

RELAȚIILE SOCIALE ȘI INTERPERSONALE LA COPIII CU MALADII RESPIRATORII CRONICE

Ana TARNOVSCHI

Universitatea de Stat din Moldova

Cercetarea noastră a avut drept scop studierea preferințelor în sistemul de relații sociale și interpersonale la copiii cu maladii respiratorii cronice, evidențiind următoarele aspecte ale funcționalității sociale: studierea gradului de comunicabilitate a copilului în grup; studierea nivelului de conflictualitate, agresivitate, precum și tendința de izolare; stabilirea relațiilor interpersonale, aspecte care, în ansamblu, caracterizează gradul de adaptare socială a copilului.

Cuvinte-cheie: relații sociale, atitudine față de mamă/tată, atitudine față de frați/surori, comunicabilitate, tendințe de dominare, tendințe de izolare.

SOCIAL AND INTERPERSONAL CHILD RELATIONSHIPS WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASES

Our research aimed in studying preferences in social and interpersonal relationship systems to children with chronic respiratory diseases, highlighting the next aspects of the social functioning: studying the level of communicability of a child in group, studying the level of conflictuality, agresivity and the tendency of isolation; setting interpersonal relationships, aspects which, overall, characterizes the level of social adaptation of a child.

Keywords: social relationships, mother/father attitude, brother/sister attitude, communicability, domnating tendency, isolation tendency.

Boala cronică afectează, pe lângă deficiența unui anumit organ, și psihicul copilului prin durata ei și prin complexele de inferioritate pe care i le creează, în raport cu grupul de copii sănătoși de aceeași vârstă. În general, afecțiunile cronice cresc mult dificultățile pe care le are de învins copilul bolnav în vederea obținerii unui progres optim social. Afecțiunea cronică îl împiedică să aibă, întotdeauna, aceleași performanțe sociale ca și semenii lui. Apariția unei boli la un membru al familiei are un impact asupra întregului sistem familial, iar evoluția bolii este influențată și de modul în care membrii familiei se mobilizează și se adaptează stresului provocat de boală și nevoilor celui în suferință. Realitatea vieții cotidiene se schimbă radical odată cu aflarea diagnosticului. Prioritățile se vor schimba, sănătatea va trece pe primul plan, rutina zilnică se schimbă. La această realitate participă bolnavul și familia în general, în cazul copiilor-părinții, de obicei mama, ei fiind chiar indispensabili în îngrijire. Este utilă implicarea celorlalți copii în managementul bolii, ceea ce i-ar face să se simtă utili, responsabili, implicați și chiar i-ar putea ajuta pe părinți, degrevându-i de anumite sarcini mai ușoare [2, 5].

În acest scop am utilizat tehnica „Testul-film” al lui Rene Gille, care reprezintă o metodă clasică semi-proiectivă de studiere a atitudinilor și relațiilor interpersonale ale copilului, precum și de determinare a anumitor caracteristici comportamentale și trăsături de personalitate [1, 4].

Analizei comparative au fost supuse rezultatele obținute în cadrul promovării „Testului-film” al lui Rene Gille (TFRG) în grupurile de copii. Prin aplicarea lui se urmărește realizarea mai multor obiective de studiu: determinarea atitudinilor copilului față de persoanele din cercul apropiat de relaționare – părinți, frați, surori, bunei, dar și prieteni, profesori, precum și studierea însușirilor de personalitate și a diverselor reacții comportamentale ale copilului.

Astfel, prin aplicarea TFRG a fost posibilă determinarea atitudinilor copiilor investigați față de părinții lor ca și cuplu, dar și față de fiecare părinte în parte. După cum putem observa din Tabelul 1, în toate cele șase grupuri prevalează indicele ce indică numărul alegerilor realizate de către copii în favoarea mamei. Acest număr reflectă proporția dintre numărul total al posibilelor opțiuni pentru fiecare criteriu analizat (atitudinea față de mamă, tată sau părinți ca și cuplu) și numărul opțiunilor alese de către respondenți, care ne permite să stabilim nivelul mediu de exprimare a atitudinii respective în grupurile nominalizate.

În cadrul experimentului de constatare au fost înregistrate diferențe între valorile medii ce indică atitudinea copilului față de mamă, față de tată și față de părinți ca cuplu obținute de grupurile de copii (diferențe relevante nu au fost înregistrate). În Tabelul 2 putem evidenția diferențele dintre valorile ce indică atitudinea copilului, dar secvențial, în dependență de criteriul de vârstă și maladia copilului.

Tabelul 1

**Indicii atitudinilor față de părinți la copiii incluși în eșantionul cercetării
(conform „Testului-film” al lui Rene Gille)**

Grupul experimental	Valoarea medie a indicelui atitudinii:		
	față de mamă	față de tată	față de cuplul părinților
Bronșită cronică	22,4	21,2	19,0
Pneumonie cronică	23,0	20,2	18,9
Astm bronșic	17,6	12,3	19,0
Mucoviscidoză	13,2	12,6	14,8
Tuberculoză	7,7	6,7	8,8
Copii sănătoși	22,0	21,0	19,5

Tabelul 2

**Indicii atitudinilor față de părinți la copii după criteriul vârstă și grupul cercetării
(conform „Testului-film” al lui Rene Gille)**

Grupul experimental	Vârsta	Valoarea medie a indicelui atitudinii:		
		față de mamă	față de tată	față de cuplul părinților
Bronșită cronică	8-10 ani	11,37±0,28	6,48±0,24	5,00±0,15
	13-15 ani	12,36±0,28	4,26±0,19	3,66±0,17
Pneumonie cronică	8-10 ani	12,29±0,27	4,81±0,20	3,77±0,17
	13-15 ani	9,82±0,28	6,16±0,19	4,62±0,16
Astm bronșic	8-10 ani	14,70±0,21	3,15±0,20	5,50±0,18
	13-15 ani	10,01±0,35	4,47±0,25	5,03±0,16
Mucoviscidoză	8-10 ani	11,72±0,21	4,21±0,30	4,55±0,20
	13-15 ani	11,00±0,38	6,12±0,32	6,24±0,13
Tuberculoză	8-10 ani	10,26±0,95	3,53±0,20	4,19±0,42
	13-15 ani	8,81±0,55	5,28±0,35	5,54±0,34
Copii sănătoși	8-10 ani	13,12±0,27	4,40±0,24	3,57±0,16
	13-15 ani	10,50±0,26	6,51±0,21	5,20±0,15

Comparând datele privind grupurile experimentale, am stabilit că există diferențe semnificative între mediile valorilor atitudinilor față de mamă, față de tată și față de cuplul părinților după criteriul vârstă și tipul maladiei. Datele obținute sunt prezentate în Tabelul 3.

Tabelul 3

**Compararea intergrupală a datelor din cadrul experimentului de constatare
înregistrate de copii după criteriul vârstă și grupul cercetării
(conform „Testului-film” al lui Rene Gille)**

Grupul experimental	Atitudinea față de mamă		Atitudinea față de tată		Atitudinea față de cuplul părinților	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bronșită cronică	-2,47	,014	7,03	,000	5,74	,000
Pneumonie cronică	6,21	,000	-4,79	,000	-3,59	,000
Astm bronșic	11,27	,000	-3,98	,000	1,93	,054
Mucoviscidoză	1,62	,105	-4,26	,000	-7,05	,000
Tuberculoză	1,31	,191	-4,25	,000	-2,49	,014
Copii sănătoși	6,86	,000	-6,54	,000	-7,19	,000

Analiza datelor ne permite să constatăm următoarele: există diferențe semnificative în manifestarea atitudinii față de mamă, față de tată și față de cuplul părinților după criteriul vârstă la grupurile de copii cu bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, precum și la copiii sănătoși. Diferențe nesemnificative au înregistrat grupurile de copii bolnavi de mucoviscidoză și tuberculoză în manifestarea atitudinii față de mamă (a se vedea Tabelul 3). Acest fapt denotă atașamentul sporit și o atitudine mai favorabilă a copiilor față de mamă, iar odată cu agravarea stării de sănătate diferențele de vârstă dispar. Predominarea alegerilor în folosul mamei poate indica o pondere mai mare a mamei în relația cu copilul. Faptele constatate denotă fie lipsa celui de-al doilea părinte în familie (fenomenul familiilor dezintegrate de pe urma divorțului, plecării părintelui la muncă peste hotare etc.), fie atitudinea negativă a acestuia față de copil, respingerea lui. A.-B. Menai-Abid vorbește despre absența simbolică și reală a tatălui ca și atitudini parentale paterne. În cazul absenței simbolice părintele este prezent, dar nu se implică în educația copilului, iar absența reală este cazul tatălui care efectiv nu se ocupă de copil [6]. Situația descrisă ne conduce spre o altă idee, ce ține de integritatea familiei și formarea unei reprezentări ca atare despre familie la copil. Lipsa contactului fizic și emoțional dintre copil și familie duce la izolarea fizică de familie și la izolarea lui afectivă. La fel și în situația când tatăl lipsește, respectiv nu participă la educația copilului, ceea ce constituie o barieră în formarea unor atitudini favorabile și a relațiilor armonioase dintre tată și copil [5].

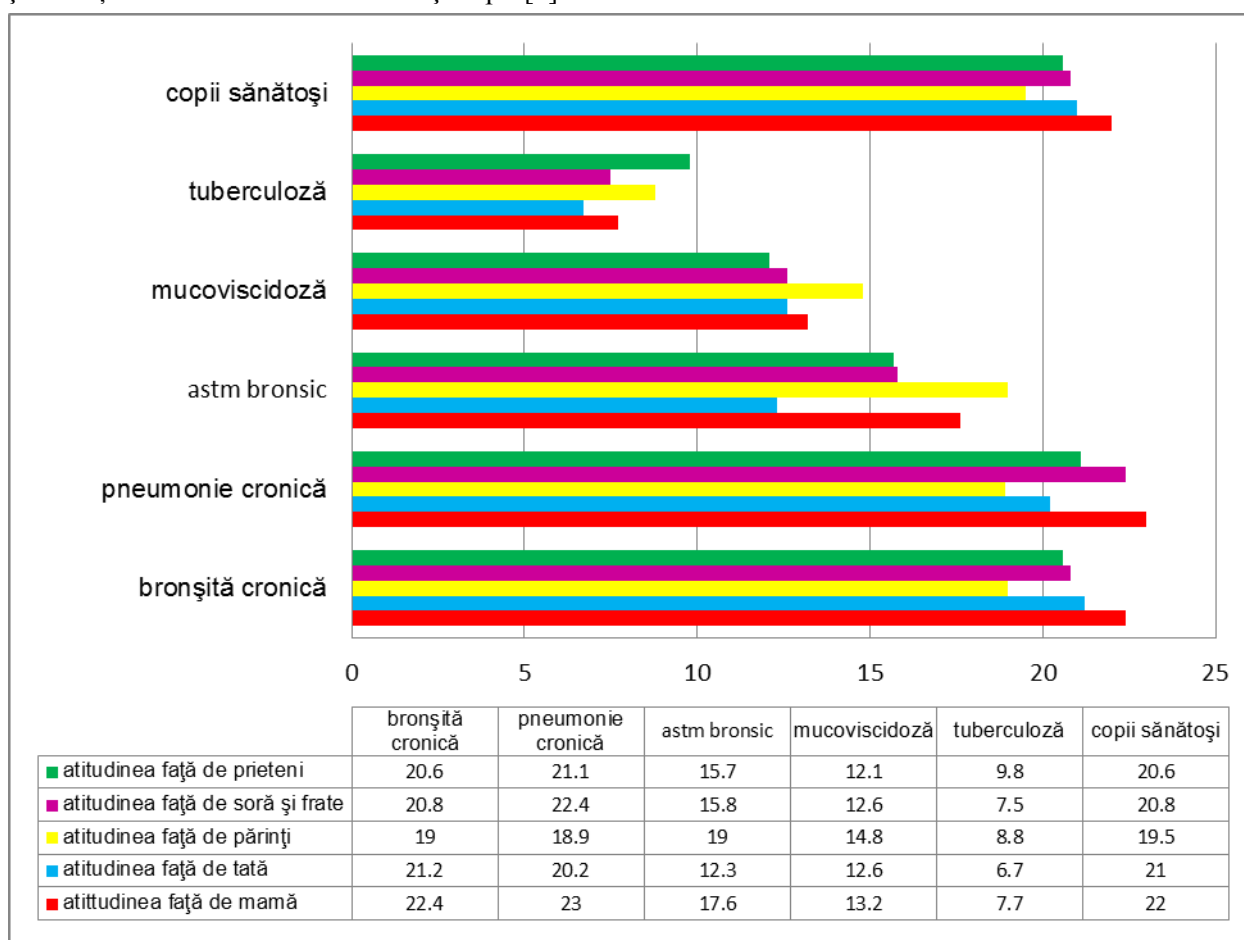


Fig.1. Atitudinile copiilor față de membrii familiei și persoanele din afara familiei („Testul-film” al lui Rene Gille).

Analiza datelor ce indică atitudinea față de alți membri ai familiei, cum ar fi frații/surorile, reflectă un indice înalt al opțiunilor făcute în favoarea lor de către copiii din grupurile experimentale. Este relativ înalt și indicele ce reflectă atitudinea față de prieteni în toate grupurile de copii. Dacă am aranja preferințele vis-à-vis de persoanele cu care aleg copiii să comunice după criteriul priorității, în toate grupurile de copii investigați comunicarea cu prietenii se regăsește pe locul patru, pe al treilea loc se situează frații și surorile, urmași de tată, iar mama se află în topul priorităților, indiferent de vârsta și maladia copiilor.

La examinarea datelor per eșanțion, înregistrăm diferențe semnificative la scalele „atitudinea față de mamă” $t=10,14$, $p=,000$; „atitudinea față de tată” $t=-5,70$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-4,01$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/soră” $t=-3,95$, $p=,000$; „atitudinea față de prieteni” $t=-8,69$, $p=,000$. Aceste rezultate evidențiază diferențele în manifestarea atitudinilor respective la copiii de 8-10 ani față de cei de 13-15 ani. Presupunem că acest lucru se datorează particularităților de vârstă.

La compararea rezultatelor pe fiecare grup în parte, evidențiem următoarele:

- ✓ Grupul de copii bolnavi cu bronșită cronică – „atitudinea față de mamă” $t=-2,48$, $p=,013$; „atitudinea față de tată” $t=6,89$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=5,73$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/soră” $t=4,81$, $p=,000$; „atitudinea față de prieteni” $t=-,212$, $p=,832$, ceea ce înseamnă că la scala „atitudinea față de prieteni” nu există diferențe semnificative.
- ✓ Grupul de copii bolnavi cu pneumonie cronică – „atitudinea față de mamă” $t=6,21$, $p=,000$; „atitudinea față de tată” $t=-4,79$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-3,59$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/soră” $t=-2,02$, $p=,044$; „atitudinea față de prieteni” $t=-4,03$, $p=,000$, diferențe mai puțin semnificative s-au înregistrat la scala „atitudinea față de frate/soră”.
- ✓ Grupul de copii bolnavi cu mucoviscidoză – „atitudinea față de mamă” $t=1,71$, $p=,087$; „atitudinea față de tată” $t=-4,29$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-6,58$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/soră” $t=-11,65$, $p=,000$; „atitudinea față de prieteni” $t=-9,87$, $p=,000$, ceea ce înseamnă că la scala „atitudinea față de mamă” nu există diferențe semnificative.
- ✓ Grupul de copii bolnavi cu tuberculoză – „atitudinea față de mamă” $t=1,37$, $p=,171$; „atitudinea față de tată” $t=-3,99$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-2,46$, $p=,015$; „atitudinea față de frate/soră” $t=-1,04$, $p=,301$; „atitudinea față de prieteni” $t=-2,22$, $p=,028$, ceea ce înseamnă că la scala „atitudinea față de mamă” și la scala „atitudinea față de frate/soră” nu există diferențe semnificative.
- ✓ La grupul de copii sănătoși – „atitudinea față de mamă” $t=6,87$, $p=,000$; „atitudinea față de tată” $t=-6,53$, $p=,000$; „atitudinea față de cuplul părinților” $t=-7,20$, $p=,000$; „atitudinea față de frate/soră” $t=-5,22$, $p=,000$; „atitudinea față de prieteni” $t=-7,33$, $p=,000$, ceea ce reprezintă diferențe semnificative la toate aceste scale.

Prin compararea rezultatelor, presupunem că odată cu agravarea stării de sănătate, cu cât maladia copilului este cu un pronostic mai nefavorabil, cu atât copilul este mai dependent de mamă, fiindu-i limitată comunicarea și relaționarea cu mediul social.

Aceste date se combină și cu scorurile înalte înregistrate de grupurile de copii la scala tendinței de izolare. În figura de mai jos se pot urmări aceste diferențe: grupul bronșită cronică – 18%, pneumonie cronică – 17,9%, astm bronșic – 20,4%, mucoviscidoză – 16,9%, tuberculoză – 16%, comparativ cu 12,9% pentru grupul copiilor sănătoși. Diferențe semnificative după criteriul de vârstă au fost înregistrate între rezultatele copiilor din 5 grupuri: bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, mucoviscidoză și grupul de copii sănătoși; numai în grupul copiilor bolnavi de tuberculoză nu s-au înregistrat diferențe semnificative.

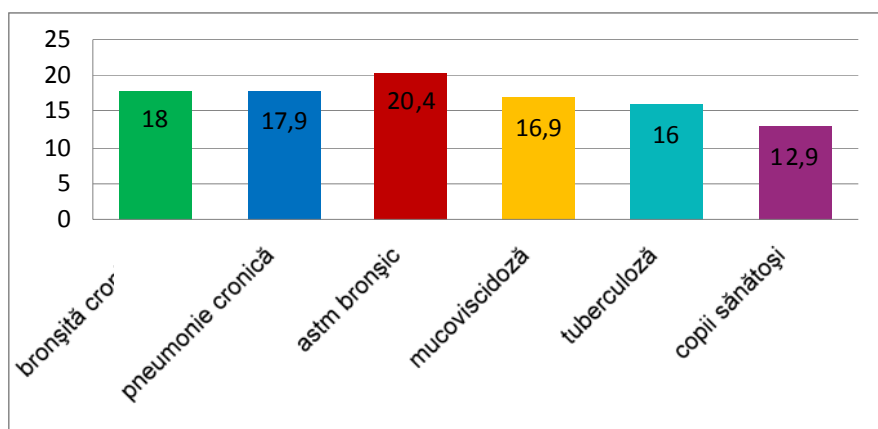


Fig.2. Valorile medii ale tendinței de izolare la subiecții cercetării.

Tendința de izolare caracteristică copiilor bolnavi se combină și cu o comunicabilitate redusă a acestora în grupurile de copii [3]. În Figura 2 se poate observa decalajul dintre scorurile înregistrate la această scală, ele

fiind aproape egale la grupurile copiilor cu maladii cu o evoluție mai puțin severă (20,2 unități în bronșită și 20,6 în pneumonie); valori mai mici s-au înregistrat la bolnavii de astm bronșic – 15,7, la bolnavii de mucoviscidoză 13,7, dar valori de circa 2 ori mai mici au înregistrat bolnavii de tuberculoză comparativ cu celelalte grupuri de copii. Diferențele dintre mediile acestor grupuri după criteriul vârstă sunt semnificative la compararea grupurilor de copii bolnavi de bronșită cronică ($t=-2,49$, $p=,013$), la bolnavii de astm bronșic ($t=4,43$, $p=,000$) și la grupul de copii sănătoși ($t=-4,88$, $p=,000$); la celelalte grupuri diferențele nu sunt semnificative.

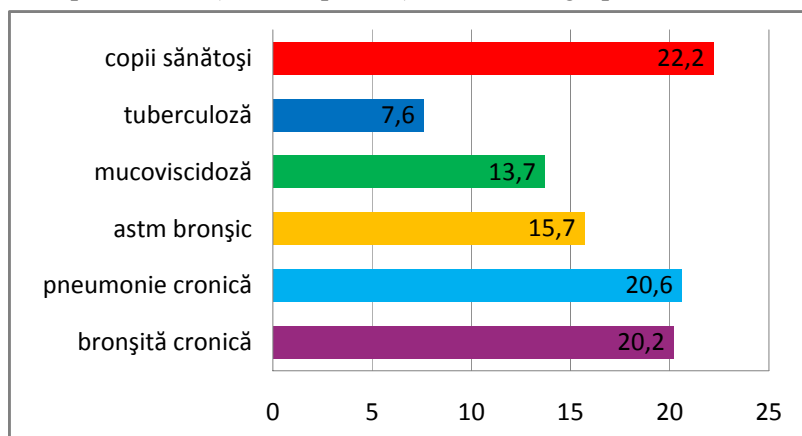


Fig.3. Comunicabilitatea în grupurile de copii („Testul-film” al lui Rene Gille).

A.Осницкий specifică faptul că TFRG permite identificarea problemelor ce apar în diverse situații de interacțiune a copilului cu persoanele din jur. În totalitate, acestea și formează spectrul celor mai importante probleme din viața copilului [4]. Datele înregistrate în cadrul cercetării experimentale descrise atestă că copiii cu maladii respiratorii cronice au probleme în relaționarea cu semenii, caracterizate printr-o interacțiune slabă cu ei, tendințe proeminente de izolare, în pofida faptului că sunt destul de curioși (scala „Curiozitate” indică niveluri ușor peste mediu atât la copiii de 8-10 ani, cât și la cei de 13-15 ani: 59,4 și 57,2 unități, corespunzător). La scala „Dominare” rezultatele la ambele grupuri sunt destul de joase (copiii de 8-10 ani – 22,7 unități, iar cei de 13-15 ani – 24,9 unități), ceea ce ne permite să constatăm că copiii cu maladii respiratorii cronice nu au tendințe de dominare. Scala „Comportament social adecvat” indică niveluri foarte înalte atât la copiii de 8-10 ani, cât și la cei de 13-15 ani: 83,8 și 79,4 unități, corespunzător, date ce denotă un comportament social adecvat la copiii cu maladii respiratorii cronice.

În final constatăm următoarele preferințe în sistemul de relații sociale și interpersonale la copiii cu maladii respiratorii cronice, evidențiindu-se următoarele aspecte ale funcționalității sociale:

- În toate cele șase grupuri de copii implicați în cercetare prevalează indicele ce indică numărul alegerilor realizate de către copii în favoarea mamei.
- Există diferențe semnificative în manifestarea atitudinii față de mamă, față de tată și față de cuplul părinților după criteriul vârstă la grupurile de copii bolnavi de bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, precum și la copiii sănătoși.
- Diferențe nesemnificative în manifestarea atitudinii față de mamă au înregistrat grupurile de copii bolnavi de mucoviscidoză și tuberculoză. Acest fapt denotă atașamentul sporit și o atitudine mai favorabilă a copiilor față de mamă, iar odată cu agravarea stării de sănătate diferențele de vârstă dispar. Predominarea alegerilor în folosul mamei atestă ponderea mai mare a mamei în relația cu copilul.
- Analiza datelor ce indică atitudinea față de alți membri ai familiei, cum ar fi frații/surorile, reflectă un indice înalt al opțiunilor făcute în favoarea lor de către copiii din grupurile experimentale. Este relativ înalt și indicele ce reflectă atitudinea față de prieteni în toate grupurile de copii.
- Prin compararea rezultatelor, presupunem că odată cu agravarea stării de sănătate, cu cât maladia copilului este cu un pronostic mai nefavorabil, cu atât copilul este mai dependent de mamă, fiindu-i limitată comunicarea și relaționarea cu mediul social, date ce se combină și cu scorurile înalte înregistrate de grupurile de copii la scala „Tendință de izolare”.
- Diferențe semnificative după criteriul vârstă au fost înregistrate între rezultatele copiilor din 5 grupuri: bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, mucoviscidoză și grupul de copii sănătoși; numai în grupul copiilor bolnavi de tuberculoză nu s-au înregistrat diferențe semnificative.

- Tendința de izolare caracteristică copiilor bolnavi se combină și cu o comunicabilitate redusă a acestora în grupurile de copii, scorurile înregistrate la această scală fiind aproape egale la grupurile de copii cu maladii având o evoluție mai puțin severă (în bronșită și în pneumonie). Valori mai mici s-au înregistrat la bolnavii de astm bronșic, de mucoviscidoză, valori de 2 ori mai mici au înregistrat bolnavii de tuberculoză comparativ cu celelalte grupuri de copii.
- Datele înregistrate în cadrul cercetării experimentale denotă că copiii cu maladii respiratorii cronice au probleme în relaționarea cu semenii, caracterizate printr-o interacțiune slabă cu ei, tendințe proeminente de izolare, în pofida faptului că sunt destul de curioși.
- La scala „Dominare” rezultatele sunt destul de joase, ceea ce ne permite să constatăm că copiii cu maladii respiratorii cronice nu au tendințe de dominare.
- Scala „Comportament social adecvat” indică niveluri foarte înalte atât la copiii de 8-10 ani, cât și la cei de 13-15 ani, date ce denotă un comportament social adecvat la copiii cu maladii respiratorii cronice.
- S-ar putea concluziona că pentru un număr mare de copii bolnavi din grupurile participante la experiment sfera de relaționare „copil-copil” prezintă anumite dificultăți. Pe de o parte, ei își doresc să interacționeze cu alți copii, manifestă dorință și curiozitate în cadrul comunicării, iar, pe de altă parte, se izolează, nu posedă abilități de a-și forma aceste relații, de a se adapta anumitor cerințe în cadrul comunicării. Acestea din urmă pot genera probleme de adaptare socială.

Bibliografie:

1. SAVCA, L. *Psihoteste*. Vol. II: *Instrumentariu de studiere a personalității și relațiilor ei cu alții*. Chișinău: Univers pedagogic, 2008. 164 p.
2. VASIAN, T. Abordarea comparativă a conceptului de atitudine în psihologia generală, psihologia personalității și cea socială. În: *Revista științifico-practică „Psihologie”*, 2013, nr.1, p.87-95.
3. ГИЛЬЯШЕВА, И., ИГНАТЬЕВА, Н. *Методика исследования межличностных отношений ребенка*: Методическое пособие. Москва: Фоллиум, 1994. 64 с.
4. ОСНИЦКИЙ, А.К. Выявление проблем ребенка и родителей с помощью «Фильм-теста» Р.Жиля. В: *Вопросы психологии*, 1997, № 1, с.55-62.
5. ЭЙДЕМИЛЛЕР, Э., ЮСТИЦКИС, В. *Психология и психотерапия семьи*. СПб: Питер, 2009. 668 с.
6. MENAI-ABID, A.B. Attitudes parentales vis-a-vis de l'enfant énurétique en milieu algérien. In: *Université Badji Mokhtar*. <http://www.umc.edu.dz/vf/images/cahierlapsi/num3/05.pdf> (Accesat: 20.05.2010)

Prezentat la 17.09.2015