Nie ustąpiła                                 |
| 24. Moja kuracja<br>Potrwa jeszcze długo | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>Potrwa jeszcze jakiś czas                               | Skończy się wkrótce                          |
| 25. Moja choroba<br>Została wyleczona    | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>Zostanie wyleczona po<br>pewnym czasie leczenia         | Nie zostanie wyleczona                       |

### Część III

#### W tej części będziesz wypowiadał się na temat skutków astmy po zakończeniu leczenia

Po zakończeniu przeze mnie leczenia:

|                                                   |                                                                                                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 26. Będę czuł się jak człowiek zupełnie<br>zdrowy | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><br>Będę czuł się jak człowiek<br>w pewnym stopniu zdrowy | Będę czuł się jak<br>człowiek zupełnie chory |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

|                                                                      |                                                                                                                                                   |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 27. Będę miał napady duszności                                       | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>Będę miał czasami napady duszności</p>                                | Będę czuł się jak człowiek zupełnie chory                |
| 28. Choroba nigdy nie wróci                                          | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>Jest w pewnym stopniu możliwe, że choroba wróci</p>                   | Choroba na pewno wróci                                   |
| 29. Będę miał napady duszności                                       | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>Będę odczuwał pewien ubytek zdrowia</p>                               | Będę odczuwał duży ubytek zdrowia                        |
| 30. Moi koledzy będą traktowali mnie jak przed zachorowaniem         | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>W pewnym stopniu inaczej</p>                                          | Zupełnie inaczej                                         |
| 31. Moja rodzina będzie traktowała mnie jak przed zachorowaniem      | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>W pewnym stopniu inaczej</p>                                          | Zupełnie inaczej                                         |
| 32. W szkole będę traktowany tak jak przed zachorowaniem             | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>W pewnym stopniu inaczej</p>                                          | Zupełnie inaczej                                         |
| 33. Będę sprawny fizycznie jak przed chorobą                         | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>Będę mniej sprawny fizycznie</p>                                      | Będę zupełnie niesprawny fizycznie                       |
| 34. Poza tym moje życie nic się nie zmieni                           | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>Moje życie zmieni się w pewnym stopniu</p>                            | Moje życie zmieni się zupełnie                           |
| 35. Choroba nie wpływa na realizację moich planów i marzeń życiowych | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>Choroba w pewnym stopniu utrudni realizację moich planów i marzeń</p> | Choroba uniemożliwi realizację moich zamierzeń życiowych |

## Skala Bergera

### Skala oceny samoakceptacji i akceptacji innych

#### Instrukcja

Na kolejnych stronach tego kwestionariusza znajduje się szereg twierdzeń, które dotyczą różnych sądów ludzi na temat własnej osoby i osób innych.

Przy każdym twierdzeniu umieszczona jest skala pięciostopniowa, na której należy zaznaczyć poprzez podkreślenie liczby, w jakim stopniu dane twierdzenie się do Ciebie odnosi. Poszczególne cyfry oznaczają:

| 1                            | 2                      | 3                         | 4                            | 5               |
|------------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------------|
| zupełnie mnie<br>nie dotyczy | trochę<br>mnie dotyczy | dotyczy<br>mnie w połowie | w większości<br>mnie dotyczy | dotyczy<br>mnie |

W kwestionariuszu nie ma dobrych i złych odpowiedzi. Każda odpowiedź jest dobra, jeśli jest zgodna z tym, co naprawdę myślisz!

Nie opuszczaj żadnego twierdzenia, bądź szczerzy w swoich wypowiedziach! Pracuj szybko!

1. Chciałbym znaleźć kogoś, kto poradziłby mi, jak rozwiązać moje osobiste problemy.  
1            2            3            4            5
2. Nie kwestionuję wartości mojej osoby, nawet wtedy, jeżeli inni to robią.  
1            2            3            4            5
3. Czuję się swobodnie zarówno z ludźmi postawionymi wyżej, jak i niżej ode mnie.  
1            2            3            4            5
4. Jestem tak zaabsorbowany pracą, że nie muszę mieć przyjaciół.  
1            2            3            4            5
5. Uważam, że nie należy tracić czasu ani energii na pomaganie innym. Sądzę, że lepiej zająć się swoją rodziną i sobą, a innych pozostawić samym sobie.  
1            2            3            4            5
6. Kiedy ludzie wyrażają się o mnie pozytywnie, sądzą, iż trudno uwierzyć, że naprawdę mówią to, co myślą. Przypuszczam, że albo nie są szczerzy, albo nabierają mnie.  
1            2            3            4            5

7. Jeśli ktoś krytykuje mnie, nie mogę tego znieść.  
1            2            3            4            5
8. Nie wypowiadam się na tematy społeczne, ponieważ obawiam się, że  
zostanę skrytykowany lub wyśmiany, kiedy powiem coś niewłaściwego.  
1            2            3            4            5
9. Zdaję sobie sprawę z tego, że nie żyję efektywnie, ale też nie sędzę, abym  
mógł spożytkować swoją energię w lepszy sposób.  
1            2            3            4            5
10. Z reguły nie oddaję innym przysług. Uważam, że jeśli człowiek jest zbyt  
uczynny, inni ludzie zdobywają nad nim przewagę.  
1            2            3            4            5
11. Moje impulsy i uczucia wobec ludzi traktuję jako coś zupełnie naturalnego.  
1            2            3            4            5
12. Nie mogę być zadowolony z pracy, jaką wykonałem, jeżeli jej poziom  
trudności jest poniżej moich możliwości.  
1            2            3            4            5
13. Czuję się inny od otaczających mnie ludzi. Nie chciałbym jednak różnić się  
od nich tak bardzo, że zachwiałoby to moje poczucie bezpieczeństwa.  
1            2            3            4            5
14. Obawiam się, że kiedy ludzie, których lubię odkrywają, jaki ja właściwie  
jestem, rozczarują się mną.  
1            2            3            4            5
15. Często dręczy mnie poczucie niższości.  
1            2            3            4            5
16. Inni ludzie są powodem tego, że nie osiągałem w życiu tyle, ile mógłbym.  
1            2            3            4            5
17. Jestem bardzo nieśmiały i świadom siebie w sytuacjach społecznych.  
1            2            3            4            5
18. Mam tendencję do zachowywania się w taki sposób, jak inni ludzie tego się  
spodziewają, po to, aby być lubianym.  
1            2            3            4            5
19. Zwykle ignoruję uczucia innych ludzi, kiedy dążę do osiągnięcia jakiegoś  
ważnego celu.  
1            2            3            4            5
20. Wydaje mi się, że posiadam rzeczywistą, wewnętrzną siłę w manipulowaniu  
rzeczami. Stanowi ona bazę mojej pewności siebie.  
1            2            3            4            5

21. Uważam, że kompromis w życiu nie ma sensu. Dlatego, kiedy inni ludzie reprezentują wartości, których nie uznają, nie zależy mi na tym, aby utrzymywać z nimi kontakt.  
1            2            3            4            5
22. Sądzę, że osoba, którą polubię nie musi być doskonała, ale należy próbować zmienić ją.  
1            2            3            4            5
23. Nie widzę przeszkody, aby zaszkodzić innym, jeżeli to pomoże mi osiągnąć jakiś upragniony cel.  
1            2            3            4            5
24. Jestem świadom sam siebie, kiedy obcuję z ludźmi mającymi lepszą pozycję ode mnie.  
1            2            3            4            5
25. Chcę zmusić ludzi, w taki czy inny sposób, aby robili to, co chcę.  
1            2            3            4            5
26. Często daję rady innym ludziom mającym kłopoty w podjęciu decyzji.  
1            2            3            4            5
27. Bawię się lepiej w samotności, z dala od ludzi.  
1            2            3            4            5
28. Sądzę, że jestem znerwicowany.  
1            2            3            4            5
29. Nie czuję się ani lepszy, ani gorszy od ludzi, których spotykam.  
1            2            3            4            5
30. Ludzie czasem niewłaściwie mnie rozumieją, kiedy próbuję odwieść ich od popełnienia błędów mogących wpłynąć na ich życie.  
1            2            3            4            5
31. Bardzo często zdarza się, że nie nawiązuję przyjaźni z ludźmi, ponieważ przypuszczam, że nie będą mnie lubili.  
1            2            3            4            5
32. Rzadko gratuluję ludziom ich talentów lub pracy, jaką wykonali.  
1            2            3            4            5
33. Cieszę się, kiedy mogę sprawić ludziom przyjemność, nawet, jeśli nie znam ich dobrze.  
1            2            3            4            5
34. Sądzę, że jestem osobą równie wartościową, jak inni.  
1            2            3            4            5
35. Nie potrafię uniknąć poczucia winy spowodowanego uczuciami, jakie żywię w stosunku do niektórych ludzi.  
1            2            3            4            5

36. Wolę być samotny, aniżeli mieć bliskich przyjaciół spośród ludzi, którzy mnie otaczają.  
1            2            3            4            5
37. Nie obawiam się poznania nowych ludzi. Uważam, że jestem osobą wartościową i nie ma powodu, dla którego mógłbym być nie lubiany.  
1            2            3            4            5
38. Moja wiara w siebie jest połowiczna.  
1            2            3            4            5
39. Tylko czasem martwią mnie inni ludzie, ponieważ głównie koncentruję się na swoich problemach.  
1            2            3            4            5
40. Uważam się za osobę wrażliwą. Bowiem kiedy widzę rozmawiających ze sobą ludzi, podejrzewam, że krytykują mnie. Potem, kiedy zastanowię się nad tym, dochodzę do wniosku, że pomyliłem się.  
1            2            3            4            5
41. Sądzę, że posiadam pewne zdolności i inni też są takiego zdania, ale czasem zastanawiam się, czy nie przeceniają ich.  
1            2            3            4            5
42. Jestem zadowolony z tego, że potrafię zaradzić problemom mogącym wypłynąć w przyszłości.  
1            2            3            4            5
43. Jestem zdania, że należy uznawać pewne osiągnięcia ludzi, ale bardzo rzadko spotyka się pracę, która wymaga aż uznania.  
1            2            3            4            5
44. Kiedy prosi ktoś mnie o radę w osobistych sprawach, najczęściej odmawiam. Uważam, że każdy sam powinien podejmować tego rodzaju decyzje.  
1            2            3            4            5
45. Zgrywam się przed ludźmi, aby wyrzucić na nich wrażenie.  
1            2            3            4            5
46. Sądzę, że należy wywalczyć sobie swoją drogę w życiu i tylko tą drogą kroczyć. Oznacza to, że ludzie stojący na niej nie liczą się.  
1            2            3            4            5
47. Jestem bezsilny wobec uczucia niższości (lub wyższości) w stosunku do większości ludzi, których znam.  
1            2            3            4            5
48. Jeśli ludzie wydają o mnie negatywne opinie, nie martwię się tym.  
1            2            3            4            5

49. Nie waham się nakłaniać ludzi, aby żyli stosując wartości, jakie sam uznaję.  
1            2            3            4            5
50. Potrafię przyjaźnić się z ludźmi, którzy robią rzeczy moim zdaniem niewłaściwe, godne potępienia.  
1            2            3            4            5
51. Nie czuję się zupełnie normalnie, ale chciałbym tak się czuć.  
1            2            3            4            5
52. Kiedy przebywam w jakimś towarzystwie rzadko zabieram głos, ponieważ obawiam się, że powiem coś niewłaściwego.  
1            2            3            4            5
53. Mam tendencję do odsuwania od siebie moich problemów na pewien czas.  
1            2            3            4            5
54. Jeśli inni są słabi i nieudolni, zdobywam nad nimi przewagę. Uważam, że tylko silny człowiek osiąga swoje cele.  
1            2            3            4            5
55. Łatwo irytują mnie ludzie, którzy spierają się ze mną.  
1            2            3            4            5
56. Kiedy mam do czynienia z osobami młodszymi ode mnie, przypuszczam, że będą wypełniały moje polecenia.  
1            2            3            4            5
57. Nie widzę sensu w bezinteresownym robieniu innym przysług, chyba że w przyszłości odwzajemnią się tym samym.  
1            2            3            4            5
58. Jeśli ludzie mają o mnie dobre zdanie, odczuwam z tego powodu coś w rodzaju poczucia winy. Zdaję sobie sprawę z tego, że muszę ich oszukiwać; gdybym był naprawdę sobą, nie mieliby o mnie dobrej opinii.  
1            2            3            4            5
59. Sądzę, że prezentuję ten sam poziom, co inni ludzie, i to przeświadczenie pomaga mi w nawiązywaniu dobrych stosunków z nimi.  
1            2            3            4            5
60. Jeśli ktoś z moich znajomych ma trudności w pracy, chętnie służę mu radą.  
1            2            3            4            5
61. Czuję, że ludzie inaczej zachowują się wobec mnie, aniżeli wobec innych.  
1            2            3            4            5
62. W zbyt dużym stopniu opieram się na cudzych normach, przekonaniach.  
1            2            3            4            5

63. Kiedy muszę zwrócić się do grupy, odczuwam świadomość samego siebie,  
co sprawia, że mam trudności w powiedzeniu czegoś mądrego.

1                      2                      3                      4                      5

64. Osiągnąłbym dużo więcej, gdybym nie miał pecha.

1                      2                      3                      4                      5

Szkoła (nr i adres) .....  
 .....  
 Klasa ..... Data dzisiejsza .....

## Kwestionariusz dla ucznia

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia .....

Adres rodziców .....

Obecny Twój adres, jeśli nie mieszkasz u rodziców: w internacie, domu dziecka, na stacji, u krewnych

(podkreśl) .....

1. Zawód ojca? ..... Obecne miejsce zatrudnienia i rodzaj pracy  
 .....
2. Zawód matki? ..... Obecne miejsce zatrudnienia i rodzaj pracy  
 .....
3. Na czym jesteś utrzymaniu: rodziców, dalszej rodziny, domu dziecka, pobierasz rentę?  
 (podkreśl)
4. Ilu masz braci? ..... W jakim wieku? ..... Co robią? .....  
 .....
5. Ile masz siostr? ..... W jakim wieku? ..... Co robią? .....  
 .....
6. Z ilu izb składa się Wasze mieszkanie (łącznie z kuchnią)? .....
7. Ile osób w nim mieszka? .....
8. Czy mieszkanie posiada wodociąg, elektryczność, gaz, łazienkę (podkreśl posiadane urządzenia)?
9. Czy śpisz oddzielnie? .....
10. Czy masz dobre warunki do odrabiania lekcji: stół (biurko)? ..... Dobre oświetlenie? .....
11. Co Ci przeszkadza przy odrabianiu lekcji? .....
12. Ile godzin dziennie odrabiasz lekcje (pisemne i ustne)? .....

13. Czy ktoś Ci pomaga w odrabianiu lekcji? ..... Kto: rodzice, starsze rodzeństwo, korepetytor, ktoś inny ..... Z jakich przedmiotów? .....  
.....
14. Czy korzystasz z: radia, telewizora (ile godzin dziennie)? .....
15. Ile czasu zajmuje Ci droga do szkoły? ..... Czy dojeżdżasz, czym? .....
16. Czy masz w domu jakieś stałe obowiązki poza nauką? .....  
Jakie? .....
17. Czy uczęszczasz poza szkołą na jakieś dodatkowe zajęcia, lekcje, kursy (np. języków obcych, muzyki)? ..... Jakie? .....
18. Czy bierzesz udział w jakichś zespołach artystycznych, kołach zainteresowań, zajęciach świetlicowych, klubie sportowym itp. – w szkole lub poza szkołą? .....  
W jakich? .....
19. Czy bierzesz, brałeś udział w jakichś konkursach, zawodach, olimpiadach? .....  
..... W jakich? .....
20. Czy miałeś lub masz jakieś funkcje w klasie, w szkole, w harcerstwie lub w innych organizacjach? ..... Jakie? .....
21. Które przedmioty szkolne najbardziej Cię interesują? .....
22. Których przedmiotów uczysz się najłatwiej? .....  
.....
23. Czego najtrudniej Ci się uczyć? .....  
.....
24. Których przedmiotów nie lubisz? .....
25. Czy powtarzałeś jakąś klasę? ..... Którą? .....
26. Czy miałeś poprawkę? ..... Z jakich przedmiotów i w której klasie?  
.....
27. Czy od I klasy chodzisz do tej samej szkoły? ..... Jeśli chodziłaś do innych szkół, podaj do jakich? .....  
W jakim zawodzie chcesz pracować w przyszłości? .....

28. Do jakiej szkoły (uczelni) masz zamiar uczęszczać po ukończeniu szkoły podstawowej (średniej)? .....
29. Dlaczego wybierasz tę szkołę (uczelnię)? .....
- Co zamierzasz robić, jeżeli nie dostaniesz się do obranej szkoły (uczelni)? .....
30. Czy rodzice zgadzają się z Twoim wyborem przyszłego zawodu i szkoły (kierunku studiów)? .....
- Jeśli nie, to jaki zawód i jaką szkołę (studia) Ci doradzają? .....
31. Czy wolisz pracę wymagającą ruchu, czy siedzącą? .....
32. Czy lubisz pracę, przy której trzeba mieć dużo do czynienia z ludźmi? .....
33. Czy masz jakieś specjalne uzdolnienia? Napisz, jakie? .....
34. Uzasadnij swój wybór zawodu: podaj, czym kierowałeś się przy wyborze zawodu, kto wpłynął na Twoją decyzję oraz dlaczego uważasz dany zawód i obrany kierunek dalszej nauki za odpowiedni dla Ciebie? .....

## Wywiad z rodzicami (opiekunami)

.....  
 Udzielający wywiadu                      Przeprowadzający wywiad                      Data wywiadu

.....  
 Nazwisko i imię osoby badanej                      Data urodzenia

### I. Dane o najbliższej rodzinie dziecka

a) .....  
 Imię ojca                      Wiek                      Wykształcenie                      Zawód

.....  
 Stan zdrowia                      Miejsce pracy

.....  
 Godziny pracy

b) .....  
 Imię matki                      Wiek                      Wykształcenie                      Zawód

.....  
 Stan zdrowia                      Miejsce pracy

.....  
 Godziny pracy

c) Rodzeństwo (imiona, klasa lub gdzie pracują, postępy w nauce, czy mieszkają z osobą badaną)

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

d) Inne osoby zamieszkujące z osobą badaną .....

### II. Warunki życiowe dziecka

a) Warunki materialne

.....  
 Źródło utrzymania (np. praca rodziców, gospod. itp.)                      Zarobki łącznie

.....  
 Jak osoba udzielająca wywiadu ocenia swoje warunki materialne (dobre, przeciętne itp.)

|                          |                                              |  |
|--------------------------|----------------------------------------------|--|
| Liczba izb mieszkalnych  | Rodzaj mieszkania, warunki – określić bliżej |  |
| Z kim dziecko sypia      | Z kim dziecko mieszka w pokoju               |  |
| Liczba osób w mieszkaniu |                                              |  |

| Kto pije alkohol                                                                                                             | Nalogowo, okazynie | Zachowanie się osoby pijącej w stanie podchmielonym |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|
| Ogólna atmosfera domowa: konfliktowa, napięta, spokojna, ciepła itp.                                                         |                    |                                                     |
| Wpływ innych osób na wychowanie dziecka                                                                                      |                    |                                                     |
| Podstawowe metody wychowawcze<br>(kary, nagrody, udział dziecka w ogólnych problemach domowych, w obowiązkach domowych itp.) |                    |                                                     |
| Pozycja dziecka w rodzinie                                                                                                   |                    |                                                     |

|                   |                                                     |                     |                |
|-------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|----------------|
| Ciąża, która?     | San zdrowia matki w czasie ciąży – przebyte choroby |                     |                |
| Jaki poród        | Waga                                                | Wzrost              |                |
| Zaczął:<br>siadać | chodzić                                             | Przestał się moczyć |                |
| Zaczął mówić:     | Pojedyncze słowa                                    | Zdania              | Mowa – obecnie |

Przebyte choroby i aktualny stan zdrowia

Czy uczęszczał do przedszkola i od kiedy

Kto zajmował się wychowywaniem dziecka do 3 roku życia

#### IV. Przebieg nauki szkolnej

Obecna klasa

Powtarzane klasy i dlaczego

Którą ręką pisze i czy był przestawiany z lewej ręki na prawą

Przedmioty najbardziej lubiane

Przedmioty nie lubiane

Frekwencja w szkole, (jeśli nieusprawiedliwiona nieobecność, to dlaczego?)

Ile czasu poświęca na naukę w domu

Czy sam odrabia lekcje

Kto pomaga w pracach domowych

Czego dotyczy pomoc w nauce i jej formy

Czy i jak rodzice kontrolują pracę domową ucznia

Czy posiada niezbędne pomoce naukowe – jakie braki w tym zakresie

Czy i jakie ma stałe miejsce do odrabiania lekcji

Kontakt rodziców ze szkołą (jak często i do czego kontakt się ogranicza)

Jak dziecko reaguje na oceny szkolne

Jak rodzice reagują na oceny szkolne

Inne uwagi dotyczące przebiegu nauki szkolnej

.....

.....

.....

.....

## V. Zainteresowania

.....

Czym dziecko zajmuje się najchętniej w czasie wolnym od zajęć szkolnych

Jak spędza wolny czas dokładnie?

.....

.....

.....

Jakie ma dodatkowe obowiązkowe zajęcia (prace domowe, korepetycje, nauka języków itp.)

.....

.....

.....

Do jakich kółek zainteresowań należy

## VI. Kontakty z domownikami i rówieśnikami

.....

Stosunek do rodziców

.....

.....

Stosunki z rodzeństwem

.....

.....

Czy ma stałe towarzystwo kolegów – jakich i jak się z nimi bawi

.....

.....

.....

Wpływ kolegów na zachowanie się osoby badanej i na odwrót

.....

.....

Inne uwagi na temat kontaktów międzyludzkich

.....

## VII. Trudności wychowawcze

.....

Czy i jakie trudności wychowawcze dziecko sprawia

.....

.....

Jakie środki zaradcze stosują rodzice (np. perswazję, kary cielesne)

.....

.....

Czy zasięgaliby porady

.....

U kogo

### **VIII. Przyczyny trudności w opinii rodziców**

.....

.....

### **IX. Inne uwagi (np. dot. osoby udzielającej wywiadu)**

.....

.....

.....

.....

# Spis treści

|            |   |
|------------|---|
| Wstęp..... | 5 |
|------------|---|

## ROZDZIAŁ I

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| ASTMA JAKO CHOROBA PRZEWLEKŁA..... | 8 |
|------------------------------------|---|

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| 1.1. Istota astmy .....                                        | 8  |
| 1.2. Klasyfikacja astmy.....                                   | 12 |
| 1.2.1. Koncepcja medyczna .....                                | 12 |
| 1.2.2. Koncepcja psychoanalityczna.....                        | 17 |
| 1.2.3. Koncepcja behawioralna.....                             | 18 |
| 1.2.4. Koncepcja poznawcza .....                               | 19 |
| 1.3. Leczenie astmy .....                                      | 21 |
| 1.4. Charakterystyka rehabilitacji medycznej osób z astmą..... | 25 |

## ROZDZIAŁ II

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| WŁAŚCIWOŚCI PSYCHICZNE DZIECI Z ASTMĄ..... | 28 |
|--------------------------------------------|----|

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| 2.1. Wydolność psychiczna .....               | 28 |
| 2.2. Skłonności neurotyczne.....              | 33 |
| 2.3. Samoakceptacja i akceptacja innych ..... | 46 |
| 2.4. Właściwości procesów kierunkowych .....  | 52 |
| 2.5. Samopoczucie .....                       | 60 |
| 2.6. Szanse rehabilitacji psychicznej.....    | 65 |

## ROZDZIAŁ III

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE DZIECI Z ASTMĄ..... | 69 |
|----------------------------------------------|----|

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Status teoretyczny kategorii pojęciowych funkcjonowanie i rola społeczna .....   | 69 |
| 3.2. Funkcjonowanie dzieci z astmą w rodzinie .....                                   | 73 |
| 3.3. Funkcjonowanie dzieci z astmą w środowisku szkolnym i w grupie rówieśniczej..... | 82 |
| 3.4. Szanse rehabilitacji społecznej.....                                             | 96 |

|                                                                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ROZDZIAŁ IV</b>                                                                     |            |
| <b>METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH.....</b>                                                 | <b>100</b> |
| 4.1. Przedmiot i cel badań.....                                                        | 100        |
| 4.2. Problemy i hipotezy.....                                                          | 104        |
| 4.3. Zmienne oraz wskaźniki ich pomiaru.....                                           | 105        |
| 4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze.....                                        | 112        |
| 4.5. Przebieg i organizacja badań.....                                                 | 117        |
| 4.6. Charakterystyka grupy badanej i kontrolnej.....                                   | 118        |
| <br><b>ROZDZIAŁ V</b>                                                                  |            |
| <b>WYBRANE WŁAŚCIWOŚCI PSYCHICZNE DZIECI CHORYCH NA ASTMĘ.....</b>                     | <b>122</b> |
| 5.1. Niektóre cechy funkcjonowania poznawczego dzieci z astmą.....                     | 122        |
| 5.1.1. Uwaga jako warunek aktywności poznawczej.....                                   | 124        |
| 5.1.2. Jakość procesów spostrzegania.....                                              | 126        |
| 5.2. Niektóre cechy sfery emocjonalno-motywacyjnej dzieci z astmą.....                 | 128        |
| 5.2.1. Skłonności neurotyczne.....                                                     | 129        |
| 5.2.2. Samopoczucie.....                                                               | 131        |
| 5.2.3. Poziom motywacji.....                                                           | 133        |
| 5.3. Samoakceptacja i akceptacja innych w badanej grupie.....                          | 135        |
| <br><b>ROZDZIAŁ VI</b>                                                                 |            |
| <b>SYTUACJA ZDROWOTNA BADANEJ MŁODZIEŻY .....</b>                                      | <b>140</b> |
| 6.1. Sytuacja zdrowotna w wymiarze subiektywnym.....                                   | 140        |
| 6.2. Sytuacja zdrowotna w wymiarze obiektywnym.....                                    | 143        |
| <br><b>ROZDZIAŁ VII</b>                                                                |            |
| <b>FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE DZIECI Z ASTMĄ.....</b>                                    | <b>148</b> |
| 7.1. Funkcjonowanie badanych dzieci w rodzinie.....                                    | 148        |
| 7.1.1. Relacje z domownikami.....                                                      | 149        |
| 7.2. Funkcjonowanie badanych dzieci w grupie rówieśniczej i w środowisku szkolnym..... | 153        |
| 7.2.1. Relacje w grupach rówieśniczych.....                                            | 153        |
| 7.2.2. Relacje w szkole.....                                                           | 157        |
| <br><b>WNIOSKI, OPIS MODELU REHABILITACJI DZIECI Z ASTMĄ.....</b>                      | <b>161</b> |
| Bibliografia.....                                                                      | 172        |
| Aneksy.....                                                                            | 191        |







ISBN 978-83-7467-139-2