

Jadwiga Jedynak

Potrzeby psychospołeczne dzieci z dysfunkcją narządu ruchu

Narząd ruchu u człowieka funkcjonuje w ścisłym powiązaniu z innymi układami, przede wszystkim zaś z układem nerwowym i jest odpowiedzialny za przebieg czynności motorycznych, które pośredniczą w zaspokajaniu różnorodnych zadań życiowych. Wystąpienie schorzeń narządu ruchu u dziecka nie tylko zaburza przebieg rozwoju psychomotorycznego i utrudnia samodzielne funkcjonowanie w otaczającym je świecie przyrodniczym i społecznym, ale także ogranicza realizację całego szeregu naturalnych potrzeb rozwojowych, warunkujących określone formy aktywności.

W przyjętej obecnie przez pedagogikę specjalną terminologii określenie „dziecko kalekie” zostało wyeliminowane i zastąpione sformułowaniem „dziecko z dysfunkcją narządu ruchu”, co oznacza zaburzenie sprawności ruchowej w zakresie lokomocji i manipulacji w zależności od doznanego stopnia urazu i charakteru stabilizacji ubytków poszczególnych funkcji. Konsekwencją stabilnej dysfunkcji narządu ruchu jest ograniczenie aktywności fizycznej uniemożliwiającej dziecku pełną realizację najbardziej naturalnej potrzeby rozwojowej, jaką jest potrzeba ruchu.

Pośród wielu przyjętych w medycynie podziałów różnych rodzajów dysfunkcji narządu ruchu najczęściej spotykaną w medycznej literaturze przedmiotu jest klasyfikacja dysfunkcji aparatu ruchowego na cztery zasadnicze grupy:

- 1) Dysfunkcje pochodzenia mózgowego: dziecięce porażenie mózgowie, niedowładny po przebytych wylewach do mózgu i zaburzenia koordynacji ruchowej.
- 2) Dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego w następstwie urazów kręgosłupa i rdzenia kręgowego, postępujący zanik mięśni i choroba Heinego-Medina.
- 3) Dysfunkcje układu kostno-stawowego: zwichnięcia stawu biodrowego i schorzenia reumatyczne.
- 4) Braki kończyn: wrodzone lub po amputacjach. (J. Kaiser-Grodecka 1987, s. 144).

Na przestrzeni kilku minionych lat daje się ostatnio w Polsce zauważyć wyraźną tendencję wzrostową liczby dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, u których na skutek przebytych urazów fizycznych stwierdza się dysfunkcje pochodzenia mózgowego i rdzeniowego. O skali problemu świadczyć może stale narastająca liczba wypadków powsta-

tych wskutek zaniedbań w sprawowaniu opieki nad małymi dziećmi i niedostatecznym zapewnieniu im należytych warunków bezpieczeństwa w środowisku domowym oraz wypadków drogowych. Wystarczy podkreślić, iż w roku 1994, w naszym kraju z powodu samych tylko wypadków drogowych zginęło tragicznie dziewięćdziesięcioro dzieci, a dwa tysiące siedemset (2700) dzieci odniosło obrażenia różnego stopnia i wymagało leczenia specjalistycznego w placówkach medycznych. Ile spośród tych dzieci zostało trwale okaleczonych, a ile poszkodowanych w mniejszym stopniu pozostaje, jak dotychczas, pytaniem bez odpowiedzi?

Równolegle odnotowuje się stały przyrost liczby zachorowań na dziecięce porażenie mózgowe i postępujący zanik mięśni, co wskazuje na systematyczne powiększanie się z roku na rok grupy dzieci z dysfunkcją narządu ruchu wymagających specjalistycznej, zintegrowanej opieki medycznej, psychologicznej i pedagogicznej, a także objęcia ich edukacją specjalną w ośrodkach leczniczo-wychowawczych. Ze względu na systematyczny wzrost nowych zachorowań jak i coraz młodszy wiek dzieci z rozpoznanymi dysfunkcjami narządu ruchu szczególnej wagi nabiera opracowanie takiego optymalnego programu działań terapeutyczno-wychowawczych, w których ześrodkowana zostanie uwaga na zapobieganiu niekorzystnym następstwom zaburzeń rozwoju związanymi z istniejącą niepełnosprawnością.

Przedmiot i cel badania

Przedmiotem podjętych badań była diagnoza potrzeb dzieci z dysfunkcjami narządu ruchu leczonych sanatoryjnie oraz leczonych ambulatoryjnie w miejscu stałego zamieszkania.

W problematyce badawczej skoncentrowano się na kilku zagadnieniach szczególnych, a mianowicie:

- 1) Jakie rodzaje potrzeb rozwojowych zostały zaburzone przez dysfunkcje narządu ruchu?
- 2) Jakie potrzeby biologiczne i psychospołeczne występują najczęściej ze względu na wrodzony lub nabyty charakter dysfunkcji narządu ruchu?
- 3) Jakie są uwarunkowania realizacji zindywidualizowanych potrzeb biopsychospołecznych dzieci niepełnosprawnych ruchowo podczas hospitalizacji w placówce leczniczo-wychowawczej?
- 4) Jakiego rodzaju czynniki środowiskowe decydują o zaspokojeniu podstawowych potrzeb rozwojowych dzieci w warunkach domowych i sanatoryjnych?

W przyjętej hipotezie założono, iż u dzieci z dysfunkcją narządu ruchu rodzaje i natężenie dominujących potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych są uwarunkowane wiekiem życia, w którym wystąpiło schorzenie i stopniem jego stabilizacji, przy czym, im bardziej widoczne zewnętrznie są objawy dysfunkcji, tym szersza jest skala zaburzonych w realizacji potrzeb psychospołecznych.

Metody i narzędzia badawcze

W przeprowadzonych badaniach zastosowano analizę dokumentacji medycznej i pedagogicznej uczniów, rozmowę i wywiad nieskategoryzowany oraz techniki projekcyjne.

W dokumentacji medycznej pacjentów szczególną uwagę zwrócono na treści zawarte w historiach choroby, w oparciu o które ustalono:

- czas trwania choroby dziecka: dysfunkcje wrodzone lub nabyte,
- zastosowane metody leczenia: leczenie operacyjne lub zachowawcze,
- rokowanie co do charakteru i rodzaju istniejącej dysfunkcji: stabilna lub okresowa.

W dokumentacji pedagogicznej analizowano informacje dotyczące całokształtu wyników nauczania uzyskanych przez dziecko w okresie nauki zarówno w szkołach macierzystych, jak i w szkołach sanatoryjnych odnotowane w Arkuszach ocen, dziennikach lekcyjnych i dzienniczkach ucznia.

Po ustaleniu sytuacji zdrowotnej i szkolnej uczniów przeprowadzono z każdym dzieckiem rozmowę na temat stosunku do choroby własnej oraz wywiad dotyczący sposobów organizacji życia w macierzystym środowisku rodzinnym i szkolnym. W dalszej części postępowania badawczego zastosowano II próbę zdań niedokończonych, z tym że dzieci leczone sanatoryjnie wypełniały dodatkowo w trzecim dniu pobytu I próbę zdań niedokończonych identyczną jak próba II celem ustalenia dominujących potrzeb wynikających z hospitalizacji. Ponadto wszyscy badani pisali wypracowanie na temat: Jak sobie wyobrażam szpital przyszłości w roku 2200, a także wykonywali rysunek zatytułowany „Ja wśród innych”.

Za narzędzia badawcze posłużyły: Kwestionariusz rozmowy, Kwestionariusz wywiadu i Kwestionariusz próby zdań niedokończonych w opracowaniu własnym.

Charakterystyka badanej populacji

Badaniami zostało objętych 150 dzieci w wieku od 10 do 14 lat, będących uczniami klas czwartych, piątych i szóstych, u których stwierdzono schorzenia narządu ruchu. W badanej populacji wyodrębnione zostały dwie grupy ze względu na miejsce pobytu w trakcie badań. Grupa pierwsza, licząca 98 osób, była hospitalizowana w trzech różnych placówkach leczniczych, to jest: w Busku-Zdroju, Radziszowie i Zakopanem. W grupie drugiej znalazło się 52 dzieci, objętych systemem leczenia ambulatoryjnego w przychodniach lekarskich i rehabilitacyjnych na terenie Krakowa, ale mieszkających w domach rodzinnych i nie poddanych hospitalizacji w okresie badań. Ogółem przebadanych zostało 150 dzieci, w tym 68 dziewcząt i 82 chłopców, przy zachowaniu równolicznych grup pod względem wieku życia w poszczególnych klasach szkolnych – po 50 uczniów klas IV, V i VI.

Większość badanych – 78% dzieci – wychowywanych było w rodzinach pełnych, 14% dzieci pochodziło z rodzin rozbitych, zaś 8% dzieci z rodzin niepełnych.

Najwięcej – 48% osób pochodziło z rodzin robotniczych, 34% stanowiły dzieci z rodzin inteligenckich, a 18% dzieci wychowywanych było w rodzinach chłopskich.

W dużych aglomeracjach miejskich mieszkało na stałe 64% badanych, w miastach do 50 tys. mieszkańców zamieszkiwało 18% dzieci i tyle samo – 18% dzieci wychowywało się w małych, pod względem liczebności mieszkańców, ośrodkach miejskich i wiejskich.

Stwierdzono, iż 32% badanych miało jeszcze jedno z rodzeństwa, 30% dzieci posiadało dwoje rodzeństwa, a 22% uczniów pochodziło z rodzin wielodzietnych. Najmniej – 16% dzieci było jedynekami.

Największy odsetek – 58% dzieci miało skrzywienie kręgosłupa i inne wady postawy, u 18% dzieci stwierdzono dziecięce porażenie mózgowie, 12% dzieci wykazywało deformacje w obrębie stawów i kości, a 12% dzieci miało rozpoznane uszkodzenie neuronu obwodowego i postępujący zanik mięśni.

Wyniki badań

W prezentowanym opracowaniu wykorzystane zostały częściowe wyniki badań empirycznych uzyskane przez Autorów prac magisterskich napisanych pod moim kierunkiem w Katedrze Pedagogiki Specjalnej WSP w Krakowie. Dzięki udziałowi w pracach badawczych nauczycieli czynnych zawodowo, a studiujących pedagogikę specjalną możliwy stał się dostęp do różnych placówek leczniczych, z drugiej zaś nawiązanie pozytywnego kontaktu z badanymi dziećmi przez osoby dobrze im znane, w klimacie spokoju i zaufania (prace magisterskie A. Byczyńskiej, A. Sikory, S. Galanty, B. Wąsowicz).

Diagnozę dominujących potrzeb dzieci z dysfunkcją narządu ruchu oparto na wynikach uzyskanych z próby niedokończonych zdań, rozmowy oraz wywiadu. Najwięcej – 86% badanych wyrażało zaburzone potrzeby bezpieczeństwa określane jako sukcesywne przeżywanie uczucia lęku, niepokoju i strachu, przy czym 84% dzieci hospitalizowanych przyznało, iż w ciągu pierwszych dni pobytu w sanatorium przeżyło zagrożenia z powodu znalezienia się w nowej, nieznannej sytuacji sterowanej dodatkowo całym szeregiem bodźców natury biologicznej i społecznej. Potrzeba bezpieczeństwa, ujmowana jako aktywny czynnik mobilizujący organizm do podejmowania działań obronnych, występowała szczególnie intensywnie w sytuacjach ocenianych przez dzieci jako zagrażające i objawiała się jako:

- lęk przed samotnością – 78% dzieci,
- lęk przed nocą i ciemnością – 68% dzieci,
- lęk przed duchami i zjawiskami nadprzyrodzonymi – 42% dzieci,
- lęk o własne zdrowie i życie – 28% dzieci,
- lęk przed pracownikami placówki – 22% dzieci.

Obawy dzieci dotyczyły zarówno zjawisk realnych jak i nierealnych, jednak u dzieci, które były hospitalizowane po raz pierwszy przeważały, zwłaszcza na początku pobytu, lęki irracjonalne, określane jako lęk przed nieznanymi sytuacjami i osobami. Najsilniej poczucie zagrożenia było odczuwane przez dzieci podczas pierwszych badań lekarskich i specjalistycznych, takich jak: pobieranie krwi do badań laboratoryjnych, dokonywanie pomiarów nieznaną aparaturą, prześwietlenia rentgenowskie oraz na skutek ciągłej zmiany pomieszczeń (sal, gabinetów) w trakcie serii przeprowadzanych badań. Dzieci nie były do nich odpowiednio przygotowane przez jakiegokolwiek pracownika sanatorium i nie

otrzymywały żadnych informacji na temat celu i istoty przeprowadzanych badań. Zwłaszcza pierwsze kontakty z lekarzami i pielęgniarkami nie były poprzedzane chociażby wyjaśnieniami i pomimo przekonania o zasadności dokonywania badań, dzieci czuły się samotnie i opuszczone przez najbliższych. Zetknięcie się z nowymi osobami, zadaniami i sytuacjami, widok nieznanych do tej pory, dziwnych przedmiotów w postaci aparatury i specjalistycznego wyposażenia sal szpitalnych oraz gabinetów lekarskich powodował u dzieci wzmożone pragnienie kontaktu z osobami, które dotychczas były im pomocne w trudnych sytuacjach, czyli z rodzicami, rodzeństwem i innymi bliskimi osobami zapewniającymi poczucie bezpieczeństwa, miłości i akceptacji, a stanowiącymi zaprzeczenie przedmiotowego traktowania dziecka.

Lęk wywołany rozłąką z domem rodzinnym, izolacja potęgowana koniecznością przestrzegania obowiązującego regulaminu szpitalnego i brak wiary w możliwość znalezienia właściwego miejsca w nowym, nieznanym środowisku powodował intensywny wzrost potrzeb emocjonalnych. Około 74% dzieci zgłaszało poczucie braku miłości, akceptacji, kontaktu uczuciowego i pomocy, spowodowane nieobecnością rodziców i rodzeństwa. Brak osób bliskich w pierwszych dniach pobytu w placówce leczniczej odczuwało 88% dzieci, w tym szczególnie silnie odczuwany był:

- brak matki – 88% dzieci,
- brak rodziców – 56% dzieci,
- brak rodziny – 42% dzieci,
- brak ojca – 6% dzieci.

Takie wyniki uzyskano na podstawie pierwszego badania dominujących potrzeb, przeprowadzonego w początkowym okresie pobytu dziecka w sanatorium, a polegającego na wypełnieniu I próby zdań niedokończonych. Pisemne wypowiedzi dzieci w zdaniach rozpoczynających się od słów: Chciałbym.... Brakuje mi...., Najbardziej...., Myślę.... dotyczyły albo konkretnych osób: matek, ojców, rodzeństwa, innych krewnych, kolegów, albo też zawierały bardziej uogólnione pojęcia dotyczące: domu, rodziny, mieszkania, pokoju, własnego kąta, ogniska rodzinnego. Zbliżone wyniki uzyskano w II próbie zdań niedokończonych, przeprowadzonej po upływie 4 tygodni od próby pierwszej, chociaż wyraźnie ujawniona została w nich, dotychczas pomijana przez badanych, grupa rodzeństwa:

- brak matki – 84% dzieci,
- brak rodziców – 46% dzieci,
- brak rodzeństwa – 32% dzieci,
- brak rodziny – 28% dzieci,
- brak ojca – 6% dzieci.

Powinny wzbudzać zastanowienie nikły odsetek – 6% dzieci zgłaszających brak osoby ojca odrębnie, gdyż większość badanych, to okazało się podczas rozmów z dziećmi, utożsamiała osobę taty z pojęciem „rodziny” lub „rodziców”, choć z drugiej strony najwięcej – 88% dzieci zgłaszało precyzyjnie brak osoby matki wyodrębniając ją z tła rodziny.

Z innych przeprowadzonych przeze mnie badań (J. Jedynek 1993, 1994) wynika wniosek o prymarnej funkcji matek w wychowaniu rodzinnym dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych, zwłaszcza jeżeli chodzi o sprawowanie bezpośredniej opieki nad

prawidłowym przebiegiem rozwoju i stanem zdrowia dzieci oraz ich nauką szkolną i kontaktami z rówieśnikami.

Wśród dzieci hospitalizowanych, w pierwszej fazie pobytu w sanatorium pewne potrzeby rozwojowe: zabawy, rozrywki, działania, poznania i aktywności społecznej wyraźnie zostały podporządkowane potrzebom zdrowotnym związanym z podjętym procesem leczenia i rehabilitacji. Ten istotny dla dalszych wyników terapii okres adaptacji do warunków życia sanatoryjnego charakteryzował się wieloma symptomatycznymi objawami zaburzeń zachowania, warunkującymi nie tylko przebieg procesu wychowania, ale i leczenia. Większość – 88% dzieci cechowała bierność w kontaktach interpersonalnych z rówieśnikami, obniżenie nastroju, skłonność do płaczu oraz brak inicjatywy i zainteresowań podczas odbywających się zajęć pozalekcyjnych. Można przypuszczać, iż liczne przejawy zahamowania i bierności społecznej miały niewątpliwą związek z koniecznością wchodzenia w kontakty formalne i osobiste z różnymi pracownikami placówki, którzy do tej pory byli dzieciom nieznanymi.

Kiedy podjęto, na podstawie rozmów przeprowadzonych z dziećmi po trzech tygodniach pobytu, próbę ustalenia hierarchii osób znaczących w trakcie leczenia sanatoryjnego, okazało się, że 84% badanych w ogóle nie znało ani nazwisk, ani imion lekarzy prowadzących, jak również innych pracowników służby zdrowia pozostających z nimi w bezpośrednich kontaktach, chociaż właśnie ci pracownicy zostali uznani przez 96% dzieci za najbardziej potrzebnych i niezbędnych.

Najwięcej – 92% dzieci znało imiona swoich wychowawców, 74% dzieci wiedziało jak nazywają się rehabilitanci, a 68% badanych pamiętało o imionach niektórych tylko pielęgniarek, pomimo podlegania ich codziennej, systematycznej opiece na oddziałach. O nauczycielach szkoły sanatoryjnej dzieci wyrażały się bezosobowo np.: pani z klasy V, pani nauczycielka z klasy VII, albo „pan od matematyki”, „pani od przyrody”, historyk, polonistka, fizyk itp.

Równolegle stwierdzono, że znaczna liczba dzieci dobitnie formułowała wiele negatywnych opinii o pielęgniarkach, zarzucając im brak serdeczności i ciepła, co uniemożliwiało nawiązanie wzajemnych, pozytywnych kontaktów emocjonalnych. Na temat autokratycznego stylu pracy pielęgniarek, wypełniających swoje powinności wyłącznie w kategoriach działań medycznych, bez uwzględnienia specyficznych potrzeb dzieci znajdujących się w różnych fazach rozwojowych, w których przeważał restrykcyjny, formalny stosunek do pacjentów, wypowiedziało się 72 % badanych.

Nawet pod koniec pobytu w sanatorium, przeważająca część pracowników różnych dyscyplin była najczęściej określana przez dzieci w powiązaniu z wykonywaną przez nich specjalnością, a więc: nasz pan doktor, lekarz z oddziału, pielęgniarki, pan od WF, nasz wychowawca.

Poczucie więzi i bliskości, pozytywne stosunki emocjonalne odnotowywano jedynie w kontaktach dzieci z wychowawcami pozostającymi, ze względu na charakter pracy, w najczęstszych związkach osobowych.

Nie wchodząc głębiej w analizę przyczyn negatywnego lub sformalizowanego charakteru dzieci chorych z pracownikami sanatoryjnymi, co stanowi odrębny, godny zainteresowania problem badawczy, należy podkreślić rolę stosunków osobowych panujących w społeczności placówki leczniczej na przebieg adaptacji i zakres niezaspokojonych potrzeb psychospołecznych leczonych w niej dzieci.

W miarę upływu czasu, najczęściej po siedmiu, dziesięciu dniach pobytu dziecka w sanatorium, zmieniała się hierarchia dominujących potrzeb i w miejsce naczelnej, zakłóconej potrzeby bezpieczeństwa pojawiać się zaczęły inne, adekwatne do sytuacji wyznaczonej przez regulamin szpitalny potrzeby:

- swobody i wolności – 46% dzieci,
- godności i tożsamości – 42% dzieci,
- uznania i akceptacji – 38% dzieci,
- aktywności społecznej – 36% dzieci,
- poznawcze – 29% dzieci,

przy stale utrzymującej się potrzebie miłości i akceptacji – 86% dzieci oraz pozytywnych kontaktów interpersonalnych – 74% dzieci.

Nie oznacza to, iż potrzeby bezpieczeństwa zupełnie zanikły, zmieniło się jedynie ich natężenie i poziom uogólniania w odniesieniu do sytuacji postrzeganych przez dzieci jako zagrażające. Lepsze poznanie struktury placówki, znajomość pomieszczeń w oddziałach, szkole i salach zajęć pozalekcyjnych ułatwiało dzieciom swobodne poruszanie się, a widok niektórych pracowni medycznych przestał działać odstraszająco, po zdobyciu niezbadanych doświadczeń i upewnieniu się, że nie każdy kontakt z pracownikami służby zdrowia musi się kończyć bolesnym badaniem lub zabiegiem. Zagrożenie, odczuwane w pierwszych dniach pobytu, spowodowane nieznaną otoczką terenu i osób, ustąpiło miejsca naturalnej ciekawości świata i potrzebie działania w nowym środowisku.

Jednocześnie obserwowano wyraźne zróżnicowanie istniejących potrzeb w zależności od rodzaju dysfunkcji narządu ruchu i ogólnego stanu rozwoju psychospołecznego dziecka. Pacjenci z dysfunkcjami wrodzonymi przejawiali w większości pozytywne nastawienie do przeprowadzanych zabiegów i zajęć rehabilitacyjnych, wykazując zdaniem pracowników wiele cierpliwości i samozaparcia. U tych dzieci identyfikacja z lekarzem i rehabilitantem, jako osobami znaczącymi, umożliwiała wzmocnienie potrzeby bezpieczeństwa przez wzbudzone przekonanie o celowości podjętych działań medycznych. Trudności w zaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa po 4 tygodniach hospitalizacji zgłaszało w tej grupie 24% dzieci.

Natomiast pacjenci z dysfunkcją nabytą wykazywali dystans w stosunku do pracowników medycznych, niechętnie uczestniczyli w narzuconym programie terapii i wchodzili w otwarte konflikty z niektórymi pracownikami, wywołane brakiem subordynacji i aktywności w prowadzonych zajęciach. Dzieci te częściej od innych, prawie każdego dnia przeżywały, pomimo ustalonego porządku dnia i powtarzających się tych samych lub podobnych zabiegów, poczucie zagrożenia, lęku i bezradności. W tej grupie trudności w realizacji potrzeby bezpieczeństwa były zgłaszane przez 74% dzieci, przy czym największe zakłócenia obserwowano u dzieci leczonych w ośrodku, w którym były przeprowadzane skomplikowane operacje kostne i operacje kręgosłupa. Można przypuścić, iż na skutek bezpośredniego kontaktu z dziećmi o różnym stopniu niepełnosprawności fizycznej powstawało u dziecka zagrożenie poczucia bezpieczeństwa oparte na analogii przewidywanych skutków w następstwie schorzeń narządu ruchu, np.: perspektywy zabiegu operacyjnego w niedalekiej przyszłości, przymusu odbywania bolesnych ćwiczeń rehabilitacyjnych na przyrządach znajdujących się w salach gimnastycznych lub przewidywanie niemożności samodzielnego poruszania się wskutek postępujących zmian chorobowych.

Większość badanych (78% dzieci) nie posiadało żadnych informacji o rodzaju planowanych i podejmowanych wobec nich działań leczniczych, co wznagało uczucie niepewności, pesymistyczne nastawienia i potrzebę stałych kontaktów z rodzicami. Taki stan rzeczy był przyczyną niezaspokojonych potrzeb bezpieczeństwa i miłości utrzymujących się przez cały okres pobytu dziecka w sanatorium na bardzo wysokim poziomie, w skali dominujących potrzeb psychospołecznych.

Wynika z tego wniosek o celowości wprowadzenia w lecznictwie sanatoryjnym innych zasad organizacji pobytu dzieci w placówkach prowadzących równoległe leczenie operacyjne. Przede wszystkim należałoby postulować tworzenie odrębnych grup wychowawczych w zależności od planowanych sposobów leczenia: operacyjnego lub zachowawczego, a także przestrzegać kryterium wieku dzieci w jednej grupie, co pomogłoby wyeliminować wiele niekorzystnych czynników nadmiernie obciążających niedojrzały i osłabiony system układu nerwowego.

W dalszej części analizy wyników badań rozpatrywano przyczyny występowania pomiędzy dziećmi w tym samym wieku istotnych różnic w zakresie skali i natężenia dominujących, niezaspokojonych lub trudnych do realizacji potrzeb psychospołecznych. Stwierdzono istotne zależności pomiędzy sytuacją rodzinną i pozycją dziecka w rodzinie, a trudnościami w przystosowaniu się do warunków życia sanatoryjnego. Największe zakłócenia w realizacji potrzeb obserwowano u jedynaków wychowywanych w rodzinach pełnych oraz u dzieci będących najmłodszymi w rodzinie, posiadającymi troje i więcej rodzeństwa. Można wnioskować, że im większy był związek zależnościowy i zakres funkcji opiekuńczych rodziny wobec dziecka, tym niższy był poziom jego samodzielności i szersza skala potrzeb, trudnych do zaspokojenia w warunkach zakładu leczniczego.

Po etapie diagnozy dominujących potrzeb dzieci zajęto się analizą rodzajów potrzeb występujących w grupie dzieci hospitalizowanych, porównując je z potrzebami dzieci leczonych ambulatoryjnie, przebywających w domach rodzinnych. Za M. Ziemią (1986) rozpatrywano cztery podstawowe rodzaje potrzeb psychospołecznych warunkujących zaspokojenie innych, ważnych potrzeb rozwojowych, tj.:

1) Potrzeby emocjonalne – miłości, życzliwości, uczuć pozytywnych gwarantujących zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa i kontaktu emocjonalnego.

2) Potrzeby kontaktu społecznego – współdziałania, wzbudzania zainteresowania, zainteresowanie innymi osobami decydujące o rozwoju umysłowym i społecznym.

3) Potrzeba samourzeczywistnienia – możliwość rozwoju własnych uzdolnień, realizacja odpowiednich zamierzeń i działalności zgodnej z zainteresowaniami sprzyjająca rozwojowi aktywności, samodzielności i twórczości.

4) Potrzeba szacunku – uznania społecznego, poczucia godności i partnerstwa umożliwiająca zaufanie we własne siły i poczucie wartości.

Uzyskane wyniki badań przedstawiały się następująco:

Rodzaje potrzeb	dzieci hospitalizowane		dzieci leczone ambulatoryjnie		Ogółem	
	wypowiedzi	%	wypowiedzi	%	N	%
potrzeby emocjonalne	84	85,7	17	32,7	101	67,3
potrzeby kontaktu społecznego	73	74,5	48	92,3	121	80,6
potrzeby samourzeczywistnienia	35	35,7	44	84,6	79	52,6
potrzeby szacunku	41	41,8	11	21,1	52	34,6

Ponieważ każde dziecko mogło wymienić różne potrzeby, stąd liczba wypowiedzi jest większa od liczby badanych dzieci. Najwięcej (92%) dzieci leczonych w naturalnych warunkach środowiska rodzinnego akcentowało silną potrzebę kontaktów społecznych formułowaną jako brak możliwości utrzymywania bliskich, zażyłych stosunków z rówieśnikami oraz trudności w atrakcyjnym organizowaniu czasu wolnego. Znaczny był odsetek (84%) dzieci przeżywających brak możliwości realizacji własnych zainteresowań i odpowiadających im zamierzeń związanych z rozwojem aktywności i samodzielności. Około 32% badanych utożsamiało swoje potrzeby emocjonalne z brakiem uczuć przyjacielskich i partnerskich w gronie rówieśników określając je jako chęć posiadania bliskiego kolegi, przyjaciółki, „zgranej paczki”, „kumpli do wszystkiego”, autentycznych przyjaciół i współdziału w życiu grupy na terenie szkolnym. Im bardziej była ograniczona możliwość swobodnego poruszania się dziecka, tym większy był stopień izolacji społecznej od środowiska rówieśników i życia szkolnego.

Dzieci leczone sanatoryjnie w większym stopniu odczuwały depryzację potrzeb emocjonalnych i społecznych na skutek oderwania od środowiska rodzinnego, a dzieci leczone w domu miały niezaspokojone potrzeby samourzeczywistnienia i potrzeby społeczne z powodu izolacji od środowiska rówieśników i szkoły. Zapewnienie niezbędnych warunków do realizacji podstawowych potrzeb rozwojowych umożliwia właściwe ukształtowanie mechanizmów regulacyjnych warunkujących prawidłowe funkcjonowanie poznawcze i emocjonalno-społeczne w przyszłości. Wynika z tego wniosek o zasadności przeprowadzania diagnozy potrzeb na każdym etapie pracy z dzieckiem celem stworzenia odpowiednich warunków sprzyjających ich realizacji, choć dotychczas nie przestrzegają tego postulatów ani pracownicy służby zdrowia, ani pracownicy pedagogiczni w placówkach leczniczych i szkolnych.

Wnioski

Zaprezentowane wyniki badań mogą stanowić podstawę do różnicowania potrzeb rozwojowych dziecka w zależności od rodzaju środowiska wychowawczego, w którym aktualnie przebywa. Charakterystyczne dla dzieci hospitalizowanych zaburzenia poczucia bezpieczeństwa mogą zostać wyeliminowane po wprowadzeniu pewnych niezbędnych zmian w systemie przyjęć dzieci do sanatorium i ukierunkowaniu pracy zespołów leczniczo-pedagogicznych na działania profilaktyczne, skoncentrowane głównie na przeżyciach

i stanie psychicznym pacjentów. Znajomość sytuacji rodzinnej i pozycji dziecka w rodzinie, poznanie jego zainteresowań i motywów zachowania winno stanowić punkt wyjścia do planowania procesu terapeutycznego w najważniejszym dla dziecka okresie – adaptacji do warunków życia sanatoryjnego. Wymagać to będzie skrupulatnego prowadzenia dokumentacji o każdym pacjencie przez wszystkich pracowników zajmujących się bezpośrednio dzieckiem, bez względu na wykonywaną specjalność. Dążąc do zniwelowania sytuacji odczuwanych przez dzieci jako zagrażające i potęgujące jego poczucie samotności szczególną uwagę należałoby zwrócić na odpowiednie przygotowanie dzieci do pierwszych badań lekarskich i laboratoryjnych, podczas których powinna być obecna znana już wcześniej dziecku osoba, np. wychowawca lub pielęgniarka. Niezaspokojenie podstawowych potrzeb psychospołecznych prowadzące do zaburzeń w zachowaniu się dziecka może zniweczyć efekty podejmowanych działań leczniczych przedłużając czas pobytu w sanatorium i złe samopoczucie dziecka.

Za najbardziej istotne uznać należy wprowadzenie zmian w organizowaniu współpracy pracowników medycznych, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek, z dzieckiem hospitalizowanym celem przeciwdziałania ujawnionej w badaniach depersonalizacji kontaktów interpersonalnych stanowiących główną przyczynę deprywacji potrzeb bezpieczeństwa i uznania społecznego leczonych dzieci.

BIBLIOGRAFIA

- Baczyńska A., „Style wychowania w rodzinie a trafność samooceny u dzieci z dysfunkcją narządów ruchu”, nie publikowana praca magisterska, Katedra Pedagogiki Specjalnej WSP, Kraków 1994
- Galanty S., „Adaptacja dzieci z dysfunkcją narządów ruchu do warunków życia sanatoryjnego”, nie publikowana praca magisterska, Katedra Pedagogiki Specjalnej WSP, Kraków 1986
- Jedynak J., *Pedagogiczne i społeczne aspekty wychowania dzieci przewlekle chorych w rodzinie*, [w:] *Ulga w cierpieniu*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1993
- Jedynak J., *Relacje interpersonalne w kontaktach rodzinnych*, [w:] *Osamotnienie – swoiste sieroctwo dziecka w rodzinie*, Fundacja Wioski Dziecięcej „Maja” w Oświęcimiu 1994
- Kaiser-Grodecka J., *Dysfunkcja narządów ruchu*, [w:] *Psychologia defektologiczna*, red. A. Wyszynska, PWN, Warszawa 1987
- Sikora A., „Zainteresowania pozaszkolne dzieci z dysfunkcją narządów ruchu”, nie publikowana praca magisterska, Katedra Pedagogiki Specjalnej WSP, Kraków 1994
- Wąsowicz B., „Uwarunkowania atmosfery terapeutycznej w zakładzie leczniczo-wychowawczym (na przykładzie Szpitala Rehabilitacyjnego w Radziszowie)”, nie publikowana praca magisterska, Katedra Pedagogiki Specjalnej WSP, Kraków 1994
- Ziemska M., *Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka*, [w:] *Rodzina i dziecko*, red. M. Ziemska, PWN, Warszawa 1986