

MAŁGORZATA STĘPA*

Wpływ emocji towarzyszących chorobie przewlekłej somatycznej na przystosowanie społeczne młodzieży

Słowa kluczowe: choroba przewlekła, astma, cukrzyca, dysfunkcje narządów ruchu

Streszczenie: Celem badań było ukazanie wpływu emocji towarzyszących chorobie przewlekłej somatycznej na przystosowanie społeczne młodzieży. Zagadnienie przystosowania społecznego autorka rozumie dwojako: w wymiarze osobowościowym, a więc w zgodzie z sobą, oraz w wymiarze interpersonalnym, czyli w zgodzie z innymi. Do zbadania emocji towarzyszących chorobie użyto ankiety „Poznaj siebie”, natomiast dla oceny przystosowania społecznego posłużono się metodą standaryzowaną, Inwentarzem HPI: problemy osób niepełnosprawnych T. Witkowskiego. W prowadzonych badaniach oparto się na takich sferach adaptacji, jak: osobowościowa, rodzinna, społeczna, zajęciowa.

Przedstawione przez autorkę wyniki badań pozwalają wnioskować o wpływie emocji towarzyszących chorobie przewlekłej i dysfunkcji somatycznej na przystosowanie społeczne młodzieży, choć na ogół nie powodują one trudności w funkcjonowaniu społecznym. Emocje towarzyszące zmaganiu się z chorobą odgrywają znaczącą rolę w sferze zajęciowej przystosowania społecznego wyłącznie w grupie chorych na astmę. W pozostałych grupach emocje wywołane przez chorobę nie wiążą się z ich funkcjonowaniem społecznym w wyróżnionych sferach. Zwykle przybierają one kształt niepokoju o przyszłość. W zakończeniu autorka formułuje kilka wniosków dla praktyki rehabilitacyjnej i wychowawczej.

1. Wprowadzenie

Rozróżnia się dwie grupy przeżyć emocjonalnych (Tomaszewski i in., 1977): bliższe wrażeniom (przyjemność i przykrość, napięcie i ulga, złość i strach) i bliższe zjawiskom umysłowym (miłość i nienawiść, ciekawość i nuda, akceptacja i awer-

* dr Małgorzata Stępa – adiunkt, Katedra Nauk o Wychowaniu, Małopolska Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Tarnowie.

sja). Zwykle podkreśla się dwubiegunowość przeżyć emocjonalnych, wyróżniając dwa główne ich wymiary, to jest znak dodatni lub ujemny, którym się one różnią, a więc przykładowo: przyjemność i przykrość, oraz napięcie, jakim cechują się stany aktywności i zahamowania, spokoju i niepokoju, chęci lub niechęci, akceptacji lub odrzucenia. W ujęciu introspekcyjnym znak dodatni jest związany z przyjemnością, a ujemny z przykrością.

Emocje tradycyjnie wiązano z pewnymi trudnościami. Podstawową funkcją emocji jest uwalnianie energii zaangażowanej w organizmie. W pewnych sytuacjach uwalnianie tej energii stanowi jedyną drogę uniknięcia niebezpieczeństwa, pokonania trudności. Ponieważ energia potrzebna jest w każdym działaniu, w każdym zachowaniu, zakłada się, że proces emocjonalny trwa w sposób nieprzerwany w stanie aktywności człowieka, choć nie zawsze on go sobie uświadamia. Argumentami przemawiającymi za ciągłością procesu emocjonalnego jest istnienie napięć emocjonalnych w postaci afektów i nastrojów oraz fakt emocjonalnego ustosunkowania do ludzi.

Przystosowanie społeczne jest określeniem interdyscyplinarnym i dlatego jest różnie definiowane. Wyróżnia się trzy grupy definicji tego terminu, opisujące ten proces w kategoriach:

- 1) adaptacji organizmu (Falkiewicz, Bogucki, 1987; Tomaszewski i in., 1977; Wolański, 1987);
- 2) zaspokajania potrzeb (Gough za: Polakowski, 1976; Hulek, 1969; McKinney za: Konopnicki, 1971; Przetacznikowa, Kaiser, 1987; Wyszńska, 1976; Zawadzki, 1959);
- 3) podejmowanej aktywności w grupie społecznej (Bandura za: Sękowska, 1991; Bruce, 1981; Frączek, Malak, 1980; Larkowa, 1977; Lewicki, 1974; Newcomb, Turner, Converse, 1970; Pospiszyl, Żabczyńska, 1986).

Pierwsza kategoria definicji wiąże przystosowanie się z adaptacją, dopasowywaniem się czy przeciwstawianiem się procesów wewnątrzustrojowych do warunków zmienionego środowiska. W tym rozumieniu przystosowanie oznacza regulowanie wzajemnych stosunków organizmu z otoczeniem przez zmiany w organizmie stosowne do stanu otoczenia (Tomaszewski i in., 1977, s. 494). Natomiast zmiany polegające na utrzymaniu stałości środowiska wewnętrznego mimo zmian środowiska zewnętrznego są warunkowane kodem genetycznym organizmu, określającym stały typ reakcji w przypadku odmiany warunków organicznych ustroju (Wolański, 1987), lub też czynnikami zewnątrzpochodnymi, powodującymi przystosowanie się organizmu do tych czynników (Falkiewicz, Bogucki, 1987, s. 254).

Druża kategoria rozumienia przystosowania łączy aspekt aktywności człowieka z dążeniem do zaspokojenia potrzeb. Adaptacja polega na osiągnięciu możliwości pełnego zaspokojenia potrzeb w danym środowisku. Według Marii Przetacznikowej (1987) możliwości przystosowawcze jednostki pojawiają się już w ontogenezie. Harrison G. Gough terminem „przystosowanie” określa cechy kontaktów in-

terpersonalnych, jakie jednostka podejmuje i zdolna jest nawiązać ze swoim otoczeniem. Kryterium dobrej adaptacji będzie taki rodzaj zachowań, który zagwarantuje optymalne zaspokojenie potrzeb jednostki, przy usatysfakcjonowaniu emocjonalnym wynikającym z bezkonfliktowych, przyjaznych kontaktów z innymi osobami (za: Polakowski, 1976). F. McKinney precyzuje to pojęcie jako wyrobienie przez osobę określonej postawy w stosunku do rozumienia sytuacji, przez którą nie dochodzi do frustracji. Jednak jest to proces zdobywania perspektywy w patrzeniu na świat zewnętrzny, po to by ją zmienić, a nie w znaczeniu dostosowania się do świata (Konopnicki, 1971; Zawadzki, 1959, s. 16). Tadeusz Tomaszewski (1977) traktuje przystosowanie do otoczenia społecznego jako adaptację człowieka do warunków społecznych, a Adam Frączek (1980) i Zbigniew Skorny (1976) ujmują je jako wynik procesu socjalizacji. Aleksander Hulek (1969), Anna Wyszyńska (1976), Helena Larkowa (1977) rozumieją przystosowanie jako skutek procesów kompensacyjnych i rewalidacyjnych.

Trzecia kategoria określa łączy przystosowanie z aktem podejmowania aktywności w grupie społecznej. W.F. Bruce (1981) określa adaptację jako zdrowe, aktywne uczestnictwo w grupie, podejmowanie odpowiedzialności i unikanie wszelkiego oszukiwania siebie w trakcie procesu przystosowania się, umożliwiającą pełny udział w działalności innych oraz optymalny rozwój osobowości. Uważa, że jest ono wynikiem uczenia się związanego z kształtowaniem się osobowości jednostki. Z kolei zdaniem Theodore'a M. Newcomba (1970) człowiek przystosowuje swoje zachowanie do pewnych aspektów środowiska materialnego lub społecznego na drodze uczenia się. Adaptacja do ludzi uzależniona jest od jej percepcji i od oceny innych, warunkując wejście w interakcję społeczną i integrację z nim.

W ujęciu Andrzeja Lewickiego (1974) jednostka lub grupa jest tym lepiej zaadaptowana społecznie, im bardziej jej normy są zgodne z interesami całego społeczeństwa i jego poszczególnych członków. Takie ujęcie przystosowania społecznego zawęża je do stosowania go zgodnie ze standardami społecznymi, funkcjonowania w grupie społecznej. Nie obejmuje zatem aktywności własnej jednostki oraz roli procesów i funkcji zindywidualizowanych odczuć, doznań, przeżyć i percepcji służących do tworzenia jedynego, subiektywnie najważniejszego odczucia własnego przystosowania.

Jednak najpełniej precyzuje ideę przystosowania teoria przystosowania A. Schneiders (za: Sękowska, 1991), która wyraża proces adaptacji pod kątem biorących w nich udział mechanizmów psychologicznych. Autorka rozumie przystosowanie jako proces wielopoziomowy i wielokierunkowy, który rozwija się pod wpływem zewnętrznych i wewnętrznych sił napędowych. Elementami, które konstytuują adaptację są: potrzeby i motywy, percepcja, uczucia, pragnienia. Z kolei procesami, które biorą intensywny udział w przystosowaniu są: uczenie się, procesy asocjacji, ćwiczenia, dążenie do urzeczywistnienia swego „ja”, formowanie się uczuciowości, nabywanie doświadczeń, rozwijanie dojrzałej postawy światopoglądowej. Czynniki zewnętrzne, które modelują adaptację, są natomiast: rodzina, szkoła oraz inne szeroko rozumiane środowiska kulturowe i społeczne.

Wśród wielu koncepcji usiłujących wyjaśnić mechanizmy psychologiczne leżące u podstaw przystosowania można wyróżnić: 1. teorie potrzeb Abrahama H. Maslowa i Henry'ego A. Murraya, łączące się z frustracją tych potrzeb (Z. Freud); 2. socjalne teorie uczenia się Johna Dollarda i Neala E. Millera oraz Alberta Bandury; 3. koncepcję „ja” i wynikającej z niej akceptacji siebie Carla Rogersa, Janusza Reykowskiego, A. Schneiders (za: Sękowska, 1991, s. 18).

Wymienieni autorzy akceptują w procesie przystosowania rolę mechanizmów psychologicznych, dynamikę i własną twórczą aktywność jednostki, nie pomijając czynników biologicznych i społecznych. Blokowanie choćby jednego z nich może spowodować zaburzenia w przystosowaniu społecznym.

Wszystkie koncepcje przystosowania przedstawiają jego złożoność i wieloaspektowość. Należy je rozpatrywać w kontekście wszystkich poziomów funkcjonowania człowieka i szeroko rozumianej aktywności psychicznej jednostki. Przystosowanie jest zjawiskiem dynamicznym i może być ujmowane jako proces lub jako stan osiągnięty dzięki dokonującym się przemianom. Osiągnięcie dojrzałości poszczególnych sfer i cech osobowości oraz poziomu ich organizacji wyrażanych w zachowaniu przystosowawczym będzie kryterium określającym stopień adaptacji.

Przystosowanie społeczne determinowane jest przez cały układ powiązanych z sobą czynników wewnętrznych (rozwój osobowości z jej mechanizmami przystosowawczymi, czyli potrzebami, motywacjami, emocjami, rozwój poznawczy i emocjonalno-społeczny) z zewnętrznymi (biofizycznymi i siłami społeczno-kulturowymi).

Choroba przewlekła i okoliczności z nią związane wyznaczają nie tylko linię osobowego rozwoju jednostki, ale i jej relacje z otoczeniem. Funkcjonują trzy stanowiska dotyczące wpływu schorzenia na jej rozwój społeczny:

- 1) taki sam zakres kompetencji społecznych jak u zdrowych;
- 2) niektóre aspekty kompetencji społecznych (np. empatia, komunikowanie się) są słabiej rozwinięte, wobec czego jednostka nie potrafi nawiązać satysfakcjonujących interakcji z otoczeniem;
- 3) osoba przejawia wiele trudności adaptacyjnych, jej kontakty z rówieśnikami są ubogie, często jest izolowana, a nawet odrzucana przez zdrowych rówieśników.

Przewlekłe choroby i dysfunkcje somatyczne mogą utrudniać, jak i dynamizować funkcjonowanie społeczne młodzieży. Zakłócenia adaptacji mogą powstawać na gruncie osobowościowym, a więc dotyczącym bycia w zgodzie z sobą, oraz interpersonalnym, czyli odnoszącym się do wypełniania określonych ról społecznych. Jest to spowodowane przede wszystkim przez: niemożność uniezależnienia się od rodziców czy osób trzecich; sporadyczność w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami zdrowymi lub nieumiejętność w ich nawiązywaniu i podtrzymywaniu; niedostępność do pełnego korzystania i udzielania się w niektórych zespołowych zajęciach i zabawach ruchowych (Pilecka, 2002).

Wyrazem pozytywnej adaptacji osoby jest jej aktywny udział w procesie leczenia i rehabilitacji, umiejętność stawiania sobie zadań i celów na miarę swoich możliwości

i ich satysfakcjonujących, zdolność do nawiązywania kontaktów nie tylko z chorymi, ale i ze zdrowymi oraz umiejętność organizowania sobie wolnego czasu. Niezaspokojenie zaś potrzeby uznania prowadzi do obniżenia odporności w sytuacjach zagrożenia i sprzyja kształtowaniu się egocentrycznych mechanizmów regulacji własnego zachowania. Zagrożenia i utrudnienia w zaspokojeniu akceptacji, szacunku i uznania powodują, że chorzy przewlekłe somatycznie rozwijają w sposób kompensacyjny, a nawet hiperkompensacyjny, potrzebę kompensacji i potrzebę osiągnięć. Kompensacja polega na ustaleniu dla siebie standardów doskonałości i dążeniu do ich osiągnięcia. Zadowolenie z efektu w konsekwencji przekształca się w samozadowolenie. Choroba przewlekła kompensuje swoją ułomność fizyczną, uaktywniając potrzeby poznawcze i estetyczne. Maria Grzegorzewska (1968) i Janina Doroszewska (1981) wskazują na powstawanie potrzeby twórczości (samokreacji) jako najwyższej formy przystosowania do świata zewnętrznego.

Przyjmuje się trzy grupy czynników determinujących przystosowanie emocjonalne i społeczne dziecka przewlekłe chorego: biomedyczne, związane z osobą dziecka, ekologiczne. Badania Johna V. Lavigne'a i Joan Faier-Routman (1992, za: Pilecka, 2002) pozwoliły na przyjęcie jako tezy, że choroba jest decydującym czynnikiem w przystosowaniu jednostki chorej przewlekłe somatycznie. Szczególnie ważną rolę odgrywają w chorobie takie czynniki, jak: rodzaj, stopień ciężkości i przebieg. Wielu autorów uznaje psychospołeczne przystosowanie chorego dziecka jako funkcję jego choroby. W przeprowadzonych badaniach empirycznych teza ta nie została jednak jednoznacznie zweryfikowana.

W literaturze przedmiotu dotyczącej astmy jedna grupa autorów (C. de Boor, 1965; E. Heim i in., 1970; W. Brautigam, 1969; V. von Weizsäcker, 1951; M. Fuchs, 1965 – za: Luban-Plozza i in., 1995) upatruje przyczyny występowania trudności emocjonalnych w czynnikach pierwotnych, czyli uznaje, że zdarzenia stresowe o silnym ładunku emocjonalnym mogą zmodyfikować układ odpornościowy lub wegetatywny, zapoczątkowując astmę. Z kolei druga grupa badaczy (T. Kwiatkowska, J. Jabłońska, P.J. Bray, Beleyat – za: Susułowska, Przetacznikowa, 1967; D.O. Hebb, 1969 – za: Pilecka, 1992, s. 42; W.M. Suess i H. Chai, 1981, 1986 – za: Pilecka, 2002, s. 161; Bender, Lerner, Poland, 1991), nie odrzucając tej tezy, podkreśla siłę wpływu konsekwencji przebiegu samej choroby (częstość i stopień ciężkości napadów duszności, czas trwania hospitalizacji, przyjmowanie leków, zwłaszcza kortykosterydów) na pewne cechy rozwoju osobowości (ogólny niepokój, paniczny lęk i depresja).

W młodszym wieku choroba i związane z nią okoliczności wpływają wyraźnie na rozwój sfery emocjonalnej (impulsywność, neurotyczność, reakcje labilne, trudności w interakcjach społecznych). W wieku dorastania wzrasta rola czynników pozachorobowych, takich jak: oddziaływanie wychowawcze, doświadczenia społeczne, doznane niepowodzenia i porażki. Przyjmuje się, że kierunek zmian rozwojowych jest prawidłowy, działające bodźce tracą wartość emocjonalną, a sposób reagowania ulega zróżnicowaniu.

Mając na uwadze kryterium charakteru i kierunku zmian, wyróżnia się trzy grupy osób (Pilecka, 2002, s. 101):

1. o prawidłowym rozwoju regulacji emocjonalnej (około 37%), to znaczy charakteryzujących się dojrzałością emocjonalną, umiejętnością kontroli własnych impulsów i reakcji, sytuacji i obiekty świata zewnętrznego mają dla nich określoną wartość emocjonalną, a ich zachowanie jest adekwatne do działających bodźców;
2. o wzmożonej gotowości do emocjonalnego reagowania na szeroki zakres bodźców, lecz poszukujących takich form zachowania przystosowawczego, które umożliwią im nawiązanie pozytywnych relacji z otoczeniem (25%);
3. ujawniających zaburzenia regulacji emocjonalnej, nadwrażliwych, z których jedni posługują się tym samym repertuarem zachowań (sztywność reakcji), drudzy zaś wykazują dużą labilność stanów emocjonalnych (zmiennością zachowania cechuje się około 40%).

W cukrzyicy występujące zaburzenia w sferze emocjonalnej mogą być wynikiem samego procesu chorobowego, ale i sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent na skutek choroby (Ślęzak, 1984). R. Kowalska (1980, za: Ślęzak, 1984) twierdzi, że objawy zaburzeń emocjonalnych związane są przede wszystkim z okresami chwiejności poziomu cukru we krwi i mają charakter przemijający. Stany hipoglikemiczne zwykle wpływają negatywnie na równowagę emocjonalną osób z cukrzycą. U dzieci mogą wyzwać stany nadpobudliwości lub apatii. Mogą też wywoływać napady złości, drażliwość lub gwałtowne obniżenie nastroju. Zaburzenia te zwykle mijają wraz z wyrównaniem poziomu cukru we krwi. Częstotliwość pojawiania się zakłóceń zależy od wyników leczenia (Ślęzak, 1984; Maciarz, 1996).

Na rozwój emocjonalny może mieć wpływ choroba związana z obciążeniem psychicznym, jakie zawsze tworzy schorzenie przewlekłe oraz uciążliwa codzienna kontrola i leczenie. Zakres wpływu na psychikę zależy w dużej mierze od postaw rodziców i rodzeństwa (Symonides-Ławecka, 1995). Zmuszanie dzieci w młodszym wieku szkolnym do reżimu diety wywołuje u nich często stany lękowe i poczucie winy (Pecyna, 1998). Badania M. Prochow i J. Kulczyckiej (1967) wykazują, że cukrzyca ma wpływ na powstawanie nieprawidłowych postaw i sposobów zachowania się. Choroba nawet o łagodnym przebiegu i wyrównana pociąga za sobą konieczność przykrych iniekcji i stałej kontroli, co stwarza poczucie zagrożenia, świadomość możliwości powikłań i skrócenia życia. Dziecko znajduje się pod wpływem ciągłych silnych negatywnych bodźców, których konsekwencją często są reakcje frustracyjne. Dlatego tak ważne jest podkreślanie znaczenia stosunków rodzinnych dla budowania późniejszych postaw życiowych.

Reżim leczenia utrudnia dziecku funkcjonowanie w grupach rówieśniczych, utrzymanie stałych kontaktów koleżeńskich oraz swobodne uprawianie turystyki i sportu (Maciarz, 1996). W konsekwencji nie jest ono równorzędnym czy atrakcyjnym partnerem w uprawianiu sportu, w podejmowaniu długotrwałych treningów i męczących wycieczek (Ślęzak, 1984).

W okresie dojrzewania zakłócenia w sferze emocjonalno-społecznej ulegają nasileniu. D. O'Brien (1977, za: Ślęzak, 1984) łączy je z faktem dojrzewania płciowego, które jest okresem chwiejności przemiany węglowodanów. Ponadto autor podkreśla znaczenie czynników zewnętrznych w powstawaniu negatywnych reakcji emocjonalnych. W tym okresie wzrasta poczucie własnej odmienności i niższości wynikające z choroby, pojawia się niepokój o przyszłość, lęk przed odrzuceniem ze strony rówieśników. Negacja może wywołać zmiany metaboliczne, które są niekorzystne dla przebiegu cukrzycy (Ślęzak, 1984). Niejednokrotnie dzieci takie charakteryzują się zahamowaniem, które obejmuje bierną postawę wobec innych osób i wymagań szkolnych, wzmoczoną reaktywność emocjonalną typu lękowego oraz obniżony nastrój. Młodzież ujawnia liczne zakłócenia w funkcjonowaniu społecznym, co skutkuje zwykle reakcjami lękowymi oraz tendencją do wycofywania się i różnego rodzaju zachowań agresywnych (Pilecka, 1989a). Od psychiki dziecka zależy, jakie miejsce zajmuje ono w grupie rówieśniczej. Na jego samopoczucie oddziałują przede wszystkim stany hipoglikemiczne, przebieg choroby oraz obciążenie długotrwałym leczeniem i samokontrolą. W okresie pokwitania występuje dążenie do usamodzielnienia się, jednocześnie nasila się chwiejność emocjonalna, niestałość nastrojów i poglądów, przewartościowanie postaw wobec zadań życiowych i całego szeregu problemów, w tym choroby. Dziecko zaczyna porównywać siebie z dorosłymi i rówieśnikami, a także krytycznie analizować swoje wady i wygląd, co owocuje często buntem przeciwko własnej sytuacji życiowej i chorobie, tym bardziej że w okresie pokwitania zaznacza się niestabilność w przebiegu cukrzycy. Chory ma wiele powodów do krytycznej czy pesymistycznej samooceny, co wynika z faktu obciążenia chorobą przewlekłą i wiążącymi się z nią metodami leczenia: codziennych iniekcji insuliny, przestrzegania reżimu diety i obowiązku codziennej samokontroli. W okresie dojrzewania u starszych dzieci często pojawia się bunt przeciwko codziennym iniekcjom, nieakceptowanie choroby, łamanie ograniczeń dietetycznych, reakcje histeryczne i stany przygnębienia prowadzące do prób samobójczych i autoagresji. Bywają takie, które wyrażają swoją wrogość wobec ograniczeń dietetycznych i kłamię, gdy wyniki badań wykazują odchylenie od dopuszczalnej normy. Częstotliwość i liczba objawów nerwicowych jest znaczna. Obserwuje się zaburzenia emocjonalne, takie jak: drażliwość, chwiejność emocjonalna i inne. Należy jednak podkreślić, że nie istnieje specyficzna osobowość ani specyficzne zaburzenie psychiczne u dzieci z cukrzycą – manifestują one tylko cechy osobowości przewlekłe chorych, podobnie jak inni nieuleczalnie chorzy (Dróżdż, Pawlaczyk, Szczeciak, 1992a).

Cukrzyca narzuca duże ograniczenia swobody. Napięcie wzmacnia nadopiekuńcze, krytyczne nastawienie rodziców, co wywołuje zwykle bunt i zachowania agresywne. Młodzież walczy o swoją intymność i prawo do samodzielności. Jeżeli pomimo swoich usiłowań i teoretycznego przygotowania dziecko nie umie pokonać trudności związanych z realizacją leczenia, to często ma poczucie winy i może popaść w depresję, a wobec otoczenia udawać lekceważenie choroby i swojego zdrowia (Symonides-Ławecka, 1998).

Tak więc postawy rodziców cechujące się nadmierną opiekuńczością na ogół wywołują niepożądane reakcje emocjonalne, a także utrudniają osiągnięcie odpowiedniej do wieku dojrzałości społecznej. Trzeba jednak pamiętać, że rozwiązywanie problemów opieki nad dzieckiem cukrzycowym nakłada na rodziców wiele obowiązków, w tym konieczność zapewnienia stałej opieki lekarskiej, ustawicznej kontroli, czy zalecenia lekarskie i ograniczenia dietetyczne są przez dziecko przestrzegane. Mogą one sprawiać, że nie będąc w stanie im podołać, rodzice ulegną zniecierpliwieniu i dadzą temu wyraz w zachowaniu wobec dziecka (Ślęzak, 1984).

Długotrwałe, nawracające urazy fizyczne i psychiczne, niejednokrotnie potęgowane nieświadomie przez najbliższe otoczenie dziecka czy lekarza prowadzącego, przyczyniają się do ujawnienia nowego problemu, czyli tak zwanego psychicznego inwalidztwa dziecka chorego na cukrzycę. Prowadzi to do pojawienia się reakcji psychogennych (neurastenia, nerwica lękowa) oraz wywołuje protest wobec okazywanej choremu nadmiernej troskliwości. Wojciech Gruszczyński i Zofia E. Kozłowska (1996) stwierdzają występowanie u tych dzieci zespołów dezaptacyjnych, manifestujących się objawami nerwicowymi lub zaburzeniami zachowania o charakterze lękowym. Trudności adaptacyjne do życia rodzinnego wykazuje co trzecie z nich, co dziesiąte cierpi na przejściowe zakłócenia z chwilą podjęcia nauki w szkole podstawowej, a co dwudzieste reaguje ostrym zespołem dezadaptacyjnym o podłożu lękowym. Badania wykazują u 30% chorych zmiany organiczne mózgu, przejawiające się objawami nerwicowymi lub zaburzeniami charakteru ze znaczną komponentą lękową, reagują trudnościami przystosowawczymi do życia w rodzinie i w szkole. Zakłócenia emocjonalne objawiające się uczuciem lęku lub niepokoju przy niewłaściwej postawie rodziców doprowadzają do ujawniania się cech egocentryzmu, niesamodzielności i hipochondrii.

U dzieci chorych przewlekłe somatycznie różnego rodzaju lęki mają charakter przewlekły, występują najczęściej na podłożu organicznego uszkodzenia mózgu i w sposób istotny utrudniają prawidłowe funkcjonowanie społeczne dziecka. W przypadku tych dzieci z mikrouszkodzeniami mózgu niekorzystne bodźce psychospołeczne powodują objawy dezintegracji czynności psychicznych i zaburzenia sprawności w działaniu społecznym. Gdy ich problemy życiowe nie zostaną rozwiązane, głównie z powodu ograniczeń, zakazów i nakazów wynikających z obciążenia chorobą przewlekłą somatyczną, to pojawiają się coraz to nowe trudności. Doprowadza to do zaostrzenia, a następnie utrwalenia zaburzeń psychicznych najczęściej sfery emocjonalno-popędowej pod postacią stanów lękowych. Powstaje błędne koło wzajemnych uwarunkowań psychicznych, biologicznych i społecznych, powodujące narastanie i kształtowanie się tak zwanej postawy lękowej. Z tego też względu dzieci te należy okresowo otoczyć opieką psychiatryczno-psychologiczną.

Elżbieta Małecka-Bańska (1977) stwierdza częste występowanie zakłóceń emocjonalnych u tych dzieci. Zaburzenia te w większości mają charakter krótkotrwały i są zależne od niewyrównania cukrzycy oraz większej ilości ciężkich stanów hipoglikemicznych. Pojawienie się ich nie jest spowodowane wiekiem, warunkami bytowymi czy postawą rodziców. Przystosowanie się dziecka i jego rodziny do choroby

jest procesem powolnym, w dużej mierze zależnym od stosunku do pacjenta lekarza sprawującego opiekę (Prochow, Kulczycka, 1967).

Osiągnięcie w okresie młodzieńczym emocjonalnej i fizycznej niezależności od rodziców często prowadzi do konfliktów rodzinnych, szczególnie spotęgowanych w przypadku dzieci z cukrzycą. Rodzice, którzy do tej pory z powodzeniem chronili je przed stanami hipoglikemicznymi poprzez starannie zaplanowaną dietę i podawanie insuliny, mogą mieć trudności z przeniesieniem odpowiedzialności za te działania na młodego człowieka.

Wśród badaczy nadal problemem otwartym pozostaje kwestia, na ile choroba wpływa na rozwój umysłowy i funkcjonowanie poznawcze jednostki. Spowodowane jest to złożonością metodologiczną, ponieważ trudno ustalić, w jakim stopniu zaburzenia rozwoju procesów poznawczych są uwarunkowane czynnikami środowisko-wychowawczymi, a w jakim samą chorobą. Dodatkową trudność powoduje sformułowanie uogólnienia ze względu na liczbę i różnorodność schorzeń kwalifikujących do grupy osób z dysfunkcjami narządów ruchu. Ponadto dysponujemy zbyt małą ilością danych empirycznych.

Wśród dzieci niepełnosprawnych ruchowo, ujawniających zakłócenia i zaburzenia w rozwoju umysłowym i funkcjonowaniu poznawczym, jest grupa takich, u których choroba lub uraz fizyczny spowodowały zmiany organiczne w tkance mózgowej, będące główną przyczyną zaburzeń w ich rozwoju psychoruchowym. Należą do nich między innymi dzieci z porażeniem mózgowym, urazami czaszki i mózgu, przepukliną oponowo-rdzeniową (likwidacja wodogłowia przez odprowadzenie płynu mózgowo-rdzeniowego z mózgu w leczeniu operacyjnym powoduje prawidłowy rozwój, a poziom umysłowy osiąga normę intelektualną).

Najczęściej występującym schorzeniem w omawianej grupie jest dziecięce porażenie mózgowe, charakteryzujące się wielką dynamiką przebiegu klinicznego. Zwykle dzieci z mpdz, wyłączając te z obustronnym porażeniem połowicznym (*hemiplegia bilateralis*), rozwijają się w miarę prawidłowo, a ich rozwój umysłowy osiąga granice normy. U pacjentów z dyskinezjami (atetostycznymi) występują zaburzenia rozwoju mowy i głosu, niedosłuch. U dzieci ataktycznych (mózdkowa postać mpdz) często odnotowuje się zakłócenia mowy. U osób z porażeniem połowicznym czy obustronnym porażeniem połowicznym zwykle występują zaburzenia widzenia. Ponadto, jak zaznacza Maria T. Nowakowska (1985), wiele z nich dodatkowo wykazuje zaburzenia lateralizacji i uwagi.

Opóźnienia i zaburzenia mowy stają się przyczyną zahamowań i zakłóceń w rozwoju oraz przebiegu procesów myślowych. Powoduje to zmniejszenie zasobu pojęć, utrudnia formułowanie myśli i tworzenie pojęć nadrzędnych. Zaburzenia słuchu wydłużają okres prawidłowej analizy i syntezy wyrazów. Zaznacza się odroczenie reakcji na bodźce dźwiękowe, co sprawia, że chorzy często zostają błędnie zaklasyfikowani do grupy osób niedosłyszających. Zaburzenia uwagi występują w dwóch formach, co pozwala na wyróżnienie dwóch grup dzieci:

1. jakby nieobecnych: ich reakcje są opóźnione, nie są one zainteresowane sytuacją, zdarzeniem czy zjawiskiem rozgrywającym się w ich otoczeniu;

2. reagujących na każdy bodziec, który łatwo je rozprasza: zaburzenia koncentracji uwagi współwystępujące z zaburzeniami percepcji wzrokowej powodują, że spostrzeżenia tych dzieci są powierzchowne i mniej dokładne.

Ogólnie można stwierdzić, że każde ograniczenie fizyczne wpływa zakłócająco na rozwój umysłowy dziecka. Choroby i urazy powodujące organiczne zmiany w tkance mózgowej zwykle prowadzą do globalnych opóźnień w rozwoju. Z kolei choroby, które nie wywołują takich uszkodzeń, czynią rozwój dziecka bardziej lub mniej nierównomiernym. Zakres i stopień nasilenia tych niesprzyjających zmian zależą od stopnia ciężkości choroby, czasu jej trwania oraz ogólnej wydolności organizmu osoby.

Ponadto wielokrotne pobyty w szpitalach i sanatoriach oraz ciągła nieobecność w szkole pozbawiają dziecko niepełnosprawne ruchowo naturalnego obcowania z otoczeniem, spontanicznego zdobywania i rozszerzania osobistego doświadczenia, co w konsekwencji ogranicza i zubaża jego rozwój psychiczny. Specyficzne warunki, w których rozwijają się dzieci z dysfunkcją narządów ruchu, zwykle mają charakter sytuacji stresowych, czyli trudnych i konfliktowych, będących źródłem negatywnych i silnych emocji. W przeżyciach dominuje lęk, gniew, przygnębienie oraz nastroj podwyższony. Wraz z przeżyciami emocjonalnymi często współwystępują negatywne objawy wegetatywne: zaburzenia snu, bóle głowy, brak apetytu, zaburzenia łaknienia, niestrawność, biegunki, zaparcia, moczenia nocne.

Młodzież niepełnosprawna ruchowo ma poczucie odmienności fizycznej oraz wykazuje zaniżoną samoocenę, rzadziej jest ona zawyżona. W obrazie samego siebie bardziej trwałą właściwością struktury „ja” jest dążenie do utrzymania korzystnego poziomu samoakceptacji.

S. Siwek (1982) twierdzi, że młodzież niepełnosprawna ruchowo dąży do utrzymania korzystnego poziomu samoakceptacji. W przypadku zagrożenia samooceny nasila się u niej tendencja do wzrostu poziomu samoakceptacji. Jednostka taka stawia sobie mniejsze wymagania w stosunku do własnej koncepcji „ja” idealnego dla utrzymania korzystnego dla niej poziomu samoakceptacji. Tak budowany „ideał” osoby jest uwarunkowany tylko właściwościami samooceny.

Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym, niepewne stosunku do nich ze strony osób zdrowych, przeżywają lęk przed dezaprobatą i odrzuceniem (Główka, Zarzycki, 1980; Gorczycka, 1981). Najlepiej się czują wśród bliskich, ale ograniczony kontakt nie wystarcza. Zaniedbanie pokonywania trudności ruchowych dla poszerzania kręgu znajomych i brak zmiany środowiska wywołują stany znużenia, frustracji, depresji (Gamulczak, 1977). Rodzina, mimo wszelkich niedomagań, stanowi otoczenie, w którym nasilenie trudności jest najmniejsze. Stałe przebywanie w tym samym otoczeniu z powodu ograniczeń ruchowych i konieczność korzystania z pomocy innych osób mogą spowodować zbytnią koncentrację na sobie (Sękowska, 1978). R.M. Allen (1972) wyszczególnia u nich: rezygnację, uległość, pozorne uznanie kalectwa z podświadomą nieakceptacją siebie. Wszystkie te czynniki mogą prowadzić do dezintegracji osobowości (Gamulczak, 1977). Warto zauważyć, że nasilenia problemów w sferze społecznej częściej ujawniają dziewczęta niż chłopcy, bo

też i częściej zwracają one uwagę na własną atrakcyjność zewnętrzną. Braki fizyczne mogą stwarzać realne i urojone trudności w kontaktach społecznych. Młodzież przejawia najwięcej problemów w tych kontaktach społecznych, w których równocześnie pojawiają się trzy czynniki: nieznanymi ludźmi, konieczność sprawności fizycznej, wystawianie się na nieżyczliwe spojrzenia innych osób (Gorczycka, 1981).

W okresie dojrzewania młody człowiek potrzebuje osób bliskich, będąc świadomy swoich ograniczeń. Patrząc w przyszłość, marzy o założeniu rodziny, ale dostrzegalna niepełnosprawność obniża jego poczucie własnej atrakcyjności, zwłaszcza w przypadku dziewcząt, i wywołuje wiele problemów w tej kwestii. Podobnie jak u dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym będzie się dokonywał rozwój tej sfery. Dominują nieprawidłowości w funkcjonowaniu emocjonalnym, objawiające się lękiem i depresją, często pojawiają się zakłócenia w interakcjach ze zdrowymi rówieśnikami, charakteryzujące się izolacją.

2. Wpływ emocji towarzyszących chorobie na przystosowanie społeczne młodzieży chorej przewlekłe somatycznie w badaniach własnych

Celem podjętych badań było ukazanie wpływu emocji towarzyszących chorobie przewlekłej somatycznej na przystosowanie społeczne młodzieży. Zagadnienie przystosowania społecznego rozumiano dwojako (Schneiders, 1960 za: Sękowska, 1991), czyli w wymiarze osobowościowym, a więc w zgodzie z sobą, oraz w wymiarze interpersonalnym, czyli w zgodzie z innymi. Do zbadania emocji towarzyszących chorobie użyto ankiety „Poznaj siebie”, natomiast dla oceny przystosowania społecznego posłużono się metodą standaryzowaną, Inwentarzem HPI: problemy osób niepełnosprawnych Tomasza Witkowskiego (1993). W prowadzonych badaniach oparto się na takich sferach adaptacji, jak: osobowościowej, rodzinnej, społecznej, zajęciowej. Ponadto analizie poddano dokumentację medyczną i psychologiczną. Założeniem było ukazanie, jakie emocje w zależności od rodzaju choroby i płci wzbudza u młodzieży choroba przewlekła somatyczna oraz w jakim zakresie i stopniu przesądzają one o ich funkcjonowaniu adaptacyjnym. Założono, że choroba – bez względu na rodzaj – wywołuje emocje ujemne u badanej młodzieży, które częściej ujawniają się w zachowaniu młodzieży chorej na astmę i cukrzycę niż w zachowaniu młodzieży z dysfunkcjami narządów ruchu. Podjęte badania miały zweryfikować tę tezę.

Kwestionariusz ankiety „Poznaj siebie” składa się z 21 pytań. Do zbadania czynnika emocjonalnego związanego z chorobą zastosowano pytania o charakterze półotwartym, polegające na dokonaniu wyboru z podanych odpowiedzi i jego uzasadnieniu.

Inwentarz HPI: problemy osób niepełnosprawnych opracowano na podstawie amerykańskiej wersji Inwentarza George’a Nelsona Wrighta i Hermanna Henry’ego Remmersa przez T. Witkowskiego (1992, 1993). Inwentarz zawiera 280 twierdzeń.

Obraz przystosowania obejmuje cztery sfery, przy czym liczba zdań w nich nie jest jednakowa. Jest to utrudnienie w przypadku porównywania wyników surowych dla poszczególnych sfer. T. Witkowski (1992, 1993) rozwiązał ten problem przez opracowanie tabeli przeliczeniowej, na której wyniki otrzymane w każdej z nich i wynik globalny przyporządkował skali stustopniowej, choć nadal pozostają one wynikami surowymi. Inwentarz HPI: problemy osób niepełnosprawnych ujawnia problemy młodzieży, a ze stopnia nasilenia trudności można wnioskować o prawidłowościach lub nieprawidłowościach funkcjonowania społecznego.

Sondaż przeprowadzono wśród 180-osobowej grupy młodzieży w wieku 13–19 lat, chorej na astmę i cukrzycę (uzdrowisko Rabka-Zdrój) i niepełnosprawnej ruchowo, wspomaganej przez kule, balkonik lub wózek inwalidzki (uzdrowisko Busko-Zdrój). Grupy chorych obejmowały zawsze równą ilość badanych, po 60 osób (w tym 30 dziewcząt i 30 chłopców). Badania miały charakter zarówno zbiorowy (grupy nie przekraczały 5 osób), jak i indywidualny.

Prezentacja wyników badań rozpocznie się od charakterystyki badanych grup, to jest specyfiki choroby i czasu jej trwania. Jako pierwsza zostanie przedstawiona grupa młodzieży z astmą, następnie z cukrzycą, a na końcu uczniów z dysfunkcjami narządów ruchu.

A s t m a

Specyfikę choroby młodzieży chorej na astmę przedstawiano w tabelicy 1.

Większość badanej młodzieży wykazuje podobny rodzaj i stopień ciężkości choroby. Astmę zewnętrzną atopową posiada 96,66% populacji, natomiast pozostali charakteryzują się astmą wewnątrzpochodną. Najczęściej jest to astma o lekkim przebiegu (61,66%), przy czym taki stopień ciężkości choroby wykazuje 60% dziewcząt i 63,33% chłopców. Średniociężkim przebiegiem charakteryzuje się 35% populacji, z czego 33,33% to dziewczęta, a 36,67% to chłopcy. Jednak 6,67% przypadków dziewcząt jest obciążona astmą o ciężkim przebiegu.

Stan astmy ciągłej (stopień V) odnotowuje się tylko w grupie dziewcząt (10%), co stanowi 5% populacji. Objawy astmy przewlekłej (stopień IV) wykazuje 25% badanych, w tym 20% dziewcząt i 30% chłopców. Powyżej 10–20, jak i powyżej 5–10 napadami duszności charakteryzuje się 23,33% dziewcząt i 26,67% chłopców. Tylko u 20% badanych występuje niższa liczba ataków, co stanowi prawie 1/4 podgrupy dziewcząt i 1/6 chłopców.

Niejednokrotnie objawy astmy utrzymują się stale, a nawet ulegają zaostrzeniu (61,66% populacji). Tak jest w przypadku 60% dziewcząt i 63,33% chłopców. Epizodyczny charakter choroby wykazuje 38,33% badanych (40% dziewcząt i 36,67% chłopców).

Tablica 1
Specyfika choroby młodzieży z astmą

DANE GRUPA	RODZAJ		STOPIEŃ CIĘŻKOŚCI			CZĘSTOŚĆ NAPADÓW DUSZNOŚCI					PRZEBIEG W CZASIE		OGÓŁEM	
	astma zewnątrz- pochodna	astma wewnętrz- pochodna	o przebiegu			I	II	III	IV	V	OGÓŁEM	OGÓŁEM		
			lekki	średnio- ciężkim	ciężkim									astma epizo- dyczna
DZIEWCZĘTA	L	29	1	18	10	2	7	7	6	3	30	12	18	30
	%	96,67	3,33	60,00	33,33	6,67	23,33	23,33	20,00	10,00	100,00	40,00	60,00	100,00
CHŁOPCY	L	29	1	19	11	0	5	8	9	0	30	11	19	30
	%	96,67	3,33	63,33	36,67	0	16,66	26,67	30,00	0	100,00	36,67	63,33	100,00
OGÓŁEM	L	58	2	37	21	2	12	15	15	3	60	23	37	60
	%	96,66	3,33	61,66	35,00	3,33	20,00	25,00	25,00	5,00	100,00	38,33	61,66	100,00

Źródło: obliczenia własne autora.

Cukrzyca

Specyfikę tej choroby ujęto w tabelicy 2.

Tabela 2

Specyfika choroby młodzieży z cukrzycą

DANE GRUPA	TYP I	RODZAJ WIEKU		OGÓLEM	STADIA				Remisja*	OGÓLEM	STANY			OGÓLEM
		dzieci 0-14 r.ż.	młodzież 15-24 r.ż.		bezobjaw. z objaw.	wyst. śpiączki cukrzyc.	utrata przytomn.	hipo- glikemia			hiper- glikemia	mieszane		
DZIEWCZĘTA	L	12	18	30	9	13	6	2	1	31	7	12	11	30
	%	40,00	60,00	100,00	30,00	43,33	20,00	6,67	3,33	103,33	23,33	40,00	36,67	100,00
CHŁOPCY	L	15	15	30	1	16	6	7	1	31	7	6	17	30
	%	50,00	50,00	100,00	3,33	53,33	20,00	23,33	3,33	103,32	23,33	20,00	56,66	100,00
OGÓLEM	L	27	33	60	10	29	12	9	2	62	14	18	28	60
	%	45,00	55,00	100,00	16,66	48,33	20,00	15,00	3,33	103,33	23,33	30,00	46,66	100,00

* Zaznaczenie remisji powoduje sztuczne powiększenie grupy poprzez podwójne liczenie osób należących do grupy z remisją i grupy ze stadium bezobjawowym.

Źródło: obliczenia własne autora.

Cała populacja chorych z cukrzycą była zdiagnozowana jako osoby z cukrzycą insulinozależną typu I. Większość stanowi grupa młodzieży z cukrzycą wieku młodzieńczego (55%), przy 45% badanych z cukrzycą wieku dziecięcego. U dziewcząt częściej notuje się cukrzycę wieku młodzieńczego (60%), podczas gdy w populacji chłopców ten rodzaj choroby stwierdzono u 50% z nich. Najliczniejszą grupę stanowią osoby, u których choroba objawia się różnymi symptomami (48,33%). W grupie dziewcząt wyraża się to liczbą 43,33% badanych, przy ilości 53,33% chłopców. Dane te wskazują, że wśród prawie 50% populacji młodzieży z cukrzycą choroba przejawia się różnymi objawami jatrogennymi (hipoglikemia, hipoglikemia po wysiłku, hiperglikemia, słabość, zasłabnięcia, stany śpiączkowe, utrata przytomności, ciężki oddech, drżenie nóg, drżenie rąk, drżenie wszystkich kończyn, wielomocz, wzmożone łaknienie, trudniejsze zwalczanie infekcji, złe samopoczucie, zawroty głowy przy hipoglikemii, poczucie przytłoczenia wagą [dużej wagi], zapalenia krtani, bóle serca, kołatanie serca, ból nerek, ból kręgosłupa, bóle żołądka, bóle głowy i brzucha, bóle stóp i palców u stóp, ból nóg, ból wątroby, bóle zrostów, pocenie się, skurcze w nocy, dreszcze, nieestetyczne zrosty). Z kolei przebieg skryty, bezobjawowy notuje się u 30% dziewcząt, przy 3,33% chłopców. Taka postać cukrzycy dotyka 16,66% osób. Jednak u 20% z nich bez względu na płeć występuje przypadek śpiączki cukrzycowej. Równocześnie ostatni stopień stadium, czyli utratę przytomności w następstwie stanów hipoglikemicznych, odnotowuje się u 15% osób, z czego 23,33% to chłopcy, a 6,67% to dziewczęta. W przypadku chłopców, u 20% z nich utrata świadomości wystąpiła jeden raz, ale przedział czasowy wynosił kilka godzin i u 3,33% z nich stan ten utrzymywał się trzy i pół dnia. Przypadki takie zwykle mają miejsce w nocy. W populacji dziewcząt utrata świadomości wystąpiła u 6,67% z nich. Zdarzają się również stany ustąpienia choroby, remisji, ale tylko w pojedynczych przypadkach.

Młodzież cukrzycowa była zdiagnozowana pod względem wystąpienia stanów hipoglikemicznych i hiperglikemicznych, czy też objawów wskazujących na stany mieszane. Najczęściej notuje się przypadki osób ze stanami mieszanymi (46,66%), a w dalszej kolejności z hiperglikemią (30%). Hipoglikemia dotyka 23,33% populacji. U dziewcząt przeważają stany hiperglikemii (40%). Mniej więcej podobnie wygląda to w grupie ze stanem mieszanym (36,67%). Tylko około 1/4 podgrupy wykazuje stan hipoglikemii (23,33%), w tym 3,33% z nich charakteryzuje się silnie wyrażonym objawem brzasku. U chłopców najczęściej choroba objawia się stanami mieszanymi (56,66%), potem – w tej samej liczbie co u dziewcząt – hipoglikemią i objawem brzasku. Tylko u 20% badanych wydzielanie cukru objawia się stanem hiperglikemii, co stanowi 50% populacji dziewcząt z takim symptomem choroby.

Dysfunkcje narządów ruchu

Do grupy młodzieży z dysfunkcjami narządów ruchu zaliczono wszystkich, którzy swoją niepełnosprawność nabyli w czasie nie krótszym niż dwa lata i poruszają

się za pomocą oprzyrządowania w postaci: wózka inwalidzkiego, balkoniku i kul. Badani ci reprezentują najszerszy zakres chorób, które spowodowały ich niesprawność ruchową.

Wiele elementów, w tym pochodzenie choroby, może mieć wpływ na dalszy rozwój psychofizyczny osoby. Dane na ten temat przedstawiono w tablicy 3.

Tablica 3

Pochodzenie choroby młodzieży z dysfunkcjami narządów ruchu

DANE GRUPA		POCHODZENIE CHOROBY					OGÓLEM
		mózgowe	rdzeniowe	kostno- -stawowe	genetyczne	inne	
DZIEWCZĘTA	L	15	7	7	1	1	30*
	%	50,00	23,33	23,33	3,33	3,33	100,00
CHŁOPCY	L	18	9	1	1	1	30
	%	60,00	30,00	3,33	3,33	3,33	100,00
OGÓLEM	L	33	16	8	2	2	60**
	%	55,00	26,66	13,33	3,33	3,33	100,00

* Przypadek dziewczynki, u której występuje uszkodzenie mózgu i rdzenia kręgowego, co powoduje sztuczne powiększenie grupy o jedną osobę.

** Przypadek wspomnianej dziewczynki powoduje sztuczne powiększenie całej badanej populacji.

Źródło: obliczenia własne autora.

Etiologia choroby wskazuje wyraźnie, że najczęściej uszkodzenie mózgu jest przyczyną późniejszej niesprawności ruchowej. Tak więc przeszło połowa całej populacji młodzieży z dysfunkcjami narządów ruchu (55%) wykazuje schorzenia, w których podłożem niepełnosprawności ruchowej jest zniszczenie części tej struktury. Są to badani z mózgowym porażeniem dziecięcym i paraplegią (zniszczenie nastąpiło w mózgu) bądź uszkodzeniem przysadki (hormon wzrostu). Uraz ten częściej dotyczy populacji męskiej (60%) niż żeńskiej (50%). Zdarzają się przypadki zespolenia uszkodzenia różnych struktur organizmu, co powoduje przynależność do grupy osób z chorobą pochodzenia obu tych urazów (w badaniu wzięła udział dziewczynka, u której występuje uszkodzenie mózgu i rdzenia kręgowego). Na drugim miejscu występują schorzenia o pochodzeniu rdzeniowym (26,67%). Dotyczy to osób z dystrofią mięśni, postępującym zanikiem mięśni, urazem polekowym z porażeniem nerwu strzałkowego, rozszczepem kręgosłupa, chorobą Heinego-Medina, paraplegią (uszkodzenie nastąpiło w rdzeniu kręgowym), złamaniem kręgosłupa. Należy przy tym zauważyć, że ponownie chłopcy częściej są obarczeni chorobą o takim podłożu (30%) niż dziewczęta (23,33%).

Następną grupę stanowią badani ze schorzeniem pochodzenia kostno-stawowego (13,33%). Zaliczono tu osoby ze skoliozą, skróceniem kończyny dolnej. Tym razem przewagę wykazują dziewczęta (23,33%) niż chłopcy (3,33%). Pozostałe grupy chorób ze względu na swą etiologię występują sporadycznie. Do schorzeń genetycznych należą wrodzona łamliwość kości i mnogie narośle chrzęstno-kostne, natomiast do schorzeń o podłożu innym (zakażenie gronkowcem) czy wręcz nieznanym zaliczono wszystkie nowotwory.

Choroba przewlekła wywołuje różne emocje. Astma i cukrzyca jako choroby procesualne mogą w sobie tylko właściwy sposób kształtować styl wyrażania emocji. Niebagatelne znaczenie ma też okres rozwoju, w jakim pozostają badani, czyli okres dojrzewania, następuje bowiem wówczas intelektualizacja emocji towarzyszących chorobie. Młodzież tworzy na ogół bardziej realny obraz własnej sytuacji życiowej, tej z przeszłości, aktualnej i przyszłej. Niektórzy z nich dostrzegają nawet aspekty pozytywne w zmaganiu się z chorobą.

Założono, że ewentualne różnice między grupami w zakresie właściwości emocjonalnego reagowania mogą się ujawnić w związku z odmiennymi doznaniem i przeżyciami młodzieży chorej na astmę, cukrzycę i niepełnosprawnej ruchowo. Prezentacja rozpocznie się od przedstawienia preferencji wyboru, następnie z uwzględnieniem kierunku i znaku emocji oraz jej wpływu na przyszłość badanej młodzieży. Emocje towarzyszące chorobie ujęto w tablicy 4.

Emocje towarzyszące chorobie zakwalifikowano do czterech kategorii: agresja – uspołecznienie, niepokój – spokój, klęska – pogodzenie, rozpacz – zadowolenie. Z analizy danych wynika, że większość chorych umie określić emocje wzbudzone przez chorobę (98,9%), natomiast 1,1% młodzieży nie potrafi ich zinterpretować. Badani często wybierają więcej niż jedną emocję (23,3%), zwykle z różnych kategorii, ale i z tej samej. Najczęściej chorzy wskazują emocje należące do kategorii klęska – pogodzenie (23,3%). Szczególnie tak swoją chorobę odczuwa młodzież niepełnosprawna ruchowo (30%), następnie z cukrzycą (21,66%), a najrzadziej z astmą (18,33%). Przy czym pogodzenie z chorobą ujawnia 31,66% młodych ludzi z cukrzycą, w podobnym stopniu osoby z dysfunkcjami narządów ruchu (31,6%) i najmniej cierpiący na astmę (21,66%).

Równie znaczącą grupą są badani wskazujący na kategorię agresja – uspołecznienie (22,2%). Częściej cechuje się nią młodzież z astmą (23,33%), natomiast pozostali w równym procencie – po 21,66% osób w każdej z grup. W większości osoby badane odczuwają złość, a nie akceptację. Złość w równym stopniu wykazują chorzy z astmą i z dysfunkcjami narządów ruchu (25%), przy ilości 21,66% osób z cukrzycą. Z kolei akceptację najczęściej odczuwają badani z cukrzycą (13,33%), następnie z niepełnosprawnością ruchową (11,66%) i rzadko z astmą (6,66%). Ponadto chorobie towarzyszy bunt, szczególnie w przypadku chorych z cukrzycą (11,66%).

Tablica 4

Emocje towarzyszące chorobie badanej młodzieży

EMOCJE TOWARZYSZĄCE CHOROBIEM	GRUPY MŁODZIEŻY																		CAŁA POPULACJA	
	Z ASTMA						Z CUKRZYCA						Z DYSFUNKCJAMI NARZĄDÓW RUCHU							
	DZIEW-CZEŃTA		CHŁOPCY		OGÓLEM		DZIEW-CZEŃTA		CHŁOPCY		OGÓLEM		DZIEW-CZEŃTA		CHŁOPCY		OGÓLEM			
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
OBECNOŚĆ EMOCJI Posiada Brak OGÓLEM	30	100,00	30	100,00	60	100,00	30	100,00	30	100,00	60	100,00	28	93,33	30	100,00	58	96,66	178	98,9
	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,67	0	0,00	2	3,33	2	1,1
	30	100,00	30	100,00	60	100,00	30	100,00	30	100,00	60	100,00	30	100,00	30	100,00	60	100,0	180	100,0
KATEGORIE EMOCJI*: Złożenia** Brak	5	16,66	7	23,33	12	20,00	12	40,00	5	16,66	17	28,33	6	20,00	7	23,33	13	21,66	42	23,3
	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,67	0	0,00	2	3,33	2	1,1
	5	16,66	8	26,67	13	21,66	6	20,00	8	26,67	14	23,33	7	23,33	6	20,00	13	21,66		
AGRESJA – USPOLECZNIE:	7	23,33	8	26,67	15	25,00	7	23,33	6	20,00	13	21,66	7	23,33	8	26,67	15	25,0		
	0	0,00	2	6,67	2	3,33	0	0,00	4	13,33	4	6,66	0	0,00	2	6,67	2	3,33	40	22,2
	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,33	0	0,00	1	1,66	0	0,00	2	6,67	2	3,33		
	1	3,33	3	10,00	4	6,66	6	20,00	2	6,67	8	13,33	3	10,00	4	13,33	7	11,66		
	0	0,00	1	3,33	1	1,66	5	16,66	2	6,67	7	11,66	3	10,00	0	0,00	3	5,00		
	8	26,67	14	46,66	22	36,66	19	63,33	14	46,66	33	55,00	13	43,33	16	53,33	29	48,33		
NIEPOKÓJ – SPOKÓJ:	9	30,00	9	30,00	18	30,00	3	10,00	6	20,00	9	15,00	5	16,66	5	16,66	10	16,66		
	6	20,00	5	16,66	11	18,33	3	10,00	2	6,67	5	8,33	5	16,66	5	16,66	10	16,66	37	20,6
	5	16,66	2	6,67	7	11,66	2	6,67	3	10,00	5	8,33	3	10,00	4	13,33	7	11,66		
Niepokój Ból Spokój Udręka OGÓLEM	4	13,33	6	20,00	10	16,66	3	10,00	5	16,66	8	13,33	1	3,33	2	6,67	3	5,00		
	2	6,67	2	6,67	4	6,66	5	16,66	2	6,67	7	11,66	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	17	56,67	15	50,00	32	53,33	13	43,33	12	40,00	25	41,66	9	30,00	11	36,67	20	33,33		

EMOCJE TOWARZYSZĄCE CHOROBIE	GRUPY MŁODZIEŻY																		CAŁA POPULACJA			
	Z ASTMA						Z CUKRZYCY						Z DYSFUNKCJAMI NARZĄDÓW RUCHU						L		%	
	DZIEW-CZĘTA		CHŁOPCY		OGÓLEM		DZIEW-CZĘTA		CHŁOPCY		OGÓLEM		DZIEW-CZĘTA		CHŁOPCY		OGÓLEM		L		%	
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
KLĘSKA – POGODZENIE:	9	30,00	2	6,67	11	18,33	6	20,00	7	23,33	13	21,66	9	30,00	9	30,00	18	30,0				
Pogodzenie	11	36,67	2	6,67	13	21,66	13	43,33	6	20,00	19	31,66	9	30,00	10	33,33	19	31,66			42	23,3
Determinacja	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,33	1	1,66				
Nadzieja	0	0,00	3	10,00	3	5,00	5	16,66	8	26,67	13	21,66	5	16,66	1	3,33	6	10,0				
Bezsenność	0	0,00	2	6,67	2	3,33	3	10,00	1	3,33	4	6,66	0	0,00	0	0,00	0	0,00				
Kłęska	0	0,00	1	3,33	1	1,66	0	0,00	1	3,33	1	1,66	1	3,33	1	3,33	2	3,33				
OGÓLEM	11	36,67	8	26,67	19	31,66	21	70,00	16	53,33	37	61,66	15	50,00	13	43,33	28	46,66				
ROZPACZ – ZADOWOLENIE:	3	10,00	4	13,33	7	11,66	2	6,67	4	13,33	6	10,00	1	3,33	3	10,00	4	6,66				
Rozpacz	2	6,67	4	13,33	6	10,00	3	10,00	2	6,67	5	8,33	2	6,67	6	20,00	8	13,33			17	9,4
Poniżenie	2	6,67	1	3,33	3	5,00	2	6,67	0	0,00	2	3,33	0	0,00	1	3,33	1	1,66				
Zadowolenie	0	0,00	1	3,33	1	1,66	0	0,00	1	3,33	1	1,66	0	0,00	0	0,00	0	0,00				
Obojętność	0	0,00	3	10,00	3	5,00	2	6,67	2	6,67	4	6,66	2	6,67	1	3,33	3	5,00				
OGÓLEM	4	13,33	9	30,00	13	21,66	7	23,33	5	16,66	12	20,00	4	13,33	8	26,67	12	20,00				

* Emocje podzielono na cztery kategorie. Pod każdą z nich wymieniono te, które wchodziły w jej skład. Często zdarzają się przypadki odnotowywania ich większej ilości. Powoduje to konieczność podawania przy nazwie *kategori* (podobnie jak przy wyszczególnionych emocjach) liczby wskazań często jednostkowych, co wywołuje sztuczne powiększenie liczby osób badanych. Dodatkowo w sumowaniu liczbowym emocji (ogółem) wykazano tylko ilość ich typowania w danej kategorii, nie powiększając sztucznie tych danych o liczbę uzyskaną przez kategorię.

** Oznacza sumowanie kilku emocji, ale z różnych kategorii, podawanych przez badaną młodzież.

Źródło: obliczenia własne autora.

Na dalszym miejscu badani wybierają emocje z kategorii niepokój – spokój (20,6%). Tym razem większość stanowią chorzy z astmą (30%), drugą grupą prezentującą ten rodzaj emocji są niepełnosprawni ruchowo (16,66%), a najmniej jest takich osób z cukrzycą (15%). Niepokój szczególnie towarzyszy młodzieży z dysfunkcjami narządów ruchu (18,33%), następnie chorym z astmą (16,66%), a najrzadziej osobom z cukrzycą (8,33%). Jednak spokój ujawnia najwięcej badanych z astmą (16,66%), a najmniej osób z niepełnosprawnością ruchową (5%). Chorzy dodatkowo odczuwają ból i udrękę.

Wyraźnie mniej badanych uważa, że ich chorobie towarzyszą emocje wchodzące w skład kategorii rozpacz – zadowolenie (9,4%). Najczęściej takie odczucia wskazują osoby z astmą (11,66%), w tym częściej chłopcy (13,33%) niż dziewczęta (6,67%). W dalszej kolejności sądzą tak badani z cukrzycą (10%) i młodzież z dysfunkcjami narządów ruchu (6,66%), w tym 10% chłopców i 3,33% dziewcząt. Dominuje rozpacz, szczególnie u osób niepełnosprawnych ruchowo (13,33%), następnie u badanych z astmą (10%), a najrzadziej u młodzieży z cukrzycą (8,33%). Chorzy ponadto odczuwają poniżenie, rzadko obojętność czy zadowolenie.

Analiza danych pozwala sformułować wniosek, że niektórzy badani dostrzegają w zmaganiu się z chorobą pewne aspekty pozytywne, co pozwala na kształtowanie się obiektywnego obrazu zmian zachodzących w ich organizmie, ale i pozyskiwanie korzystnych relacji z otoczeniem.

W tablicy 5 przedstawiono dane, na których podstawie spróbowano odpowiedzieć na pytanie, czy rodzaj choroby w istotny sposób wpływa na jakość odczuwanych emocji przez badaną młodzież.

Ze względu na znak emocji są one ujęte w kategorie: pozytywne, negatywne, ambiwalentne, obojętne, brak. Większość badanych umie określić emocje towarzyszące ich chorobie (98,9%). Zwykle mają one charakter ambiwalentny (58,9%), dotyczy to zwłaszcza chorych z cukrzycą (63,33%), przy podobnej liczbie młodzieży z astmą i z dysfunkcjami narządów ruchu (56,66%). Natomiast zdecydowanie mniej badanych określa je jako pozytywne (21,7%), co oznacza, że młodzież w chorobie doznaje emocji o znaku dodatnim i ujemnym, z przewagą tych ostatnich.

Reasumując, można powiedzieć, że chorych z astmą, jak i z dysfunkcjami narządów ruchu charakteryzują problemy dotyczące kontaktów interpersonalnych z rówieśnikami, korzystania z normalnego w tym wieku ruchu. Natomiast dla młodzieży z cukrzycą na wszystkie aspekty życia wyraźny wpływ wywiera reżim diety i leczenia. Obserwuje się, u niektórych chorych nad wyraz dojrzały jak na ich wiek rozwój, załączek altruistycznych cech, dojrzałości intelektualnej oraz przeniesienia swych doznanych złych doświadczeń w celu pomocy innym potrzebującym. To pozwala na wyciągnięcie wniosku o dostrzeganiu przez niektórych badanych w zmaganiu się z chorobą aspektów dodatnich, co nie pozostanie bez wpływu na kształtowanie się ich pozytywnych relacji z otoczeniem.

Tablica 5

Emocje towarzyszące chorobie badanych

EMOCJE W CHOROBIE	GRUPY MŁODZIEŻY																		CAŁA POPULACJA	
	Z ASTMA						Z CUKRZYCĄ						Z DYSFUNKCJAMI NARZĄDÓW RUCHU						L	%
	DZIEWCZĘTA		CHŁOPCY		OGÓŁEM		DZIEWCZĘTA		CHŁOPCY		OGÓŁEM		DZIEW- CZĘTA		CHŁOPCY		OGÓŁEM			
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%		
KATEGORIE EMOCJI																				
pozytywne	0	0,0	2	6,67	2	3,33	5	16,66	9	30,00	14	23,33	11	36,67	12	40,0	23	38,33	39	21,7
negatywne	0	0,0	3	10,00	3	5,00	2	6,67	2	6,67	4	6,66	1	3,33	0	0,0	1	1,66	8	4,4
ambivalentne	18	60,0	16	53,33	34	56,66	19	63,33	19	63,33	38	63,33	16	53,33	18	60,0	34	56,66	106	58,9
obojętne	12	40,0	9	30,00	21	35,00	4	13,33	0	0,00	0	0,00	4	6,66	0	0,00	0	0,00	25	13,9
brak	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,67	0	0,00	2	1,1
OGÓŁEM	30	100,0	30	100,00	60	100,0	30	100,00	30	100,00	60	100,00	30	100,00	30	100,0	60	100,00	180	100,0

Źródło: obliczenia własne autora.

Choroba i związane z nią okoliczności wyraźnie wpływają na rozwój sfery emocjonalnej u dzieci w młodszym wieku. Im dłużej chorują, tym bardziej stają się impulsywne, nasila się ich neurotyczność, nie kontrolują własnych emocji. Pobytu we wszelkich instytucjach leczniczych obniżają wrażliwość na problemy drugiego człowieka, utrudniają nawiązywanie trwałych więzi uczuciowych z innymi osobami, chociaż sprzyjają też rozwojowi kontroli reakcji i zachowań. Stopień ciężkości choroby ma mniejsze znaczenie, choć jej ciężka postać powoduje zwiększenie umiejętności kontroli własnych reakcji, zmniejszenie impulsywności, ale częściej uwidaczniają trudności w interakcjach społecznych.

U młodszych dzieci (7–11 r.ż.) reakcje emocjonalne są labilne i nie zawsze odpowiednio do działającego bodźca. Chorzy charakteryzują się stałą gotowością do neurotycznego reagowania. Kształtują się bezpośrednio pod wpływem samej choroby, która blokuje skutecznie zaspokojenie wielu potrzeb (przede wszystkim poczucia bezpieczeństwa) i jest stałym zagrożeniem. W wieku dorastania wzrasta rola czynników pozachorobowych: oddziaływania wychowawczego, doświadczenia społecznego, doznanych niepowodzeń i porażek w realizacji zadań i celów. Ogólnie jednak kierunek zmian rozwojowych uznaje się za prawidłowy: z czasem bodźce tracą wartość emocjonalną, a sposób reagowania ulega zróżnicowaniu (Pilecka, 1990, 2002).

Wraz ze wzrostem wymagań szkolnych może nasilać się lęk przed niepowodzeniami, mogący z kolei powodować pojawienie się reakcji lękowych, nerwowości, a także mechanizmu ucieczki w chorobę. Z wiekiem silny lęk może mieć negatywny wpływ na rozwój poznawczy, aktywność umysłową i osiągnięcia szkolne. Zatem młodzi chorzy mogą uzyskiwać niższe wyniki, jeśli chodzi o umiejętności koncentracji uwagi i przebieg procesów pamięciowych. Zaburzenia te mogą być konsekwencją interakcyjnego wpływu lęku o wysokim natężeniu i zmian fizjologicznych. Charakterystyczny jest styl pracy umysłowej młodzieży, która w początkowym okresie uczenia się nadmiernie się mobilizuje i w rezultacie osiąga dobre wyniki, później jednak narastające zmęczenie zakłóca przebieg procesu uczenia się i stopniowo obniża jego efektywność. Tak więc praca umysłowa wymaga od chorego somatycznie (nie tylko w cukrzycy) większego wysiłku i wzmożonej aktywności (Pilecka, 1999).

Przebieg procesów emocjonalnych u dzieci z cukrzycą nie jest dostatecznie poznany. W większości badań wykazuje się występowanie pewnych zaburzeń emocjonalnych (Małecka-Bańska, 1977; Kowalska, 1980 za: Ślęzak, 1984), w tym nadpobudliwość i apatię (Ślęzak, 1984; Maciarz, 1996), a nawet depresji (Dębic, Kwiatkowska, Margolis, 1962; Symonides-Ławecka, 1995; Pecyna, 1998). Szczególnie u dzieci młodszych (Pecyna, 1998) pojawiają się stany lękowe i poczucie winy, a u młodzieży lęki natury egzystencjonalnej (Kovacs i in., 1990 za: Pilecka, 2002). P. Jarosz-Chrobot, W. Franciczek, K. Moczia i G. Wiedermann (1997) stwierdzają natomiast, że cukrzyca nie wpływa znacząco na poziom lęku u dzieci. W badaniach z 1999 roku P. Jarosz-Chrobot, E. Matlakiewicz, W. Franciczek, B. Koehler potwierdzają, że emocje dzieci z cukrzycą pozostają na podobnym poziomie jak u ich zdrowych rówieśników.

Jadwiga Ślęzak (1984) sugeruje, że zaburzenia w sferze emocjonalnej mogą być uwarunkowane zarówno samym procesem chorobowym, jak i sytuacją, w jakiej znajduje się osoba chora na skutek cukrzycy. R. Kowalska (1980) (za: Ślęzak, 1984) udowadnia, że trudności emocjonalne związane są przede wszystkim z okresami chwiejności poziomu cukru we krwi i mają charakter przemijający. Wahania glikemii zwykle ujemnie wpływają na równowagę emocjonalną, mogą wyzwać stany nadpobudliwości lub apatii oraz wywoływać takie objawy, jak: napady złości, drażliwość, gwałtowne obniżenie nastroju. Według J. Ślęzak (1984) i A. Maciarz (1996) mijają one zaraz po wyrównaniu poziomu cukru we krwi, a ich częstotliwość zależy od wyników leczenia. Konsekwencje emocji na przyszłość badanej młodzieży chorej przewlekłe ujęto w tabelicy 6.

Konsekwencją dalszych rozważań nad problematyką emocji młodzieży chorej przewlekłe jest ich kierunek ze względu na afektywność (na ile ich potencjał w istotny sposób ulega różnicowaniu w poszczególnych jednostkach chorobowych). Postawionym zadaniem było znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy rodzaj choroby w istotny sposób wpływa na jakość odczuwanych emocji w poszczególnych jednostkach chorobowych, a także próba zmierzenia ich wpływu na przyszłość badanej młodzieży chorej przewlekłe. Ze względu na siłę emocji zakwalifikowano je do trzech kategorii: pozytywne, pozostałe lub brak. Następnie wymienione znane emocje uszeregowano ze względu na ich wspólną jakość, wyrażoną przez:

- małą afektywność o pojedynczym znaku ujemnym lub dodatnim, w tym ujemne (niepokój, zazdrość, nieakceptacja, poniżenie, bezsens) oraz dodatnie (determinacja, nadzieja);
- silną i utrwaloną afektywność o podwójnym znaku negatywnym lub dodatnim, w tym ujemne (rozpacz, ból, złość, agresja, udręka, bunt, klęska) oraz dodatnie (zadowolenie).

Z uzyskanych danych wynika, że zdecydowana większość badanych określa emocje towarzyszące ich chorobie jako „pozostałe”, czyli o charakterze labilnym i negatywnym. Dotyczy to 77,2% osób. Najczęściej prezentują je chorzy na astmę (96,66%), w tym cała populacja dziewcząt i 93,33% chłopców. W dalszej kolejności w taki sposób odczuwa dość spora grupa młodzieży z cukrzycą (76,66%), przy ponownej przewadze dziewcząt (83,33%) nad chłopcami (70%). Najmniej osób o tego typu ładunku emocji obserwuje się w grupie z dysfunkcjami narządów ruchu (58,33%). Jedyne w tej populacji to chłopcy częściej ujawniają tego typu emocje (60%, przy 56,66% dziewcząt).

Pozytywne emocje odczuwa tylko 21,7% osób. Dominuje tu grupa niepełnosprawnych ruchowo (38,33%), częściej chłopcy (40%) niż dziewczęta (36,67%). Znacznie mniej pozytywnych emocji obserwuje się u chorych z cukrzycą (30%, w tym 16,66% dziewcząt). W ten sposób zdecydowanie najrzadziej odczuwa grupa młodzieży z astmą (3,33% przypadków w populacji męskiej).

Tablica 6

Wpływ emocji na przyszłość badanej młodzieży

KONSEKWENCJE EMOCJI W PRZYSZŁOŚCI	GRUPY MŁODZIEŻY																		CAŁA POPU- LACJA	
	ZASTMA						Z CUKRYCĄ						Z DYSFUNKCJAMI RUCHU							
	DZIEW- CZĘTA		CHŁOPCY		OGÓLEM		DZIEW- CZĘTA		CHŁOPCY		OGÓLEM		DZIEW- CZĘTA		CHŁOPCY		OGÓLEM			
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%		
Pozytywne	0	0,00	2	6,67	2	3,33	5	16,66	9	30,00	14	23,33	11	36,67	12	40,00	23	38,33	39	21,70
Pozostate*	30	100,00	28	93,33	58	96,66	25	83,33	21	70,00	46	76,66	17	56,66	18	60,00	35	58,33	139	77,20
Brak	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,67	0	0,00	2	3,33	2	1,10
OGÓLEM	30	100,00	30	100,00	60	100,00	30	100,00	30	100,00	60	100,00	30	100,00	30	100,00	60	100,00	180	100,00
ŚREDNIA RANGA	51,50		55,00				44,17		41,50				37,36		40,00					
CHI-KWADRAT	D	11,07																	p.i. 0,004	
	CH	9,96																	p.i. 0,007	
KATEGORIE EMOCJI:																				
Mała afektywność	0	0,00	2	6,67	2	3,33	5	16,66	9	30,00	14	23,33	11	36,67	12	40,00	23	38,33	39	21,70
Silna i utrwalona afektywność	30	100,00	28	93,33	58	96,66	25	83,33	21	70,00	46	76,66	17	56,66	18	60,00	35	58,33	139	77,20
Brak	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,67	0	0,00	2	3,33	2	1,10
OGÓLEM	30	100,00	30	100,00	60	100,00	30	100,00	30	100,00	60	100,00	30	100,00	30	100,00	60	100,00	180	100,00
ŚREDNIA RANGA (przyszłość)	43,47		46,30				45,43		48,30				47,60		42,20					
CHI-KWADRAT	D	0,45																	n.i.	
	CH	0,91																	n.i.	

* Oznacza wybór obojętnych, labilnych i negatywnych emocji.

Źródło: obliczenia własne autora.

Silną i nieutralną afektywność wyraża 77,2% chorych. Interesujące, że rozkład liczbowy osób w poszczególnych grupach chorobowych jest identyczny jak w kategorii „pozostałe”. Mała afektywność emocji towarzyszących chorobie jest odczuwana przez 21,7% badanych. Ponownie jak w przypadku „silnej i nieutralnej afektywności”, wielkości uzyskane w badanych grupach odpowiadają ilości osób kategorii „pozytywne”.

Test *chi*-kwadrat pozwala wnioskować o dużym wpływie emocji na przyszły los chorych. Ze względu na chorobę jak i na płeć wskaźnik nie jest istotny, natomiast jest ważny w ramach każdej płci w chorobie. Dziewczeta z astmą osiągają najwyższą średnią rangę (51,50), choć niższą niż chłopcy (55,0). Jednak gorsze od nich wyniki osiągają chore z cukrzycą (44,17), przy niższej randze chłopców (41,50). Z kolei wyraźny spadek obserwuje się w populacji dziewcząt niepełnosprawnych ruchowo (37,36), przy wyższej randze chłopców (40,00). Jak widać z analizy danych, płeć istotnie wpływa na odczuwane emocje związane z własną przyszłością (dziewczeta *p.i.* = 0,004, chłopcy *p.i.* = 0,007). W przypadku dziewcząt najlepiej radzą sobie niepełnosprawne ruchowo, a najgorzej chore z astmą. U chłopców podobnie najsłabszą umiejętnością w tym względzie wykazują się badani z astmą, podczas gdy pozostałe grupy nie różnią się. Ze względu na jakość emocji płeć nie różnicuje. Natomiast interakcje zachodzą tylko pomiędzy chorobami. Wśród dziewcząt najwyższą rangę uzyskują osoby z niepełnosprawnością ruchową (47,60), a najniższą z astmą (43,47). Jednak do zmian dochodzi w populacji chłopców, u których najlepiej prezentują się badani z cukrzycą (48,0), a najsłabiej badani z dysfunkcją narządów ruchu (42,20).

3. Funkcjonowanie społeczne badanej młodzieży

W następnym etapie badania uchwyciono występujące zależności pomiędzy emocjami towarzyszącymi chorobie a cechami funkcjonowania społecznego młodzieży, które przedstawiono w tabelicy 7. W tym przypadku powiązanie zmiennych sondowano testem istotności różnic *t*-Studenta.

Emocje towarzyszące zmaganiu się z chorobą odgrywają znaczącą rolę w sferze zajęciowej funkcjonowania społecznego wyłącznie w grupie chorych na astmę (*t* = -2,36, *p.i.* = 0,02). Młodzież, która doświadcza zbyt wielu emocji negatywnych, napotyka trudności w tym obszarze funkcjonowania społecznego (brak koncentracji, hiperaktywność, impulsywność, porzucanie podjętych działań, niechlujność w pracy, agresja, wycofanie). W pozostałych grupach emocje wywoływane przez chorobę nie wiążą się z ich funkcjonowaniem społecznym w wyróżnionych sferach. Warto tu jednak zauważyć, że zwykle przybierają one kształt niepokoju o przyszłość (zdobywanie odpowiedniego wykształcenia czy umiejętności zawodowych, założenie rodziny, rozwój choroby).

Tablica 7

Zależność znaku emocji z funkcjonowaniem społecznym w jego poszczególnych sferach ze względu na rodzaj choroby przewlekłej badanej młodzieży

SFERA PRZYSTOSOWANIA	GRUPY MŁODZIEŻY					
	Z ASTMĄ					
	EMOCJE	L	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE	<i>t</i>	ISTOTNOŚĆ (dwustronna)
OSOBOWOŚCIOWA	pozytywna	26	16,3846	11,0166	-0,449	0,655
	negatywna	34	18,0000	15,6166		
RODZINNA	pozytywna	26	4,6923	3,4149	-1,496	0,140
	negatywna	34	6,5294	6,0012		
SPOŁECZNA	pozytywna	26	8,8077	6,4001	0,519	0,606
	negatywna	34	7,8824	7,1637		
ZAJĘCIOWA	pozytywna	26	8,1538	4,7891	-2,360	0,022
	negatywna	34	12,5882	9,4872		
PRZYSTOSOWANIE (GLOBALNIE)	pozytywna	26	38,0385	23,2439	-0,883	0,381
	negatywna	34	45,0000	34,6445		
Z CUKRZYCĄ						
OSOBOWOŚCIOWA	pozytywna	23	28,5217	18,0551	-0,373	0,710
	negatywna	37	30,4324	20,0035		
RODZINNA	pozytywna	23	11,4783	12,4786	0,223	0,824
	negatywna	37	10,8378	9,6796		
SPOŁECZNA	pozytywna	23	11,5652	10,8746	-0,834	0,408
	negatywna	37	14,0270	11,2682		
ZAJĘCIOWA	pozytywna	23	16,4348	12,7309	-0,078	0,938
	negatywna	37	16,7027	13,1082		
PRZYSTOSOWANIE (GLOBALNIE)	pozytywna	23	68,0000	51,1451	-0,314	0,755
	negatywna	37	72,2703	51,2514		
Z DYSFUNKCJAMI						
OSOBOWOŚCIOWA	pozytywna	23	25,7826	21,7798	-1,637	0,107
	negatywna	35	34,6000	18,8807		
RODZINNA	pozytywna	23	13,6957	13,6663	0,153	0,879
	negatywna	35	13,2286	9,5889		
SPOŁECZNA	pozytywna	23	14,3913	12,4124	-0,669	0,506
	negatywna	35	16,3714	10,0208		
ZAJĘCIOWA	pozytywna	23	16,7826	14,9391	-0,470	0,640
	negatywna	35	18,4000	11,2438		
PRZYSTOSOWANIE (GLOBALNIE)	pozytywna	23	70,6522	61,4681	-0,849	0,400
	negatywna	35	82,6000	45,6510		

Źródło: obliczenia własne autora.

4. Podsumowanie

Sytuacja choroby jest źródłem zarówno ujemnych, jak i pozytywnych emocji, z przewagą tych pierwszych (78,3%). Wielu spośród badanych, bez względu na rodzaj i płeć, w sytuacji choroby widziało zarówno negatywne, jak i pozytywne jej strony, co sugeruje bardziej ambiwalentny ich charakter. Przeżywając emocje ambiwalentne (58,9%), tak naprawdę oddają realną sytuację choroby. Taki charakter emocji cechuje zwłaszcza chorych z cukrzycą (63,33%), przy podobnej liczbie młodzieży z astmą i niepełnosprawnych ruchowo (56,66%). Natomiast pozytywnych emocji, takich jak: pogodzenie, spokój, nadzieja, sporadycznie determinacja (tylko osoby z dysfunkcjami narządów ruchu), doznaje natomiast 21,7% osób. Najczęściej pozytywne emocje odczuwają niepełnosprawni ruchowo (38,33%), następnie chorzy z cukrzycą (23,33%) i z astmą (16,66%). W remisji choroby wzrasta nadzieja. W sytuacji progresji choroby dochodzi do emocji negatywnych (4,4%). Stany emocjonalne, jakie wywołuje choroba, to: lęk, złość, agresja, bunt, niepokój, ból, udreka, rozpacz, zazdrość, rzadziej bezsens (z wyłączeniem osób z dysfunkcjami narządów ruchu) i poniżenie. Porównując populacje z astmą i z cukrzycą oraz z niepełnosprawnością ruchową, należy stwierdzić, że emocje ujemne częściej ujawnia młodzież z cukrzycą (6,66%) i z astmą (5%) niż z dysfunkcjami narządów ruchu (1,66%). Jednak pewna część populacji w sytuacji choroby nie odczuwa żadnych emocji. Choroba nie niesie z sobą ani negatywnego, ani pozytywnego ładunku, jest dla nich obojętna (13,9%). Częściej emocje obojętne odczuwa młodzież z astmą (35%) niż z cukrzycą (6,66%), przy braku takich w grupie niepełnosprawnych ruchowo.

Przedstawione problemy pozwalają nam wnioskować o wpływie emocji towarzyszących chorobie przewlekłej i dysfunkcji somatycznej na przystosowanie społeczne młodzieży, choć na ogół nie powodują one trudności w funkcjonowaniu społecznym. Badane grupy nie różnią się ze statystycznego punktu widzenia w wyróżnionych sferach funkcjonowania społecznego. Generalnie młodzież osiąga najwyższe wyniki w sferze rodzinnej. Najmniej problemów adaptacyjnych wykazuje młodzież z astmą, następnie z cukrzycą, a najwięcej z dysfunkcjami narządów ruchu. Jednak negatywne nastawienie młodzieży z astmą powoduje zakłócenia w sferze zajęciowej ($p.i. dw. = 0,002$) i problemy w sferze osobowościowej. Sferze zajęciowej towarzyszy świadomość ograniczeń w zdobyciu pracy i osiągnięciu samodzielności finansowej. W sferze osobowościowej pojawia się zaniżenie obrazu siebie i nadmierna negacja własnej osoby. Chorzy ujawniają bardzo duże niezadowolenie z siebie, największe wśród omawianych trzech grup badawczych. W sferze społecznej badani wyraźnie różnią się od rówieśników obarczonych innymi chorobami przewlekłymi w sposób pozytywny. Młodzież z cukrzycą najlepiej funkcjonuje w sferze rodzinnej i w sferze społecznej, a gorzej w sferze osobowościowej. Ujawnia ona trudności w sferze osobowościowej, podobnie jak ich rówieśnicy niepełnosprawni ruchowo. Choroba wyzwala u nich ujemne emocje ze względu na swą nieodwracalność i konsekwencje. Jednocześnie nie pozostaje bez wpływu na ich sferę rodzinną: choć na ogół stosunki z bliskimi są dobre,

to i tak wprowadza ona atmosferę niepokoju. W sferze społecznej zwykle chorzy z cukrzycą manifestują negatywne postawy wobec innych, choć w mniejszej skali niż rówieśnicy obciążeni dysfunkcjami narządów ruchu. W sferze zajęciowej osiągają oni dobre wyniki, jeśli glikemia jest wyrównana. Chorzy charakteryzują się nastrojem podwyższonym, w pracy szybko się męczą. Młodzież niepełnosprawna ruchowo najlepsze wyniki osiąga w sferze rodzinnej i w sferze społecznej, a niższe w sferze osobowościowej. Choć kształtuje ona zintegrowane i spójne pojęcie o własnej osobie, to obraz samego siebie jest zaniżony, co nie pozostaje bez wpływu na ich sferę osobowościową. W sferze społecznej fizyczne ograniczenia utrudniają i zakłócają, czy wręcz drastycznie hamują jej aktywność życiową i społeczną adaptację. W sferze zajęciowej zaburzone funkcje utrudniają podejmowanie zadań, ale są one kompensowane w możliwych do realizacji czynnościach. Podobne wyniki otrzymali: W. Pilecka (1989a, 1989b, 2002), T. Witkowski (1993), T. Oleńska-Pawlak (1997), A. Maciarz (1998).

Reasumując, należy podkreślić, że w populacji badanej młodzieży nasilenie problemów jest nieznaczne, trzeba zatem przyjąć, iż młodzież funkcjonuje prawidłowo. Mimo to wyniki sondażu sugerują, że niektóre młode osoby wymagają pomocy psychologicznej. Być może zastosowanie formy terapii indywidualnej, a nawet rozmowa przyniosłyby pozytywne rezultaty. Z pewnością w pierwszym rzędzie nie należy marginalizować roli rodziców. Od ich mądrego podejścia do dziecka, konsekwencji w działaniu oraz ukazania problemu choroby w odpowiednim naświetleniu zależy złagodzenie trudności, budowanie pozytywnego nastawienia wobec choroby, a w rezultacie dobre funkcjonowanie społeczne chorego.

Badania dały również podstawę do sformułowania wniosków dla praktyki rehabilitacyjnej i wychowawczej:

1. W przypadku zaistniałych problemów wychowawczych czy dydaktycznych należy osobę chorą objąć psychoterapią, z nastawieniem na określony wzór reagowania emocjonalnego w różnych sytuacjach, kształcenie umiejętności samokontroli własnych impulsów i zachowań;
2. W pracy psychoedukacyjnej należy dążyć do kształtowania mechanizmu kontroli emocjonalnej i umiejętności przeciwdziałania stanom i reakcjom lękowym oraz rozwijania umiejętności kierowania sobą oraz budowania pozytywnego obrazu siebie.

Podjęcie takich działań pozwoli dziecku choremu na budowanie pewności siebie, zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, ale i akceptacji. Umiejętnie sterowane uczy się ono niezależności od osób zdrowych czy starszych, co jest szczególnie ważne przy dysfunkcjach narządów ruchu.

Bibliografia

- Allen R.M. 1972. *Dziecięce porażenie mózgowe*. W: Garret J.F., Levine E.S. (red.). *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*. Warszawa: PZWL, s. 115–143.
- Bender B.G., Lerner J.A., Poland J.E. 1991. *Association between Corticosteroids and Psychologic Change in Hospitalized Asthmatic Children*. „Annals of Allergy” iss. 66, s. 414–419.
- Bruce W.F. 1981. *Osobowość a problemy przystosowania u dzieci*. W: Skinner Ch.E. (red.). *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: PWN, s. 98–123.
- Dębic B., Kwiatkowska M., Margolis A. 1962. *Odrębność psychiki dziecka chorego na cukrzycę*. „Pediatria Polska” t. 37, nr 12, s. 1297–1302.
- Doroszevska J. 1981. *Pedagogika specjalna*. T. 2: *Podstawowe problemy teorii i praktyki rewalidacji poszczególnych odchyleń od normy*. T. 3: *Dzieci i młodzież przewlekle chore (wybrane zagadnienia)*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Doroszevska J. 1989. *Pedagogika specjalna*. T. 1. Wrocław: Wyd. Ossolineum. ISBN 83-04-00318-X.
- Dróżdż Z., Pawlaczyk B., Szczeciak B. 1992a. *Dziecko chorujące na cukrzycę a problemy psychosocjomedyczne*. W: Pawlaczyk B. (red.). *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa*. Cz. 7. Poznań: Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego, s. 240–247.
- Falkiewicz B., Bogucki J. 1987. *Czynniki klimatyczne i ich wpływ na rozwój ontogenetyczny człowieka*. W: Wolański N.R. (red.). *Czynniki rozwoju człowieka*. Warszawa: PWN, s. 291–324. ISBN 83-01-03096-8.
- Frączek A., Malak B. (red.). 1980. *Z zagadnień psychologii cywilizacji*. „Zeszyty Naukowe WSPS”. Warszawa.
- Gamulczak F. 1977. *Potrzeby rozwojowe i rewalidacja dzieci i młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*. W: Hulek A. (red.). *Pedagogika rewalidacyjna*. Warszawa: PWN, s. 216–230.
- Główka M., Zarzycki D. 1980. *Proces uspołecznienia młodzieży niepełnosprawnej fizycznie w ośrodku rehabilitacyjnym*. „Szkoła Specjalna” nr 4 (1), s. 30–34.
- Gorczycka E. 1981. *Przystosowanie młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu do życia społecznego*. Warszawa: PZWL.
- Gruszczyński W., Kozłowska Z.E. 1996. *Rola lęku w przewlekłych chorobach psychosomatycznych u dzieci*. W: Skłodowski H. (red.). *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, s. 328–332. ISBN 83-7016-915-5.
- Grzegorzewska M. 1968. *Pedagogika specjalna*. (Skrypt wykładów). Warszawa: PIPS.
- Hulek A. 1969. *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa: PZWL.
- Jarosz-Chrobot P., Franciszek W., Moczka K., Wiedermann G. 1997. *Lęk u dzieci chorych na cukrzycę*. „Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieku Rozwojowego” nr 1, s. 29–31.
- Jarosz-Chrobot P., Matlakiewicz E., Franciszek W., Koehler B. 1999. *Rozwój intelektualny i zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego u dzieci w młodszym wieku szkolnym w przebiegu cukrzycy typu I*. „Diabetologia Polska” t. 6, nr 2, s. 107–109.
- Konopnicki J. 1971. *Niedostosowanie społeczne*. Warszawa: PWN.
- Larkowa H. 1977. *Psychologiczne podstawy rewalidacji*. W: Hulek A. (red.). *Pedagogika rewalidacyjna*. Warszawa: PWN, s. 71–92.
- Lewicki A. (red.). 1974. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Luban-Plozza B., Poldinger W., Kröger F., Wasilewski B. (red.). 1995. *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL.
- Maciarz A. 1996. *Dziecko długotrwałe chore. Poradnik opiekuńczo-wychowawczy*. Zielona Góra: Verbum. ISBN 83-901114-4-6.
- Maciarz A. 1998. *Dziecko przewlekle chore w roli ucznia*. Kraków: Impuls. ISBN 83-86994-70-3.

- Małecko-Bańska E. 1977. *Ocena stanu psychicznego dzieci chorych na cukrzycę*. „Pediatria Polska” nr 4.
- Newcomb T.M., Turner R.H., Converse P.E. 1970. *Psychologia społeczna. Studium interakcji ludzkich*. Warszawa: PWN.
- Nowakowska M. 1985. *Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu*. W: Jarosz M. (red.). *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL, s. 315–332.
- Oleńska-Pawlak T. 1997. *Percepcja środowiska rodzinnego i szkolnego przez dzieci przewlekłe chore i kalekie*. „Roczniki Naukowo-Dydaktyczne WSP w Krakowie. Prace Pedagogiczne XVIII”. Zeszyt 175, s. 145–157.
- Pecyna M.B. 1998. *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*. Warszawa: WSiP. ISBN 83-02-07088-2.
- Pilecka W. 1989a. *Osobowościowe determinanty przystosowania społecznego młodzieży cierpiącej na astmę, cukrzycę i chorobę reumatyczną*. W: Pańczyk J. (red.). *Pedagogika specjalna – uwarunkowania i tendencje rozwoju*. Materiały z Konferencji WSPS zorganizowanej w 65. rocznicę działalności WSPS w Warszawie. Warszawa.
- Pilecka W. 1989b. *Percepcja osób leczących i wychowujących dzieci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego a ich zachowania społeczne*. W: Kowalik S., Kwiek J., Szychowiak B. (red.). *Optymalizacja interakcji w procesie usprawniania osób z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi*. Psychologia i Pedagogika, 73. Poznań: Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu, s. 132–139. ISBN 83-232-0085-8.
- Pilecka W. 1990. *Terapia psychopedagogiczna dzieci niepełnosprawnych w szkole masowej*. Kraków: CDN im. W. Spasowskiego. Oddział w Krakowie.
- Pilecka W. 1992. *Psychologiczne problemy dzieci przewlekłe chorych i kalekich*. W: Pilecka W., Pilecki J. *Rehabilitacja dzieci przewlekłe chorych i kalekich*. Kraków: Wyd. Naukowe WSP, s. 6–128.
- Pilecka W. 1999. *Choroba przewlekła w życiu i rozwoju dziecka*. W: Pilecka W., Majewicz P., Zawadzki A. *Jak wspomagać psychospołeczny rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie*. Kraków: Wyd. Edukacyjne, s. 7–36. ISBN 83-86663-69-3.
- Pilecka W. 2002. *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. ISBN 83-233-1559-0.
- Polakowski L. 1976. *Wybrane zagadnienia z psychologii społecznej*. Siedlce: WSP.
- Pospiszyl K., Żabczyńska E. 1986. *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*. Warszawa: PWN.
- Prochow M., Kulczycka J. 1967. *Reakcje psychiczne dziecka chorego na cukrzycę*. „Zdrowie Psychiczne” nr 1, s. 73–79.
- Przetacznikowa M., Kaiser J. 1987. *Czynniki emocjonalne i społeczne w rozwoju przystosowania człowieka do środowiska*. W: Wolański N. (red.). *Czynniki rozwoju człowieka*. Warszawa: PWN, s. 553–577. ISBN 83-01-03096-8.
- Reykowski J. 1992. *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*. W: Tomaszewski T. (red.). *Psychologia ogólna*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sękowska Z. 1978. *Pedagogika specjalna*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Sękowska Z. 1991. *Przystosowanie społeczne młodzieży niewidomej*. Warszawa: WSiP. ISBN 83-02-04013-4.
- Siwek S. 1982. *Samoakceptacja młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” nr 1–2, s. 53–60.
- Skorny Z. 1976. *Proces socjalizacji dzieci i młodzieży*. Warszawa: WSiP.
- Susułowska M., Przetacznikowa M. 1967. *Wpływ choroby przewlekłej na rozwój psychiczny i osobowość dzieci*. „Zeszyty Naukowe UJ w Krakowie. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne”. Zeszyt 9.
- Symonides-Ławecka A. 1995. *Cukrzyca u dzieci*. Warszawa: PZWL. ISBN 83-200-1882-7.
- Symonides-Ławecka A. 1998. *Problemy młodzieży chorej na cukrzycę*. „Diabetologia Polska” nr 5, supl. 1, s. 88–89.

- Ślęzak J. 1984. *Uczeń z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju*. Warszawa: WSiP. ISBN 83-02-02182-2.
- Tomaszewski T., Kozielecki J., Reykowski J., Frączek A., Kofta M. 1977. *Struktura i mechanizmy regulujące czynności człowieka*. W: Tomaszewski T. (red.). *Psychologia*. Warszawa: PWN, s. 491–678.
- Witkowski T. 1992. *Trudności w psychospołecznym przystosowaniu u młodzieży z defektem fizycznym, zmysłowym i umysłowym*. W: Biela A., Walesa C. (red.). *Problemy współczesnej psychologii*. T. 2. Lublin: PTP Oddział w Lublinie, s. 729–739.
- Witkowski T. 1993. *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności)*. Warszawa: MD. BO.
- Wolański N. 1987. *Czynniki rozwoju człowieka. Wstęp do ekologii człowieka*. Warszawa: PWN. ISBN 83-01-03096-8.
- Wyszyńska A. 1976. *Pojęcie kompensacji w psychologii*. W: Klimasiński K. (red.). *Procesy poznawcze a defekty sensoryczne*. Materiały I Krajowego Sympozjum Psychologii Defektologicznej w Krakowie, 26–27 listopada 1974. Warszawa: PZG PZN, UJ, s. 9–25.
- Zawadzki B. 1959. *Wykłady z psychopatologii*. Warszawa: UW.

The influence of emotions accompanying a chronic somatic illness on social adaptability of young people

A b s t r a c t: The study aimed to demonstrate the influence of emotions accompanying a chronic, somatic illness on social adaptation of young people. The author understands the issue of social adaptation in two ways: in terms of individual personality, which is seeking full harmony with oneself, and in the interpersonal dimension, which is by seeking harmony with others. The emotions accompanied by the illness were assessed using “*Get to know yourself*” Questionnaire, whereas when assessing the social adaptation, a standardised method: The Handicap Problems Inventory (HPI), issues of disabled people, by T. Witkowski was used. The conducted research was based on following spheres of adaptation: individual, family, social, and occupational.

The research results presented by the author allow to conclude on the influence of emotions accompanying a chronic illness and somatic disabilities on social adaptation of young people, although the above mentioned health problems do not generally cause difficulties in social adaptation. Emotions accompanying an illness play a significant role in terms of performing social activities merely in the case of patients suffering from asthma. In the remaining groups of ill people, the emotions caused by the illness do not interfere with the patients’ social functioning in the each of the spheres. Usually, they take a shape of anxiety or concern about the future. In conclusion, the author offers a few solutions for rehabilitation and educational activities.

Key words: chronic illness, asthma, diabetes, physical disabilities
