

Zofia Lohn, Wojciech Gontarczyk

ZMIENNE OSOBOWOŚCIOWE
A PROCES REHABILITACJI EDUKACYJNO-ZAWODOWEJ
MŁODZIEŻY
Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBYMI UKŁADU ODDECHOWEGO

PROBLEM PRACY

Podstawowym zadaniem wynikającym z współczesnej koncepcji rehabilitacji jest przygotowanie chorych z trwałymi uszkodzeniami zdrowia do możliwie pełnego usamodzielnienia, zapewniającego odpowiednie funkcjonowanie społeczne w integracji ze środowiskiem ludzi zdrowych¹.

Trzeba też stwierdzić, że wykonywana praca, niezależnie od rangi społecznej, ma zasadnicze znaczenie dla formowania systemu wartości człowieka, stając się twórczym czynnikiem rozwoju indywidualnego - najwyższego celu rehabilitacji.

Obowiązujący w Polsce system poradnictwa zawodowego uzależnia w decydującym stopniu wybór nauki zawodu od czynników zdrowotnych. "Aspekt zdrowotny tego poradnictwa przejawia się w badaniach lekarskich i orzekaniu lekarskim, przy czym to ostatnie ogranicza się do podania przeciwwskazań do nauki określonego zawodu. W ten sposób rola lekarza sprowadza się do roli doradcy dla ucznia i rodziców, przestrzegającego przed podjęciem pochopnych w rozumieniu zdrowotnym, decyzji o kierunku dalszej nauki"².

Rola lekarza w stosunku do pacjentów przewlekle chorych niepomierne wzrasta.

Dziecko jest pod stałą opieką lekarską od najwcześniejszych lat życia - w takich chorobach, jak zwióknienie płuc, mukowiscydoza, czy astma oskrzelowa kontakt lekarza z pacjentem jest stały, a ośrodek specjalistyczny staje się po prostu drugim domem.

Konieczność licznych hospitalizacji takiego dziecka jest powodem, dla którego nie może ono pozostawać pod opieką takich placówek specjalistycznych, jak poradnie wychowawczo-zawodowe oraz poradnie specjalistyczne społecznej służby zdrowia, a sytuacja w jakiej znajduje się dziecko i jego rodzina wymaga nie tylko indywidualnej porady na stopniu podstawowym, ale musi to być - ze względu na uwarunkowania zdrowotne i występujący często w przypadkach przewlekłych chorób układu oddechowego - aktywny charakter inwalidztwa³ - porada konsultacyjna.

W sytuacji zaburzonych uwarunkowań społecznych ukierunkowanie szkolno-zawodowe staje się istotnym czynnikiem kompleksowej rehabilitacji prowadzonej przez zakład leczniczy.

W odpowiedzi na to zapotrzebowanie społeczne koordynację oddziaływań w tym zakresie - ze strony lekarzy, nauczycieli i rodziców - podjęła Pracownia Pedagogiki Specjalnej powołana w Zakładzie Fizjopatologii i Rehabilitacji Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży OT IMiD w Rabce.

Przedstawione opracowanie opiera się na doświadczeniach tej placówki.

UZASADNIENIE WYBORU TEMATU

Analiza piśmiennictwa związanego z problemami orientacji szkolno-zawodowej pozwala na ocenę czynników mających wpływ na decyzje zawodowe, grupując je - najogólniej - w uwarunkowania: społeczne⁴, pedagogiczne oraz związane z wpływem czynników psychicznych⁵.

W stosunku do uczniów z grup dyspanseryjnych zasadnicze znaczenie mają uwarunkowania związane z objawami choroby i jej leczeniem.

Z zaplanowanego przedstawienia zmiennych osobowościowych mających wpływ na szkolno-zawodową sytuację młodzieży z niektórymi przewlekłymi chorobami układu oddechowego w niniejszym opracowaniu zostały wyodrębnione tylko dwa wyznaczniki, które według naszych doświadczeń mogą mieć decydujący wpływ na plany na przyszłość naszych uczniów. Są to: postawa jaką przyjmuje pacjent wobec choroby oraz poziom neurotyczności.

W opracowaniu posługujemy się pojęciem "postawy wobec choroby" - jako "stosunku pacjenta do faktu choroby i sytuacji związanych z leczeniem i rehabilitacją"⁶.

I. Heszen-Klemens, w swoich badaniach nad uwarunkowaniami zachowania się pacjentów wobec własnej choroby - a dotyczyły one osób dorosłych - stwierdziła istnienie zależności między obrazem własnej choroby a kierunkiem zachowania się⁷.

Stwierdziła również, że "prawidłowa orientacja w tych zagadnieniach jest czynnikiem prowadzącym do pożądanego z medycznego punktu widzenia - form zachowania" pacjenta⁸.

Analiza wypowiedzi badanych uczniów - pacjentów winna dać odpowiedź na pytanie dotyczące wiedzy o własnej chorobie.

Jako drugi istotny czynnik wprowadzono poziom neurotyczności. "Neurotyczność - bowiem - jest, zdaniem wielu psychologów i lekarzy, przyczyną wielu niepowodzeń życiowych. Niepokoje, lęki oraz towarzyszące im objawy psychosomatyczne utrudniają właściwe funkcjonowanie osobowości"⁹.

W związku z tym dalsze badania winny ustalić statystyczną zależność percepcji własnej choroby przez chorego od poziomu neurotyczności.

ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ

Opis grupy badanej

Badaniami objęto uczniów klasy VIII, leczonych w Klinikach OT Instytutu Matki i Dziecka w Rabce w okresie od września 1987 do końca kwietnia 1988. Wyłącznym kryterium doboru stanowił fakt ukończenia szkoły podstawowej w roku szkolnym 1987/88.

Metody i narzędzia badawcze

Dla określenia czynników istotnych dla zachowania się chorego wprowadzono pojęcie "postawy wobec własnej choroby" - PWCH (Wrześniewski, 1975).

Wcześniej podjęto prace nad skonstruowaniem odpowiedniego narzędzia badawczego, pozwalającego na wymierną ocenę niektórych aspektów zachowania się pacjenta w stosunku do własnej sytuacji zdrowotnej.

Wstępną Skalę Postaw Wobec Własnej Choroby zawierającą 15 twierdzeń skonstruowano w Pracowni Pedagogiki Specjalnej, w oparciu o własne doświadczenia z pracy z chorymi dziećmi, jak i wspomniane wyżej piśmiennictwo.

Twierdzenia skali poprzedzono 7 pytaniami, zadanyymi w celu uzyskania informacji, jaką wiedzę o chorobie posiada pacjent, czy zna jej przyczyny i skutki.

Po obliczeniu mocy dyskryminacyjnej, trafności i rzetelności skali wyłoniono 9 twierdzeń tworzących ostateczną wersję skali PWCH, przy pomocy której przeprowadzono badania dla potrzeb niniejszego opracowania.

Ocenę poziomu neurotyczności uzyskano przez zastosowanie Kwestionariusza Osobowości H. J. Eysencka (MPI).

Ponadto 29 uczniów, którzy przeszli przez klasę VIII w roku szkolnym 1987/88, objęto badaniami indywidualnymi dotyczącymi orientacji zawodowej. Składały się na nie: Test

Ravena, względnie w niektórych wypadkach Wechslera, Test Wiadomości Podstawowych, Kwestionariusz Zainteresowań, Arkusze Zachowania się Ucznia - B. Markowskiej, Ankieta "Wybieram Zawód" wg Z. Kossel.

Przedstawione techniki badawcze uzupełniono analizą dokumentacji leczniczej i szkolnej oraz wywiadami: z lekarzem, nauczycielem, rodzicami, wreszcie - rozmowami i obserwacją uczniów.

WYNIKI BADAŃ

Z analizy odpowiedzi na pytania otwarte Skali PWWCH uzyskano informacje:

- jaką wiedzą o własnej chorobie dysponuje pacjent?
- czy zdaje sobie sprawę z objawów choroby?
- czy zna przyczyny zachorowania?
- czy wie o tym, że choroba ma charakter przewlekły?
- jakie przewiduje skutki zdrowotne i społeczne swojej choroby?

Należy tu zaznaczyć, że wśród badanych znajduje się 20% chorych na zwióknienie płuc i mukowiscydozę, o niekorzystnych rokowaniach.

Odpowiedzi wykazują, że nikt z badanych nie zdaje sobie sprawy z objawów choroby; mówią o nich w sposób lakoniczny, zdawkowy, ubogi językowo - wymieniają zazwyczaj tylko jedną dolegliwość, np. "męczę się, kaszlę".

W szczegółach wygląda to następująco:

- 7% badanych twierdzi, że nic im nie dolega;
- 50% nie zna przyczyn, które wywołały chorobę;
- 23% ma świadomość nieuleczalnej choroby;
- 33% zdaje sobie sprawę z trwałych uszkodzeń jakie niesie choroba.

W przewidywaniu skutków zarówno zdrowotnych jak i społecznych -

33% badanych ma świadomość ograniczonego wyboru zawodu ze względu na chorobę;

17% zdaje sobie sprawę z faktu, że choroba uniemożliwi im realizację planów życiowych;

43% jest zdania, że choroba w ogóle nie będzie miała na to wpływu.

Z doświadczeń prowadzonego doradztwa i pomocy w wyborze szkoły ponadpodstawowej w roku szkolnym 1987/88 wynika, że:

50% zaplanowało wybór szkoły wspólnie z rodzicami;

50% nie posiadało żadnych ukierunkowań;

W 40% rodzice zwrócili się o pomoc do Pracowni Pedagogiki Specjalnej, w tym.

10% nie podjęło decyzji zawodowych, brak również kontaktu z rodzicami.

W tej grupie jest 2 pacjentów, którzy już rok pozostają poza szkołą

Wybór szkoły został ukierunkowany przez pracownię w ścisłym porozumieniu z lekarzem prowadzącym leczenie, wychowawcą klasy i rodzicami

Wybór szkoły ponadpodstawowej w zestawieniu z osiąganymi wynikami w nauce przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Wybór szkoły a oceny w nauce

N = 30 100%

Typ szkoły	% badanych uczniów	% uczniów z ocenami			
		bdb	db	dost	brak danych
LO	40%	7%	23%	10%	-
ZSZ	33%	-	-	33%	-
LZ	17%	-	7%	10%	-
BRAK DANYCH	10%	-	-	-	10%
RAZEM	100%	7%	30%	53%	10%

Na tej podstawie można wnioskować o prawidłowości w uzależnieniu wyboru szkoły od osiągniętych wyników w nauce.

Przeważają oceny dostateczne - 53%, z czego 43% uczniów wybiera zasadniczą szkołę zawodową i liceum zawodowe, 10% uczniów przymierza się do nauki na poziomie liceum - wyłącznie z tego powodu, że aktualny stan zdrowia nie pozwala im na wybór jakiegokolwiek zawodu. Poza tym pozostają oni obecnie i będą w przyszłości pod stałą opieką Instytutu i w czasie kolejnych etapów leczenia otrzymają możliwość korzystania z zorganizowanego na tym poziomie nauczania w Instytucie.

Poziom neurotyczności przedstawia tabela 2.

Tabela 2

Wyniki badań testem MPI - poziom neurotyzmu

Bardzo niski	-
Niski	7,7%
Przeciętny	34,6%
Wysoki	38,5%
Bardzo wysoki	19,2%

W badaniach przeprowadzonych skalą PWWCH w oparciu o rozkład normalny spośród 30 pacjentów wyodrębniono dwie skrajne grupy:

- w skład pierwszej weszli badani z postawą typu A. Postawa ta charakteryzuje się świadomością istniejącego zagrożenia jakie niesie choroba, oczekiwaniem na jej ujemne skutki, lękowym nastawieniem w przewidywaniu degradujących konsekwencji zachorowania.

- w skład drugiej grupy wchodzi postawy charakteryzujące się optymistycznym wglądem w chorobę: jest to postawa sprzyjająca leczeniu i rehabilitacji. Nazwano ją postawą typu B.

Do analizy porównawczej z wynikami uzyskanymi w badaniach MPI wzięto pod uwagę przedstawicieli postaw typu A (najniższe wyniki w skali PWWCH) oraz typu B (najwyższe wyniki w skali PWWCH)

100% pacjentów z postawą typu A ma wysoki lub bardzo wysoki poziom neurotyzmu, natomiast tylko 30% z postawą typu B charakteryzuje się wysokim poziomem neurotyczności.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Liczba badanych przypadków nie daje możliwości do przedstawienia istotnych zależności statystycznych. Wyniki stanowią jedynie fragmentaryczną odpowiedź na zasadnicze pytanie, jakie cechy osobowości młodzieży chorej pulmonologicznie ujawniają się w trudnych - spowodowanych chorobą sytuacjach życiowych.

Z analizy zaznaczających się zależności - na obecnym etapie naszych doświadczeń - wynika, że młodzież z przewlekłymi chorobami układu oddechowego przyjmuje do wiadomości fakt zachorowania, ale dopływ informacji dotyczących choroby i leczenia ma ograniczony zasięg, co sprawia, że ich obraz choroby jest bardzo mglisty i ubogi treściowo.

Poznawcza reprezentacja choroby i powstałej w związku z nią (zachorowaniem) sytuacji życiowej odgrywa poważną rolę w kształtowaniu zachowania się chorego¹⁰.

Prace empiryczne - prowadzone wprawdzie wśród dorosłych - dostarczają dowodów, że właściwe informowanie pacjentów przyczynia się do uzyskania pomyślniejszych wyników leczenia

Powyższe stwierdzenia upoważniają do wyciągnięcia wniosku, że istniejący w zakładzie leczniczo-wychowawczym system informacji pacjenta o chorobie i leczeniu winien zostać przeanalizowany.

Dalsze badania winny pójść w kierunku ustalenia istotnych statystycznie różnic między typem postaw zajmowanych wobec choroby a poziomem neurotyczności.

W obowiązującym systemie poradnictwa zawodowego szczególnie istotne staje się wcześniejsze objęcie indywidualnymi poradami konsultacyjnymi dzieci z grupy pulmonologicznej (VII grupa dyspanseryjna) zarówno ze względu na sytuację epidemiologiczną, jak i zakres przeciwwskazań do nauki zawodu w tej grupie.

PRZYPISY

- ¹ A. Hulek, Pedagogika rewalidacyjna, Warszawa 1977.
- ² S. B. Radiukiewicz, Medycyna szkolna, wyd. IV, Warszawa 1987, s. 149.
- ³ J. Jagodziński, F. Mirek, Uwarunkowania kliniczne i psychospołeczne kształcenia zawodowego młodzieży przewlekłe chorej pulmonologicznie, (w:) Problemy rewalidacji w pedagogice terapeutycznej, R. Janeczko (red.), Warszawa 1979.
- ⁴ Z. Kosel, Społeczne uwarunkowania wyboru szkoły zawodowej, Warszawa 1974.
- ⁵ D. Bańka, Psychologiczne uwarunkowania perspektyw zawodowych młodzieży, Katowice 1983.
- ⁶ K. Wrześniwski, Skala do badania postaw wobec choroby pacjentów po zawale serca, (w:) Studia Psychologiczne, Warszawa 1975, T. XIV, s. 100.
- ⁷ I. Heszen-Klemens, Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby, Warszawa 1979.
- ⁸ Ibidem, s. 8.
- ⁹ T. Lewowicki, Psychologiczne różnice indywidualne a osiągnięcia uczniów, Warszawa 1977, s. 29.
- ¹⁰ J. Rudnik, M. Hanicka (red.), Ostre i przewlekłe choroby układu oddechowego u dzieci, Warszawa 1987.