

Funkcjonowanie poznawcze dziecka w warunkach przewlekłej choroby dróg oddechowych

Wpływ chorób przewlekłych na zmiany psychiczne stanowi przedmiot badań lekarsko - psychologicznych. Szczególnie trudnym problemem jest rozpoznanie, w jakim stopniu zaburzenie w rozwoju psychoruchowym lub przystosowaniu emocjonalno - społecznym zostało uwarunkowane czynnikami środowiskowo - wychowawczymi, a w jakim chorobowymi. Ponadto niekorzystny wpływ na przebieg rozwoju psychoruchowego dziecka może mieć nie tylko sama choroba, lecz przebieg leczenia i sytuacja w środowisku, jaka się w związku z tym wytwarza. Niestety w literaturze nie mamy dotychczas wyczerpujących opracowań wyjaśniających zależności przyczynowo-skutkowe czynników wewnętrznych i zewnętrznych w chorobach przewlekłych, zaburzających regulację stosunków chorej jednostki z otoczeniem. W. D. Wall (1960) tak pisze: "... prawdopodobnie istnieje o wiele więcej dzieci niż się na ogół przypuszcza - zwłaszcza wśród dzieci diabetycznych, astmatycznych, wątłych i patologicznie otyłych - u których zaburzenia psychiczne są ściśle związane z niedomaganiem fizycznymi. Tak, że powinny być one uważane za syndrom psychosomatyczny. Na temat psychiki dzieci upośledzonych fizycznie jest jeszcze niewiele prac badawczych o prawdziwej wartości naukowej: jest jasne, że lepsze poznanie tego zagadnie-

nia pozwoli udoskonalić zarówno wychowanie i nauczanie tych dzieci, jak i zabiegi lekarskie."

Większość autorów podejmujących temat skutków chorób somatycznych ujmuje ich przyczyny w sposób kompleksowy. M. Hollender (1957) chorobę uważa za źródło stressów i frustracji. Zdaniem tego autora chorobie towarzyszy lęk, dla przezwyciężenia którego pacjent uruchamia różnorodne mechanizmy obronne. Zależą one od indywidualnych właściwości chorego, rodzaju choroby i całokształtu sytuacji życiowej pacjenta.

R. Janeczko (1977) wyróżnia trzy podstawowe zakresy zmian w organizacji strukturalnej i czynnościowej ustroju człowieka chorego, które decydują o poziomie jego funkcjonowania. Są to zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego, zmiany w sytuacji społecznej chorego oraz zmiany w działalności mechanizmów obronno-przystosowawczych jego osobowości.

Ośrodkowy układ nerwowy w warunkach choroby przewlekłej znajduje się w sytuacji zagrożonej - jak pisze J. Doroszewska (1963) - która jest stanem osłabienia. Choroba zwiększa podatność systemu nerwowego na zmęczenie i osłabia jego ogólną i specyficzną sprawność. Poważnym zakłóceniom ulegać może neurodynamika procesów korowych, zwłaszcza ich równowaga, siła i ruchliwość oraz reaktywność i plastyczność, jak również funkcje integracyjne struktur mózgowych.

Zmiany w sytuacji społecznej wiążą się z koniecznością podejmowania przez kogoś, kto zachorował nowej roli społecznej - człowieka chorego. Ta nowa rola społeczna wprowadza w dotychczasowe życie jednostki zwykle wiele ograniczeń, wynikających z konieczności zabezpieczenia właściwych warunków leczenia. Inną zmianę w sytuacji społecznej chorego stanowią nie zawsze prawidłowe w stosunku do niego postawy otoczenia.

Choroba przewlekła jako narastająca sytuacja stressowa może doprowadzić do dezintegracji osobowości, która najczę-

ściej przejawia się w czynnościach nieskoordynowanych z celami działania, w wystąpieniu zachowań egocentrycznych, w zakłóceniu dotychczasowej hierarchii wartości, labilności procesów emocjonalno-uczuciowych, nadpobudliwości czy też zahamowaniu psychoruchowym.

Choroba przewlekła stanowi szczególne zagrożenie dla kształtowania się prawidłowej osobowości dzieci i młodzieży. Niewystarczająca odporność psychiczna stwarza niebezpieczeństwo szybkich zaburzeń w zachowaniu pod wpływem nastających sytuacji traumatyzujących. Przy czym im młodsze jest dziecko, tym wszelkie przeciążenia pracy ośrodkowego układu nerwowego bardziej niekorzystnie odbijają się na jego funkcjonowaniu. W zachowaniu dziecka chorego dają się zaobserwować dość często wyraźne objawy nerwowości..

Brak badań empirycznych nad funkcjonowaniem dzieci z chorobami przewlekłymi w ogóle, a z chorobami dróg oddechowych w szczególności, skłoniły mnie do podjęcia badań psychologicznych w ramach realizacji przez naszą uczelnię międzyresortowego tematu, dotyczącego wpływu przewlekłych schorzeń układu oddechowego na zachowanie i postępy w nauce dzieci dotkniętych tymi schorzeniami. Prezentowane opracowanie stanowi wstępny etap szeroko zaplanowanych badań eksplorujących zagadnienie wpływu schorzeń przewlekłych na kształtowanie się i funkcjonowanie osobowości dziecka w warunkach znacznych ograniczeń, jakie te schorzenia stwarzają.

PRZEBIEG BADAŃ

Wychodząc z powszechnie stwierdzonego faktu, że powodzenie dziecka w początkowym okresie nauczania zależy od jego ogólnej dojrzałości umysłowej postanowiono w badaniach uwzględnić określenie poziomu intelektualnego wyselekcjonowanych dzieci za pomocą jednego z dostępnych testów inteligencji. Uznano, że ogólna ocena poziomu umysłowego ba-

danych pozwoli lepiej zrozumieć zarówno ich ograniczenia jak i aktualne potrzeby. W postępowaniu badawczym posłużono się testem inteligencji Wechslera.

Ze względu na fakt, że badania prowadzono w grupie dzieci klas I - III, w których istotę procesu dydaktycznego stanowi nauka czytania i pisania, badanie poziomu umysłowego uzupełniono badaniem percepcji wzrokowej, słuchowej i lateralizacji.

W badaniu percepcji wzrokowej posłużono się układem figur geometrycznych, który H. Spionek stosowała do oceny poziomu analizy i syntezy wzrokowej (1969). Osobie badanej eksponowano kolejno 14 obrazków przedstawiających figury geometryczne poczynawszy od prostych do coraz bardziej złożonych, a następnie proszono o dokładne ich odwzorowanie. Każda figura była rysowana na oddzielnej kartce. Sposób, w jaki dziecko odtwarza siedem pierwszych figur świadczy o ogólnym poziomie jego możliwości graficznych, natomiast odwzorowanie pozostałych, złożonych figur wskazuje na prawidłowość przebiegu jego procesów analizy i syntezy wzrokowej.

W badaniu percepcji słuchowej wykorzystano test do badania słuchu fonematycznego opracowany przez zespół psychologów Wojewódzkiej Poradni Wychowawczo - Zawodowej w Katowicach. Test ten obejmuje: powtarzanie, ślad pamięciowy oraz analizę i syntezę wyrazu. Powtarzanie polega na bezpośredniej realizacji po usłyszeniu samogłosek i spółgłosek zarówno w izolacji jak i w zestawach (np. w-f, dż-cz, brz, ksz, aou) wyrazów pojedynczych i par wyrazów opozycyjnych (np. Wala-fala, koza-kosa). Badanie trwałości śladu pamięciowego przebiega w ten sposób, że badający mówi pojedynczy wyraz lub parę wyrazów opozycyjnych, a badany realizuje dany bodziec słowny bezpośrednio po usłyszeniu, następnie po pięciu sekundach i po dziesięciu sekundach na znak dany przez osobę badającą.

W badaniu analizy wyrazu dziecko proszone jest o wyodrębnienie głoski, samogłoski lub spółgłoski w nagłosie, éródgłosie i wygłosie w kolejno podawanych wyrazach. Synteza polega natomiast na tworzeniu wyrazów z głosek podanych w izolacji.

W określeniu procesu lateralizacji posłużono się metodą stosowaną przez R. Zazzo i jego współpracowników. Metoda ta składa się z 6 prób, z których dwie pierwsze pozwalają określić "ręczność", dwie następne "oczność", a próba piąta i szósta - "nożność".

Próba pierwsza polega na odkładaniu 32 kart jednej po drugiej na stole. Wszystkie karty badany trzyma jedną ręką, drugą natomiast bierze każdą kartę oddzielnie i odkłada na stół. Mierzy się czas potrzebny badanemu na odłożenie kart zarówno lewą, jak i prawą ręką. Szybkość odkładania jest miarą sprawności każdej z rąk.

Próba druga polega na wykonywaniu tzw. marionetki tzn. ruchów supinacyjno-pronacyjnych najpierw jedną, a potem drugą ręką. Ruchy te polegają na naprzemiennych półobrotach przedramienia i dłoni w stosunku do ramienia. Badający porównuje sprawność wykonywania ruchów supinacyjno-pronacyjnych zarówno prawą jak i lewą ręką.

Próba trzecia polega na patrzeniu przez niewielki otwór w kartce papieru na określony obiekt. Badany proszony jest o wybranie tego oka, którym jest mu najlepiej oglądać dany obiekt przez ten otwór.

W próbie czwartej wykorzystano jednooczną przegłódkę. Badany chcąc oględnać przeźrocze, z konieczności musiał posługiwać się jednym okiem.

Próba piąta polega na przesuwaniu klocka jedną nogą przy jednoczesnych podskokach na tej nodze. Badany wykonuje zadanie najpierw jedną nogą, a potem drugą. Zwracamy uwagę na wybór nogi oraz na sposób wykonania zadania jedną i drugą nogą.

Próba szósta to kopanie klocka. W czasie wykonywania tej czynności obserwujemy samorzutny wybór nogi przez dziecko.

Wyniki przeprowadzonych prób stanowiły podstawę ustalenia formuły lateralizacji dla każdej badanej osoby.

Funkcjonowanie jednostki wyznaczają nie tylko jej mechanizmy poznawcze o charakterze orientacyjnym, lecz również doświadczenia emocjonalne. W celu uzyskania informacji, za pomocą jakich zachowań dziecko chore reguluje swoje stosunki z otoczeniem posłużono się w postępowaniu badawczym 14-czynnikowym kwestionariuszem osobowości Cattella dla dzieci.

Badaniami objęto 35 pacjentów, w tym 21 (11 dziewcząt i 10 chłopców) cierpiących na astmę oskrzelową i 12 dzieci z lżejszymi schorzeniami układu oddechowego (4 dziewczynki i 8 chłopców). Grupę dzieci astmatycznych uznano za podstawową, natomiast grupę z nieżytami oskrzeli za porównawczą.

Badania prowadzono w Instytucie Matki i Dziecka Oddział Terenowy w Rabce, w okresie od września do listopada 1981 roku w ramach problemu M R.

WYNIKI BADAŃ

Określenie poziomu intelektualnego stanowi jeden ze sposobów zdobywania informacji o pracy umysłowej ucznia. Choć badanie poziomu umysłowego dziecka nie pozwala opracować dokładnej prognozy dotyczącej jego powodzenia w pierwszych latach nauki, to jednak ocena sposobu rozwiązywania prób testowych stwarza możliwość lepszego zrozumienia trudności i aktualnych potrzeb dziecka. Uwzględniając sformułowane wyżej założenia w postępowaniu badawczym, wykorzystano test inteligencji Wechslera. Osiągnięcia w tym teście dzieci ze schorzeniami układu oddechowego ilustruje tabela 1.

T a b e l e 1

Osiągnięcia dzieci astmatycznych i dzieci z nieżytami dróg oddechowych
w teście Wechslera

Podtesty Grupa	II w SP		II w SS		II w SBZ		Wiedomości		Rozumienie		Arytmetyka		Podobieństwa		Cyfry		Braki		Historyj-ki		Klocki		Układanki		Symbole	
	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS	S	OS
z astmą	S	OS	114,5	109,6	116,7	11	12,5	12,1	13	9,1	12,5	11,3	13,5	11,3	12,4	13,5	11,3	11,3	13,5	11,3	11,3	13,5	11,3	11,3	12,4	12,4
	OS		15,8	15,8	14,7	3,7	2,6	3,0	3,08	2,6	3,1	1,8	2,7	3,9	2,1											
z nieżytami	S	OS	112,1	105,7	116,5	9,6	14,3	9,8	12,2	8,8	12,9	10,4	14,3	12,7	11,9	14,3	10,4	10,4	14,3	12,7	11,9	14,3	12,7	11,9	11,9	
	OS		13,6	11,9	13,4	1,8	2,8	1,8	4,3	1,9	1,8	2,4	2,9	2,3	3,4											

II w SP - iloraz inteligencji skali pełnej
 II w SS - iloraz inteligencji w skali słownej
 II w SBZ - iloraz inteligencji w skali bezsłownej

S - średnia arytmetyczna
 OS - odchylenie standardowe

Dzieci astmatyczne reprezentowały nieznacznie wyższy poziom intelektualny niż dzieci z nieżytami górnych dróg oddechowych. Średnia wartość ilorazów inteligencji uzyskanych przez dzieci astmatyczne wynosiła 114,5, podczas gdy w grupie dzieci z lżejszymi schorzeniami układu oddechowego średni iloraz inteligencji osiągnął wielkość 112,1. W obu grupach wystąpiła znaczna rozbieżność pomiędzy wartościami ilorazów inteligencji, jakie uzyskiwali badani w zadaniach słownych i wykonaniowych. Średnia wartość ilorazów inteligencji, jakie dzieci astmatyczne osiągały w skali słownej równała się wielkości 109,6, podczas gdy w skali bezsłownej 116,7. Podobną prawidłowość obserwujemy w grupie uczniów z innymi schorzeniami górnych dróg oddechowych - średni iloraz inteligencji w skali słownej klasował się na poziomie 105,7, natomiast w skali bezsłownej osiągnął wartość 116,5.

Grupa dzieci astmatycznych najwyższe wyniki osiągnęła w podtestach: "klocki" ($\bar{x} = 13,5$) i "podobieństwa" ($\bar{x} = 13$), natomiast najniższe wyniki w teście pamięci ($\bar{x} = 9,1$) i teście wiadomości ($\bar{x} = 11$). Dzieci z lżejszymi schorzeniami układu oddechowego najwyższe rezultaty uzyskały w podteście "rozumienie" ($\bar{x} = 14,3$) oraz w podteście "klocki" ($\bar{x} = 14,3$), najniższe zaś wyniki, analogicznie jak grupa podstawowa, w teście pamięci ($\bar{x} = 8,8$) i w teście wiadomości ($\bar{x} = 9,6$).

Wartości odchyłeń standardowych wskazują większe zróżnicowanie osiągniętych wyników w grupie dzieci astmatycznych niż w grupie dzieci z nieżytami oskrzeli. Stosunkowo duże różnice w wartościach odchyłeń standardowych obu grup dają się zaobserwować w skali słownej: w grupie dzieci astmatycznych wartość ta osiąga wielkość 15,8, podczas gdy w grupie pacjentów z lżejszymi schorzeniami układu oddechowego wielkość 11,9. Można powiedzieć, że uczniowie cierpiący na lżejsze schorzenia dróg oddechowych są do siebie bardziej podobni niż badani z astmą w zakresie tych wszystkich funkcji

psychicznych, których rozwój związany jest ze słowem. Podobne rozbieżności nie występują pomiędzy rezultatami obu grup w zadaniach wykonaniowych.

Analiza porównawcza wartości odchyłeń standardowych w poszczególnych podtestach pozwala sformułować wniosek, że badane grupy w szczególnym stopniu różnią się między sobą w zakresie wiadomości. Wartość odchylenia ($OS = 3,7$) w grupie dzieci astmatycznych wskazuje na duże zróżnicowanie poziomu ogólnych wiadomości poszczególnych uczniów. Badani z nieżytami oskrzeli reprezentują bardziej zbliżony do siebie zakres wiadomości, albowiem odchylenie standardowe w tej grupie osiąga wielkość 1,8. W bardziej widoczny sposób te duże różnice w osiągnięciach obu grup ujawnia porównanie rozpiętości uzyskiwanych przez nie wyników w tym podteście. O ile wyniki dzieci astmatycznych zamykają się w granicach od 6 do 19, to rezultaty pacjentów z lżejszymi schorzeniami zaledwie pomiędzy wartościami 7 i 11. Można przypuszczać, że wyniki uzyskiwane przez badanych w podteście wiadomości są bardziej niż rezultaty w pozostałych próbach uwarunkowane stopniem ich absencji w szkole, która z kolei wiąże się z przebiegiem samej choroby jak i sposobem jej leczenia. Dzieci astmatyczne znacznie częściej niż dzieci z nieżytami oskrzeli opuszczają lekcje, korzystają z leczenia szpitalnego czy sanatoryjnego, co nie sprzyja systematycznemu rozszerzaniu wiedzy.

Podobne różnice w wartościach odchyłeń, aczkolwiek już nie tak znaczące, wystąpiły ponadto w podtestach: rozumowanie arytmetyczne, braki w obrazkach i układanki. Funkcje psychiczne zaangażowane w rozwiązywaniu wymienionych wyżej prób testowych winny stać się przedmiotem bardziej szczegółowych analiz w dalszym postępowaniu badawczym. Można bowiem założyć, że duże różnice indywidualne w grupie pacjentów astmatycznych wiążą się w sposób przyczynowo - skutkowy bezpośrednio lub pośrednio z faktem wystąpienia samej choroby.

Wyniki prowadzonych badań potwierdziły prawidłowości dotyczące rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży, jakie zostały ustalone w badaniach Susułowskiej i Przetacznikowej (1967). Dzieci ze schorzeniami przewlekłymi nie odbiegają od swych zdrowych rówieśników poziomem rozwoju intelektualnego. Daje się zaobserwować jedynie pewna nierównomierność w rozwoju poszczególnych funkcji psychicznych. Stosunkowo wysokie wyniki w podtestach skali bezsłownej sugerują przypuszczenie, że dzieci cierpiące na choroby przewlekłe (w tym układu oddechowego) nie w pełni realizują posiadane możliwości intelektualne. Nie sprzyjające warunki, w jakich z konieczności rozwija się dziecko cierpiące na chroniczną chorobę (przymusowe ograniczenia, częsta hospitalizacja, częste zmiany środowiska) szczególnie negatywnie wpływają na zasób wiadomości oraz procesy pamięciowe badanych. Zakłócenia pamięci wiążą się prawdopodobnie również z podwyższonym poziomem neurotyzmu i lęku badanych dzieci. Zależności pomiędzy funkcjonowaniem intelektualnym a pewnymi cechami sfery emocjonalno - motywacyjnej dzieci z chorobami układu oddechowego będą przedmiotem dalszej analizy.

Badanie analityczno-syntetycznych czynności analizatora wzrokowego układem figur Spionek dały dość nieoczekiwane wyniki. Jedynie jedno dziecko spośród wszystkich badanych wykonało wszystkie próby poprawnie. W rysunkach pozostałych dzieci wystąpiły różnego rodzaju nieprawidłowości. Szczególnie dużo trudności napotykali badani w odtwarzaniu dwu najbardziej skomplikowanych figur (13 i 14), charakteryzujących się zarówno dużą ilością elementów jak i dużym stopniem złożoności relacji, jakie między tymi elementami występują. Zdaniem Spionek, nawet najbardziej złożoną figurę (14) potrafią odtworzyć już dzieci w wieku 7; 0 - 7; 6 lat, jeśli ich procesy analizy i syntezy mają przebieg prawidłowy. Wszyscy badani ten wiek chronologiczny osiągnęli. Warto jednak zauważyć, że u większości badanych pierwsze trudności pojawiły się przy odtwarzaniu figury 9, która to rozpoczyna

ciąg figur złożonych. Osiągnięcia dzieci w badaniu percepcji wzrokowej przedstawia tabela 2.

T a b e l a 2

Rezultaty grupy podstawowej i porównawczej
w badaniu percepcji wzrokowej

Numer rysunku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Grupa														
z astmą	0	0	0	0	2	0	0	0	7	2	2	15	9	16
z nieżytami	0	0	0	0	1	1	0	1	4	2	3	10	11	12

Objaśnienie: Liczby wskazują ilość dzieci, które nie odwzorowały prawidłowo danego rysunku

Stosunkowo niewielka liczba badanych dzieci nie pozwala jednoznacznie wyjaśnić zaobserwowanych zjawisk. Wyniki te nasuwają jednak kilka refleksji, które mogą stanowić podstawę sformułowania hipotez, mogących być przedmiotem weryfikacji w dalszych badaniach. Powstaje przede wszystkim pytanie, czy występujące nieprawidłowości w rysunkach badanych wskazują na zaburzenia rozwoju analizy i syntezy wzrokowej, mające swe źródło w czynnikach endogennych (są np. objawem mikrouszkodzeń), czy zakłócenia te wynikają być może z wolniejszego tempa rozwoju, w związku z czym dzieci przewlekłe chore osiągają nieco później konstytucjonalną dojrzałość niż dzieci zdrowe, czy może mamy tu do czynienia z brakiem społecznego i wychowawczego przygotowania dziecka do sprostania temu zadaniu.

W przypadku badanych dzieci należy odpowiedzieć raczej negatywnie na każde z wyżej wymienionych pytań. Żaden bowiem z badanych uczniów nie napotkał w realizacji programu nauczania na takie trudności, które sugerowałyby występowanie

nie poważnych zaburzeń w ich procesach analizy i syntezy wzrokowej.

Należy zatem postawić kolejne pytanie, czy uwarunkowania nieprawidłowości, jakie wystąpiły w zadaniach percepcyjnych nie są związane z pewnymi właściwościami sfery emocjonalno-motywacyjnej badanych. Można przypuszczać, że wzmożona pobudliwość, lękowe nastawienie, niepewność siebie będzie wpływać w pewnym stopniu dezorganizująco na zachowanie dziecka w sytuacji zadaniowej o bardziej skomplikowanej strukturze (zakłócenia koncentracji uwagi). O zasadności tego przypuszczenia można wnioskować na podstawie analizy wniosków, jakie badani osiągają w kwestionariuszu Cattella w tych czynnikach, które wskazują na występowanie wyżej wymienionych cech w strukturze osobowości badanych uczniów.

Nie stwierdzono natomiast nieprawidłowości w rozwiązywaniu prób badających analityczno - syntetyczne czynności analizatora słuchowego. Osiągnięcia badanych uczniów sugerują, że rozwój percepcji słuchowej przebiega u badanych prawidłowo. W badaniu lateralizacji 52,4% (11 osób) badanej populacji dzieci astmatycznych wykazała jednorodną przewagę prawostronną, 38,1% (8 osób) dominację skrzyżowaną, a u 9,5% (2 dzieci) wystąpił brak wyraźnej przewagi stronnej. Wśród pacjentów z lżejszymi schorzeniami układu oddechowego tylko 4 (33,3%) charakteryzowało się zdecydowaną lateralizacją prawostronną, u jednego dziecka (8,3%) wystąpiła jednorodna przewaga lewostronna, a u 7 (58,4%) dominacja skrzyżowana.

W przypadkach niejednorodności procesu lateralizacji najczęściej występowała praworęczność i prawonożność przy lewoocznosci. Tylko u 1 dziecka leworęczność towarzyszyła prawoocznosci i prawonożności.

Zróznicowanie uzyskanych wyników nie odbiega od rozkładu danych, jakie uzyskała w swoich badaniach H. Spionek. Ponadto jak wiadomo, proces ustalania się przewagi jednej ze stron naszego ciała ma charakter progresywny i u większości dzieci trwa aż do 14 roku życia. Toteż aktualny stan

należy traktować jako przejściowy etap rozwoju tego procesu. Szczegółowe dane zawiera tabela 3.

T a b e l a 3

Osiągnięcia grupy podstawowej i porównawczej
w badaniu lateralizacji

Typ przewagi Grupa	Jednorodna prawo- stronna		Jednorodna lewo- stronna		Skrzyżowana		Nie ustalona	
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
z astmą	11	52,4	-	-	8	38,1	2	9,5
z nieżytami	4	33,3	1	8,3	7	58,4	-	-

Stosunkowo duża częstość występowania lateralizacji skrzyżowanej; może nasuwać przypuszczenie, że stanowi ona źródło zakłóceń, jakie obserwowano w odwzorowaniu skomplikowanych figur geometrycznych. Porównanie wyników dzieci zlateralizowanych prawostronnie i dzieci z dominacją skrzyżowaną nie ujawniło oczekiwanych różnic. Dla przykładu podam, że uczniowie, którzy uzyskali najniższe wyniki w badaniu analizy i syntezy wzrokowej byli zlateralizowani całkowicie prawostronnie, a jedyne dziecko, które odwzorowało prawidłowo wszystkie figury wykazało właśnie lateralizację skrzyżowaną. Stosunkowo mała liczba badanych utrudnia formułowanie ogólnych, a zarazem o dużym stopniu rzetelności sądów i w tym przypadku.

Reasumując przedstawione rozważania, należy stwierdzić, że dzieci z przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych nie odbiegają w globalnym rozwoju intelektualnym od swych zdrowych rówieśników. Często reprezentują nawet ponadprzeciętny poziom rozwoju umysłowego. Wydaje się, że choroba, a zwłaszcza jej przebieg i sposób leczenia w sposób bardziej bezpośredni i specyficzny wpływa na rozwój sfery emocjonalno-uczuciowej i motywacyjnej dzieci cierpiących na schorzenia

chroniczne. Zakłócenia w kształtowaniu się prawidłowej struktury osobowości mogą natomiast wpływać wtórnie na rozwój i funkcjonowanie poznawcze dziecka. Wpływ ten może mieć ponadto charakter sytuacyjny tzn. będzie zależał od struktury i stopnia złożoności sytuacji zadaniowej, jakiej będzie miało sprostać chore dziecko.

Wyniki przeprowadzonych badań skłaniają do rezygnacji w dalszym postępowaniu badawczym ze standardowych metod służących określaniu umysłowych właściwości dzieci przewlekle chorych. Zgodnie ze współczesnymi tendencjami modernizacji procesu nauczania początkowego psychologiczne postępowanie winno przyjąć charakter czynnościowy, to znaczy winno określać właściwości i przebieg czynności umysłowych dziecka w warunkach różnego rodzaju sytuacji zadaniowych. Z punktu widzenia wymagań programowych w pierwszych latach nauki, badania takie powinny zmierzać do określenia właściwości operacji myślowych w toku rozwiązywania różnego rodzaju problemów, umiejętności koncentracji uwagi, prawidłowości przebiegu procesów pamięciowych oraz analityczno-syntetycznych czynności analizatorów wzrokowego i słuchowego. Standardowe metody mogą być wykorzystane w sytuacjach, w których zachodzi potrzeba wykluczenia globalnego opóźnienia rozwoju.

Funkcjonowanie jednostki wyznaczają nie tylko jej mechanizmy poznawcze o charakterze orientacyjnym, lecz również doświadczenia emocjonalne związane z otrzymywaniem uczuć od otoczenia (doświadczenia akceptacji) oraz z efektywnością własnych działań (doświadczenia efektu). W toku rozwoju jednostki pomiędzy mechanizmami emocjonalnymi i mechanizmami poznawczymi tworzą się ścisłe powiązania o różnym stopniu złożoności, stałości i spójności, które sprzyjają powstawaniu coraz to wyższych struktur regulacyjnych jej zachowania. Naruszenie któregokolwiek z tych mechanizmów grozi dezintegracją osobowości, której pierwszym objawem jest zwykle niepokój czy lęk. Specyficzne warunki, w jakich rozwijają się dzieci przewlekle chore wielokrotnie mają cha-

rakter sytuacji stresowych - trudnych i konfliktowych - sprzyjających utrwalaniu się niepokoju czy lęku, który z kolei może wpływać modyfikująco na kształtowanie się ich obrazu świata, jak i własnej osoby.

W celu uzyskania informacji, za pomocą jakich zachowań dziecko chore reguluje swoje stosunki z otoczeniem posłużono się w postępowaniu badawczym 14-czynnikowym kwestionariuszem osobowości Cattella dla dzieci.

Analiza porównawcza średnich arytmetycznych badanych grup w poszczególnych czynnikach nie wykazała zasadniczych różnic. Obie grupy najwyższe wyniki uzyskały w czynniku "I" (wrażliwość - brak wrażliwości) oraz w czynniku "O" (depresyjna niepewność siebie - pewność siebie). Rezultaty te wskazują, że badani w kontaktach międzyludzkich oraz w sytuacjach trudnych stają się bojaźliwi, niepewni siebie, lękliwi, mają niskie poczucie własnej wartości, są skłonni do depresji i agresji, lecz skierowanej na własną osobę, odczuwają osamotnienie. Jednocześnie szukają oparcia w otoczeniu, są zależni od niego, ale jako jednostki wrażliwe i delikatne są wobec tego otoczenia wymagające, dążą do zwrócenia uwagi na siebie. Obraz ten uzupełniają właściwości skupione w czynnikach o najniższej wartości. Jednym z niskich czynników, wspólnym dla obu grup okazał się czynnik "F" (surgencja - desurgencja), który wskazuje na bierność i zahamowanie dzieci chorych, na ich małą ekspansywność wobec otoczenia. Ponadto obie grupy cechują trudności w nawiązywaniu kontaktu, przy silnej jednocześnie jego potrzebie, jak i trudności w przystosowaniu się do zmian zachodzących w środowisku. O ile jednak w grupie dzieci z nieżytami dróg oddechowych cechy te wiążą się z czynnikiem "A" (schizotypia - cyklotymia), który wskazuje na konstytucjonalne uwarunkowanie tych cech (pewne właściwości pracy systemu nerwowego), to w grupie dzieci z astmą taki sposób regulacji stosunków z otoczeniem wynika z czynnika "N", który jest głównie wypadkową oddziaływań środowiska.

Warto zauważyć, że w konstelacji czynników wyznaczających zachowanie obu grup występuje jeden czynnik, który jest opozycyjny do pozostałych, i jakby zaprzecza występowaniu wymienionych wyżej zachowań (grupa astmatyczna - czynnik "C", grupa z nieżytami - czynnik "H"). Wysoka wartość czynnika "C" wskazuje na silne ego, dojrzałość emocjonalną, podczas gdy czynnik "H" mówi o odporności, śmiałości, impulsywności w sytuacjach zagrożenia. Ten konflikt odpowiedzi obrazuje prawdopodobnie wewnętrzny konflikt uczuciowy pomiędzy "ja-realnym" i "ja-idealnym" badanych. Może on mieć wartość motywacyjną dla tych jednostek, u których rozbieżność "ja realnego" i "ja idealnego" nie jest duża, w przeciwnym razie może jedynie pogłębiać proces dezintegracji struktur regulacyjnych osobowości. Dane liczbowe badań kwestionariuszem Cattella przedstawia tabela 4.

Brak wyników dzieci zdrowych nie pozwala choć w przybliżeniu określić stopień nasilenia poszczególnych czynników, co uniemożliwia sformułowanie odpowiedzi na pytanie, czy struktura osobowości dzieci chorych różni się w sposób istotny od struktury osobowości dzieci zdrowych, czy są to tylko nieznaczne różnice ilościowe, których występowanie zależy głównie od rodzaju sytuacji zewnętrznej.

Wydaje się jednak słuszne twierdzenie, że posługiwanie się przez dzieci chore wymienionymi wyżej formami zachowań regulacyjnych może wpływać negatywnie na rozwiązywanie złożonych sytuacji zadaniowych i konfliktowych.

Przedstawione rozważania pozwalają sformułować kilka wniosków mających ogólne znaczenie zarówno dla teorii jak i dla praktyki.

1) Choć dzieci z przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych nie odbiegają w globalnym rozwoju intelektualnym od swych zdrowych rówieśników, to jednak w rozwoju poszczególnych funkcji psychicznych daje się zaobserwować pewną nierównomierność. Stosunkowo duża rozbieżność pomiędzy osiągnięciami badanych w podtestach skali bezsłownej i słownej sugeruje przypuszczenie, że dzieci cierpiące na schorzenia

T a b e l a 4

Wyniki dzieci astmatycznych i dzieci z nieżytami dróg oddechowych w teście Cattella
(średnie arytmetyczne)

Czynniki	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	N	O	Q ₃	Q ₄
z astmą	2,69	1,6	3,38	3,21	2,88	2,46	2,63	3,15	3,79	2,31	2,63	3,65	2,83	2,83
z nieżytami	2,19	1,77	2,92	3,08	2,92	2,69	3,08	3,27	3,62	3,12	2,81	3,65	2,81	2,77

przewlekłe dróg oddechowych nie w pełni realizują posiadane możliwości intelektualne. Nie sprzyjające warunki, w jakich z konieczności rozwija się dziecko cierpiące na przewlekłą chorobę szczególnie negatywnie wpływają na zasób wiadomości, procesy pamięciowe oraz przebieg analityczno-syntetycznych czynności analizatora wzrokowego badanych. W dalszym postępowaniu badawczym należy zmierzać do określenia właściwości operacji myślowych w toku rozwiązywania różnego rodzaju problemów, umiejętności koncentracji uwagi, prawidłowości przebiegu procesów pamięciowych oraz analityczno-syntetycznych czynności analizatorów wzrokowego i słuchowego.

2) Dzieci z przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych w kontaktach międzyludzkich oraz w sytuacjach trudnych stają się bojaźliwe, niepewne siebie, lękliwe, mają niskie poczucie wartości, są skłonne do depresji i autoagresji, cierpią uczucie osamotnienia, Mają trudności w nawiązywaniu kontaktów przy silnej jednocześnie ich potrzebie, jak i trudności w przystosowaniu się do zmian zachodzących w środowisku. Wobec otoczenia są one bierne i mało ekspansywne, ale jednocześnie pragną znaleźć w nim oparcie. Przedstawiona analiza przekonuje o występowaniu zakłóceń w sferze emocjonalnej badanych dzieci. Takie symptomy zachowania jak: lęk, niskie poczucie wartości, stany depresyjne, uczucie osamotnienia wskazują na nerwicowy rozwój osobowości badanych. Dalsze ograniczenia związane z samą chorobą i sposobem jej leczenia mogą obserwowane zaburzenia nasilać i pogłębiać, a te z kolei na zasadzie sprzężenia zwrotnego będą ujemnie wpływać na stan somatyczny chorego dziecka.

3) Chore dziecko nie przewycięży w sposób spontaniczny piętrzących się przed nim trudności. Będzie wymagało pomocy zarówno w wyrównywaniu braków w sferze procesów poznawczych jak i w rozwiązywaniu swoich osobistych problemów emocjonalnych. Wydaje się, że stwarzanie dzieciom z przewlekłymi schorzeniami sytuacji sprzyjających gromadzeniu dodat-

nich przeżyć uczuciowych - zarówno tych związanych z otrzymywaniem uczuć od otoczenia, jak i tych, które wynikają z efektywności własnych działań - zapewni im większą równowagę emocjonalną i kształtowanie się bardziej prawidłowych powiązań pomiędzy mechanizmami emocjonalnymi i poznawczymi w strukturze ich osobowości. Sytuacje takie mogą występować samorzutnie w procesie rewalidacyjnym i wychowawczym, a mogą być również aranżowane w sposób celowy w procesie terapeutycznym.

BIBLIOGRAFIA

1. Doroszewska J.: Nauczyciel-wychowawca w zakładzie leczniczym, PZWS, Warszawa 1963.
2. Hollender M. H.: Psychologia w praktyce lekarskiej. PZWL, Warszawa 1975.
3. Janeczko R.: Rewalidacja osób przewlekle chorych (w:) Pedagogika rewalidacyjna, red. Hulek A. PWN, Warszawa 1977.
4. Spionek H.: Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka. PWN, Warszawa 1969.
5. Susułowska M., Przetacznikowa M.: Wpływ choroby przewlekłej na rozwój psychiczny i osobowość dzieci, Zeszyty Naukowe UJ, Prace psychologiczno-pedagogiczne, zeszyt 9, Kraków 1967.
6. Wall W. D.: Wychowanie i zdrowie psychiczne. PWN, Warszawa 1960.