

BARBARA JANTARSKA

Wojewódzki Szpital Zespolony
w Bydgoszczy

PRÓBA ZASTOSOWANIA TELEPORADNICTWA W ODNIESIENIU DO PROBLEMÓW
ŻYCIOWYCH PACJENTÓW PO PRZEBYTYM ZAWALE SERCA

1. Uwagi wstępne

Coraz częściej prowadzi się dyskusje nad modelem medycyny. Hasłem, które wyzwala i organizuje różne poglądy i rodzaje praktycznej działalności w omawianym względzie jest idea, że zadaniem medycyny nie jest leczenie choroby a człowieka. Idea ta nie jest z pewnością nowa, lecz brak tu miejsca, by ją dokładniej przeanalizować. Może ważniejsze od aspektów historycznych są możliwości wdrożenia jej w życie w warunkach współczesności. Narzuca się z miejsca podstawowe pytanie: czy medycyna współczesna gotowa jest do podjęcia się realizacji tej idei? Odpowiedź nie jest bynajmniej prosta. Okazuje się, że nadzieje wiązane z medycyną nie tylko, że nie zostały spełnione, lecz - co więcej - wyzwołyły szereg frustracji. Zapewne różne są powody tego, że medycyna staje się coraz bardziej bezsilna wobec wielu chorób. Postęp techniczny w medycynie nie może być bowiem mylony z faktycznymi jej efektami. Może właśnie stąd płynie zauważony przez socjologów medycyny¹ "odwrót" pacjentów od medycyny, który przybiera zresztą różne formy i rozwiązania treściowe poczynawszy od swiego buntu wobec zaordynowanych leków, a na poszukiwaniach terapii paramedycznych kończąc. Z drugiej strony powstaje jednak, chyba sensowna, refleksja nad tym, czy medycyna dysponuje możliwościami leczenia człowieka². Wydaje się, że wszystko co medycyna w związku z tym może uczynić polegać będzie na uwzględnieniu szerokiego tła psycho-społecznego człowieka chorego, zwróceniu uwagi na związek choroby z przebiegiem życia³ oraz na włączeniu do oddziaływań terapeutycznych szerokiego kręgu innych specjalis-

tów. To ostatnie - wobec piramidalnego układu statusów zawodowych w służbie zdrowia, gdzie ciągle niepodważalne miejsce zajmuje lekarz - jest szczególnym utrudnieniem ewolucji modelu medycyny.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie pewnych dokonanych praktycznych związków z zastosowaniem teloporadnictwa w przypadku problemów życiowych pacjentów po przebytych zawale serca. Ograniczona objętość publikacji powinna usprawiedliwić zwiększenie ujęcia.

2. Założenia teoretyczne dotyczące zastosowanych oddziaływań

Założenia te wiążą się z założeniami opracowanymi przez A. Klimentowskiego⁴. Dotyczą one różnych zjawisk. Wyjdźmy najpierw od konieczności przededefiniowania choroby jako źródła różnorodnych problemów życiowych. Faktem wyjściowym jest człowiek chory rozpatrywany nie jako system tylko biologiczny, lecz ponadto jako system społeczny /socjosystem/ i psychosystem⁵. Tak pojmowany człowiek chory znajduje się w sytuacji choroby. Sytuacji choroby nie można sprowadzić do jednego z typów sytuacji trudnych, gdyż zawiera ona w sobie cechy różnych sytuacji trudnych. Raczej możnaby mówić o tym, że sytuacja choroby jest "wypadkową" wielu omawianych sytuacji /wiele zależy oczywiście od samej choroby/.

W związku z sytuacją choroby narzuca się problem jej reprezentacji psychicznej. Sprawa dotyczy jej świadomościowego odzwierciedlenia w aspektach, które odpowiadają wyróżnionym przez T. Tomaszewskiego trzem podsystemom świadomości: /a/ systemowi wiedzy o otoczeniu i samym sobie, /b/ systemowi wartości, /c/ systemowi operacji /programy działania, schematy operacyjne itd/. Należy podkreślić, że sytuacja choroby w sposób szczególnie może wyzwać zjawisko degeneracji⁶, czyli znieszczenia postaw i przekonań dotyczących własnej osoby ograniczających rozwój. Degeneracja wpływa na zaburzenia samowiedzy, a w tym na wyznawaną przez badanego koncepcję życia, racje własne, które za Z. Zaborowskim⁷ określimy jako: "Przekonania o wartości działań własnych, planów, dążeń i towarzyszących im uzasadnień ...".

Zmiany racji własnych nie wynikłe z generalizacji doświadczeń lub obrania nowej "linii życia" są w sposób szczególny widoczne w przypadkach, gdy sytuacja choroby zaskoczyła człowieka, a ciężar gatunkowy choroby go przygniótł. Do chorób takich należą zaważy lub schorzenia nowotworowe. Deterioracyjne zmiany racji własnych nie są wyłącznie i poprostu zmianami przekonań dotyczących celów lub własnych planów działania. Jedne i drugie opierają się na systemie wartości chorego. Zmiany racji własnych muszą rzutować na system wartości, powodować jego transformacje. System wartości w ujęciu A.Klimentowskiego⁸ nie jest sprowadzalny do hierarchii wartości. Obok różnych hierarchii wartości należy wyróżnić w nim przyjęte przez jednostkę znaczenie konotacyjne estymowanych wartości itd. Na uwagę zasługuje możliwość wyróżnienia pewnych parametrów formalnych systemu wartości. Cytowany autor opracował wskaźnik zwany spójnością poznawczo-emocjonalną systemu wartości⁹. W omawianej pracy podana jest pełna interpretacja tego wskaźnika. Tutaj ograniczam się do przedstawienia jego idei. Badany otrzymuje listę wartości zawierającą n -wartości. Poleca się mu, by z tej listy wybrał k -wartości $/k < n/$ i poszeregował je według ich ważności znaczenia w życiu. Wyjaśnia się dodatkowo, że uznając ich ważność nie musi jednocześnie przejawiać wobec nich pozytywnego ustosunkowania emocjonalnego /coś może być słuszne, racjonalne, ale może wzbudzać ustosunkowanie repulsyjne/. W kolejności badany ocenia wszystkie wartości $/n/$ według np. 5-punktowej skali ocen emocjonalnych $/1 - \text{nie podoba się}, \dots, 5 - \text{bardzo mi się podoba}$. Pojawia się obecnie pytanie, czy wartości które badany uznał za najważniejsze $/k/$ mają wyższą średnią ocen emocjonalnych od tych, które uznał za mniej ważne $/n-k/$. Jeśli właściwość ta jest spełniona można mówić o spójności poznawczo-emocjonalnej systemu wartości. A.Klimentowski wykazał, że cecha ta różnicuje istotnie osoby preferujące cele dalekie od celów bliskich, zaangażowanych pracą od przejawiających wobec pracy ustosunkowanie abominacyjne, osoby z poczuciem sensu życia od osób stwierdzających brak tego odczucia, zdrowych od ciężko chorych w pierwszych stadiach choroby¹⁰.

W świetle powyższych rozważań możemy założyć, że zmiany deterioracyjne obejmują również obniżenie spójności poznawczo-emocjo-

nalnej systemu wartości. możemy także założyć, że zmiana odwrotna, zasza pod wpływem określonych oddziaływań, może być wskaźnikiem ich efektywności. Założenie takie przyjęto w związku z przeprowadzonymi formami teloporadnictwa, którymi objęto pacjentów po przebytych zawale serca.

3. Cel badań

Celem badań było ustalenie zmian w zakresie spójności poznawczo-emocjonalnej systemu wartości pacjentów po przebytych zawale serca, którzy zostali poddani odpowiednim oddziaływaniom doradczym /por.niżej/.

4. Opis zastosowanego eksperymentu

Zastosowany eksperyment przyjął postać schematu z dwukrotnym pomiarem w jednej grupie, gdzie miarą wpływu zastosowanych oddziaływań jest różnica $d = P_2 - P_1$. Nie jest to schemat "mocny", lecz uzasadniony, zwłaszcza gdy istnieją sensowne założenia dotyczące zasadności oddziaływanie oraz wiążące się z minimalizacją wpływów ubocznych. Warto dodać, że przeprowadzenie innego schematu eksperymentalnego w warunkach oddziały intensywnej terapii kardiologicznej jest znacznie utrudnione. Eksperyment przebiegał w trzech etapach: pomiar I, oddziaływanie doradcze, pomiar II. Obecnie związane je scharakteryzuję, łącząc opis pomiaru I i II, gdyż w rzeczywistości były tożsame.

Pomiar zmiennej badanej

Zmienną była spójność poznawczo-emocjonalna systemu wartości opisana w punkcie 2. Celem jej pomiaru wykorzystano "Listę wartości" oraz skalę oceny emocjonalnej wartości. Listę wartości opracował A.Klimentowski. Zawiera one łącznie 35 wartości obejmujących kategorie: żywotności, poznania, użyteczności, moralności, pracy, społecznienia i aktywności /po 5 wartości przyporządkowanych każdej z kategorii/. Z losowo uporządkowanych wartości pacjent miał wybrać 10 jego zdaniem najbardziej sensownych dla

"przemysłanej koncepcji życia". Pacjentów zorientowano w kwestii, że wybór ten nie musi być tożsamy z pozytywnym ustosunkowaniem emocjonalnym do tych wartości. Następnie wszystkie wartości pacjenci oceniali według 5-punktowej skali ustosunkowania emocjonalnego /1-5/. Badania te powtórzono po 7 dniach trwania oddziaływań doradczych.

Celem pomiaru zmiennej dokonano następujących czynności: /a/ obliczono średnią arytmetyczną ocen emocjonalnych dla wartości uznanych za najważniejsze /10/ i dla pozostałych 25 wartości, /b/, porównywano obydwa średnie: jeśli pierwsza ze średnich była większa od drugiej, wówczas pacjenta traktowano jako jednostkę o systemie wartości spójnym poznawczo-emocjonalnie. Powyższą zależność potraktowano więc jako wskaźnik spójności poznawczo-emocjonalnej systemu wartości. Operacje te przeprowadzono ponownie dla wyników badań końcowych. Nie brano pod uwagę różnic treściowych w wartościach uznanych za najważniejsze w obydwu badaniach, gdyż nie to stanowiło zmienną.

Oddziaływanie doradcze

Oddziaływania doradcze opierały się na metodzie niedyrektywnej. Badanych poinformowano, że udział w spotkaniach jest oparty o zasadę dobrowolności. Wyjaśniono im także, że "spotkania" mają na celu wypracowanie nowych form pracy pielęgniarki-pedagoga z chorym. W związku z tym po zakończeniu oddziaływań poproszono pacjentów o przedstawienie własnych uwag i propozycji. Pacjenci nie wiązali badań dotyczących systemu wartości z przeprowadzonym eksperymentem, gdyż różne badania psychologiczne odbywały się już wcześniej i po zakończeniu eksperymentu.

Oddziaływania doradcze odbywały się codziennie w przeciągu 7 dni. Obejmowały one: /a/ pogadankę na temat różnych koncepcji życia¹¹, /b/ dyskusję na temat możliwości realizacji ukazanych koncepcji przez człowieka po przebyciu zawale serca, /c/ próbę podsumowania dyskusji i wyciągnięcia wspólnych wniosków. Każda z pogadek ilustrowana była przykładami z życia byłych zawalców; w czterech przypadkach zaproszono ich do udziału w dyskusji.

W czasie zajęć kilkakrotnie uczestniczył psycholog z Zakładu Psychologii WSP w Bydgoszczy.

Spotkanie prowadzono w grupach 5-8 osobowych w osobnym pomieszczeniu.

5. Wskaźnik efektywności oddziaływań doradczych

Celem oceny efektywności zastosowanych oddziaływań porównano liczby pacjentów o systemie wartości spójnym poznawczo-emocjonalnie biorąc za podstawę pomiar II i I. W związku z tym zastosowano test Mc Nemara:

$$\chi^2 = \frac{|A - D| - 1/2}{A + D}$$

gdzie:

A - liczba osób, u których w efekcie oddziaływania doszło do zmiany wyniku z + na -

D - liczba osób, u których doszło do zmian pozytywnych /z - na +/

Wskaźnikiem efektywności oddziaływań doradczych jest wartość χ^2 odpowiadająca poziomowi istotności co najmniej równemu 0,05.

6. Grupa badana

W eksperymencie wzięło udział łącznie 36 osób. Celem wyeliminowania oddziaływań zmiennych ubocznych do eksperymentu zaproszono pacjentów: /a/ w przedziale wieku 35-45 lat, /b/ o wykształceniu co najmniej średnim, /c/ o podobnym natężeniu choroby, /d/ o podobnym przebiegu ustępowania symptomów.

Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Bydgoszczy /II Klinika Chorób Wewnętrznych/.

Pacjentów podzielono na 6 zespołów. Eksperyment przeprowadzono w 1981 r. /marzec-czerwiec/ w 6 zespołach pacjentów.

7. Rezultaty badań i ich dyskusja

Dążąc do obliczenia wartości testu Mc Nemara ustalono dwie wielkości:

A - liczbę osób, u których w wyniku oddziaływania doradczego stwierdzono w pomiarze II brak zmian w spójności poznawczo-

emocjonalnej w porównaniu do pomiaru I,
D - liczbę osób, u których zmiany przybrały charakter odwrotny.
Uzyskano następujące dane: A=3, D=15, B=7, C=11. Tym samym, jak wynika z obliczeń $\chi^2 = 6,72$, co odpowiada poziomowi istotności 0,05 i pozwala stwierdzić skuteczność oddziaływań. Jest to jednak sprawa wymagająca pewnej dyskusji. Najpierw rozważmy kwestię dość zawodnego schematu eksperymentalnego. W szczególności trzeba uwzględnić ewentualność oddziaływania innych czynników. Nie sądzę, by ich istnienie było znaczące. Chorzy przebywali w względnie jednakowych warunkach, pomijając już zasadnicze podobieństwo choroby i procesu leczenia. Również fakt, że tylko u 3 osób pojawił się wynik negatywny przemawia za nieistotnością zmian ubocznych. Raczej można mówić o zależności odwrotnej. U dwóch chorych z tej grupy stwierdzono pojawienie się w czasie leczenia dość trudnych sytuacji rodzinnych, o których ich poinformowano. W tej sytuacji należy wyjaśnić istotę pozytywnego wpływu oddziaływań doradczych. Przypomnijmy, że założyliśmy pojawienie się zmian deterioracyjnych w związku z chorobą. Zmiany te - co usadnikiem poprzednio - musiały wpłynąć na obniżenie wskaźnika spójności poznawczo-emocjonalnej systemu wartości. Wynika to z jego związków z racjami własnymi. Możemy założyć, że oddziaływania doradcze zogniskowane wokół życia i wartości, wsparte odsyłaczami do życia byłych zawałowców, umożliwiły dokonanie powtórnego i całościowego bilansu życia. Dyskusje dostarczyły /zwrotnie/ pacjentom informacji o samych sobie, także o nieadekwatnych cechach samowiedzy w stanie choroby. Sytuacja ta spowodowała prawdopodobnie serię przemyśleń i przewartościowań.

8. Zakończenie

Zdaję sobie w pełni sprawę z ograniczonej wagi przeprowadzonego eksperymentu. Należy jednak uznać istotność wpływu zorganizowanych oddziaływań. Fakt, że oddziaływania typu niedyrektywnego i w dodatku tak proste - okazały się skuteczne, musi nastrajać optymistycznie. Może właśnie potrzeba oddziaływań prostych, lecz sięgających po istotę problemów.



PRZYPISY

- ¹ M. Sokołowska, Interpretacja socjologiczna zjawiska Clive'a Harrisa, W: Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia, Gdańsk 1980 ss.99-115
- ² Problem ten podjął A. Klimentowski w artykule pt. "Rola poznawczych teorii osobowości w analizie psychologicznej ludzi chorych", Bydgoszcz 1981 /maszynopis/
- ³ K. Engelhardt, Pacjent w swojej chorobie, Warszawa 1974 s.54
- ⁴ Zostały one przedstawione w artykule wprowadzającym do tego zeszytu Studiów Psychologicznych. Autorce były znane wcześniej wobec współpracy z Zakładem Psychologii WSP w Bydgoszczy
- ⁵ T. Kocowski, Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa, Wrocław 1982 s.38
- ⁶ Z. Zaborowski, Z pogranicza psychologii społecznej i psychologii osobowości, Warszawa 1980 ss.209 i nast.
- ⁷ Ibidem, s.190
- ⁸ A. Klimentowski, Teoretyczna i empiryczna analiza problematyki percepcji zadań poradnictwa wychowawczo-zawodowego i jej znaczenie dla badań modelowych, W: Poradnictwo wychowawczo-zawodowe /red. H. Kaja i A. Klimentowski/ Bydgoszcz 1980 ss.70-144
- ⁹ Ibidem, ss.99-102
- ¹⁰ A. Klimentowski, Badania psychologiczne nad wartością pracy /maszynopis przygotowanej pracy habilitacyjnej/
- ¹¹ Koncepcje życia związane były z propozycjami zawartymi w artykule: T. Tomaszewski, Rozwój wszechstronny i ukierunkowany, Psychologia Wychowawcza 1976 nr 3 ss.297-308. Dodano dwie koncepcje: życia oddanego dla rodziny, życia kontemplacyjnego.

DER PROBLEMATIK DER ANWENDUNG DER LEBENSBERATUNG IN DER
ERZIEHUNGS - UND SCHUTZSTELLEN GEWIDMENT

Zusammenfassung

"Psychologische Studien" Heft Nr 5 wurde im ganzen der Problematik der Anwendung der Lebensberatung in der Erziehungs- und Schutzstellen gewidmet. Im Prinzip konzentrieren sich die Verfasser der Artikel auf verschiedenen der Anwendung dieser Beratung in der praktischen erzieherisch-therapeutischen Tätigkeit. Der Inhalt des Heftes kann man als Fortsetzung der Überlegungen bezeichnen die in den Heften 1-3 enthalten waren. Im Gegensatz zu jenen, dieses Heft besitzt mehr kritischen und nachdenklichen Charakter. Die Verfasser zeigen sowohl verschiedene theoretische Aspekte der Lebensberatung, als auch bemerken deutlich einige Mangel an der Konzeption der Lebensberatung im Bezug auf die Spezialaufgaben, die mit dem Charakter der Tätigkeit der entsprechenden Erziehungs- und Schutzstellen gebunden sind.

Das Ziel aller Verfasser ist das Herausheben des moralischen Inhalts der Lebensberatung. Ausserdem lässt es sich eindeutig bemerken die Sorgfalt um die Stützung der besprochenen Konzeption der Lebensberatung von verschiedenen allgemein theoretischen Inhalten. Im Vergleich zu den vorigen Heften wurden in diesem Heft die monolithischen und einseitigen theoretischen Voraussetzungen nicht in Betracht genommen.

Im Einleitungsartikel wird von A. Klimentowski Synthese der Anschauungen aus der Lebensproblematik durchgeführt. Er analysiert mehr eindringlich folgende Begriffe: "das Leben", "das Lebensproblem", "die Beratung". Es zeigt sich, dass wir auf diesem Gebiet sowohl über keine klare Bezeichnungen, als auch über keine klare theoretische Voraussetzungen verfügen. In diesem Artikel wurde die Probe der Präsentation der Grundlagen dergestellt, welche die Basis für die Bezeichnung von verschiedenen Arten der Formen der Lebensberatung bilden können. Besondere Aufmerksamkeit wurde der Beratung in dem Bereich der Ziele und der Werte, die sich hauptsächlich um die Arbeit zentralisieren, gewidmet.

Mit dem Problem der psychologischen und pädagogischen Diagnose in der Lebensberatung beschäftigt sich in seinem Artikel B.Kaja. Es wurden in diesem Artikel mutige und notwendige Versuche gemacht, um die Autonomie der pädagogischen Beratung darzustellen.

Z.Wirowski betrachtet die ausgewählten Aspekte der Lebensberatung, die mit der Problematik der Arbeitspädagogik gebunden sind. Ein wichtiges Element des Artikels ist die Hervorhebung der Rolle Berufs- und Lebensberatung in Laufe der Fachaktivität und Berufsausbildung. Die Fachberatung wurde als Lebensberatung dargestellt. An den Inhalt sowohl dieses Artikels, als auch des Einleitungsartikels, knüpft I.Kropińska an. Die Verfasserin erörtert die Rolle der Krankenschwester mit der pädagogischen Ausbildung im Prozess der Beratung für die im Krankenhaus bleibenden Patienten. Es wurde der Begriff der erweiterten Rolle der expressiven Krankenpflegerin eingeführt.

E.Ossowski beschäftigt sich mit dem Problem des Einflusses des Rehabilitationsprozesses auf die Entwicklung des Bildes von eigener Situation bei den Blinden. In diesem Artikel wurde ausführliche Analyse verschiedener Determinanten des Situationsbildes der Blinden /Bedürfnisse, Fachbestrebungen, Beurteilung der Situation in der Familie usw./. Die ganze Konzeption, die von dem Autor vortragen wurde, stützt auf der Theorie von T.Tomaszewski und bleibt im engen Zusammenhang mit den Ergebnissen der vertäften empirischen Untersuchungen.

Artikel von T.Soktysiak und K.Szczutowskiej-Szczerbiak konzentrieren sich auf der Problematik der Lebensberatung in der Revalidationsberatung und betrachten die Probleme, die mit der Deterioration und der Gerechtigkeit /der inneren und äusseren/ gebunden sind im Verhältnis zu den Aufgaben der Lebensberatung für die gesellschaftlich nicht angepassten Jugendlichen. Die Artikel enthalten die theoretischen Vorschläge, denen bisher auf diesem Gebiet nicht grosse Aufmerksamkeit gewidmet wurde.

Mit der Problematik der Resozialisierungsberatung in Situationen des Einflusses der Kryminogene Faktoren beschäftigen sich in ihrem Artikel E.Bielicki und I.Budrewicz. Es wurde hier hervorgehoben die Bedeutung der Wertorientierung im Prozess der

Resozialisierungsberatung. In dieser Bedeutung knüpft dieser Artikel an die Theoretischen Grundvoraussetzungen an, die im Einleitungsartikel enthalten sind.

An diese Voraussetzungen knüpft auch der Artikel von W. Kubski und M. Chruściel-Wilk an. Es wurden hier Probleme, die oft nicht in Betracht genommen werden, untersucht Probleme, die mit der Optimierung der Entwicklung der Persönlichkeit von den Ehepaaren gebunden sind. Es wurde die Rolle der Stellungnahme zu sich selbst betont und auch die mit der Gerechtigkeit gebundenen Fragen.

B. Jantarska referiert die Ergebnisse des Experiments, das die Effekte der auf die Lebensziele der Patienten nach dem Herzinfarkt eingestellten Beratung betrifft. Die Ergebnisse zeigen Zweckmäßigkeit der Einführung dieser Beratung.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЖИЗНИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ И ОПЕКУНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Содержание

Номер 5 "Психологических студий" полностью посвящается вопросам использования консультирования жизни в деятельности воспитательных и опекунских учреждений. В основном авторы статей сосредоточились на различных возможностях использования этого консультирования в практической воспитательно-терапевтической деятельности.

Содержание тетради можно считать продолжением размышлений, которые вошли в 1-3 номера "Психологических студий". В противовес предыдущим, нынешняя тетрадь имеет более критический и полный размышлений характер. Авторы с одной стороны показывают разные аспекты теоретического консультирования жизни, а с другой замечают бесспорно некоторые недостатки его концепции в отношении к специальным задачам, которые связываются с характером деятельности соответствующих воспитательных и опекунских учреждений.

Все авторы пытаются выдвинуть на первый план моральное содержание консультирования жизни. Сверх того выразительно замечается заботливость о подкреплении рассматриваемой концепции консультирования жизни разными общетеоретическими мотивами. В сравнении с предыдущими тетрадями авторы сорвали с относительно монолитными и односторонними теоретическими предположениями.

А. Климентовски во вступительной статье синтезирует взгляды из проблематики жизни. Он подвергает анализу понятия: "жизнь", "жизненный вопрос", "консультация". Оказывается, что в этой области мы не располагаем ни точными теоретическими предположениями, ни точными определениями. В статье представляется проба демонстрации предположений, которые могут составлять основу для определений различных видов и форм консультирования жизни. Особое внимание было обращено на консультации в области целей и ценностей, в основном сосредоточенных вокруг работы.

Проблемы психологического и педагогического диагноза в консультировании жизни являются основной темой статьи Б. Каи. В ней поднята отважную и нужную пробу представления автономичности педагогической консультации.

Э. Вятровски рассматривает избранные аспекты консультирования жизни, связанные с вопросами педагогики работы. Важным элементом этой работы является обращение внимания на роль профессионально-жизненной консультации в ходе профессиональной активности и профессионального воспитания. Профессиональную консультацию показано здесь как всжизненную консультацию. К содержанию вышерассматриваемой статьи, как и вступительной обращается И. Кропиньска. Автор рассматривает роль медсестры с педагогическим образованием в процессе консультации для больных, находящихся в больнице. Введено понятие расширенной экспрессивной роли медсестры.

Р. Оссовски занимается влиянием процесса восстановления трудоспособности на развитие образа собственного положения у инвалидов зрения. В статье представляется широкий анализ разных определителей образа положения инвалидов зрения /желания, профессиональные стремления, оценка положения в семье итп./. В целом, рассматриваемая автором концепция опирается на теорию Т. Томашевского и остаётся в тесной связи с результатами углублённых эмпирических исследований.

Статьи Т. Солтысяк и К. Щутовской-Щербяк концентрируются на вопросах консультирования жизни в консультациях восстановления трудоспособности, а также рассматривают вопросы, связанные с уничтожением собственного "я" и справедливостью /внутренней и внешней/ в отношении к задачам консультирования жизни для общественно неприспособленной молодёжи. В них помещены теоретические предпосылки, которые до сих пор в этой области не возбуждали сильного интереса.

К консультированию приобщения к общественной жизни в обстановке влияния криминогенных факторов обращается статья Э. Белицкого и И. Будревич. На первый план выдвинуто в нём значение оценочной ориентации в процессе консультирования приобщения к общественной жизни. В этом значении статья обращается к основным теоретическим предпосылкам, помещённым во вступительной статье.

Обращается к ним также статья В. Кубского и М. Хрусель-Вильк. Рассматриваются в ней, часто непринимаемые во внимание вопросы, связанные с оптимизацией личности супругов. Подчеркнуто роль отношения к самому себе и вопросы, связанные со справедливостью.

Б. Янтарска сообщает о результатах опыта, касающегося эффектов консультирования, наставленного на жизненные цели пациентов после сердечного удара. Результаты указывают целесообразность введения такого консультирования.