

Strach dzieci przed lekarzem – wyniki akcji „Szpital Pluszowego Misia”

Children's fear of the doctor- results of action „Teddy Bear Hospital”

Karolina Janikowska*, Paulina Rychlewska **

* Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

** Absolwentka Międzywydziałowych Indywidualnych Studiów Matematyczno-Przyrodniczych,
Uniwersytet Warszawski

Streszczenie

Praca ma charakter raportu oceniającego skuteczność akcji „Szpital Pluszowego Misia”, organizowanej przez European Medical Students' Association (Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny, EMSA) Warszawa.

Zgodnie z założeniem projektu, w akcji wzięły udział dzieci w wieku przedszkolnym, które odwiedziły „szpital” wraz ze swoimi zabawkami. Maluchy wcieliły się w rolę rodziców, ich maskotki zostały pacjentami, a funkcję lekarzy pełnili studenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

Głównymi celami akcji były: zminimalizowanie lęku przedszkolaków przed środowiskiem lekarskim i zapoznanie ich z pracą personelu medycznego.

Przeprowadzone podczas akcji, jak i po jej zakończeniu badania z zakresu: oceny poziomu lęku, poznania nastawienia dzieci do postaci lekarza/dentysty oraz poszczególnych zabiegów, pozwoliło na określenia wiedzy najmłodszych członków społeczeństwa, związanej z szeroko pojętym procesem leczenia i hospitalizacji.

Umożliwiły to liczne i zróżnicowane metody pracy, tj. zabawa w „Szpital”, pogłębione zastosowaniem skali Wonga i szeregiem rozmów (nie tylko z maluchami, ale również z ich opiekunami), pogłębione baczными obserwacjami. Nie bez znaczenia pozostaje też dość liczna próba (215 osób w grupie badanej i 178 w grupie kontrolnej, w wieku 3-6 lat). Wszystko to spowodowało, że do analizy zebrany został pokaźny i różnorodny materiał, przesłanie którego pozwoliło na wyciągnięcie następujących wniosków: 1. Dzieci generalnie nie boją się lekarzy ani procedury badania; choć samego lekarza nie postrzegają jako osoby wyjątkowo przyjaźnie do nich nastawionej; 2. Akcja wykazała dużą skuteczność: w grupie biorącej w niej udział wyraźnie spadły wskaźniki niepokoju i agresji oraz lęku dotyczące procedury badania.

Summary

The article presents an analysis of effectiveness of project called „Teddy Bear Hospital” organized by European Medical Students' Association in Warsaw. One of the points of this project are visits of children from kindergartens with their toys in “hospital”. The roles of parents are played by children, teddy bears or dolls are the patients and the students of Medical Faculty of Medical University of Warsaw work as doctors.

The main aim of this project was to minimize the fear of doctors among children from kindergartens and make them acquainted with the work of medical staff.

Studying the level of fear, the attitudes towards the doctors, dentists and medical procedures conducted during this action, allowed for estimation of the level of knowledge of these children about treatment process and hospitalization.

The research methods used were: role playing as in “hospital”, use of Wong's scale and a number of conversations (not only with children but also with their carers) and comprehensive observations. The studied groups consisted of 215 individuals in the study group and 178 in the control group, aged 3-6 years. The analysis of collected material leads to the following conclusions: 1. children generally are not afraid of doctors or the examination but the doctor is not perceived as being extremely friendly to them; 2. this action showed a high effectiveness: in the study group the levels of anxiety and aggression, and fears about the examination decreased significantly

Słowa kluczowe: dzieci, studenci medycyny, lęk przed lekarzem, skala Wonga

Keywords: children, medical students, fear of doctors, Wong's scale

Wstęp

Od urodzenia aż do śmierci każdemu człowiekowi towarzyszą obawy o różnej genezie i natężeniu. Niektóre z nich mają swoje obiektywne uzasadnienie, inne to subiektywne odczucia, mające swoje źródło w indywidualnym rozwoju ontogenetycznym, niekiedy zupełnie nieuzasadnione [1,2,3].

Niezależnie jednak od genezy, to właśnie lęki różnego typu powodują, że żyjemy w ciągłym stresie, jesteśmy sfrustrowani i odczuwamy permanentny brak poczucia bezpieczeństwa, jednej z podstawowych potrzeb każdego człowieka oraz niezbędnego elementu rozwoju osobowości [4]. Z powodu powyższych ograniczeń nie w pełni

wykorzystujemy możliwości, zarówno własne, jak i otoczenia, co odbija się nie tylko na naszym zdrowiu psychicznym, ale przede wszystkim na skuteczności funkcjonowania [5].

Zjawiska te są szczególnie widoczne u dzieci, które w dużo mniejszym stopniu niż ludzie dojrzały są zdolne do kontrolowania uzewnętrznianych przez siebie emocji i wrażeń [6]. Równocześnie, to właśnie wkraczające dopiero w życie, poznające świat istoty, o nieukształtowanym jeszcze w pełni systemie poznawczym, są najbardziej narażone na bodźce powodujące stany lękowe. Warto również zauważyć, że pierwsze doświadczenia, których kumulacji sprzyja wczesnodziecięca ciekawość poznawania świata, pozostają w pamięci właściwie na zawsze (często w sferze podświadomości), i to od nich, w dużej mierze, uzależniony jest nasz indywidualny późniejszy stosunek do niektórych przedmiotów, ludzi, treści, miejsc, a także nasze późniejsze, związane z nimi – pośrednio bądź bezpośrednio – poglądy, przekonania, obawy i emocje [7]. Trzeba także wspomnieć, że stany lękowe z czasem nie wyciszane mogą się samoistnie wzmacniać i generalizować na inne sytuacje życiowe, zakłócając funkcjonowanie w wielu różnych sferach.

Dlatego tak ważne jest zminimalizowanie lęków i ograniczenie możliwości ich pojawienia się w jak najmłodszym wieku oraz w jak najszerszej sferze (także, a może przede wszystkim, na płaszczyźnie szeroko pojętego bezpieczeństwa publicznego). Jest to bowiem potrzeba priorytetowa do zaspokojenia, by móc w pełni wykorzystać i rozwijać swoje możliwości.

Miedzy innymi z tego powodu został powołany do życia i nadal prężnie funkcjonuje, „uzdrawiając” coraz większą grupę przedszkolaków Szpital Pluszowego Misia.

Teddy Bear Hospital (TBH) to międzynarodowy projekt od kilku lat realizowany z powodzeniem w całej Europie przez Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny (European Medical Students' Association). Głównym jego celem jest zmniejszenie lęku przed środowiskiem lekarskim i szpitalem u dzieci w wieku przedszkolnym.

Bezpośrednio przed akcją dzieci w przedszkolach odwiedzają studenci psychologii. Rozmawiają z dziećmi o ich doświadczeniach związanych z wizytami u lekarza, pobytem w szpitalu, skojarzeniach i obawach związanych z chorobą, kontaktem ze środowiskiem medycznym, hospitalizacją. Poprzez gry, zabawy, pogadanki i opowiadane bajki próbują zminimalizować strach związany z tą dziedziną funkcjonowania.

Następnie dzieci zostają zaproszone do „szpitala”. Przychodzą tam w roli rodziców, ze swoimi pluszowymi zabawkami. Przyjmują ich

studenci medycyny. Przedszkolaki wraz przyszłymi lekarzami biorą czynny udział w osłuchaniu misiów, wykonywaniu dodatkowych badań takich jak: rentgen, EKG, USG, a nawet, gdy istnieje taka potrzeba, w operacjach. Po wizycie każdy „rodzic” dostaje zalecenia dotyczące pielęgnacji chorego, np. musi go przytulić trzy razy dziennie.

W ten sposób pokazuje się dzieciom, że wizyta w gabinecie lekarskim nie jest formą kary i nie zawsze musi oznaczać ból. Przyjmując role rodziców, czując odpowiedzialność, maluchy mają ponadto szansę zrozumieć, że chodzenie do lekarza to wyraz dbałości o ich dobro i troski ze strony opiekunów. Niejako przy okazji przedszkolaki zapoznane zostają także z metodami diagnostyki, poznają to, co było im dotychczas zupełnie obce, nieznane.

Zgodnie z założeniem projektu, gdy dzieciom wyjaśni się konieczność poszczególnych badań i procedur oraz uświadomi, jak bardzo są potrzebne, nawet wówczas, gdy czasami bywają nieprzyjemne (np. zastrzyk), poziom lęku powinien znacznie się zmniejszyć. Zniknie bowiem obawa przed nieznanym, czyli czynnikiem, który działa najbardziej lękotwórczo [8,9,10].

Dzieci w wieku przedszkolnym doświadczają wielu lęków. Główne ich przyczyny to [11,12,13,14]:

- obawy przed bólem, przykrością, kłopotami, chorobami, samotnością;
- niepokoju o zdrowie i życie własne, jak i najbliższych;
- przebywania w ciemnych, zamkniętych pomieszczeniach lub wśród obcych ludzi;
- możliwości ośmieszenia się;
- utraty kontaktu, rozstania z rodzicami;
- określonych przedmiotów, szczególnie takich, które negatywnie się kojarzą, bądź są zupełnie nieznane.

Jak widać z powyższego zestawienia niemal wszystkie źródła lęku są, w sposób bezpośredni lub pośredni, związane ze zdrowiem i leczeniem. Bowiem każda prawie wizyta u lekarza kojarzona jest z obawą przed chorobą, bólem, cierpieniem, nieprzyjemnościami, kontaktem z obcą osobą, często także z nieznanym sobie miejscem i rozstaniem z opiekunem. Powyższa argumentacja wskazuje na szczególnie silną potrzebę zmniejszenia poczucia lęku właśnie na tej płaszczyźnie, a tym samym i na potrzebę prowadzenia akcji takich jak „Szpital Pluszowego Misia”.

1. Opis badań

1.1. Cele pracy

Celem pracy jest analiza zmian, jakie nastąpiły w nastawieniu dzieci do hospitalizacji, służby zdrowia i personelu medycznego pod wpływem projektu „Szpital Pluszowego Misia”.

1.2. Zastosowane metody diagnostyczne

W pracy wykorzystano następujące metody diagnostyczne:

1. Skala obrazowo-numeryczna Wonga, której celem jest uchwycenie nastawienia, stosunku emocjonalnego do lekarza i przebiegu wizyty w gabinecie oraz stanu psychicznego dziecka oraz prześledzenie ich ewolucji w czasie.
2. Swobodne wypowiedzi związane ze skojarzeniami dzieci na temat szpitala, służby medycznej, hospitalizacji, których celem jest poznanie doświadczeń przedszkolaków i ich obaw oraz określenie zasobu posiadanej wiedzy na temat szeroko pojętego procesu leczenia.
3. Zabawa tematyczna „Szpital”, której celem jest analiza zachowania dzieci w celu określenia zakresu posiadanej przez nie wiedzy o:
 - zawodzie lekarza,
 - działaniu służby zdrowia,
 - roli pacjenta,
 - sytuacji badania,
 - hospitalizacji, leczenia.
4. Ponadto skonstruowano i wykorzystano ankiety skierowane do:
 - rodziców dzieci uczestniczących w akcji,
 - wychowawców odwiedzających wraz z dziećmi w „szpital” TBH,
 - studentów medycyny biorących udział w projekcie.

1.3. Teoretyczne uzasadnienie wykorzystanych metod

1.3.1. Skala obrazowo-numeryczna Wonga¹

1. Skala prezentuje sześć schematycznych rysunków twarzy wyrażających emocje pozytywne, negatywne oraz obojętne. Ekspresje mimiczne przez nie reprezentowane są łatwe do odczytania, dlatego jako jedna z niewielu skal lęku może być z powodzeniem stosowana nawet w wypadku badania małych dzieci.
2. Poprzez wskazanie obrazka przedstawiającego minę, najlepiej wyrażającą emocje dziecka, bez kontaktu werbalnego, ograniczone zostały bariery w komunikacji spowodowane wstydem dziecka lub nieprecyzyjnym wyrażaniem myśli. Przedstawione mimicznie emocje zostały dobrane tak, że tworzą pewne kontinuum. Niekiedy kolejne obrazki przedstawiają tylko nieznacznie zróżnicowane odczucia (np. radość i euforię). Dzięki istnieniu form pośrednich wybór dziecka nie zostaje ograniczony do skrajnie różnych ekspresji.

3. Zaletą tej metody jest łatwość, wielofunkcyjność i szybkość w użyciu, co umożliwia bezpośrednio i mało czasochłonne wyrażenie uczuć i przeżyć tuż przed, bądź tuż po wizycie w gabinecie i gwarantuje, iż dzieci nie będą znudzone zadaniem, nie przerwą, bądź nie porzucą go w czasie potrzebnym na jego wykonanie.

1.3.2. Swobodne wypowiedzi (historyjki) układane do obrazków o tematyce medycznej

Interpretacja obrazka przez dziecko to uewnętrznianie jego doświadczeń i pragnień w oparciu o kontekst sytuacyjny. W sytuacji opowiadania o zmyślonej postaci dzieci nieświadomie ujawniają to, o czym zapytane wprost nie zawsze chciałyby lub mogłyby powiedzieć. Tworzenie historyjek o wymyślonym bohaterze ogranicza bowiem znacznie niepokój dziecka i zmniejsza prawdopodobieństwo uruchomienia u niego mechanizmów obronnych. Materiał obrazowy pobudza także wyobraźnię dzieci, wzbogaca formalno-treściowe aspekty wypowiedzi i mobilizuje do tworzenia opowiadań [15].

1.3.3. Zabawa tematyczna

Dzięki temu, iż zabawa jest podstawowym elementem aktywności dziecka w wieku przedszkolnym, możemy poprzez tę metodę uzyskać wiele informacji na temat wiedzy, problemów i rozwoju dziecka [16], nie ingerując jednocześnie w aktywność dziecka i nie narzucając mu wizji badacza, gdyż podczas zabawy dziecko ustala reguły jedynie na podstawie własnej wyobraźni, ewentualnych wspomnień i codziennej interakcji ze środowiskiem [17,18,19,20,21].

2. Procedura badania, opis metody, analiza i interpretacja wyników

2.1. Procedura badania, charakterystyka osób badanych

Badania przeprowadzono w przedszkolach na terenie Warszawy. W akcji wzięło udział 215 dzieci w wieku 3-6 lat. Każde z nich odwiedziło „Szpital Pluszowego Misia”, a także było badane przed tą wizytą (pretest) i po niej (posttest). Badania odbywały się zarówno indywidualnie, jak i w grupie rówieśniczej.

Równocześnie, w tym samym czasie, przebadano 178 dzieci również w wieku 3-6 lat (grupa kontrolna), które nie brały udziału w akcji (przeprowadzony został jedynie pre- i posttest; w grupie tej nie miała miejsca pogadanka, bajka psychoterapeutyczna i wizyta w „szpitalu”).

W tym miejscu warto zauważyć, iż cały projekt badań był bardzo rozbudowany, a część wyników badań przeprowadzonych podczas jego

¹ Por. str. 255.

trwania została zamieszczona w Internecie pod adresem www.tbh-ems.webpark.pl. Jednak z uwagi na ograniczoną objętość pracy, nie wszystkie przeprowadzone analizy zostaną w niej omówione. W swoich rozważaniach skupię się wyłącznie na aspektach bezpośrednio związanych z czynnikami lękotwórczymi, związanymi z szeroko pojętym procesem leczenia.

ETAP I. Przed akcją „Szpital Pluszowego Misia”:

1. Przeprowadzone zostały badania w przedszkolach obejmujące:
 - grupową zabawę tematyczną w szpital,
 - swobodne wypowiedzi na temat przedstawionych dzieciom obrazków o tematyce medycznej (badanie przeprowadzone zarówno indywidualnie, jak i grupowo, na zasadzie „burzy mózgów”).
2. Zaprezentowano przyrządy lekarskie (stetoskop, strzykawkę) oraz dentystyczne, wytłumaczono dokładnie do czego służą, kiedy się ich używa, zbadano za pomocą skali Wonga emocje z nimi skojarzone;
3. Przeprowadzono pogadankę z dziećmi, mającą na celu uświadomienie i doinformowanie dzieci o zakresie pracy lekarzy i pielęgniarek, hospitalizacji, procesu badania i leczenia;
4. Opowiedziano badanym bajkę psychoterapeutyczną (załącznik 3.), mającą na celu zminimalizowanie lęku przed lekarzem i badaniem, ukazującą potrzebę wizyty w gabinecie lekarskim [22,23,24,25];
5. Poproszono rodziców o wypełnienie ankiety i ocenę nasilenia lęku ich dziecka przed lekarzem, opisanie zachowania i stanu psychicznego dziecka związanego z badaniem medycznym;
6. Zapytano przedszkolaków, co budzi w nich strach lub opór w kontakcie z lekarzem i jak starają się sobie z tym poradzić.

Badanie grupy kontrolnej objęło tylko pkt. 1, 2 i 5.

Etap I trwał ok. 5 dni i zakończył się na tydzień przed właściwą akcją (wizytą w „szpitalu” TBH).

ETAP II. W czasie wizyty w „szpitalu” TBH:

1. Proszono dzieci, aby oceniły stan emocjonalny swoich zabawek tuż przed wizytą u lekarza i chwilę po niej;
2. Obserwowano zachowanie dzieci w poczekalni i gabinecie, w skrajnych przypadkach okazywanych negatywnych emocji interweniowano;
3. Pytano, co dolega podopiecznemu i czy badanym podoba się akcja;
4. Umożliwiano dzieciom wcielenie się w rolę nie tylko rodzica, ale także lekarza, pozwalano posłuchać bicia serca, posługiwać się różnymi przyrządami medycznymi, asystować w operacjach i zabiegach (zabawa tematyczna stero-

wana), zapoznano je także z działaniem takich urządzeń jak EKG, USG, RTG;

5. Poproszono studentów medycyny o ocenę współpracy oraz niepokoju badanych.

Etap II trwał jeden dzień. Do następnego etapu przystąpiono po ok. 8-9 miesiącach.

ETAP III. Po przeprowadzeniu akcji:

1. Zaprezentowano przyrządy lekarskie i denty-
styczne oraz zbadano za pomocą skali Wonga
emocje, jakie budzą u badanych;
2. Zapytano dzieci, co myślą o akcji, o wspo-
mnienia, o to, czego nowego nauczyły się;
3. Przeprowadzono ankietę wśród wychowaw-
ców dzieci uczestniczących w projekcie na te-
mat jego skuteczności i postawy studentów
względem przedszkolaków.

Grupę kontrolną objęły pkt. 1 i 2.

Etap III zakończył procedurę badania sku-
teczności akcji TBH.

2.2. Skala Wonga

2.2.1. Charakterystyka metody

Skala numeryczno-obrazowa Wonga została użyta czterokrotnie:

- 1) na około tydzień przed wizytą w „szpitalu”,
kiedy to posłużyła do ocenienia lęku i nasta-
wienia dzieci wobec poszczególnych elemen-
tów wyposażenia gabinetu i postaci lekarza;
- 2) w czasie finału akcji, tuż przed wejściem do
gabinetu lekarskiego, co pozwoliło na oszaco-
wanie napięcia w realnej sytuacji oczekiwania
na wizytę;
- 3) w czasie finału akcji, tuż po wyjściu dziecka
z gabinetu, co umożliwiała bezpośrednie zba-
danie satysfakcji dziecka z odbytej wizyty
w „gabinecie”;
- 4) po upływie 8-9 miesięcy po wizycie w „szpita-
lu”, co dało możliwość poznania skutków dłu-
goterminowych akcji.

2.2.2. Przebieg badania

Zastosowanie skali Wonga jest bardzo szybkie i proste oraz pozwala na niemal natychmiastowe uzyskanie wyników. Równocześnie skala jest dość klarowna dla dzieci w wieku przedszkolnym (do-
datkowe omówienie z dziećmi przed przystąpie-
niem do badania emocji przedstawionych na ob-
razkach pozwoliło na uzyskanie pewności, że
przedszkolaki rozumieją i rozróżniają prawidłowo
stany wyrażone za pomocą rysunków).

W badaniach na około tydzień czasu przed
finałem, jak i po nim pytano dzieci o wizerunek
lekarza i emocje, jakie odczuwają w związku
z pewnymi akcesoriami powszechnie używanymi
w gabinecie lekarskim, jednocześnie je demon-

strując. Po każdym pytaniu dzieci miały za zadanie wybrać rysunek twarzy przedstawiający emocje najbardziej zbliżone do odczuwanych przez siebie, a następnie wskazać go poprzez ustawienie się obok niego (ryciny zostały porożkładane w sali, a dzieci mogły swobodnie się między nimi przemieszczać, co nie powodowało potencjalnej faworyzacji żadnej z możliwości).

W badaniach przeprowadzonych bezpośrednio podczas finału przedszkolakom pokazywano karton z wydrukowanymi w rzędzie wszystkimi twarzami prezentowanymi w skali Wonga i proszono o odpowiedzenie na pytanie „Jak myślisz, jak czuje się teraz Twój miś”? Dzięki temu, że dzieci silnie utożsamiają się z przypisaną im rolą i jednocześnie w tym wieku zdolne są już do wczuwania się w psychikę innych osób [26], przenoszą swoje emocje, kojarzone przeżycia związane ze swoimi uprzednimi doświadczeniami

na „odczucia” pluszaków. Toteż deklarowane przez dzieci uczucia zabawek są, w gruncie rzeczy, ich własnymi odczuciami, wspomnieniami, obawami. Tak postawione zapytanie pozwoliło zatem na uzyskanie informacji o stanie psychofizycznym dziecka towarzyszącemu wizycie u lekarza i poznanie nowych skojarzeń. Jednocześnie, pytanie o ich samopoczucie zadane nie wprost pozwoliło uniknąć uruchomienia mechanizmów obronnych i zezwoliło na poznanie prawdziwego nastroju i emocji badanych, niehamowanych np. wstydem.

2.2.3. Wyniki

Wyniki sprzed finału akcji (tab. 1 i 2) nie wykazują istotnego statystycznie (mierzonego testem chi-kwadrat) zróżnicowania między grupą eksperymentalną a kontrolną.

Tab. 1. Nastawienie do postaci lekarza i procedury badania przed akcją w grupie badanej i kontrolnej

Punkty na skali Wonga	Grupa badana		Grupa kontrolna	
	Liczba wskazań	Wartość procentowa	Liczba wskazań	Wartość procentowa
Samopoczucie dziecka podczas wizyty u lekarza²				
0	99	46	75	42
1	37	17	32	18
2	24	11	21	12
3	27	13	22	12
4	13	6	15	8
5	15	7	13	7
Samopoczucie dziecka podczas wizyty u dentysty				
0	92	43	68	38
1	31	14	28	16
2	25	12	23	13
3	25	12	21	12
4	21	10	19	11
5	21	10	19	11
Nastawienie dziecka do osoby w białym fartuchu				
0	89	41	70	39
1	45	21	36	20
2	47	22	38	21
3	11	5	11	6
4	13	6	12	7
5	10	5	10	6
Nastój dziecka związany z procedurą badania medycznego				
0	79	37	64	36
1	42	20	29	16
2	29	13	26	15
3	21	10	22	12
4	20	9	18	10
5	24	11	19	11

² Ze względu na czytelność diagramów i tabel w dalszej części pracy przyjęto następujące odpowiedniki etykiet: samopoczucie dziecka podczas wizyty u lekarza-samopoczucie u lekarza, samopoczucie dziecka podczas wizyty u dentysty-samopoczucie u dentysty, nastawienie dziecka do osoby w białym fartuchu-osoba w białym fartuchu, nastrój dziecka związany z procedurą badania medycznego-procedura badania, nastrój dziecka związany z borowaniem-borowanie, nastrój dziecka związany z wykonywaniem zastrzyku-zastrzyk.

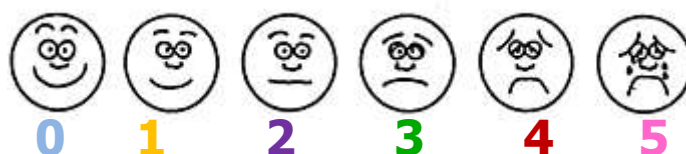
Tab. 2. Nastawienie do postaci lekarza i procedury badania przed akcją w grupie badanej i kontrolnej

Punkty na skali Wonga	Grupa badana		Grupa kontrolna	
	Liczba wskazań	Wartość procentowa	Liczba wskazań	Wartość procentowa
Nastrój dziecka związany z "borowaniem"				
0	91	42	70	39
1	33	15	28	16
2	28	13	25	14
3	19	9	17	10
4	21	10	18	10
5	23	11	20	11
Nastrój dziecka związany z wykonywaniem zastrzyku				
0	73	34	48	27
1	21	10	21	12
2	18	8	36	20
3	32	15	17	10
4	13	6	11	6
5	58	27	45	25

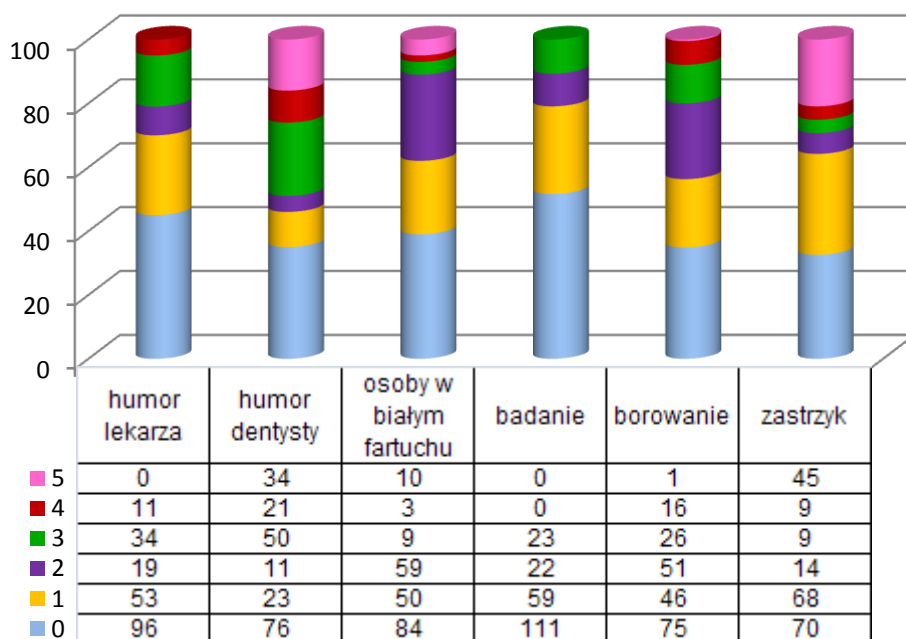
Natomiast wyniki po finale akcji (ryc.1-4)² wykazują znaczne zróżnicowanie, zarówno w obrębie grupy badanej, jak i między grupami. Istotnej statystycznie różnicy nie stwierdzono jedynie w przypadku prezentacji dzieciom osoby

w białym fartuchu (stało się tak zapewne, dlatego że wskaźniki niepokoju w wypadku tego czynnika były jeszcze przed akcją stosunkowo niewysokie) oraz w przypadku borowania, którego wskaźniki spadły w obu grupach (badanej i kontrolnej).

* kolory zastosowane na poniższych wykresach są zgodne z przedstawionym oznaczeniem w skali Wonga

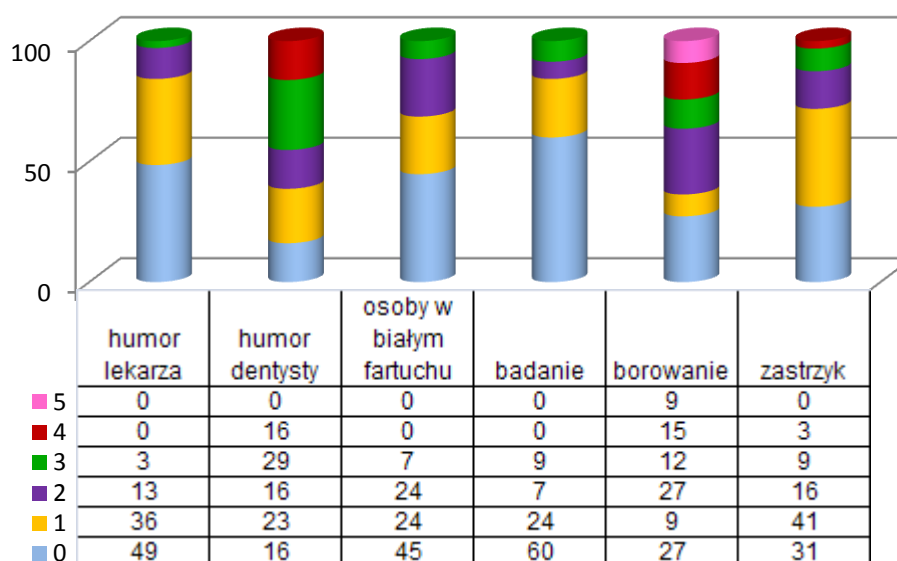


Ryc. 1. Grupa badana po akcji

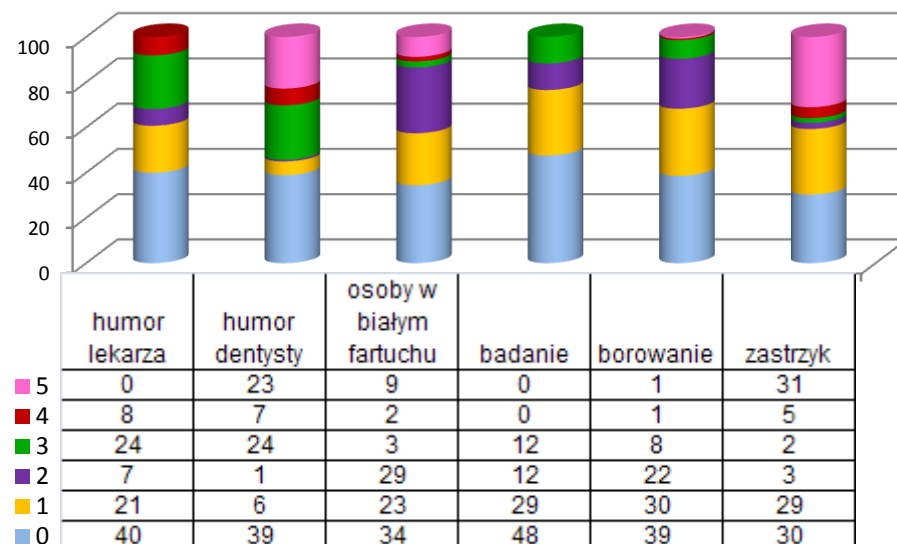


²Podczas badań po finale akcji grupa badana została rozbita na dwie podgrupy: 1. z podtrzymywaną stymulacją-dzieci od akcji do momentu powtórnego badania obracały się w tematyce medycznej, wykraczającej poza obszar codziennego, naturalnego kontaktu z nią, tzn. stworzyły kącik medyczny, bawiły się w „Szpital” itp.; 2. bez podtrzymywanej stymulacji-dzieci po akcji stykały się z tematyką medyczną jedynie w stopniu wynikającym z ich naturalnej aktywności w tym zakresie. Stąd ryc. 1 przedstawia dane ogółem dla grupy badanej, ryc. 2 dla podgrupy 1., ryc. 3- dla podgrupy 2.

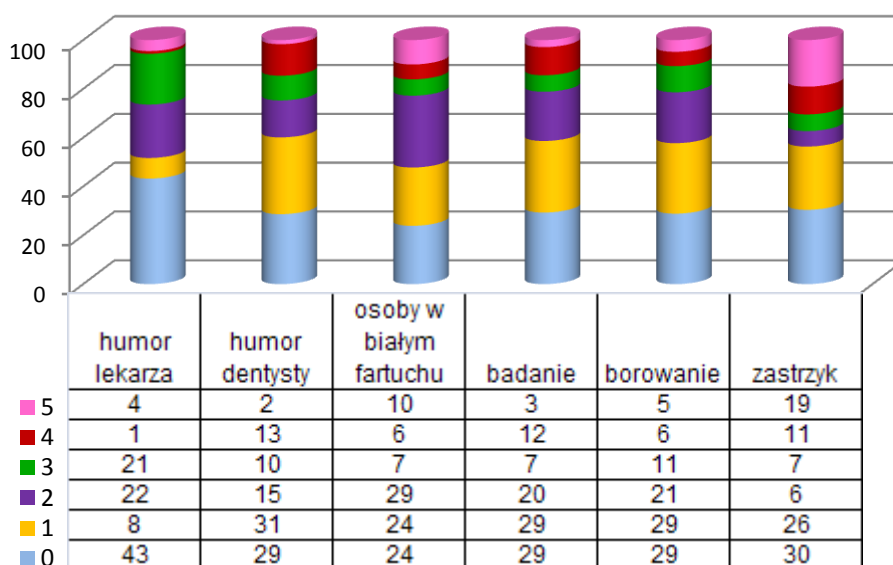
Ryc.2. Badanie po akcji z podtrzymywaną stymulacją



Ryc. 3. Badanie po akcji bez dodatkowej stymulacji



Ryc. 4. Grupa kontrolna – badanie 8 – 9 miesięcy po akcji



Analiza powyższych zestawień pozwala dość do wniosku, że akcja TBH przyniosła znaczną poprawę. Przede wszystkim warto zauważyć, że wśród niektórych badanych zmiennych obrazki przedstawiające najsmutniejsze wyrazy twarzy (płacz i rozżalenie) po akcji w ogóle nie zostały wskazane przez dzieci.

Szczególnie pozytywne rezultaty uzyskano, gdy po akcji prowadzono aktywność promedyczną (zwiększona częstotliwość zabawy w „Szpital”, stworzenie w przedszkolu kącika medycznego itp.). Trzeba podkreślić także, że poprawa ta nie jest zasługą innych zmian³ (np. w sferze polityki prozdrowotnej), gdyż w grupie kontrolnej nie odnotowano znaczących zmian (zarówno in plus, jak i in minus).

Warto zauważyć, że zmiana nastroju i samopoczucia „pacjentów”, według opinii przedszkolaków, dokonała się zaraz po opuszczeniu gabinetu lekarskiego i w stosunku do sytuacji bezpośrednio sprzed wizyty przedstawiała się następująco:

- aż 85% (183 osoby) zauważyły poprawę stanu zdrowia „podopiecznego” (ponad 87% - 187 osób o 3 punkty w skali 6-stopniowej, często ze smutnej, na bardzo radosną);
- 5% (11) opiekunów pluszaków w ogóle nie zauważyło zmian (w tym ok. 95% pozostawało nadal w dobrym nastroju);
- jedynie 10% (21) dzieci zauważyło pogorszenie samopoczucia swoich przytulank (w tym ponad 50% (11) w zakresie jednego punktu, głównie między miną 1 i 2, tzn. bardzo szczęśliwą a zadowoloną, co może wskazywać na słabe różnicowanie, gdyż sam typ emocji nie uległ zmianie).

Powyższe zmiany mogą wskazywać na fakt, iż badani, dzięki miłemu traktowaniu, zaangażowaniu ze strony studentów medycyny, ich cierpliwości oraz możliwości samodzielnego zgłębienia podstawowych tajników działania niektórych urządzeń medycznych, przekonali się, iż w istocie, wizyta u lekarza może oznaczać ciekawe doświadczenie, przynieść ulgę i uśmierzyć ból, rozwiązać wiele problemów i rozwiązać wątpliwości, a nie dostarczać jedynie przykrych przeżyć.

2.3. Swobodne wypowiedzi (historyjki) układane do obrazków o tematyce medycznej, pogłębione wywiadem psychologicznym

2.3.1. Charakterystyka metody

Badanie polegało na pokazywaniu dzieciom obrazka, na którym przedstawiony był gabinet

lekarski. Na rycinie występują cztery osoby: lekarz bandażujący nogę siedzącej na łóżku szpitalnym dziewczynce, pielęgniarka i mama poszkodowanej. Z prawej strony znajdowało się biurko, na którym stał kubek ze szpatułkami i leżały recepty. Obok stała apteczka z lekami oraz tablica do badania wzroku. Personel medyczny ubrany jest w typowy dla siebie strój. Lekarz wyposażony jest w stetoskop i latarkę.

Po analizie sytuacji przedstawionej na rysunku, dzieci mogły swobodnie opowiadać o swoich przeżyciach związanych ze służbą zdrowia. Prowadzący badanie jedynie przytakiwał, nie ingerując w treść skojarzeń i wypowiedzi.

2.3.2. Procedura badania

Badanie przeprowadzano zarówno indywidualnie, jak i grupowo. Podczas badania indywidualnego dziecko siedziało wygodnie i słuchało instrukcji prowadzącego badanie, po czym układało historyjkę i opowiadało o swoich doświadczeniach. Badanie nie miało ograniczenia czasowego.

W badaniach grupowych dzieci również nie ograniczano ani czasowo ani np. przez zgłaszanie się. Robiono wszystko, by badani czuli się maksymalnie swobodnie. Przedszkolaki mogły uzupełniać treść wypowiedzi kolegów bądź tworzyć własne (często znacznie odbiegające nawet od kontekstu).

2.3.3. Analiza jakościowa i interpretacja opowiadań dzieci

Wypowiedzi dzieci analizowano w następujących zakresach tematycznych:

1. bohater opowiadania (postać, z którą dziecko się identyfikuje)

Badani w przeważającej mierze (173 spośród 250 osób) utożsamiali się z postacią chorej dziewczynki, bardzo jej współczuli, próbowali wyrazić i nazwać emocje, które może odczuwać poszkodowana.

2. potrzeby bohatera

Dzieci mówiły przede wszystkim o niemiłych doświadczeniach związanych z bólem, cierpieniem, niepewnością, stratą kogoś bliskiego. Najczęściej pojawiające się w wypowiedziach potrzeby dzieci związane z wizytą u lekarza, to:

- potrzeba urozmaicenia, uniknięcia nudy (161)⁴,
- potrzeba wsparcia ze strony kogoś bliskiego (głównie mamy), stała jego obecność podczas badania (120),
- potrzeba zainteresowania ze strony lekarza, poczucie bycia indywidualną, ważną jed-

³ Wyjątek stanowi tu aspekt dotyczący borowania, którego wskaźniki mogły ulec poprawie ze względu na inne, nie związane bezpośrednio z akcją TBH, czynniki, np. prowadzoną równocześnie na terenie całej Polski akcją „Przyjazny Dentysta”.

⁴ Liczby w nawiasie oznaczają liczbę wskazań wśród 215 badanych dzieci.

nostką (pochwała, nagroda ze strony lekarza za dobre sprawowanie się, wykonywanie poleceń, oczekiwanie, by lekarz był: miły, sympatyczny, życzliwy, uśmiechnięty, delikatny i informował na bieżąco, co będzie robił oraz o niemiłych konsekwencjach zabiegów, chęć, by lekarz po badaniu przytulił, pogłaskał, powiedział wierszyk) (143).

3. Stosowanie przez dzieci terminologii medycznej w następujących zakresach tematycznych⁵:

- Znajomość nazw leków:
syrop, Flegamina, tabletki, czopki, Rutinoscorbin, witamina C, Vibowit, szczepionka, woda utleniona.
- Znajomość nazw przyrządów medycznych i ich zastosowań:
patyczek do gardła, gaza, wata, bandaż/bandażowanie, plaster, lampka do ucha i gardła, opatrzenie rany, USG, prześwietlenie, gips, skalpel (nóż do krojenia brzucha), szycie rany, lusterko, lupa, słuchawki do słuchania bicia serca.
- Znajomość nazw schorzeń:
ospa, odra, katar, kaszel, przeziębienie, świnka, ból głowy, ucha, czerwone gardło, angina, zawał, zapalenie płuc, grypa, różyczka.

4. Metoda ta pozwoliła także na poznanie przyczyn lęku dzieci i źródeł obrony przed nim [27].

Dzieci odczuwały głównie lęk przed⁶:

- bólem związanym z zabiegami,
- nieprzyjemnym odczuciem zimna przy badaniu stereoskopem,
- przepisaniem niesmacznych leków,
- zbyt głębokim wsadzeniem patyczka lub za mocnym przyciśnięciem nim języka,
- lekarzem nie informującym o tym co robi, małym, ponurym, nieprzyjemnym,
- niepewnością,
- nudą,
- niedelikatnym, przedmiotowym traktowaniem ze strony lekarza.

Formy obrony przed lękiem stosowane przez dzieci:

- bierność (88 osób),
- płacz (95 osób),
- ucieczka z gabinetu (47 osób),
- szukanie wsparcia bądź schronienia u mamy (120 osób),
- płucie (22 osób),
- kopanie (50 osób).

⁵W tej części nie zliczano konkretnej ilości odpowiedzi, a notowano jedynie te, które padały relatywnie często (powyżej 5 razy).

⁶Nie notowano wskaźników ilościowych wskazanych odpowiedzi, gdyż ta część miała charakter „burzy mózgów”

Wnioski

Dzieci są zorientowane w podstawowej terminologii medycznej. Znają wiele nazw chorób, dolegliwości, sprzętu lekarskiego i leków. Boją się zaś przede wszystkim cierpienia, samotności, nieprzyjemnych konsekwencji choroby, przedmiotowego traktowania i niepewności.

2.4. Zabawa tematyczna

2.4.1. Charakterystyka metody

Badanie miało charakter grupowy. Zadaniem dzieci było zaaranżowanie szpitala i wcielenie się w role osób z personelu medycznego bądź pacjentów. Dzieci wybierały swobodnie role, które wydawały się im najbardziej atrakcyjne. Każde z nich dostawało następnie charakterystyczne stroje i przedmioty, pomagające im w odegraniu wybranej postaci (np. lekarz – stetoskop, kitel; pielęgniarka – czepek, fartuch). Prowadzący i wychowawcy, wraz z rozwojem zabawy, stopniowo ograniczali interwencję w niej, by ostatecznie całkiem jej zaprzestać i ograniczyć się jedynie do przyglądania się rozwojowi sytuacji.

Obserwacje w trakcie zabawy dotyczyły:

- wyboru określonej roli i sposobu jej odgrywania,
- odtwarzania sytuacji badania, hospitalizacji, leczenia, zabiegów,
- umiejętności posługiwania się rekwizytami charakterystycznymi dla personelu medycznego,
- stosowania terminologii medycznej (nazwy chorób, narzędzi medycznych, leków).

2.4.2. Analiza jakościowa

Wybierane role:

Zdecydowanie największym powodzeniem cieszyła się rola lekarza. Dzieci (zarówno chłopcy, jak i dziewczynki) rzadko wybierały rolę pielęgniarek. Przedszkolaki wołały zostać opiekunami lub pacjentkami.

Dzieci nie rozróżniały specjalizacji medycznych – nie wiedziały, do lekarza o jakiej specjalizacji skierować pacjenta. Wszystkie wykonywały te same czynności – bandażowały kończyny, robiły zastrzyki, podawały leki itp. Jedynie specyfika zawodu dentysty została zauważona i wykorzystana w zabawie.

Dzieci nie stosowały także podziału przestrzeni. Badanie odbywało się w miejscu, gdzie akurat spotkał się „pacjent” z „lekarzem”. Trudno było zaobserwować, gdzie znajduje się gabinet lekarski, rozpowszechniona była forma wędrowania, której towarzyszyła częsta zmiana ról. Warto zauważyć także, że to personel medyczny wyszukiwał pacjentów, a nie odwrotnie. W poczekalni dzieci prowadziły ożywioną dyskusję, jednak nie na tematy związane z szpitalem, badaniem czy

dolegliwościami podopiecznych. Często kręciły się i wychodziły znużone przed odbyciem wizyty.

Najczęstsze schorzenia, wymieniane zarówno podczas zabawy tematycznej, rozmowy, jak i podczas finału akcji, to: rak, zapalenie płuc, ucha, ból głowy, brzucha, gardła, ospa, grypa, angina, katar. Nagminne były także przypadki złamań kończyn i skaleczeń, wysoka temperatura.

Warto nadmienić, iż dzieci dobrze potrafiły odtworzyć zabieg opatrywania ran. Wiedziały co i w jakiej kolejności należy zrobić, tzn. najpierw dezynfekowały, kładły wacik, bandażowały. Zabiegi te w przeważającej mierze dotyczyły kończyn i były atrakcyjne dla wszystkich badanych (często wykonywali je odgrywający rolę rodziców).

Jeżeli chodzi o narzędzia i rekwizyty lekarskie, to dzieci bez zastrzeżeń posługiwały się takimi przyrządami, jak: stetoskop, szpatułka, lusterko i haczyk dentystyczny, skalpel, strzykawka. Zapytane, potrafiły także określić przydatność tych narzędzi. Część z nich wiedziała również do czego służy USG, gips, ciśnieniomierz (w przeważającej mierze dzieci nie знаły jednak tych aparatów bądź materiałów z autopsji, a dzięki doświadczeniom rodzeństwa bądź dziadków, o których chorobach dość szczegółowo opowiadały nawet nie pytane).

Co zaś tyczy się języka używanego przez dzieci, to używały takich sformułowań jak: „następny proszę”, „proszę się położyć”, „proszę pokazać gardło” itp. Lekarz nie pytał jednak, co dolega choremu, jakie są objawy choroby, jak długo trwają dolegliwości. Dzieci nie dostrzegały roli wywiadu jako istotnego elementu badania. Podczas wizyty w „Szpitalu Pluszowego Misia” często miały problem z przedstawieniem konkretnych symptomów choroby, raczej od razu podawały jej nazwę.

Dość powszechne było także wykonywanie operacji chirurgicznych, a odgrywający rolę chirurgów często przejawiali oznaki agresji. Pojawiały się takie hasła jak: „Odrąbię Ci głowę”, „Agresja, śmierć, śmierć!”.

Ponadto dało się zaobserwować, że:

- dzieci były wyraźnie zainteresowane wynikami badań podopiecznych, ale zdarzało się, że nie chciały brać udziału w zabiegach (prawdopodobny strach przed patrzeniem na cierpienie, choć bardzo chciały, by np. psycholog obecny na sali patrzył, czy wszystko w porządku),
- niektóre dzieci (4 osoby) bardzo bały się nawet podczas zabawy. Płakały i broniły się przed wizytą, nawet wiedząc, że nie będą badane. Szczególnie dało się to zaobserwować podczas finału akcji.

2.4.3. Wnioski

Zebrane wyniki pozwalają na sformułowanie kilku wniosków:

- dzieci mają ogólną wiedzę na temat czynności wykonywanych przez personel medyczny, funkcjonowania szpitala, przyrządów i języka używanych przez lekarzy. Jest to jednak wiedza niekompletna, sprowadzająca się do podstawowych, prezentowanych w np. w filmach czynności. Wynika to prawdopodobnie z małego doświadczenia dzieci w dziedzinie opieki medycznej i z tego, że w wielu przypadkach badani przyzwyczajeni byli do wizyt domowych. Podczas wywiadu bowiem wiele dzieci twierdziło, iż nigdy nie było u lekarza, po czym tłumaczyły, iż to pan doktor przychodzi do pacjenta.
- dzieci znają i potrafią odtworzyć niektóre, głównie proste i powszechne, zabiegi medyczne (przede wszystkim te, z którymi mają do czynienia w życiu codziennym, jak przemywanie ran, ich opatrywanie), znają wiele nazw chorób i dolegliwości szczególnie osób starszych;
- dzieci skupiają się na głównych, popularnych czynnościach wykonywanych przez personel medyczny. Zdecydowanie pomijają takie czynności, jak wywiad i dostarczenie wsparcia psychicznego. Nie okazywały także współczucia, zainteresowania problemami chorego, empatii, pomijały aspekt emocji towarzyszących cierpieniu. Wytłumaczyć można to faktem, iż dzieci w tym wieku unikają myślenia o bólu i cierpieniu, co stanowi dla nich sposób ochrony przed złem i tym, że badani stosunkowo rzadko uczestniczyli w procesie hospitalizacji.

3. Analiza wyników ankiet

3.1. Analiza ankiet studentów

Każdy student bezpośrednio po przyjęciu w gabinecie „pacjenta” wypełniał ankietę na temat chęci danego dziecka do współpracy oraz poziomu okazywanego przez przedszkolaka zainteresowania i lęku związanego z sytuacją wizyty lekarskiej. Dzięki temu jesteśmy w stanie ocenić faktyczny, choć, niewątpliwie, subiektywnie postrzegany, stosunek dzieci do personelu medycznego. Wyniki przedstawia tabela 3.

Podsumowując, studenci uznali, iż dzieci były zainteresowane akcją i tym, co działo się podczas wizyty w gabinecie. Ocenili także pozytywnie nastawienie przedszkolaków do swojej osoby i aktu badania. Lęk uznany został za niewielki, a chęć współpracy w przeważającej mierze za wysoką.

Fakt ten świadczyć może na korzyść środowiska lekarskiego. Przemawia bowiem za tym, iż przyszli lekarze potrafią rozmawiać z dziećmi i postępować tak, by nie wzbudzać u nich niepotrzebnego lęku (co wskazywałoby na mit lęku przed lekarzem). Jednak, analizując wcześniejsze wypowiedzi przedszkolaków i wyniki badań

Tab. 3. Zachowanie podczas wizyty w „gabiniecie lekarskim”

	Liczba wskazań	Wartość procentowa
Współpraca		
Chętnie	131	54
Dość chętnie	87	36
Niechętnie	22	9
Zdecydowanie niechętnie	2	1
Nastawienie		
Zdecydowanie pozytywne	85	35
Pozytywne	116	48
Obojętne	29	12
Negatywne	10	4
Zdecydowanie negatywne	2	1
Zainteresowanie		
Bardzo duże	43	18
Duże	104	43
Umiarkowane	80	33
Małe	15	6
Brak	0	0
Lęk		
Nie boi się wcale	99	41
Obawia się tylko trochę	102	42
Boi się trochę	34	14
Boi się	5	2
Bardzo się boi	2	1

sprzed akcji, należałoby raczej przypuszczać, że to studenci, dzięki swojemu podejściu i cierpliwości, potrafili zmobilizować dzieci do współpracy; a poprzez demonstrację różnych przyrządów i możliwość samodzielnego przeprowadzenia „badań”, rozbudzili zainteresowanie i ciekawość, pokazując jednocześnie, że wizyta w gabinecie

wcale nie musi oznaczać kary i bólu. Przypuszczalnie, tym samym, u dzieci nastąpiła redukcja lęku i wzrost zaangażowania.

3.2. Analiza ankiet rodziców

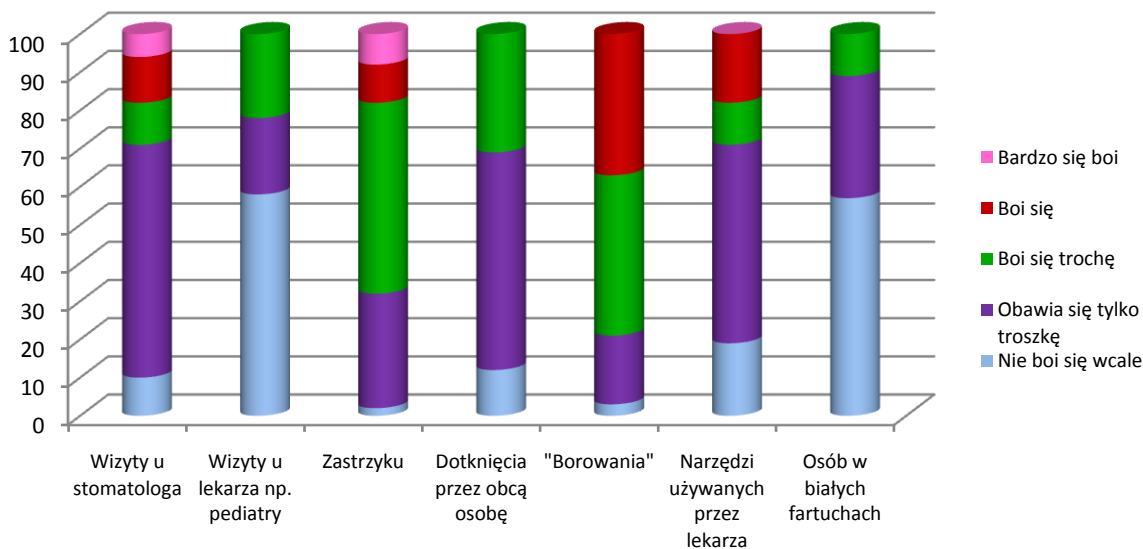
W celu oszacowania faktycznego lęku dzieci przed wizytą u lekarza poproszono rodziców przed-szkolaków biorących udział w akcji o wypowiedzenie swojej opinii na ten temat. Rodzice dostali ankietę z prośbą o zakreślenie wariantu odpowiadaj-cemu poziomowi lęku u dzieci, wskazanie objawów występujących u dziecka bezpośrednio przed lub podczas badania oraz odpowiedzenie na temat po-staw lekarzy prowadzących dziecko (ryc. 5.).

Rodzice uznali, że ich dzieci raczej nie boją się lekarzy, z wyjątkiem stomatologów, którzy kojarze-ni są w wielu przypadkach negatywnie. Prawdopo-dobnie związane jest to z bólem podczas borowania, którego wiele dzieci się obawia. Wyraźny lęk po-woduje także zastrzyk, kojarzony przez dzieci z nieprzyjemnym ukłuciem. Personel medyczny generalnie uznano za miły, otwarty i chętny do współpracy, sporadycznie kwestionowano przygo-towanie merytoryczne lekarzy, a w kilku przypad-kach podkreślano także nieprzygotowanie persone-lu do pracy z dzieckiem.

Do najczęściej wymienianych przez opieku-nów form okazywania negatywnych emocji związa-nych z wizytą w gabinecie lekarskim należy zali-czyć: płacz, lęk i strach, kurczowe trzymanie się rodzica, niepokój, sprzeciw, panikę.

Pozytywne jest to, że rodzice dostrzegają po-trzebę przygotowania dziecka na to, co może zda-rzyć się podczas wizyty, towarzyszą mu w gabinecie lekarskim, a także fakt, że wiele dzieci nigdy nie było poważniej chorych, nie zna też borowania, a do lekarza głównie chodzi w celach kontrolnych.

Ryc. 5. Opinie rodziców dotyczące lęku ich dzieci przed lekarzem



Świadczy to o dużej świadomości prozdrowotnej tej grupy społecznej.

4. Implikacje praktyczne i wnioski końcowe

Materiał zebrany podczas badań, jak i podczas finału akcji pozwolił na:

- poznanie faktycznego stanu lęku przed lekarzem i możliwości radzenia sobie z nim u dzieci w wieku przedszkolnym, jak i ogólnej wiedzy przedszkolaków w zakresie zachowań prozdrowotnych, służby zdrowia, terminologii medycznej;
- bieżącą modyfikację zachowania studentów na bardziej adekwatne i uspokajające oraz przygotowanie przyszłych lekarzy do pracy z małymi pacjentami;
- konstrukcje pogadanek dla dzieci.

Uzyskane wyniki pozwalają uznać projekt Teddy Bear Hospital za skuteczną formę redukcji obaw związanych z zabiegami medycznymi, której pozytywne skutki utrzymują się przez względnie długi okres czasu (co najmniej trzy kwartały).

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Lęk. Warszawa; Sagittarius: 1995.
2. Klichowski L. Lęk, strach, panika : przyczyny i zapobieganie. Poznań; Printer: 1994.
3. Klichowski L. Wszystko o lęku : przyczyny i zapobieganie. Kielce; Jedność: 2002.
4. Maslow A. H. W stronę psychologii istnienia. Poznań; REBIS: 2004.
5. Sitarczyk M. Lęk tworzy czy niszczy? Język Polski w Szkole-Gimnazjum. 1999; 2: 98-101.
6. Smith K., Cowie H. Blades H. Understanding Children`s Development. Oxford; Blackwell: 1999.
7. Turner J.S., Helms D.B. Rozwój człowieka. Warszawa; WSIP: 1999.
8. Bemis J., Barrada A. Oswoić lęk. Gdańsk; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne: 2001.
9. Jarosz M. Psychologia lekarska. Warszawa; PZWL: 1978.
10. Dobrzańska B. Przyczyny przeżywania strachu. Życie Szkoły, 1997; 4: 250-251.
11. Pochwicz T. Lęk u dziecka. Warszawa; PZWL: 1985.
12. Burtowy M. Lęk w opinii dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Nauczyciel i Szkoła, 2000; 1: 83-87.
13. Shaw M.A. Dziecięce lęki: o wychowaniu dziecka w świecie, który napawa je lękiem. Poznań; Moderski i S-ka: 1999.
14. Soroka A. Sytuacje lękowe w życiu dzieci sześciolatków. Nauczyciel i Szkoła, 2000; 1: 88-94.
15. Zaborowski Z. Wstęp do metodologii badań pedagogicznych. Wrocław; Ossolineum: 1973.
16. Arndt M. red. Didaktische Spiele für Kindergarten- Spiel- und Lernnachmittage. Ganztägige Bildung und Erziehung in der Unterstufe - Familie. Berlin; Volk und Wissen: 1969.
17. Okoń W. Zabawa a rzeczywistość. Warszawa; WSIP: 1987.
18. Brzezińska A. Społeczna psychologia rozwoju (t.3). Warszawa; SCHOLAR: 2004.
19. Matczak A. Style poznawcze. Rola indywidualnych preferencji. Warszawa; PWN: 1982.
20. Piszczek M. Terapia zabawą. Terapia przez sztukę. Jarogniewie; SPiSDPS: 1998.
21. Tyszkowa M. Zabawa dziecka: symbolizacja, poznanie, autokomunikacja. Kwartalnik Pedagogiczny, 1988; 3-4.
22. Keyserlingk L. Opowieści przeciwko lękom. Kielce; Jedność: 2000.
23. Molicka M. Uwarunkowania lęku u dzieci. Grupa i Zabawa, 1999; 2: 6-12.
24. Molicka M. Bajkoterapia: o lękach dzieci i nowej metodzie terapii. Poznań; Media Rodzina: 2002.
25. Meyer-Glitza E. Jakub pogromca strachu: terapeutyczne opowiadania dla dzieci przeżywających lęki. Kielce; Jedność: 2001.
26. Harwas-Napierała B., Trempała J. Psychologia rozwoju człowieka (t.2). Warszawa; PWN: 2000.
27. Seul S. Zmaganie się dziecka ze stresem. Edukacja i Dialog, 1999; 4: 20-26.

Adres do korespondencji:

kjanikowska@gmail.com