

HANNA KUBIAK

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza  
w Poznaniu*

KATARZYNA MAZUR-MELEWSKA, MAGDALENA FIGLEROWICZ,  
WOJCIECH SŁUŻEWSKI

*Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu*

## **RADZENIE SOBIE Z SYTUACJAMI TRUDNYMI PRZEZ MŁODZIEŻ Z HBV**

**ABSTRACT.** Kubiak Hanna, Mazur-Melewska Katarzyna, Figlerowicz Magdalena, Służewski Wojciech, *Radzenie sobie z sytuacjami trudnymi przez młodzież z HBV* [Competence in coping with difficult situations in adolescents with HPV]. *Studia Edukacyjne* nr 21, 2012, Poznań 2012, pp. 263-277. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2485-3. ISSN 1233-6688

Infections with HBV are widespread in most countries. There has been minimal focus on coping with chronic HBV infection in adolescents, however symptoms of the disease, troublesome treatment and risk of future complications put the patients in difficult position. In this report we examine whether optimism is involved in mediating methods of coping with difficult situations connected with HBV infection affecting adolescents. There were no differences between the level of optimism and level of happiness in the studied group of young people with the chronic disease and the healthy group were noticed. Optimism changes the way of coping with HPV. The occurrence of HBV in young people does not disturb their choices of the methods of coping with life difficulties. Optimism is a moderator in the course of action taken in difficult situations, including a disease.

**Key words:** HBV, adolescence, optimism, coping

Zapalenie wątroby wywołane wirusem typu B (HBV – *hepatitis B virus*) jest szeroko rozpowszechnioną chorobą, która w świecie powoduje blisko 1 milion zgonów osób rocznie. Stanowi ono jeden z największych problemów zdrowotnych na świecie, gdyż jest dziesiątą przyczyną śmiertelności ludzi dorosłych. W Polsce liczbę zakażonych wirusem HBV ocenia się na 320 tysięcy osób. Znaczna większość z nich uległa zakażeniu HBV w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku. W związku z wprowadzeniem obowiązkowych szczepień ochronnych, liczba nowo zakażonych dynamicznie się zmniejsza. Według danych PZH, w 2009 roku zakażeniu

uległo 1475 osób<sup>1</sup>. W tej grupie znikomy procent stanowią osoby przed dwudziestym rokiem życia. Nadal jednak pod opieką lekarską pozostaje znaczna liczba pacjentów, u których podczas przebiegu zakażenia HBV rozwinęło się przewlekłe zapalenie wątroby. Wśród tych osób szczególną grupę stanowią pacjenci młodociani, wkraczający obecnie w dorosłość. Praktycznie wszyscy oni ulegli zakażeniu w okresie wczesnodziecięcym i okołoporodowym, co oznacza, że choroba trwa u nich już ponad 15 lat.

Tymczasem, wiek, w którym dochodzi do ostrego zakażenia ma decydujący wpływ na ryzyko progresji w proces przewlekły i występowanie późniejszych powikłań. U ponad 90% dzieci zakażonych w okresie okołoporodowym rozwija się przewlekłe zakażenie HBV. W przypadku zakażenia między 1. a 5. rokiem życia proces przewlekły rozwija się u 25-50% osób. Dopiero w sytuacji zachorowania dzieci starszych i młodzieży możliwość powstania przewlekłego HBV zmniejsza się do wartości 2-6% stwierdzanej u osób dorosłych. Ryzyko progresji choroby zwiększa stosowanie immunosupresji lub współistnienie chorób przewlekłych w okresie zakażenia HBV<sup>2</sup>.

Aktywny proces chorobowy u nastolatków zakażonych HBV zwiększa ryzyko rozwoju w przyszłości marskości wątroby i pierwotnego raka wątrobowokomórkowego nawet do 25%<sup>3</sup>.

Leczenie zakażenia HBV dotyczy tylko procesu przewlekłego. W terapii tej stosuje się interferon alfa, podawany drogą iniekcji oraz doustne preparaty lamiwudyny, adefowiru i entekawiru. Dwa ostatnie leki obecnie nie posiadają rejestracji w Polsce dla pacjentów pediatrycznych. Stosowana u dzieci z HBV kuracja z zastosowaniem interferonu rekombinowanego alfa-2 wymaga podawania leku trzy razy w tygodniu, drogą iniekcji podskórnych, przez minimum 6 miesięcy. Skuteczność leczenia interferonem ocenia się na około 50%<sup>4</sup>. W trakcie jego stosowania obserwuje się objawy uboczne w postaci utraty masy, łysienia, zaburzeń nastroju<sup>5</sup>.

Sposób przeżywania przez dziecko przewlekłej choroby od dawna budzi zainteresowanie psychologii pediatrycznej. Dzieci przewlekłe chore są uważane za grupę ryzyka wystąpienia psychologicznych trudności różnego rodzaju<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> M.P. Czarkowski, E. Cieleba, B. Kondej, E. Staszewska, *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2009 roku*, Warszawa 2010.

<sup>2</sup> C.J. Baker, *Choroby zakaźne u dzieci*, Warszawa 2010.

<sup>3</sup> D. Lavanchy, *Worldwide epidemiology of HBV infection, disease burden, and vaccine prevention*, *Journal of Clinical Virology*, 2005, 34 Suppl 1, s. 1-3.

<sup>4</sup> U. Shah, D. Kelly, M. Chang, T. Fujisawa, S. Heller et al., *Management of Chronic Hepatitis B in Children*, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2009, 48, s. 399-404.

<sup>5</sup> R.N. Chien, Y.F. Liaw, *Drug therapy in patients with chronic type B hepatitis*, *Journal of the Formosan Medical Association*, 1995, Jun 94, Suppl 1, s. 1-9.

<sup>6</sup> W. Pilecka, *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*, Kraków 2002.

Szczególnym okresem rozwojowym, z punktu widzenia psychologicznych konsekwencji przewlekłej choroby, jest adolescencja – czas gwałtownych zmian dokonujących się zarówno w ciele, jak i w psychice młodej osoby. W tym czasie młodzież kształtuje swoją tożsamość, poszukując odpowiedzi dotyczących własnej osoby, jej charakterystyki, odniesień do innych ludzi, szans na przyszłość<sup>7</sup>. Choroba nie zmienia potrzeb rozwojowych młodzieży, ale wpływa na możliwości ich realizowania<sup>8</sup>, co stawia młodą osobę przewlekle chorą w odmiennym położeniu w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami. Przed tą grupą młodzieży stoi zadanie rozwojowe, polegające na podjęciu wysiłku ukierunkowanego na nadaniu indywidualnego znaczenia chorobie, odnalezieniu własnej drogi jej przeżywania, podjęciu trudu samowychowywania w kontekście radzenia sobie z chorobą<sup>9</sup>.

Pomimo że ryzyko związane z przewlekłą chorobą stanowi czynnik zmieniający trajektorię rozwoju, w literaturze jest opisane<sup>10</sup>, jakkolwiek mniej wiadomo o mechanizmach związanych z tą zmianą.

Autorów niniejszej rozprawy zainteresował proces radzenia sobie adolescentów z przewlekłym zakażeniem HBV. Temat ten w literaturze jest słabo opisany, a przecież objawy choroby oraz uciążliwe leczenie i ryzyko powikłań w przyszłości stawiają pacjentów tych w sytuacji trudnej, generując tym samym konieczność podejmowania wysiłków ukierunkowanych na radzenie sobie z nią. Niski stopień jawności choroby, niejasne prognozy, stosunkowo niewielki poziom ograniczeń z nią związanych (np. w porównaniu z widoczną niepełnosprawnością), wreszcie fakt wyeliminowania nowych zachorowań, w wyniku obowiązkowych szczepień, składają się na specyfikę sytuacji młodej osoby z HBV. Doświadczają oni bowiem trudności w znalezieniu grupy odniesienia<sup>11</sup>, związanej z tym samotności, niepewności odnośnie przyszłości. Znacząca część młodych ludzi doświadczających choroby pragnie być przez innych postrzegana jako „tacy sami”, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami, jednak pragnie odmiennego od nich traktowania, uwzględniającego ich stan zdrowotny<sup>12</sup>. Pragnienie to odzwierciedla wolę włączenia się w grupę rówieśniczą, wpisania się w nią na prawach członka, co jest jedną z najistotniejszych potrzeb wieku dora-

<sup>7</sup> J. Suris P. Michaud, R. Viner, *The adolescent with a chronic condition*, Part I: *Developmental issues*, Archives of Disease in Childhood, 2004, Oct 89 (10), s. 938-942.

<sup>8</sup> S. Taylor, F. Gibson, L.S. Franck, *The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature*, Journal of Clinical Nursing, 2008, 17 (23), s. 3083-3091.

<sup>9</sup> W. Pilecka (red.), *Psychologia zdrowia i młodzieży*, Kraków 2011.

<sup>10</sup> Tamże.

<sup>11</sup> Por. W. Pilecka, *Przewlekła choroba somatyczna*.

<sup>12</sup> Powyższe badania dotyczyły adolescentów z chorobą nowotworową; R.L. Woodgate, *A different way of being in adolescent with cancer*, Cancer Nursing, 2005, 45 (4), s. 8-15.

stania<sup>13</sup>, a z drugiej strony odnosi się do konieczności wkładania większego wysiłku w działanie<sup>14</sup>.

Z literatury wynika, że istotnym czynnikiem moderującym sposób postrzegania, rozumienia i przeżywania choroby przewlekłej jest optymizm<sup>15</sup>. Rozumiany jako dyspozycja do uruchomienia pozytywnych oczekiwań na przyszłość, wpływa na styl życia osoby, skłania do uruchamiania prozdrowotnych strategii radzenia sobie z sytuacją trudną. Optymizm ujmowany jest zatem jako czynnik buforowy, wpływający na poziom zdrowia psychicznego i fizycznego<sup>16</sup>. Pozostaje on w związku z poczuciem szczęścia osoby, wyznaczając subiektywną jakość życia.

## Cel badań

Podjęte przez autorów badania dotyczą sposobów radzenia sobie z sytuacją choroby przez adolescentów z przewlekłym zakażeniem HBV w kontekście prezentowanego przez nich poziomu optymizmu. Badania dotyczyły porównania:

- poziomu optymizmu przejawianego przez adolescentów z przewlekłym zakażeniem HBV w porównaniu z młodzieżą zdrową;
- sposobów radzenia sobie ze stresem przez adolescentów z HBV w porównaniu z młodzieżą zdrową, ustalenie różnic pomiędzy płciami w zakresie stosowania strategii radzenia sobie ze stresem;
- sposobów postrzegania własnej sytuacji przez osoby z obu grup.

**Grupa badana i kontrolna.** Badaniami objęto 34 adolescentów w wieku 16-18 lat (średnia wieku: 16,92 lat) zakażonych HBV. W grupie tej znajdowało się 15 dziewcząt i 19 chłopców. Większość ankietowanych uległa zakażeniu HBV poniżej 3. roku życia. Średni czas zakażenia w grupie wynosił: 14, 93 ± 2,27 lat. U wszystkich badanych od momentu zakażenia utrzymuje się dodatni antygen HBs. W chwili badania u 7 dzieci wykazano dodatni antygen HBe. U pozostałych pacjentów w różnym czasie zakażenia doszło do eliminacji HBeAg z wytworzeniem przeciwciał anty-

<sup>13</sup> Po angielsku 1963; por. E. Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 2000.

<sup>14</sup> Badania dotyczą dzieci z astmą oskrzelową; por. H. Rhee, J. Wenzel, R.H. Steeves, *Adolescents' psychosocial experiences living with asthma: a focus group study*, National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners, 2007, 21 (2): s. 99-107.

<sup>15</sup> Por. M. Seligman, *Optymizmu można się nauczyć*, Poznań 2000; tegoż, *Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy*, [w:] *Handbook of positive psychology*, red. C.R. Snyder, S. Lopez, New York 2004; S. Taylor, D. Sherman, *Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek*, [w:] *Psychologia pozytywna w praktyce*, red. A. Linley, S. Joseph, Warszawa 2004.

<sup>16</sup> M. Mosing, B. Zietsch, S. Shekar, M. Wright, N. Martin, *Genetic and environmental influences on optimism and its relationship to mental and self. Rated health: a study of aging twins*, Behavioral Genetics, 2009, 39, s. 597-604.

HBe. 30 pacjentów otrzymało przynajmniej jedną, półroczną kurację z zastosowaniem interferonu rekombinowanego alfa-2b, podawanego drogą domięśniową. W 14 przypadkach, ze względu na brak efektu klinicznego, zakażone dzieci otrzymały drugą kurację doustną lamiwudyną. 3 osoby, ze względu na bardzo wysoki poziom HBV DNA, pomimo wcześniejszych prób leczenia, otrzymały niestandardowe leczenie z zastosowaniem adefowiru lub entekawiru. Poziom HBV DNA u ankietowanych dzieci wahał się od 0 do 1 130 000 000 kopii/ml (średnio:  $6,97 \times 10^2 \pm 2,22 \times 10^7$  kopii/ml), przy czym u 13. osób parametr ten był poniżej wykrywalności aparatury. Wszystkie dzieci znajdują się pod opieką Poradni Hepatologicznej Kliniki Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Grupę kontrolną stanowiło 30 adolescentów, w wieku 13-19 lat (średnia wieku: 15,1 lat, przy czym 12 osób miało mniej niż 16 lat). W grupie znajdowało się 17 dziewcząt i 13 chłopców. Stan zdrowia wszystkich osób z grupy kontrolnej można określić jako dobry. Badani nie przyjmowali na stałe leków i nie mieli zdiagnozowanej choroby przewlekłej. Wszystkie osoby, zarówno z grupy badanej, jak i kontrolnej, uczęszczają do szkoły. Różnica wieku pomiędzy grupą badawczą a kontrolną spowodowana była równoległym prowadzeniem badań w obu grupach, przy czym grupa kontrolna obejmowała młodzież w wieku, w którym pozostawały osoby zakażone, nie wiadomo jednak było, które konkretnie osoby zgłoszą się do badań.

## Metody badań

W badaniu zastosowano metody kwestionariuszowe, a szczegółowo:

- kwestionariusz COPE Carvera (1997), w adaptacji (do warunków polskich) Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik. Zawiera on 60 stwierdzeń, opisujących prawdopodobieństwo postępowania w sytuacji trudnej. Odnosi się do 15 strategii radzenia sobie ze stresem. Opis narzędzia, jego własności psychometryczne, instrukcja badania i normy znajdują się w zbiorze Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik (*Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*). Narzędzie to w polskiej adaptacji służy do badania osób dorosłych, jednak w oryginale stosowano je do badań adolescentów;

- zrewidowany Test Orientacji Życiowej Scheiera, Carvera, Bridgesa (1994), odnoszący się do optymizmu dyspozycyjnego, rozumianego jako cecha osobowościowa wyznaczająca pozytywne oczekiwania na przyszłość<sup>17</sup>. Narzędzie to może budzić kontrowersje odnośnie odniesień do aktualnych

<sup>17</sup> W: A. Carr, *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*, Routledge, New York 2004.

koncepcji optymizmu, jednak wybrano je z uwagi na powszechność stosowania i możliwość porównań z dotychczasowymi wynikami. Koncepcja optymizmu dyspozycyjnego stanowiła w przeszłości podstawę do badań osób w różnym wieku (por. niżej);

- ankietę, w której badani szacowali z użyciem skali Likerta, jak oceniają własną sytuację w porównaniu z innymi osobami;
- ankietę, w której badani podawali wiek, płeć, rodzaj szkoły, do której uczęszczają itp.

Adolescentów z wzwb objęto również badaniami medycznymi w Poradni Hepatologicznej Kliniki Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej w Poznaniu, do której zgłaszają się dwa razy w roku w celu monitorowania aktywności choroby.

## Wyniki

1. W badaniach z zastosowaniem Testu U Manna-Whitneya nie stwierdzono różnicy pomiędzy poziomem optymizmu u badanej młodzieży z chorobą przewlekłą a osobami zdrowymi.

2. Nie stwierdzono różnic w sposobach radzenia sobie z sytuacją trudną młodzieży chorej na wzwb i zdrowej w odniesieniu do:

- a) aktywnego radzenia sobie ze stresem,
- b) planowania,
- c) poszukiwania wsparcia (emocjonalnego i instrumentalnego),
- d) przewartościowania sytuacji,
- e) akceptowania jej,
- f) przejawiania humoru w sytuacji trudnej,
- g) zaprzeczania jej,
- h) odwracania uwagi od trudności,
- i) zwracania się ku religii.

Przy analizie różnic stosowano test U Manna-Whitneya.

3. Stwierdzono statystycznie istotną różnicę pomiędzy grupą badaną a kontrolną w odniesieniu do następujących strategii:

- unikanie, przy czym adolescenti z grupy badanej rzadziej unikali sytuacji trudnych

Rangi				
	Grupa	N	Średnia ranga	Suma rang
Unika sytuacji trudnych:	kontrola	30	37,20	1116,00
	badani	33	27,27	900,00
	Ogółem	63		

Statystyki testu <sup>a</sup>	
	Unika sytuacji trudnych
U Manna-Whitneya	339,000
W Wilcoxon	900,000
Z	-2,191
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	,028

Różnicę stwierdzono na poziomie  $p < 0,05$

- picie alkoholu

Rangi				
	Grupa	N	Średnia ranga	Suma rang
Picie alkoholu	kontrola	30	26,45	793,50
	badani	33	37,05	1222,50
	Ogółem	63		

Statystyki testu <sup>a</sup>	
	Picie alkoholu
U Manna-Whitneya	328,500
W Wilcoxon	793,500
Z	-3,245
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	,001

Stwierdzono statystycznie wysoce istotną różnicę ( $p < 0,01$ ) pomiędzy grupami względem picia alkoholu, przy czym osoby z grupy badanej częściej piją alkohol niż osoby z grupy kontrolnej.

Przy analizie różnic stosowano test U Manna-Whitneya.

4. Stosując test U Manna-Whitneya stwierdzono, że dziewczęta i chłopcy różnią się w obszarze stosowania sposobów radzenia sobie ze stresem, przy czym różnice te są statystycznie istotne w odniesieniu do poszukiwania wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, powstrzymy-

wania się od konkurencyjnych działań, odwracania uwagi od trudności, przejawiania emocji, stosowania humoru. Poziomy istotności różnic przytoczono w tabeli.

Rangi					
Wsparcie instrumen- talne	p<0,05	mężczyźni	28	26,02	728,50
		kobiety	35	36,79	1287,50
		Ogółem	63		
Wsparcie emocjonalne	p<0.01	mężczyźni	28	23,21	650,00
		kobiety	35	39,03	1366,00
		Ogółem	63		
Powstrzymywanie się od innych czynności	p<0,05	mężczyźni	28	26,36	738,00
		kobiety	35	36,51	1278,00
		Ogółem	63		
Emocje	p<0,01	mężczyźni	28	25,13	703,50
		kobiety	35	37,50	1312,50
		Ogółem	63		
Odwracanie uwagi od trudności	p<0,05	mężczyźni	28	26,46	741,00
		kobiety	35	36,43	1275,00
		Ogółem	63		
Stosowanie humoru	p<0,01	mężczyźni	28	39,32	1101,00
		kobiety	35	26,14	915,00
		Ogółem	63		

5. Nie stwierdzono różnic dotyczących stosowania strategii radzenia sobie ze stresem w zależności od wieku badanych.

6. Stwierdzono zależności pomiędzy poziomem optymizmu a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Przedstawiono je w tabeli poniżej:



			Optymizm	Optymizm 2
rho Spearmana	Akceptacja	Współczynnik korelacji	,205	,342**
		Istotność (dwustronna)	,108	,007
		N	63	62
	Emocje	Współczynnik korelacji	-,003	-,291*
		Istotność (dwustronna)	,979	,022
		N	63	62
	Zaprzeczanie jej	Współczynnik korelacji	-,220	-,175
		Istotność (dwustronna)	,083	,174
		N	63	62
	Odwracanie uwagi od trudności	Współczynnik korelacji	-,223	-,222
		Istotność (dwustronna)	,078	,084
		N	63	62
	Zaprzestanie konkurencyjnych działań	Współczynnik korelacji	-,393**	-,556**
		Istotność (dwustronna)	,001	,000
		N	63	62
	Picie alkoholu	Współczynnik korelacji	-,254*	-,114
		Istotność (dwustronna)	,045	,376
		N	63	62
	Stosowanie humoru	Współczynnik korelacji	,049	,164
		Istotność (dwustronna)	,705	,201
		N	63	62

			Optyzmizm	Optyzmizm 2
rho Spearmana	Aktywne radzenie sobie ze stresem	Współczynnik korelacji	,363**	,266*
		Istotność (dwustronna)	,003	,036
		N	63	62
	Planowanie	Współczynnik korelacji	,368**	,303*
		Istotność (dwustronna)	,003	,017
		N	63	62
	Wsparcie instrumentalne	Współczynnik korelacji	,396**	-,042
		Istotność (dwustronna)	,001	,745
		N	63	62
	Wsparcie emocjonalne	Współczynnik korelacji	,403**	,086
		Istotność (dwustronna)	,001	,506
		N	63	62
	Unikanie sytuacji trudnych	Współczynnik korelacji	,098	-,170
		Istotność (dwustronna)	,446	,185
		N	63	62
	Korzystanie z zasobów płynących z religii	Współczynnik korelacji	,056	-,031
		Istotność (dwustronna)	,661	,810
		N	63	62
	Pozytywne przewar- tociowywanie sytuacji	Współczynnik korelacji	,393**	,386**
		Istotność (dwustronna)	,001	,002
		N	63	62
	Powstrzymywanie się od konkuren- cyjnych działań	Współczynnik korelacji	-,032	-,094
		Istotność (dwustronna)	,806	,466
		N	63	62

\* Korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

\*\* Korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

7. Młodzież z wzwb przejawia, w większym stopniu niż młodzież zdrowa, tendencję do postrzegania własnej sytuacji w kategoriach trudności, przy czym grupą odniesienia była grupa rówieśników.

Grupa		N	Średnia ranga	Suma rang
Postrzeganie swej sytuacji jako trudniejszej niż rówieśników	kontrola	30	23,50	705,00
	badani	33	39,73	1311,00
	Ogółem	63		

Statystyki testu <sup>a</sup>	
	Postrzega swą sytuację jako trudniejszą
U Manna-Whitneya	240,000
W Wilcoxon	705,000
Z	-3,524
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	,000

<sup>a</sup> Zmienna grupująca: Grupa.

## Dyskusja

Wyniki (1<sup>1</sup>) badań wskazujące na taki sam poziom optymizmu u młodzieży z przewlekłym zakażeniem HBV i zdrowej budzą zastanowienie. Istnieje możliwość, że przynajmniej część z nich może przejawiać nierealistyczne przekonania odnośnie istoty choroby i jej skutków<sup>2</sup>. Młodzież, pomimo uciążliwego leczenia i deklarowanej wiedzy na temat istoty choroby, ma nadzieję, że uboczne skutki problemu dotkną raczej innych chorych rówieśników niż ich samych. Zważywszy na powyższe oraz na istniejący związek pomiędzy optymizmem a poczuciem szczęścia (3), nie dziwi brak różnic pomiędzy poziomem szczęścia w obu badanych grupach (2). Młodzież z HBV, pomimo pozostawania w sytuacji obiektywnie i subiektywnie

<sup>1</sup> Numery w nawiasach w tej części tekstu odnoszą się do wyników badań.

<sup>2</sup> Por. C. Treloar, M. Hopwood, 'Look, I'm fit, I'm positive and I'll be all right, thank you very much': coping with hepatitis C treatment and unrealistic optimism, *Psychology, Health and Medicine*, 2008, 13, s. 360-366.

(9) trudnej, może też pozytywnie postrzegać własne zasoby jako wystarczające, aby poradzić sobie z chorobą. Wpisywałyby się to w model radzenia sobie ze stresem Lazarusa (1984), według którego kluczowe znaczenie dla poziomu stresu i uruchamianych mechanizmów radzenia sobie ma ocena wtórna, odnosząca się nie do cech sytuacji, a do własnych możliwości jej sprostania. Tłumaczyłoby to brak różnic pomiędzy podgrupami w odniesieniu do stosowanych przez nie strategii radzenia sobie (4). Młodzi ludzie bez HBV częściej unikają sytuacji trudnych (5) niż ich rówieśnicy z chorobą przewlekłą; być może ta druga podgrupa identyfikuje jako sytuacje trudne w swoim życiu przede wszystkim, albo przynajmniej, także wiążące się z chorobą i leczeniem. Tych pierwszych, tj. objawów choroby, adolescentów nie mogą uniknąć, a tych drugich także, przynajmniej dopóki pozostają pod opieką rodziców, którzy kontrolują przebieg leczenia w warstwie formalnej, jak odbywanie wizyt lekarskich. Osoby zakażone HBV unikające leczenia w sposób oczywisty nie zostały objęte niniejszymi badaniami, które realizowano podczas pobytów w Klinice. Młodzież zdrowa jako sytuacje trudne identyfikuje odmienny ich rodzaj i przynajmniej części z nich może celowo unikać.

Adolescenci z HBV deklarują, że piją alkohol częściej niż czynią to osoby zdrowe. Można założyć, że zaniżanie częstotliwości picia (o ile wystąpiło) dotyczyło osób z obu podgrup, gdyż badania prowadzone były w ten sam sposób w stosunku do młodzieży z wzwb i zdrowych. Nieco niższa średnia wieku w grupie kontrolnej tłumaczy w pewnym stopniu omawianą różnicę. Można też założyć, że młodzież z przewlekłym zakażeniem HBV przejawia silną potrzebę demonstrowania zachowań ryzykownych, co miałyby zaprzeczyć stereotypowi osoby chorej. Hipoteza ta wymaga jednak potwierdzenia w badaniach.

Należy dodać, że odpowiedzi odnośnie picia alkoholu trzeba traktować z dużą ostrożnością. Na ich treść może wpływać wiele czynników, pozostających poza kontrolą badacza, np. wstyd respondentów, przekora, chęć przypodobania się.

Cechą pozostającą w związku z wyborem strategii radzenia sobie jest optymizm (8). Można traktować go jako mediator pomiędzy sytuacją a procesami radzenia sobie z nią, podejmowanymi przez osobę doświadczającą sytuacji. Lazarus i Folkman (1984) wskazali, że optymistów charakteryzuje aktywne podejście do problemu. Wyniki niniejszych badań to potwierdzają. Osoby z wyższym poziomem optymizmu podejmują aktywne sposoby radzenia sobie z trudnościami, planują swoje postępowanie, a w toku działań ukierunkowanych na cel w większym stopniu, niż osoby o niższym poziomie optymizmu, sięgają po wsparcie emocjonalne i instrumentalne. Potwierdzają to wyniki wcześniejszych badań, prowadzonych na populacji

zdrowych dorosłych osób<sup>3</sup>. Osoby o wyższym poziomie optymizmu stosują bardziej dojrzałe mechanizmy radzenia sobie względem osób o przeciwnej charakterystyce: przewartościowują sytuację trudną i zaprzestają działań konkurencyjnych, które mogłyby je rozproszyć i zminimalizować szansę na skuteczne poradzenie sobie z sytuacją trudną.

Z badań wynika, że wiek nie różnicuje adolescentów w obszarze stosowania różnych strategii radzenia sobie (7). Adolescencja jest okresem, kiedy w procesie restrukturyzacji stosowane strategie ulegają utrwaleniu<sup>4</sup>, natomiast korzenie tego wyboru powiązane są z czynnikami osobowościowymi i sytuacyjnymi.

W niniejszych badaniach cechą różnicującą adolescentów w procesie wyboru strategii radzenia sobie z sytuacją okazała się płeć. Dziewczęta okazały się aktywniejsze w wyborze strategii niż chłopcy, co pozostaje w zgodzie z wynikami wcześniejszych badań<sup>5</sup>. Także badania prowadzone na populacji dzieci młodszych<sup>6</sup> pozostają w zgodzie z naszymi wynikami, wskazującymi, że dziewczęta częściej niż chłopcy poszukują wsparcia, okazują swoje emocje zarówno pozytywne, jak i negatywne. Mają także tendencję do odwracania uwagi od trudności, co również pozostaje w zgodzie z innymi badaniami<sup>7</sup>. Należy uwzględnić też kulturowy kontekst badań; w Polsce np. przyzwolenie na poszukiwanie wsparcia jest większe dla dziewcząt niż dla chłopców.

## Wnioski

Z niniejszych badań wynika, że choroba przewlekła, jaką jest wieloletnie zakażenie HBV, nie musi wpływać na poczucie szczęścia adolescentów i poziom ich optymizmu. Należy dodać, że w przywoływanym okresie życia sposób radzenia sobie z sytuacją trudną uzależniony jest od bardzo wielu czynników, zarówno indywidualnych, jak i rodzinnych, czy związanych ze środowiskiem rówieśniczym. Niniejsze badania pozwalają wnioskować, że

<sup>3</sup> Ch. Carver, J. Connor-Smith, *Personality and coping*, Psychological Review, 2010, 61, s. 679-704; M. Vollmann, K. Antoniw, F. Hartung, B. Renner, *Social support as mediator of the stress buffering effect of optimism: The importance of differentiating the recipients' and providers' perspective*, European Journal of Personality, 2011, 25, 2, s. 146-154.

<sup>4</sup> T. Kirchner, M. Forns, J. Amador, D. Munoz, *Stability and consistency of coping in adolescence: A longitudinal study*, Psicothema, 2010, 22, 3, s. 382-388.

<sup>5</sup> Tamże.

<sup>6</sup> G. Boo, M. Spiering, *Pre-adolescent gender differences in associations between temperament, coping, and mood*, Clinical Psychology and Psychotherapy, 2010, 17, 4, s. 313-320.

<sup>7</sup> Np. J.K. Connor-Smith, B.E. Compas, M.E. Wadsworth, A.H. Thomsen, H. Saltzman, *Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000, 68, s. 976-992.

zakażenie HBV nie zakłóca w sposób znaczący radzenia sobie przez młode osoby z sytuacjami trudnymi, więc nie stanowi czynnika, który niezależnie od innych wyznaczałby sposób wyborów dokonywanych przez młodych ludzi odnośnie sposobów radzenia sobie z życiowymi trudnościami. Optymizm jest moderatorem postępowania w trudnych sytuacjach życiowych, także w chorobie. Oznacza to, że warto wprowadzać w szpitalnych szkołach, sanatoriach psychoedukację ukierunkowaną na wzmacnianie prozdrowotnych interpretacji rzeczywistości, bowiem to one okazują się decydujące w kontekście poszukiwań prowadzących ku szczęśliwemu życiu.

### BIBLIOGRAFIA

- Baker C.J., *Choroby zakaźne u dzieci*, PZWL, Warszawa 2010.
- Boo G., Spiering M., *Pre-adolescent gender differences in associations between temperament, coping, and mood*, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2010, 17, 4.
- Carr A., *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*, Routledge, New York 2004.
- Carver Ch., Connor-Smith J., *Personality and coping*, *Psychological Review*, 2010, 61.
- Carver C., Kus A., Scheier M., *Effects of good versus bad mood and optimistic versus pessimistic outlook on social acceptance versus rejection*, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1994, 13.
- Chien R.N., Liaw Y.F., *Drug therapy in patients with chronic type B hepatitis*, *Journal of the Formosan Medical Association*, 1995, Jun 94, Suppl 1.
- Connor-Smith J.K., Compas B.E., Wadsworth M.E., Thomsen A.H., Saltzman H., *Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, 68.
- Czarkowski M., Cieleba E., Kondej B., *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2009 roku*, PZH, Warszawa 2010.
- Erikson E., *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Rebis, Poznań 2000.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N., *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Wydawnictwo Pracowni Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
- Kirchner T., Forns M., Amador J., Munoz D., *Stability and consistency of coping in adolescence: A longitudinal study*, *Psicothema*, 2010, 22, 3.
- Lavanchy D., *Worldwide epidemiology of HBV infection, disease burden, and vaccine prevention*, *Journal of Clinical Virology*, 2005, 34 Suppl 1.
- Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York 1984.
- Mosing M., Zietsch B., Shekar S., Wright M., Martin N., *Genetic and environmental influences on optimism and its relationship to mental and self-rated health: a study of aging twins*, *Behavioral Genetics*, 2009, 39.
- Moyer Fontana R., Hussain K., Lok A., Schwartz S., *The Role of Optimism/Pessimism in HRQOL in Chronic Hepatitis C Patients*, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2003, 10, 1.
- Pilecka W., *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*, WUJ, Kraków 2002.
- Pilecka W. (red.), *Psychologia zdrowia i młodzieży*, WUJ, Kraków 2011.

- Rhee H., Wenzel J., Steeves R.H., *Adolescents' psychosocial experiences living with asthma: a focus group study*, National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners, 2007, 21 (2).
- Salkic N.N., *Intrafamilial Transmission of Hepatitis B: Experience and Lessons Learned in Bosnia and Herzegovina*, Hepatitis Monthly, 2009, 9.
- Scheier M.F., Carver Ch., Bridges M., *Distinguishing optimism from neuroticism (...): A reevaluation of The Life Orientation Test*, Journal of Personality and Social Psychology, 1994, 67, 6.
- Seligman M., *Optymizmu można się nauczyć*, Media Rodzina, Poznań 2000.
- Seligman M., *Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy*, [w:] *Handbook of positive psychology*, red. C.R. Snyder, S. Lopez, Oxford University Press, New York 2004.
- Shah U., Kelly D., Chang M., Fujisawa T., Heller S. et al., *Management of Chronic Hepatitis B in Children*, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009, 48.
- Staszewska E., *Choroby zakaźne i zatrucie w Polsce w 2009 roku*, PZH, Warszawa 2010.
- Suris J., Michaud P., Viner R., *The adolescent with a chronic condition, Part I: Developmental issues*, Archives of Disease in Childhood, 2004, Oct 89 (10).
- Taylor S., Sherman D., *Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek*, [w:] *Psychologia pozytywna w praktyce*, red. A. Linley, S. Joseph, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Taylor S., Gibson F., Franck L.S., *The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature*, Journal of Clinical Nursing, 2008, 17 (23).
- Treloar C., Hopwood M., *'Look, I'm fit, I'm positive and I'll be all right, thank you very much': coping with hepatitis C treatment and unrealistic optimism*, Psychology, Health and Medicine, 2008, 13.
- Vollmann M., Antoniw K., Hartung F., Renner B., *Social support as mediator of the stress buffering effect of optimism: The importance of differentiating the recipients' and providers' perspective*, European Journal of Personality, 2011, Mar/Apr 25, Issue 2.
- Woodgate R.L., *A different way of being in adolescent with cancer*, Cancer Nursing, 2005, 45 (4).
- Zervou E.K., Getselis N.K., Xanth E., Ziciadis K. et al., *Intrafamilial spread of hepatitis B virus infection in Greece*, Eur J Gastroenterol Hepatol., 2005, Sep 17 (9).
- Zheng Y., Zhao L., Wu T., Guo S., Chen Y., Zhou T., *Efficacy of consensus interferon in treatment of HbeAg-positive chronic hepatitis B: a multicentre, randomized controlled trial*, Virology Journal, 2009, 6.

