



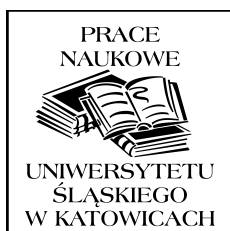
Zdrowie psychiczne uczniów — różne konteksty i odniesienia

Katowice 2009



Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego

**Zdrowie psychiczne uczniów
— różne konteksty i odniesienia**



NR 2618

Zdrowie psychiczne uczniów — różne konteksty i odniesienia

pod redakcją
Zofii Dołęgi i Marii John-Borys

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 2009

Redaktor serii: Psychologia
Jan M. Stanik

Recenzent
Barbara Pilecka

Publikacja będzie dostępna — po wyczerpaniu nakładu — w wersji internetowej:

Śląska Biblioteka Cyfrowa
www.sbc.org.pl

Redaktor: Wiesława Bulandra
Projektanci okładki: Maciej Dołęga, Anna Ślęzak
Redaktor techniczny: Barbara Arenhövel
Korektor: Mirosława Żłobińska

Copyright © 2009 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-1743-4

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 19,0. Ark. wyd. 22,0. Przekazano do
łamania w maju 2008 r. Podpisano do druku w lutym 2009 r.
Papier offset. kl. III, 90 g

Cena 33 zł

Łamanie: Pracownia Składu Komputerowego
Wydawnictwa Uniwersytetu Śląskiego
Druk i oprawa: EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, Spółka Jawna
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek



Spis treści

Zofia Dołęga	
Badania nad zdrowiem psychicznym uczniów — przegląd zagadnień . . .	7

Część I

Zasoby zdrowia psychicznego — wybrane zagadnienia

Yvona Woźniaková	
Wokół integracji: badania nad koncepcją zdrowia pełnosprawnych uczniów klas integracyjnych	17
Anna Worsztynowicz	
Wsparcie doświadczane przez dorastających ze strony nauczycieli w kontekście wsparcia doświadczanego ze strony innych osób znaczących . . .	56
Marianna Dąbrowska-Wnuk	
Zaangażowanie ojca w proces edukacji w opinii gimnazjalistów	74
Bernadeta Bulla	
Rozumienie przez uczniów swoich powinności wobec nauczycieli	93

Część II

Wybrane mechanizmy zagrożeń zdrowia psychicznego uczniów

Maria John-Borys, Mirosława Szocińska	
Asertywność i poczucie kontroli a wczesna inicjacja seksualna uczniów . .	139

Zofia Dołęga

Poczucie samotności a sposoby radzenia sobie w sytuacjach szkolnych w kontekście autodestruktywności	154
---	-----

Część III

Uczniowskie reprezentacje poznawcze choroby

Yvona Woźniaková

Rozumienie choroby przez dzieci w wieku szkolnym — badania pilota- żowe	185
--	-----

Bernadeta Bulla, Alina Płonka

Koncepcja choroby psychicznej u dorastających	196
---	-----

Bernadeta Bulla, Alina Płonka

Dorastający wobec osób chorych psychicznie	229
--	-----

Część IV

Projekty programów terapeutycznych

Joanna Durkalec

Wpływ zajęć terapeutycznych na radzenie sobie ze stresem i poczucie wła- snej skuteczności u dzieci z dysleksją rozwojową	249
--	-----

Maria John-Borys, Agnieszka Musiał

O tolerancji i empatii wobec odmienności w profilaktyce zespołu nadpo- budliwości psychoruchowej	276
---	-----

Summary	304
-------------------	-----

Zusammenfassung	304
---------------------------	-----

Zofia Dołęga

Badania nad zdrowiem psychicznym uczniów — przegląd zagadnień

Zdrowie psychiczne jako temat pojawia się w publicznym dyskursie zwłaszcza wówczas, gdy do świadomości społecznej docierają niepokojące sygnały o drastycznym jego naruszeniu. Niepokój rośnie, w szczególności jeśli dotyczy dzieci i młodzieży i, co oczywiste, gdy zagrożenie tego rodzaju uwikłane jest w społeczny kontekst ich rozwoju, np. gdy pojawiają się informacje o narastającej przemocy szkolnej, upowszechnianiu się uzależnień wśród uczniów czy o incydentach suicydalnych. W obszarze praktyki społecznej od psychologii oczekuje się zatem, aby takie i inne negatywne zjawiska możliwie wcześniej i dokładnie diagnozować, by im zaradzić, a najlepiej, dzięki odpowiedniej psychoprofilaktyce, by im zapobiegać.

*Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku (DzU, art. 4., pkt 6.) oraz Ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (DzU, art. 4., ust. 2.), która ostatecznie weszła w życie w 2006 roku po długim *vacatio legis*, określają możliwość, a nawet nakładają do podejmowania badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym.* Prezentowana tu praca jest drugim z kolei tomem serii poświęconej zdrowiu psychicznemu uczniów. Pierwszy — skrypt, który wyszedł nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Śląskiego w 2006 roku, miał za zadanie wprowadzić w problematykę zdrowia psychicznego uczniów i określić najistotniejsze w chwili obecnej zadania psychoprofilaktyki szkolnej. W obranym przez Zakład Psychologii Rozwoju i Wychowania Uniwersytetu Śląskiego kierunku dla tego typu badań przyjęto kilka następujących założeń koncepcyjnych:

1. Zdrowie psychiczne uczniów to wynik całości procesów somatycznych, psychologicznych, społecznych i duchowych, jakie zachodzą w toku rozwoju psychospołecznego w szeroko pojętym okresie szkolnym, a więc w granicach wieku od 6. 7. aż do 18. 19. roku życia.

2. Aktualny poziom zdrowia psychicznego uczniów stanowi efekt interakcji czynników wyposażenia biologicznego jednostki, jej indywidualnego działania, pewnych istotnych zdarzeń życiowych oraz specyficznych wpływów otoczenia.

3. Zdrowie psychiczne uczniów powinno być rozumiane dynamicznie, jako pozostające w chwili jego oceny w chwiejnej równowadze, która w okresie szkolnym może ulegać pozytywnym i negatywnym zmianom w różnych aspektach, zależnie od licznych czynników.

4. W badaniach nad zdrowiem psychicznym uczniów ważne jest uwzględnienie wskaźników obiektywnego stanu zdrowia, rozumianego, najogólniej rzecz biorąc, jako zdolność do społecznego i psychologicznego przystosowywania się do warunków szkolnych i psychospołecznego rozwoju, ale równie ważne jest stosowanie wskaźników subiektywnego poczucia zdrowia, w tym subtelnych wskaźników intrapsychicznych.

5. Rozwojowo-wychowawcza (a nie kliniczna) perspektywa badań nad zdrowiem psychicznym uczniów każe skupić uwagę na nieklinicznych wskaźnikach ich dobrostanu psychologicznego w czterech obszarach tematycznych: na pozytywnych wskaźnikach stanów wewnętrznych (np. poczuciu koherencji, postawie powinności moralnej, poczuciu wspierania wychowawczego, pozytywnej koncepcji zdrowia, zdolnościach empatycznych), na negatywnych wskaźnikach stanów wewnętrznych (np. na poczuciu samotności, negatywnej tożsamości odnoszącej się do roli ucznia), na wskaźnikach behawioralnych (np. wczesnej inicjacji seksualnej, objawach respektowania funkcji zawodowej nauczyciela przez uczniów) oraz na kontekście sytuacji życiowej uczniów (np. na poziomie natężenia stresu szkolnego, ocenie wkładu rodziców w powodzenie szkolne ich dzieci).

6. Istotnym zadaniem psychoprofilaktyki szkolnej jest polowanie na czynniki ryzyka ewentualnych zaburzeń zdrowia psychicznego wśród uczniów, ale równie ważne jest optymistyczne nacechowanie pojęcia zdrowia i poszukiwanie pozytywnych jego przejawów, a zwłaszcza zasobów, które dają uczniom możliwość prowadzenia życia pełnego, sensownego i twórczego.

Omawiane założenia legły u podstaw wieloletniego programu badań, których efekty są m.in. prezentowane w pierwszym oraz obecnym tomie serii. Tom drugi stanowi zbiór opracowań wybranych zagadnień z zakresu zdrowia psychicznego uczniów, zawsze wzbogaconych doniesieniem z własnych badań empirycznych. Układ jest następujący. W pierw-

szej części zaprezentowano rozważania odwołujące się do zasobów zdrowia psychicznego, rozumianych jako wszelkie cechy organizmu, jednostki, grupy, społeczeństwa, środowiska naturalnego, materialnego i społeczno-kulturowego, pomocne w utrzymaniu i poprawie zdrowia. Zazwyczaj, odwołując się np. do stanowiska Aarona Antonovskiego czy Stefana E. Hobfolla, zasoby dzieli się na wewnętrzne i zewnętrzne wobec człowieka, choć przecież najczęściej powstają one na styku lub w interakcji między jednostką a jej środowiskiem. Dwie następne prace ukazują problem rozwoju osobistych zasobów zdrowia psychicznego w okresie dorastania oraz wybrane psychologiczne mechanizmy jego naruszenia. Rozwinięciem szeroko rozumianej tematyki zasobów zdrowia są kolejne artykuły, będące efektem studiów nad osobistymi koncepcjami zdrowia w ujęciu poznawczo-konstruktywistycznym. W ostatniej części zreferowano założenia i efekty dwóch programów psychoprofilaktycznych. Pierwszy skonstruowany został z myślą o uczniach z dysleksją rozwojową, drugi o uczniach nadpobudliwych.

Część teoretyczno-badawczą tomu rozpoczyna praca Yvony Woźniakowej, oparta na idei szkoły promującej zdrowie, w której integracja wychowawcza jako systemowe rozwiązanie w ramach szkolnictwa powszechnego może pozytywnie wpływać na rozwój uczniowskich koncepcji zdrowia, zgodnie z założeniami modelu biopsychospołecznoetycznego. Integracja jest współcześnie wiodącą ideą w humanistycznie, holistycznie i podmiotowo nastawionych naukach pedagogicznych i społecznych. Generalnie, ruch integracji opiera się na tezie o konieczności takiego prowadzenia działań społecznych, edukacyjnych, kształcących czy wychowawczych, które włączają uczniów — w jakiś sposób niepełnosprawnych fizycznie, somatycznie i intelektualnie — w nurt życia osób zdrowych. To okoliczność wspomagająca rozwój uczniów niepełnosprawnych. Kontakt zdrowych i niepełnosprawnych uczniów skutkuje również tym, że ci pełnosprawni mają szansę skonstruować pojęcie zdrowia w sposób bardziej pełny, dynamiczny i zależny od ich doświadczeń szkolnych. Jak dowodzi Autorka, w ich mniemaniu bowiem ograniczenia wynikające z towarzyszącej człowiekowi niepełnosprawności czy choroby nie przekreślają możliwości aktywnego włączenia się w nurt codziennego życia, co z pewnością stanowi wartościowy aspekt zdrowia psychicznego i etycznego uczniów pełnosprawnych.

Anna Worsztynowicz w swym tekście analizuje poziom wsparcia doświadczanego przez dorastającą młodzież ze strony nauczycieli na tle wsparcia doświadczanego ze strony innych osób znaczących. Wnioski z badań empirycznych nie są w tym wypadku pocieszające. W warunkach współczesnej szkoły wsparcie ze strony nauczycieli okazuje się najniższe w porównaniu ze wsparciem z innych źródeł (rodziców i rówieśników),

i to we wszystkich jego komponentach. Szczególnie zastanawia niski poziom wsparcia informacyjnego i wartościującego, które wydaje się naturalnie powiązane z funkcją pełnioną przez nauczyciela. Problem ten nawiązuje do wniosków sformułowanych jako podsumowanie pierwszego tomu badań nad zdrowiem psychicznym uczniów. Poziom dobrostanu psychicznego uczniów w dużej mierze zależy od sposobu funkcjonowania zawodowego i osobistego nauczycieli. Tymczasem, jak należy pośrednio wnioskować z danych empirycznych, nauczyciele mają małe umiejętności w zakresie wspierania wychowawczego swoich uczniów (nawet przy uwzględnieniu faktu, że coraz starsi uczniowie w coraz mniejszym stopniu tego wspierania potrzebują i oczekują). Rzadko też potrafią dostatecznie wcześnie rozpoznać czynniki zagrożeń zdrowia psychicznego zarówno własnego, jak i samych uczniów (np. symptomy przewlekłego stresu, narastające poczucie bezradności, niebezpieczeństwa związane ze zjawiskiem rozproszonej odpowiedzialności za skutki negatywnych zdarzeń na terenie szkoły). Zanedbanym aspektem edukacji nauczycieli wydaje się więc w dalszym ciągu kształcenie umiejętności m.in. rozumienia procesów grupowych, efektywnego komunikowania się z uczniem i jego rodzicami, poszukiwania, korzystania i udzielania wsparcia. Ten obszar wiedzy o przygotowaniu i funkcjonowaniu psychologicznym czeka oczywiście na pogłębioną analizę. I można mieć nadzieję, że będzie przedmiotem przyszłych projektów badawczych z zakresu zdrowia psychicznego w szkole.

Marianna Dąbrowska-Wnuk w swym artykule zwraca z kolei uwagę na inny aspekt relacyjny zasobów zdrowia psychicznego — na wkład ojców w powodzenie szkolne ich dzieci. Wszak ojcowie zainteresowani zadaniami i problemami szkolnymi swoich dzieci mogą istotnie wpływać na ich dobrostan psychologiczny. Analiza, jaką poprowadziła Autorka z perspektywy samych uczniów, ujawnia jednak smutną prawdę. Podobnie jak w odniesieniu do problemu wsparcia nauczycielskiego i w tym wypadku zdiagnozowano stan pewnego niedostatku, nieobecności lub małego zaangażowania. Uczniowie prawie nie rejestrują zadań czy zachowań ojcowskich odnoszących się specyficznie do pracy szkolnej. W percepcji uczniów ojcowie wciąż, mimo społecznych przemian w stylu życia współczesnych rodzin i wzrastającej komplementarności ról rodzinnych, wypadają bardzo stereotypowo — przede wszystkim jako żywicieli rodzin, i prawie nie wspierają dzieci w obszarze zadań i problemów szkolnych. Jak się wydaje, świadczy to nie tyle o kryzysie ojcostwa, jak próbują alarmować niektórzy, ile o wciąż raczej niskich kompetencjach wielu ojców i / lub zbyt małej świadomości wagi ich wychowawczej funkcji. Jak wynika z badań, które zaprezentowała Autorka, ojcowie nie formują (lub czynią to zbyt rzadko) kondycji psychicznej swoich dzieci, bo po prostu nie uczestniczą w wychowaniu lub tego nie potrafią robić albo uważają, że nie jest to spr-

wa ważna. Tak czy inaczej, psychoprofilaktyka szkolna może w tym zakresie wiele pomóc, np. w konstruowaniu i realizowaniu projektów rozwoju ojcowskich kompetencji wychowawczych lub, co bardziej realne, choćby w zachęcaniu ich do bardziej aktywnego udziału w życiu szkoły.

Zwolennicy nowoczesnego paradygmatu ojcostwa głoszą zresztą potrzebę wzmocnienia roli współczesnych mężczyzn / ojców w kształtowaniu osobowości własnych dzieci. Dotyczy to zwłaszcza dziecięcej, a więc i uczniowskiej sfery „ja” powinnościowego (moralnego), którą uważa się za istotny wyznacznik przystosowania i powodzenia szkolnego (a szerzej — przystosowania społecznego). Pogląd ten wzmacnia biopsychospołecznoetyczna koncepcja zdrowia, zgodnie z którą pełnia zdrowia nie polega jedynie na konstatacji braku objawów jakiejś dysfunkcji, lecz raczej na dostrzeżeniu wielu pozytywnych wskaźników. Są one obecne m.in. w różnych sferach dobrostanu psychologicznego uczniów, szczególnie w sferze moralnej, która obrazuje podzielenie pewnych wartości, respektowanie zasad i norm oraz realizowanie określonych powinności czy obowiązków. Sposób funkcjonowania ze względu na ten obszar zdrowia (tu: zdrowia psychicznego) może się oczywiście odnosić do poglądów i postępowania uczniów wobec pojedynczych, konkretnych osób, a więc np. innych uczniów; wobec grupy, do której uczeń sam należy, czyli własnej klasy szkolnej; wobec osób z innej grupy społecznej, np. nauczycieli; oraz obcej sobie grupy, np. grupy osób w jakiś sposób odmiennych, np. uczniów niepełnosprawnych — o czym była już mowa przy temacie integracji.

Zagadnienie powinności wobec grupy osób znaczących (tu: nauczycieli) stanowi przedmiot pracy Bernadety Bulli. Autorka w pracy, pozostającej na styku problematyki z psychologią reprezentacji poznawczych i psychologią wartości, wysuwa ważną tezę, że stopień i zakres rozumienia powinności wiążących się z rolą ucznia — niepisanych, ale intuicyjnie przyjmowanych przez uczniów, wyznacza nie tylko ich formację moralną, ale znacząco wpływa na całokształt ich kondycji zdrowotnej. Szczegółowa rejestracja poglądów o powinnościach uczniowskich wobec nauczycieli nie pozwala oczywiście w tym miejscu odpowiedzieć na pytanie, czy tego rodzaju zasób wynika jedynie ze skłonności do podlegania przepisom roli uczniowskiej i nauczycielskiemu autorytetowi czy też z różnic między świadomością zasad moralnych a stopniem ich akceptowania i moralnie dobrym postępowaniem. Jakie, uznawane za wartościowe w sensie wychowawczym, mechanizmy identyfikacyjne i internalizacyjne leżą u podstaw ujawnionych w tych badaniach tendencji. Niezależnie jednak od mechanizmów wyjaśniających istotne jest tu zwrócenie uwagi na jeden zasadniczy warunek funkcjonowania zdrowej szkoły — konieczność wypracowywania przez nią idei przewodniej, odwołującej się do norm i war-

tości, z którymi społeczność szkolna (głównie uczniowie i nauczyciele) mogłaby się identyfikować.

W drugiej części tomu prezentowane dwie prace odwołują się do mechanizmów powstawania zagrożeń zdrowia psychicznego uczniów. W pierwszej z nich — Marii John-Borys i Mirosławy Szocińskiej — rozpatrzono problem inicjacji seksualnej. Zrazu problem ten wydaje się bardziej zbieżny z problematyką pozytywnych zasobów osobowościowych zdrowia psychicznego niż z czynnikami ryzyka, ponieważ Autorki badają zależność między asertywnością a poczuciem kontroli uczniów wcześniej i później rozpoczynających współżycie seksualne. Jeśli jednak starannie prześledzić uzyskane rezultaty empiryczne, to okazuje się, że asertywność i poczucie kontroli mają dość zaskakujące, także dla samych Auterek, znaczenie. W wypadku asertywności jej wysoki poziom sprzyja wczesnej inicjacji seksualnej dziewcząt, a niski — wczesnej inicjacji chłopców. Czy zatem asertywność, w zależności od płci, może być czynnikiem ryzyka zdrowia psychicznego? Zasadniczo, może nim być tylko wówczas, jeśli zgodzić się z tezą, że inicjacja współżycia seksualnego przed 17—18 rokiem życia nie jest pożądana i wskazuje na pewne problemy rozwojowe i osobiste dorastających. Podobnie przedstawia się regulacyjna funkcja poczucia kontroli w uruchamianiu zachowań seksualnych. Jak wynika z danych, uczniowie (jednak nie uczennice) wcześniej rozpoczynający aktywność seksualną cechują się zewnętrznym poczuciem kontroli, a więc tym mniej dojrzałym, jeśli wziąć po uwagę ogólny trend rozwojowy. Normatywnie oczekuje się bowiem, że w ostatniej fazie dorastania i później młodzi ludzie mogą już dysponować bardziej stałym przekonaniem, że w dużej mierze to oni sami podmiotowo wpływają na efekty zdarzeń, w których uczestniczą, i ponoszą za to odpowiedzialność (poczucie wewnętrznej kontroli). Zewnętrzne poczucie kontroli rozpoznane u zbadanych uczniów współżyczących seksualnie dowodzi w tym wypadku, że ta sfera funkcjonowania może niejako wymykać się im spod kontroli, co może stać się, jak wiadomo, źródłem wielu problemów osobistych i przystosowawczych. Praca John-Borys i Szocińskiej zawiera zatem sugestię, że wczesna inicjacja seksualna może wiązać się z niedojrzałością niektórych funkcjonalnych aspektów osobowości młodych ludzi. Rzecz ta jest oczywiście dużo bardziej złożona, a uzyskane tu wyniki nie przesądzają o istocie i powodach wczesnej inicjacji seksualnej wśród młodzieży.

Druga z prac, poświęcona mechanizmom powstawania zagrożeń zdrowia psychicznego, dotyczy rzadko podejmowanego w literaturze problemu utajonej autodestruktywności wśród uczniów. Teza pracy jest taka, że autodestrukcja pojawia się w sposób podstępny, bo subkliniczny, i zwykle długofalowo, jako odpowiedź tych uczniów, którzy nie dysponują konstruktywnymi wobec problemów szkolnych strategiami radzenia. A ponieważ

podlegają dynamicznemu procesowi rozwoju własnej tożsamości, niekorzystne doświadczenia związane z nieefektywnymi strategiami mogą kształtować negatywną tożsamość uczniowską. Ta z kolei staje się strukturalną i funkcjonalną podstawą uruchamiania zachowań autodestrukcyjnych. Szczegółowym problemem szkolnym, analizowanym w odniesieniu do gimnazjalistów, jest poczucie samotności. Uczniowie z problemem samotności na terenie szkoły rozwiązują ten problem, stosując różnego rodzaju strategie unikowe i zastępcze, które mogą mieć cechy autodestrukcyjne. Grupą ryzyka okazują się zwłaszcza 13-latkowie.

Następna — trzecia — obszerna część tomu poświęcona jest reprezentacjom poznawczym, obejmującym pojęcia związane z problematyką zdrowia. Autorki artykułów w tej części skupiły się na ujemnym biegunie zdrowia, koncentrując swoją uwagę na problematyce choroby — zwłaszcza na chorobie psychicznej i postawach wobec osób chorych. Fundamentem tej grupy projektów badawczych są dwa założenia. Według pierwszego — poznawczo-konstruktywistycznego — ludzie dysponują wypracowanymi w toku osobistych doświadczeń swoistymi reprezentacjami poznawczymi, które jako wewnętrzne modele operacyjne w dużej mierze decydują o stosunku do określonego wycinka rzeczywistości. W tym wypadku chodzi o fenomen choroby i chorowania oraz o to, w jaki sposób reprezentacje te pełnią funkcje regulujące w odniesieniu do choroby jako realnego zagrożenia egzystencjalnego. Według drugiego założenia w zależności od tego, ile uczniowie wiedzą na temat choroby, zwłaszcza choroby psychicznej, lepiej lub gorzej rozumieją sytuację osób chorujących, są bardziej lub mniej wrażliwi na potrzeby chorujących, tolerancyjni i empatyczni. Artykuły prezentowane w tej części podkreślają, jak ważna w osiąganiu pełni zdrowia psychicznego jest wiedza i zdolność rozumienia innych ludzi. Osoby rozumiejące ludzi chorych, zwłaszcza chorych psychicznie, są zdrowsi psychicznie.

Yvona Woźniaková w swym tekście analizuje, jak uczniowie rozumieją chorobę, którą najmłodszy uczniowie kojarzą początkowo głównie z objawami fizycznymi i somatycznymi. Z czasem jednak uznają, że choroba charakteryzuje się pewnymi wskaźnikami psychologicznymi, np. chorujący to człowiek przygnębiony, pozbawiony ochoty do życia, zależny od innych. Zakres pojęciowy choroby poszerzył się zatem, gdyż uwzględnione zostały wymiary psychologiczne i społeczne.

Bernadeta Bulla i Alina Płonka ukazują z kolei jakie koncepcje choroby psychicznej mają uczniowie różnej płci i w różnych fazach dorostania. Autorki zauważyły, podobnie jak w referowanym wcześniej temacie, że starsi uczniowie większą wagę przywiązują do psychologicznych wskaźników choroby. Młodszy natomiast bardziej koncentrują się na specyficznych oznakach fizycznych. Pojęcie choroby więc, choć obejmuje przede wszyst-

kim aspekty fizyczne czy somatyczne, z czasem ogarnia też atrybuty psychologiczne. Choroba psychiczna staje się dyskomfortem, brakiem dobrostanu, przede wszystkim psychicznego, a rozumienie zdrowia zostaje rozbudowane o aspekty pozamedyczne. Autorki analizują następnie system przekonań uczniów o chorobach psychicznych, ich przyczynach, podatności na zachorowanie, metodach leczenia i zapobiegania im. Autorki stwierdzają, że ludzie na ogół nie potrafią radzić sobie w kontaktach z chorymi psychicznie, bo nie mają wystarczającej wiedzy na ten temat, często przeżywają lęk i bezradność. Bywa to przyczyną dystansu, niechęci, braku tolerancji wobec osób z dysfunkcjami psychicznymi.

Temat tolerancji wobec odmienności stanowi przyczynek do zaprezentowanych dwóch programów terapeutycznych. Pierwszy opracowany został z myślą o społeczności szkolnej, w której przybywa uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i wychowawczymi. Ten fakt stanowi dobrą okazję, by wszyscy uczniowie, niezależnie od tego, czy są w pełni zdrowi, czy też przejawiają jakąś dysfunkcję, mogli rozwijać cechy będące, w moim przekonaniu, wyrazem pełni zdrowia psychicznego. Są to m.in.: gotowość do zachowań akceptujących odmienność innych osób, otwartość na współpracę z nimi, życzliwość i inne tego typu kompetencje, decydujące o pozytywnych relacjach szkolnych. Artykuł Marii John-Borys i Agnieszki Krawiec-Musiał prezentuje program socjoterapeutyczny dotyczący kształtowania wśród uczniów nadpobudliwych postaw prospołecznych w zakresie tolerancji i empatii. Tekst Joanny Durkalec natomiast to obszernie sprawozdanie z programu terapeutycznego przeznaczonego dla uczniów dotkniętych dysleksją rozwojową. Proponowane tu rozwiązania praktyczne stanowią przykład urzeczywistnienia idei integracji wychowawczej, której koncepcję zarysowano w pierwszej części niniejszego tomu. Jak podpowiada idea zdrowej szkoły, zadania profilaktyczne i promocji zdrowia mogą być realizowane metodą projektów szkolnych, która polega na diagnozie sytuacji szkolnej konkretnych uczniów, grup i klas szkolnych oraz określeniu sposobów pomocy psychologicznej w razie stwierdzenia czynników ryzyka.

Część I

Zasoby zdrowia psychicznego
— wybrane zagadnienia

Yvona Woźniaková

Wokół integracji: badania nad koncepcją zdrowia pełnosprawnych uczniów klas integracyjnych

Wprowadzenie. Istota integracji

W Europie idea edukacji integracyjnej nie jest nowa. Pierwsze impulsy pojawiły się już w latach czterdziestych ubiegłego stulecia w Wielkiej Brytanii pod hasłem *open education*, a upowszechnienie integracyjnych form nauczania nastąpiło w Europie na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych (Müller, 1996). W Polsce formalnie ramy organizacyjne kształcenia integracyjnego ujednolicono dopiero w 1993 roku za sprawą zarządzenia ministra edukacji narodowej. Zarządzenie MEN określa m.in. liczebność oddziałów integracyjnych, określa także wymagania w zakresie profesjonalnego przygotowania nauczycieli prowadzących klasy integracyjne oraz kierunki wspomagania procesu edukacyjno-wychowawczego w tychże klasach (np. pomoc psychologa, logopedy i innych specjalistów, doradztwo metodyczne dla nauczycieli itd.) (MEN, 2001).

Termin „integracja” oznacza „proces tworzenia całości z części albo włączanie jakiegoś elementu w całość; zespolenie i zharmonizowanie składników zbiorowości społecznej”. W języku łacińskim *integratio* znaczy dosłownie „odnowienie, odtworzenie” (Kopaliński, 1978, s. 437). Pojmowanie samej istoty integracji okazuje się złożone i niejednoznaczne. W literaturze znajdujemy dwie główne koncepcje społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych. Pierwsza z nich, koncepcja tzw. pełnej integracji, opo-

wiada się za nowym modelem życia społecznego oraz za nowym modelem edukacji, według którego pełnosprawni i niepełnosprawni mają równorzędne miejsce, każdy znalazłby odpowiednie dla swoich potrzeb warunki kształcenia, a nie musiałby dostosowywać się do obowiązującego dla wszystkich programu nauczania (Kościeleńska, 1996). Zwolennikiem idei pełnej integracji był A. Hulek. W myśl tego autora „integracyjny system kształcenia i wychowania polega na maksymalnym włączeniu dzieci i młodzieży z odchyleniami od normy do zwykłych szkół i innych placówek oświatowych, umożliwiając im — w miarę możliwości — wzrastanie w grupie zdrowych rówieśników” (Hulek, 1977, s. 492).

Zwolennicy drugiego rodzaju koncepcji, tzw. integracji niepełnej lub częściowej, wysuwają różne propozycje organizacyjne, w zależności np. od stopnia czy rodzaju niepełnosprawności. Mogą to być klasy terapeutyczne, integracyjne lub specjalne w ramach szkoły masowej albo specjalne ośrodki kształcenia dla niepełnosprawnych, z jednoczesnym upowszechnianiem idei integracji poza edukacją. Różne propozycje rozwiązań, wynikające z koncepcji częściowej integracji, pozwalają na uwzględnianie potrzeb niepełnosprawnych w już istniejących formach kształcenia specjalnego. Innymi słowy, integracja ze światem osób pełnosprawnych realizowana jest w ramach działających placówek na miarę możliwości uczęszczających tam dzieci, zgodnie z zasadą otwarcia się na zasoby środowiska lokalnego (por. Bogucka, Kościeleńska, red., 1996; Janiszewska - Nieścioruk, 1999a, 1999b; Barłóg, 2001).

Wydaje się, że oba ujęcia integracji nie stoją wobec siebie w opozycji, ponieważ według jednego i drugiego należy zmienić obecną sytuację, czyli systematycznie zmniejszać liczbę osób „sprawnych inaczej”, które nie czują się wśród nas akceptowane. Kompromisowym, nazwijmy go — integrującym, pomysłem jest propozycja patrzenia na proces integracji jako na „kontinuum różnych możliwości, rozciągającym się pomiędzy polem pełnego przyjęcia a polem pełnej izolacji” (Bleidick, 1987, za: Krause, 2001, s. 28). Nawet jeśli każde z wymienionych ujęć znajduje się w nieco innym punkcie integracyjnego kontinuum, to łączy je kierunek przemian, za którymi się opowiadają.

W kontekście form integracji wprowadza się ważne rozróżnienie między integracją organizacyjną a integracją funkcjonalną.

Pierwsza z wymienionych form, nazywana również integracją szkolną, fizyczną bądź pozorną, umożliwia wprawdzie dzieciom niepełnosprawnym kształcenie w szkole masowej, jednak bez udzielania im w sposób planowy i celowy fachowej pomocy i wsparcia ze strony specjalistów. Chodzi m.in. o pomoc i wsparcie poza wymiarem edukacyjnym, na przykład o oddziaływania socjoterapeutyczne, ukierunkowane na budowanie i wzmac-

nianie rówieśniczych więzi między pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi dziećmi (M a c i a r z, red., 1999). Wydaje się, że wysiłek włożony w tak zainicjowaną integrację (z naciskiem na możliwość „normalnego” kształcenia wśród rówieśników) nie przynosi grupie, a zwłaszcza niepełnosprawnym dzieciom wymiernych korzyści.

Integracja funkcjonalna natomiast zakłada stworzenie niepełnosprawnym dzieciom takich warunków kształcenia (z pomocą specjalistyczną włącznie), które pozwolą im na rozwijanie funkcji prawidłowych oraz tych, których sprawność jest obniżona, a także na bycie sobą wśród innych dzieci (D r y ż a ł o w s k a, 1997). Warunki te dotyczą zarówno kwestii edukacyjnych, czyli na przykład dostosowania wymagań do możliwości danego dziecka, zapewnienia odpowiednich środków, pomocy itd., ale też, a może przede wszystkim — całego obszaru relacji w zespole klasowym. Integracja funkcjonalna ma doprowadzić do tego, by otoczenie nauczyło się postrzegać niepełnosprawność jako różnicę indywidualną, poznać i zrozumieć jej specyfikę (M a c i a r z, red., 1999).

Niezależnie od formy proces integracji napotyka wiele ograniczeń. Oprócz barier architektonicznych, których wciąż jest niestety zbyt wiele, oraz barier edukacyjnych, jakimi nadal są sztywne reguły, wymogi i standardy tradycyjnego szkolnictwa, wyróżnia się bariery społeczne i kulturowe (por. M a c i a r z, red., 1999). W miarę trwania każdego zespołu integracyjnego okazuje się, że najłatwiej przychodzi zmagać się z barierami, które widać, które poddają się sile cierpliwości, przekonywania, organizowania, załatwiania. Badania nad procesem integracji w Polsce dostarczają wniosków, że powodzenie integracji zależy przede wszystkim od wzajemnych relacji między dziećmi pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi. Inaczej mówiąc, miarą społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych w szkole jest ich akceptacja przez pełnosprawnych rówieśników (M a c i a r z, 2001, s. 95). Wydaje się zatem, że przeszkody natury społecznej przychodzi pokonywać najtrudniej, zwłaszcza że pobyt w szkole stanowi tylko wycinek aktywności społecznej dziecka. Z pewnością potrzeba jeszcze wiele czasu, by z niepełnosprawności nie czyniono stale niecodziennego wydarzenia. Podobne powolne przemiany następują w wypadku barier kulturowych, jakimi są wysoka społecznie preferencja zdrowia oraz negacja choroby. Przeciętne dziecko wzrasta wśród tego typu przekazów bez możliwości skonfrontowania ich z przekazami o innej treści, natomiast dziecko w klasie integracyjnej ma szansę takiej konfrontacji, a w rezultacie zweryfikowania, być może, swoich poglądów na zdrowie czy chorobę. Wyzwaniem jest także zmaganie się z systemem oświaty. Nauczycielom z pewnością tłumaczyć nie trzeba, że udana integracja równa się z czasem większej efektywności nauczania, jednak wcześniej czy później każdemu z nich

przyjdzie się zmierzyć ze sztywnością reguł i przepisów. Na dziś badania dowodzą, że nawet nauczyciele w klasach integracyjnych nadal nastawieni są głównie na cele dydaktyczne, a praca wychowawcza na rzecz integracji najczęściej ogranicza się tylko do zajęć lekcyjnych (por. Maciarz, 2001).

Obszary badań nad integracją

W literaturze przedmiotu spotkać można prace badawcze podejmujące problematykę kształcenia integracyjnego na różnych płaszczyznach. Jedna grupa badań i refleksji skupia się wokół integracji, jako stosunkowo nowego, jak na warunki polskie, zagadnienia, i wokół pytania, jak integracja przedstawia się w świadomości różnych grup społecznych — dzieci, rodziców, nauczycieli. Drugi obszar badań nad integracją dotyczy, ogólnie rzecz biorąc, różnych aspektów funkcjonowania grup (oddziałów) integracyjnych jako całości. Trzeci natomiast obszar badań odnosi się do poszczególnych grup dziecięcych biorących udział w kształceniu integracyjnym, przy tym można odnieść wrażenie, że częściej podmiotem badań są dzieci niepełnosprawne aniżeli dzieci pełnosprawne.

Badania nad zjawiskiem integracji w świadomości różnych grup społecznych można podzielić ze względu na fakt uczestnictwa bądź nieuczestniczenia w procesie integracji w sposób bezpośredni. Osoby dorosłe uczestniczące w integracji to przede wszystkim nauczyciele. Spotyka się doniesienia o refleksjach nauczycieli na temat pozytywnych dla uczniów efektów integracji (np. Kozubal, 1993; Bogucka, Brzozowska, 1996; Łuszczuk, 1997), jak również na temat ograniczeń napotykanych w związku z integracją (np. Kozubal, 1993; Lalik, 1998; Nowak, 1998). Doniesienia piszą też nauczyciele niepracujący z niepełnosprawnymi uczniami. Nie są oni przekonani do idei integracji głównie ze względu na poczucie braku własnej kompetencji oraz ze względu na obniżony próg możliwości dzieci niepełnosprawnych w szkole masowej (np. Giryński, Przybylski, 1993). Kolejną interesującą dla badaczy grupę stanowią rodzice. Podobnie jak w wypadku nauczycieli, w badaniach pytano o zdanie zarówno rodziców, którzy nie mają dzieci niepełnosprawnych, jak i tych, którzy takie dzieci mają. Doniesienia na temat rodziców posiadających zdrowe potomstwo dotyczą deklaratywnych postaw wobec integracji i wskazują generalnie na wysokie preferencje w tym zakresie (Lalik, 1998) albo pokazują różnice w preferencjach w zależności od rodzaju niepełnospraw-

ności (np. Milewski, Czaplewska, 1998). Badania nad rodzicami dzieci niepełnosprawnych wykazują natomiast, że w zależności od siły akceptacji niepełnosprawności dziecka, prezentują oni bardzo pozytywne nastawienia wobec integracji i czynnie w niej uczestniczą albo negują potrzebę integracji swego dziecka (np. Maciarz, 1992; Giryński, Przybylski, 1993). Rzadkie są z kolei badania, w których o integrację pytano by dzieci zdrowe, nieuczestniczące w tej formie kształcenia. Wiedza uczniów szkoły podstawowej na temat integracji niepełnosprawnych jest raczej powierzchowna, choć spostrzegają oni integrację jako ważną i potrzebną oraz potrafią wskazać płynące z niej dla obu stron korzyści (Koziełska, 1998).

Kolejny obszar badań dotyczy jakości funkcjonowania grup integracyjnych w przedszkolu i szkole. Uwaga badaczy skupia się w tym wypadku na stosunkach emocjonalno-społecznych w integracyjnych grupach przedszkolnych (np. Łuczak-Okrasińska, Stojanowska, 1994, za: Janiszewska-Nieścioruk, 1999c; Janion, 1999) bądź w szkolnych oddziałach integracyjnych (np. Lipińska, 1999). Wyniki analiz wzajemnych relacji dzieci uczestniczących w integracyjnych formach kształcenia nie są niestety zbyt optymistyczne. W doniesieniach zauważa się, że stosunkowo najlepiej przebiega integracja dzieci obciążonych tylko nieznacznym obniżeniem sprawności (por. Maciarz, 1999).

Prace poświęcone specyfice procesu integracji dzieci niepełnosprawnych dominują w wymienionym trzecim obszarze badań nad integracją. Autorzy przyglądają się efektom społecznej integracji w zależności od stopnia oraz rodzaju niepełnosprawności dziecka. Pojawiają się więc komunikaty o sytuacji dzieci przewlekłe chorych (z astmą, padaczką, cukrzycą, alergią itd.) w szkole masowej (np. Nowicka, 1999; Maciarz, 1998a, 1998b), z zaburzeniami mowy (np. Skorek, 1999), dzieci z zaburzeniami słuchu (np. Dryżałowska, 1997), z mózgowym porażeniem dziecięcym (np. Dubowska i inni, 2002). Niektóre prace wskazują na trudności integracyjne dzieci niepełnosprawnych umysłowo (np. Łaś, 1995; Janiszewska-Nieścioruk, 1999b). Również wyniki tego rodzaju badań przemawiają na korzyść dzieci z niepełnosprawnością nieznacznie tylko rzutującą na radzenie sobie w roli ucznia i rówieśnika.

Na podstawie przeglądu badań nad integracją nasuwa się wniosek, że dziecko pełnosprawne jako uczestnik procesu integracji nie cieszy się zainteresowaniem badaczy. Nawet śledząc teoretyczne opracowania z tego zakresu, można odnieść wrażenie, że pełnosprawnym uczniom — mimo podkreślania korzyści płynących dla nich ze spotkania z niepełnosprawnymi dziećmi — nie poświęca się zbytnej uwagi. Nie wiemy zatem wiele o ich odczuciach związanych z integracją, w której przyszło im współucze-

stniczyć. Badania nad postawami uczniów szkół podstawowych wobec niepełnosprawnych kolegów wskazują na złożone uwarunkowania tych postaw, powiązanych z zachowaniem i samopoczuciem niepełnosprawnych rówieśników (por. Minczakiewicz, 1993). Nie ma natomiast badań mówiących o tym, jak integracja wpływa na zdrowie dzieci, czy rzeczywiście przynosi głównie korzyści, czy też kryją się w niej także pułapki czy zagrożenia dla rozwoju, których obawiają się nieraz rodzice. Prezentowane badania własne stanowią próbę poszukiwania odpowiedzi na te niewyjaśnione jeszcze pytania.

Badania własne

Prezentowane badania osadzone są w nurcie środowiskowym psychologii zdrowia. Środowiskowe ujęcie opiera się na ogólnej teorii systemów oraz teorii systemów społecznych, a determinantów zdrowia poszukuje zwłaszcza w tych środowiskach, w których człowiek spędza znaczną część swojego czasu (por. Sheridan, Radmacher, 1998). Dla dziecka takim środowiskiem była i jest oczywiście szkoła. Od kilku lat jednak niektóre dzieci mają okazję korzystać z integracyjnych form nauczania. Na nową rzeczywistość edukacyjną, ze względu na jej specyfikę, można zatem spojrzeć w inny sposób, właśnie przez pryzmat osiągnięć psychologii zdrowia. Nowa sytuacja wymaga nowego podejścia.

Gdy dziecko zaczyna podlegać obowiązkowi szkolnemu, nieodwołalnie i na wiele lat wkracza w nowe systemy społeczne, jakimi odtąd będą dla niego jego zespół klasowy i cała zbiorowość danej szkoły. Tym samym znaczną część każdego dnia dziecko będzie odtąd spędzać w stałej grupie rówieśników, co niewątpliwie ma duży wpływ na pojawienie się nowych jakości rozwojowych. Dziecku w systemie edukacyjnym poświęcono znaczną liczbę publikacji, nie tylko psychologicznych. Umożliwienie w stosunkowo niedalekiej przeszłości powstawania oddziałów integracyjnych w szkołach masowych otwiera przed psychologami i pedagogami zupełnie nowe pole badań.

Wśród wielu pytań niezwykle interesujące jest na przykład to, czy fakt zetknięcia się dzieci pełnosprawnych z dziećmi „sprawnymi inaczej” można uznać za jeden z determinantów ich myślenia na temat zdrowia. Z dotychczasowych badań wynika na przykład, że posiadanie chorego rodzeństwa znacząco modyfikuje koncepcję zdrowia zdrowego dziecka. Wiadomo też, że rozmaite czynniki życia rodzinnego mają istotny wpływ na pojmo-

wanie zdrowia przez dzieci oraz na ich zachowania zdrowotne (por. np. John - Borys, 2002). Jak natomiast oddziałuje sytuacja codziennego przebywania razem z niepełnosprawnymi rówieśnikami, tego dotychczas nie badano. Dla wyjaśnienia tezy, że wzajemny kontakt dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych sprzyja poszerzeniu ich myślenia o zdrowiu, niezbędne jest zaprezentowanie przyjętego w niniejszej pracy rozumienia tego pojęcia. Zdrowie będzie tu bowiem traktowane jako szeroka gama zasobów (fizycznych, psychicznych, społecznych), jako potencjał umożliwiający dziecku pełne i adekwatne funkcjonowanie w środowisku tu i teraz. Czytelnika, który chciałby dowiedzieć się więcej, jak dzieci pojmują zdrowie, oraz jakie podejmują działania mogące mieć wpływ na zdrowie, można w tym miejscu zachęcić do zapoznania się np. z pracą M. John - Borys (2002), jak również z wcześniejszym artykułem autorki niniejszego opracowania (Woźniaková, 2006).

Założono, że proces integracji może modyfikować sposób, w jaki dzieci zdrowe, uczestniczące w tym procesie, patrzą na zdrowie. Poznanie kolejnego aspektu integracji może przyczynić się do zwiększenia efektywności tego procesu oraz ukazać następną wymierną korzyść dla dzieci uczestniczących w nim. Z punktu widzenia psychologa taką korzyścią rozwojową może być właśnie wzbogacenie koncepcji zdrowia. Chodzi o wzbogacenie w sensie szerszego rozumienia atrybutów zdrowia, pogłębienia wiedzy o potrzebach i możliwościach ludzi zdrowych i chorych, nadania zdrowiu i dbaniu o nie nowej jakości. W języku psychologii zdrowia będzie to oznaczać przybliżenie się do rozumienia zdrowia jako procesu, na który człowiek może mieć wpływ dzięki rozsądnemu korzystaniu z dostępnych zasobów. Wśród dzieci, które nie mają takich doświadczeń, rozumiane w ten sposób wzbogacenie koncepcji zdrowia prawdopodobnie nie nastąpi. Nie oznacza to oczywiście, że ich wiedza w tym zakresie jest mniej wartościowa, ominęła je jedynie niezwykła okazja do spojrzenia na sprawy zdrowia nieco inaczej.

W badaniach własnych brały udział dzieci w młodszym wieku szkolnym (średnia wieku wyniosła 9 lat). Część dzieci objęta była kształceniem integracyjnym, a część (grupa porównawcza) nie uczestniczyła w takiej formie kształcenia. Oznacza to, że badane dzieci różniły się między sobą doświadczeniami zdrowotnymi oraz stanem zdrowia. Doświadczenie rówieśnicze w zespole integracyjnym stanowi zmienną niezależną, założono bowiem, że wpływa ono na formułowane przez dzieci koncepcje zdrowia. Założono też, że doświadczenie rówieśnicze w zespole integracyjnym sprzyja rozwijaniu wrażliwości na problemy zdrowia. Proces asymilacji odpowiada za nieustanne dopasowywanie nowych faktów i zdarzeń zdrowotnych do schematów zdrowia. Piaget powiada, że jeżeli dziecko nie potrafi zasy-

milować informacji, następuje zmiana schematu (proces akomodacji), a dzieje się tak wtedy, gdy dziecko przeżywa ważne wydarzenia lub relacje (por. W a d s w o r t h, 1998). Spotkanie się i nawiązanie relacji z niepełnosprawnym rówieśnikiem może być takim wydarzeniem. Uwzględniając specyficzne doświadczenie zdrowych dzieci z klas integracyjnych, można przypuszczać, że ich koncepcja zdrowia zostanie dzięki temu doświadczeniu wzbogacona, a zatem będzie nawiązywała do holistyczno-funkcjonalnego modelu zdrowia.

Kulturowe wzory zdrowia, pozostające pod wpływem tradycji, środowiska lokalnego i grup rówieśniczych, ale też instytucji edukacyjnych i polityki zdrowotnej, generują modele edukacji zdrowotnej (por. J o h n - B o r y s, 2002). W odniesieniu do klasy integracyjnej, stanowiącej zarazem niepowседневną grupę rówieśniczą, szczególna edukacja zdrowotna (nauka „o innych światach” osób o różnym stopniu sprawności) dokonuje się w pewnym sensie sama przez się, w sposób niezamierzony. Mając na uwadze potwierdzone empirycznie zależności między rodziną dziecka a jego koncepcją zdrowia (przekazy zdrowotne), w badaniach uwzględniono również model rodziny oraz wydarzenia zdrowotne w rodzinie. By fakty te kontrolować, pytano nauczycieli o poważną chorobę w bliskiej rodzinie danego dziecka (rodzice, rodzeństwo) oraz o stan rodziny (pełna, niepełna, zrekonstruowana). Wśród dzieci zdrowych z klas integracyjnych znalazło się dziesięcioro (6,3% ogółu grupy), u których w rodzinie występowała poważna choroba lub niepełnosprawność. W grupie dzieci zdrowych z klas zwykłych takich dzieci było czworo (3,6% ogółu grupy). Dodać należy, że podjęciu badań własnych towarzyszyło przekonanie, że nie tylko rodzina, ale też integracyjna grupa rówieśnicza może uwrażliwiać dziecko na problemy zdrowia i choroby.

Podsumowując rozważania, można przyjąć dwa główne założenia, a mianowicie — koncepcja zdrowia dziecka kształtuje się pod wpływem jego doświadczeń, a uczenie się społeczne dzięki obserwacji i doświadczeniu stanowi znaczące źródło nabywania wiedzy o zdrowiu.

Metoda

W badaniach własnych postawiono pytanie, czy rówieśniczy kontakt dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych w ramach kształcenia integracyjnego zmienia w jakiś sposób koncepcję zdrowia dzieci pełnosprawnych. By przyjrzeć się różnym aspektom koncepcji zdrowia, formułowanych

przez dzieci, proszono je o wypowiedź na temat wyglądu, samopoczucia i funkcjonowania zdrowego człowieka oraz na temat ich własnych zachowań zdrowotnych, a także o wskazanie ważnych dla zdrowia zasobów.

Ponieważ codzienny kontakt z niepełnosprawnymi rówieśnikami uznano za specyficzny rodzaj doświadczenia, głównym celem podjętych badań było sprawdzenie, czy kontakt ten determinował koncepcję zdrowia, jaką miały dzieci pełnosprawne biorące udział w edukacji integracyjnej. Jeśli w porównaniu z równolatkami, którzy nie uczęszczali do klas integracyjnych, doświadczenie to wpływa istotnie na koncepcję zdrowia dzieci objętych kształceniem integracyjnym, to różnice mogą dotyczyć różnych aspektów tej koncepcji — pojmowania zdrowia, deklarowanych zachowań służących zdrowiu lub pewnych zasobów ważnych dla zdrowia. Koncepcja zdrowia jest tu rozumiana jako subiektywna wiedza dziecka na temat zdrowia. Dzieci w początkowych klasach szkoły podstawowej nie dysponują jeszcze zbiorem precyzyjnych pojęć pozwalających na zwerbalizowanie całościowej wypowiedzi i na świadome jej nazwanie koncepcją zdrowia. Dlatego pytano je, w jaki sposób bycie zdrowym wpływa na wygląd, samopoczucie i funkcjonowanie człowieka oraz jakie zachowania i zasoby ważne są w dbaniu o zdrowie. A zatem koncepcja zdrowia, jaką mają dzieci, opisywana będzie za pośrednictwem ich wiedzy i aktywności związanej ze zdrowiem.

W badaniach wzięło udział łącznie 321 uczniów, a kompletne narzędzia badawcze otrzymano od 305 uczniów. Wśród nich 158 dzieci to pełnosprawni uczniowie klas integracyjnych, 37 uczniów to dzieci integrowane, pozostali zaś (110 dzieci) to uczniowie klas zwykłych. Dzieci integrowane brały udział w badaniach na zasadzie pełnoprawnych członków zespołów klasowych, ich wyniki natomiast nie były interpretowane. Poprzedzone rozmową z nauczycielem badania przeprowadzano grupowo i brały w nich udział całe klasy. Badania w danej klasie trwały od 35 do 45 minut. Za każdym razem najpierw stosowano dwukrotnie technikę „Draw and Write” (dwa rysunki wraz z pisemnymi wypowiedziami na zadane pytania — „Zdrowy człowiek” oraz „Moje zdrowie”). Jako trzecią w kolejności stosowano „Listę zasobów zdrowia”.

Ażeby badane dzieci mogły swobodnie się wypowiadać, a jednocześnie by badania były dla nich przyjemne i ciekawe, zdecydowano się sięgnąć właśnie po technikę „Draw and Write”, zrecznie wykorzystującą siłę ekspresji plastycznej dzieci (por. Williams i in., 1989a, 1989b). Tę ciekawą technikę opracowano w latach osiemdziesiątych w Wielkiej Brytanii na uniwersytecie w Southampton (Williams i in., 1989a, 1989b). Jest to łatwa w użyciu projekcyjna technika zbierania danych wśród dzieci od 4 do 11 lat, wykorzystująca rysowanie jako naturalny sposób wyrażania przez

dzieci myśli, uczuć i doświadczeń. Rysunek na określony temat spełnia funkcję aktywizującą myślenie dziecka i ukierunkowuje treść pisemnej wypowiedzi na pytanie związane z rysunkiem. Dziecko proszone jest o odpowiedź w formie rysunku na postawione przez badacza pytanie oraz o udzielenie krótkiej pisemnej wypowiedzi, wyjaśniającej, co znajduje się na rysunku. Analizie poddaje się pisemne wypowiedzi dziecka, natomiast rysunki — ze względu na trudność w zobiektywizowaniu kryteriów oceny — nie są analizowane. Pisemne wypowiedzi są kategoryzowane. Wszystkie indywidualne prace analizuje się pod kątem występowania każdej z kategorii.

W prezentowanych badaniach instrukcja brzmiała w ten oto sposób:

Rysunek nr 1 („Zdrowy człowiek”):

Pomyśl proszę i narysuj człowieka, który jest zdrowy. Obok rysunku napisz, jak wygląda, jak się czuje, co robi człowiek zdrowy.

Rysunek nr 2 („Moje zdrowie”):

Pomyśl proszę i narysuj siebie i co robisz, by być zdrowym człowiekiem. Obok rysunku napisz, co ty sam robisz, by być zdrowym człowiekiem.

Później następował dalszy ciąg instrukcji:

Pamiętaj, że każdy pomysł jest dobry. Proszę, pracuj sam. Wszystko, co ty sam narysujesz i napiszesz, jest dla mnie ważne. Nie pokazuj swego rysunku koledze i nie rozmawiaj z nim w czasie pracy. Nie zapomnij o pisemnej wypowiedzi obok rysunku! Napisz, proszę, w rogu swoje imię, pierwszą literę nazwiska oraz ile masz lat.

Kolejnym narzędziem pomiaru koncepcji zdrowia u dzieci była „Lista Zasobów Zdrowia”. Problem zasobów zdrowia, widzianych oczyma dziecka, nie był dotychczas przedmiotem dociekań badaczy, dlatego autorka podjęła próbę skonstruowania własnej metody „Listy Zasobów Zdrowia” (por. załącznik 1.). Narzędzie to zawiera dwadzieścia twierdzeń, odzwierciedlających cztery wybrane kategorie zasobów zdrowia. Dzieci, proszone o ustosunkowanie się do każdego z nich, mają do wyboru jedną z trzech możliwych odpowiedzi — to bardzo ważne dla zdrowia, to ważne dla zdrowia, to mało ważne dla zdrowia.

Uwzględniając specyficzne właściwości okresu średniego dzieciństwa, a zwłaszcza znaczenie wpływów ze strony grupy rówieśniczej (por. Turner, Helms, 1999), jako pierwszą wybrano kategorię zasobów interpersonalnych. Formułując twierdzenia z tego zakresu, skupiono się zarówno

na relacjach koleżeńskich w ogóle, jak i na zasobach tkwiących w klasie szkolnej. Nacisk położono na przeżywanie pozytywnych emocji w relacjach. Wprowadzono też rozróżnienie między samym faktem posiadania kolegów, a możliwością spędzania z nimi czasu oraz liczenia na ich pomoc.

Kolejną wybraną kategorią była kategoria zasobów intrapersonalnych. Ta grupa zasobów, w znaczeniu sił wewnętrznych, warunkuje nie tylko samopoczucie danej osoby, ale też jej otwartość na relacje z otoczeniem (por. Sheridan, Radmacher, 1998), a zatem wiąże się również z zasobami interpersonalnymi. Dlatego sformułowane twierdzenia wyrażają wiarę we własne możliwości, ukazują umiejętności radzenia sobie z przykrymi emocjami oraz gotowość do niesienia pomocy innym.

Terenem badań było środowisko szkolne, postanowiono zatem sprawdzić, jak ważne są dla dzieci z różnych grup zasoby związane z edukacją i informacją. Zasoby edukacyjne rozumieć można jako możliwości zdobywania i pogłębiania zasobów informacyjnych (por. Sheridan, Radmacher, 1998). Przy tworzeniu twierdzeń z obszaru zasobów edukacyjnych za najważniejsze uznano potrzebę poszukiwania wiedzy oraz związaną z tym przyjemność, a także szczególną potrzebę edukacji na temat zachowań służących zdrowiu i zapobiegających chorobom. Twierdzenia z zakresu zasobów informacyjnych skupiają się wokół pochodzących z przekazów społecznych informacji dotyczących prostych sposobów troski o zdrowie. Do wybranych kategorii zasobów zdrowia sformulowano odpowiednio po pięć stwierdzeń:

Zasoby interpersonalne:

- Mieć dużo koleżanek i kolegów. (3)
- Móc spędzać czas z koleżankami i kolegami. (7)
- Często się śmiać i żartować w klasie. (11)
- Lubić koleżanki i kolegów z klasy. (15)
- Móc liczyć na pomoc koleżanki lub kolegi. (19)

Zasoby intrapersonalne:

- Być w czymś dobrym albo nawet bardzo dobrym. (4)
- Nie wstydzić się płakać, gdy jest mi smutno. (8)
- Pomagać słabszym od siebie. (12)
- Szybko się pogodzić, gdy się z kimś posprzeczam. (16)
- Być pewnym, że z kłopotami dam sobie radę. (20)

Zasoby edukacyjne:

- Uczyć się i być coraz mądrzejszym człowiekiem. (1)
- Dowiadować się o nowych i ciekawych rzeczach. (5)
- Nauczyć się, co robić, aby być zdrowym. (9)
- Z radością i ochotą chodzić do szkoły. (13)
- Nauczyć się, co robić, żeby nie chorować. (17)

Zasoby informacyjne:
Jeść warzywa i owoce. (2)
Dużo ćwiczyć i gimnastykować się. (6)
Dbać o zęby i często myć ręce. (10)
Nie jeść zbyt dużo słodczy i chrupek. (14)
Nie wysiadywać przed telewizorem (komputerem). (18)

Wyniki badań, dyskusja i wnioski

W celu wykazania różnic w pojmowaniu zdrowia przez dzieci, w zależności od specyficznego doświadczenia rówieśniczego, poniżej zaprezentowane zostaną rezultaty porównań między grupami dzieci zdrowych o różnych doświadczeniach.

Porządkując pisemne wypowiedzi badanych dzieci na każdym z rysunków, postępowano zgodnie z procedurą porządkowania danych jakościowych (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). W pierwszej kolejności dokonano klasyfikacji wypowiedzi, przyporządkowując je do jednej z kilkunastu kategorii opisowych, a następnie obliczono częstotliwość pojawiania się danej kategorii opisowej w grupie badanych dzieci. Kolejnym krokiem było porównanie frekwencji występowania wszystkich kategorii opisowych u dzieci, w zależności od ich doświadczenia rówieśniczego oraz płci.

Aby odpowiedzieć na postawione pytanie badawcze, czy wzajemne kontakty dzieci niepełnosprawnych i pełnosprawnych w ramach kształcenia integracyjnego zmienia w jakiś sposób koncepcję zdrowia dzieci pełnosprawnych, porównano wypowiedzi zdrowych dzieci z klas integracyjnych z wypowiedziami dzieci z klas tradycyjnych w zakresie opisów zdrowego człowieka, sposobów dbania o zdrowie oraz wybranych kategorii zasobów zdrowia. Szczegółowe omówienie poszczególnych kategorii opisu Czytelnik znajdzie w poprzednim artykule autorki (Woźniaková, 2006). Porównano grupy dzieci, używając testów istotności różnic (χ^2 i t-Studenta). Statystycznie istotne różnice między grupami zaznaczano w kolejnych tabelach szarą teksturą.

Tabela 1. ukazuje procentowe zestawienie udzielonych wypowiedzi na temat charakterystycznych dla zdrowego człowieka cech w porządku malejącym, osobno dla grupy dzieci zdrowych z klas integracyjnych oraz dla grupy dzieci z klas zwykłych.

W tabeli 2. przedstawiono proporcje kategorii opisu cech zdrowego człowieka, które podały dzieci, podzielone na grupy różniące się doświadczeniem rówieśniczym, oraz obliczone wartości testu χ^2 .

Tabela 1

**Kategorie opisu cech zdrowego człowieka w grupach dzieci zdrowych
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach)**

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas integracyjnych	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas zwykłych
1.	Oznaki dobrego samopoczucia	68,4	Oznaki dobrego samopoczucia	73,6
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	59,5	Ruch, aktywność fizyczna, sport	44,5
3.	Jedzenie i picie	22,2	Brak objawów choroby	33,6
4.	Świeże powietrze, spacer	18,4	Zabawa	22,7
5.	Zabawa	17,7	Jedzenie i picie	21,8
6.	Praca, prace domowe	15,8	Praca, prace domowe	20,9
7.	Brak objawów choroby	13,9	Nauka	17,3
8.	Nauka	10,8	Świeże powietrze, spacer	14,5
9.	Ćwiczenia fizyczne	8,2	Ćwiczenia fizyczne	6,4
10.	Śpiew	5,1	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	5,5
11.	Higiena	4,4	Rozmawianie	3,6
12.	Leki, witaminy	3,8	Instrukcje, zakazy, nakazy	2,7
13.	Taniec	3,8	Odpoczynek	1,8
14.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	3,2	Taniec	1,8
15.	Utrzymanie temperatury	3,2	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	1,8
16.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	3,2	Higiena	0,9
17.	Odpoczynek	2,5	Utrzymywanie temperatury	0,9
18.	Mycie zębów	1,9	Śpiew	0,9
19.	Rozmawianie	1,3	Mycie zębów	0,0
20.	Instrukcje, zakazy, nakazy	0,6	Leki, witaminy	0,0
21.	Lekarz	0,6	Lekarz	0,0
22.	Dentysta	0,0	Dentysta	0,0

Z tabeli 1. wynika, że wszystkie dzieci zdrowe przypisywały jednako-
we znaczenie oznakom dobrego samopoczucia w opisie zdrowego człowie-
ka. Obie grupy wymieniały na drugim miejscu ruch i aktywność fizyczną
jako atrybuty zdrowia, jednak dzieci z klas integracyjnych podały więcej
danych w tym zakresie. W pozostałych pozycjach opisu kolejność waż-
ności poszczególnych kategorii zmieniała się w zależności od grupy. Dzie-
ci z klas integracyjnych charakteryzowały zdrową osobę, podkreślając jej
aktywność w życiu codziennym (zdrowe pożywienie, spacer, zabawa, praca,
nauka). Dopiero znacznie niżej z hierarchii opisów pojawia się określenie
zdrowia jako braku choroby. Porządek opisów, które sporządziły dzieci
zdrowe ze zwykłych klas, jest dokładnie odwrotny. Jako trzecia kategoria,
i to aż u jednej trzeciej badanych dzieci, pojawia się brak oznak choroby,
a dopiero jako następne plasują się opisy odpowiedniej do wieku aktyw-
ności dnia codziennego.

Tabela 2

**Różnice w opisie cech zdrowego człowieka przez grupy dzieci zdrowych
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach, N = 268)**

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas integracyjnych (N = 158)		Dzieci zdrowe z klas zwykłych (N = 110)		Test χ^2			Korek- ta χ^2
		brak	jest	brak	jest	χ^2	df	p	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Jedzenie i picie	77,8	22,2	78,2	21,8	0,004	1	0,948	0
2.	Higiena	95,6	4,4	99,1	0,9	1,694	1	0,193	1
3.	Mycie zębów	98,1	1,9	100,0	—	0,745	1	0,388	1
4.	Ćwiczenia fizyczne	91,8	8,2	93,6	6,4	0,326	1	0,568	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	40,5	59,5	55,5	44,5	5,823	1	0,016	0
6.	Świeże powietrze, spacer	81,6	18,4	85,5	14,5	0,673	1	0,412	0
7.	Leki, witaminy	96,2	3,8	100,0	—	2,714	1	0,099	1
8.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	96,8	3,2	94,5	5,5	0,380	1	0,538	1
9.	Utrzymanie temperatury	96,8	3,2	99,1	0,9	0,653	1	0,419	1
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	99,4	0,6	97,3	2,7	0,772	1	0,379	1
11.	Odpoczynek	97,5	2,5	98,2	1,8	0,000	1	1,000	1
12.	Lekarz	99,4	0,6	100,0	0,0	0,000	1	1,000	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
14.	Praca, prace domowe	84,2	15,8	79,1	20,9	1,141	1	0,285	0

cd. tab. 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Brak objawów choroby	86,1	13,9	66,4	33,6	14,678	1	0,000	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	31,6	68,4	26,4	73,6	0,870	1	0,351	0
17.	Rozmawianie	98,7	1,3	96,4	3,6	0,758	1	0,384	1
18.	Śpiew	94,9	5,1	99,1	0,9	2,287	1	0,130	1
19.	Taniec	96,2	3,8	98,2	1,8	0,327	1	0,567	1
20.	Zabawa	82,3	17,7	77,3	22,7	1,024	1	0,312	0
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	96,8	3,2	98,2	1,8	0,084	1	0,771	1
22.	Nauka	89,2	10,8	82,7	17,3	2,366	1	0,124	0

Z tabeli 2. wynika, że istotne statystycznie różnice między grupami dotyczą dwóch kategorii cech: ruch, aktywność fizyczna, sport oraz brak objawów choroby. W zakresie pierwszej z wymienionych kategorii tabela 2. wskazuje, że dzieci zdrowe z klas integracyjnych znacznie częściej niż dzieci z klas zwykłych akcentowały potrzebę ruchu w opisie zdrowego człowieka, a jako sposób realizowania tej potrzeby podały uprawianie różnych sportów ($\chi^2 = 5,823$, $p = 0,016$). Druga istotna różnica dotyczy opisywania cech, które w żadnym wypadku osób zdrowych nie dotyczą. Różnica w proporcjach udzielonych na ten temat wypowiedzi w obu grupach sięga aż 20%. Dzieci ze zwykłych klas przywiązywały znacznie większą wagę do zdrowia rozumianego w kategoriach normy (braku oznak choroby) niż zdrowe dzieci z klas integracyjnych ($\chi^2 = 14,678$, $p = 0,000$).

Tabela 3. przedstawia charakterystyki zdrowego człowieka, które sporządziły dziewczynki z klas integracyjnych i zwykłych.

Jak wynika z tabeli 3., w opisach zdrowego człowieka obie grupy najczęściej wymieniały oznaki dobrego samopoczucia oraz aktywność fizyczną i sport. W tej ostatniej kategorii dziewczynki z klas integracyjnych podawały nieco więcej opisów na ten temat. W kolejnych kategoriach, które dziewczynki uznały za ważne, proporcje między grupami były zbliżone, odzwierciedlając przypisywaną zdrowemu człowiekowi aktywność w sprawach powszednich. Wyjątkiem okazały się opisy zdrowia jako braku choroby oraz możliwości korzystania z edukacji — dziewczynki z klas zwykłych wymieniały je znacznie częściej.

Tabela 3

Kategorie opisu cech zdrowego człowieka w grupach zdrowych dziewczyniek o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach)

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dziewczynki zdrowe z klas integracyjnych (N = 81)	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dziewczynki zdrowe z klas zwykłych (N = 60)
1.	Oznaki dobrego samopoczucia	72,8	Oznaki dobrego samopoczucia	75,0
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	56,8	Ruch, aktywność fizyczna, sport	46,7
3.	Jedzenie i picie	27,2	Brak objawów choroby	33,3
4.	Świeże powietrze, spacer	23,5	Zabawa	26,7
5.	Praca, prace domowe	19,8	Jedzenie i picie	23,3
6.	Zabawa	19,8	Nauka	20,0
7.	Ćwiczenia fizyczne	11,1	Świeże powietrze, spacer	18,3
8.	Brak objawów choroby	8,6	Praca, prace domowe	18,3
9.	Nauka	7,4	Ćwiczenia fizyczne	5,0
10.	Higiena	6,2	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	5,0
11.	Leki, witaminy	6,2	Rozmawianie	5,0
12.	Śpiew	4,9	Instrukcje, zakazy, nakazy	3,3
13.	Taniec	4,9	Taniec	3,3
14.	Odpoczynek	3,7	Utrzymywanie temperatury	1,7
15.	Korzystanie z PC i oglądanie TV	3,7	Odpoczynek	1,7
16.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	2,5	Śpiew	1,7
17.	Utrzymanie temperatury	2,5	Higiena	0,0
18.	Rozmawianie	2,5	Mycie zębów	0,0
19.	Instrukcje, zakazy, nakazy	1,2	Leki, witaminy	0,0
20.	Lekarz	1,2	Lekarz	0,0
21.	Mycie zębów	0,0	Dentysta	0,0
22.	Dentysta	0,0	Korzystanie z PC i oglądanie TV	0,0

Tabela 4

Różnice w opisie cech zdrowego człowieka przez grupy zdrowych dziewczynek o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach, N = 141)

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Dziewczynki zdrowe z klas integracyjnych (N = 81)		Dziewczynki zdrowe z klas zwykłych (N = 60)		Test chi ²			Korekta chi ²
		brak	jest	brak	jest	chi ²	df	p	
1.	Jedzenie i picie	72,8	27,2	76,7	23,3	0,266	1	0,606	0
2.	Higiena	93,8	6,2	100,0	0,0	2,247	1	0,134	1
3.	Mycie zębów	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
4.	Ćwiczenia fizyczne	88,9	11,1	95,0	5,0	1,653	1	0,199	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	43,2	56,8	53,3	46,7	1,416	1	0,234	0
6.	Świeże powietrze, spacer	76,5	23,5	81,7	18,3	0,540	1	0,462	0
7.	Leki, witaminy	93,8	6,2	100,0	0,0	2,247	1	0,134	1
8.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	97,5	2,5	95,0	5,0	0,118	1	0,732	1
9.	Utrzymanie temperatury	97,5	2,5	98,3	1,7	0,000	1	1,000	1
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	98,8	1,2	96,7	3,3	0,070	1	0,792	1
11.	Odpoczynek	96,3	3,7	98,3	1,7	0,043	1	0,836	1
12.	Lekarz	98,8	1,2	100,0	0,0	0,000	1	1,000	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
14.	Praca, prace domowe	80,2	19,8	81,7	18,3	0,045	1	0,832	0
15.	Brak objawów choroby	91,4	8,6	66,7	33,3	13,573	1	0,000	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	27,2	72,8	25,0	75,0	0,083	1	0,773	0
17.	Rozmawianie	97,5	2,5	95,0	5,0	0,118	1	0,732	1
18.	Śpiew	95,1	4,9	98,3	1,7	0,334	1	0,563	1
19.	Taniec	95,1	4,9	96,7	3,3	0,002	1	0,964	1
20.	Zabawa	80,2	19,8	73,3	26,7	0,939	1	0,333	0
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	96,3	3,7	100,0	0,0	0,840	1	0,359	1
22.	Nauka	92,6	7,4	80,0	20,0	4,908	1	0,027	0

Tabela 4. ukazuje, że między dziewczynkami z odmiennych typów klas pojawiły się znaczące statystycznie różnice w charakteryzowaniu zdrowego człowieka. Aż jedna trzecia dziewczynek (33,3%) z klas zwykłych opisała wygląd i zachowanie osoby zdrowej w kategoriach normy lub, inaczej mówiąc, precyzowała, jak zdrowa osoba nie wygląda. W porównaniu z dziewczynkami z klas integracyjnych (niecałe 9%) różnica okazała się znacząca ($\chi^2 = 13,573$, $p = 0,000$). Również ta sama grupa dziewczynek częściej łączyła zdrowie z możliwością kształcenia się niż dziewczynki z klas integracyjnych ($\chi^2 = 4,908$, $p = 0,027$).

Podobnie porównano grupy chłopców różniących się doświadczeniem edukacyjnym. W tabeli 5. zestawiono procenty udzielonych wypowiedzi chłopców z klas integracyjnych i zwykłych, dotyczące każdej z kategorii, natomiast w tabeli 6. pokazano statystycznie istotne różnice między obydwooma grupami chłopców.

Tabela 5

**Kategorie opisu cech zdrowego człowieka w grupach zdrowych chłopców
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym
(w procentach)**

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas integracyjnych (N = 77)	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas zwykłych (N = 50)
1	2	3	4	5
1.	Oznaki dobrego samopoczucia	63,6	Oznaki dobrego samopoczucia	72,0
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	62,3	Ruch, aktywność fizyczna, sport	42,0
3.	Brak objawów choroby	19,5	Brak objawów choroby	34,0
4.	Jedzenie i picie	16,9	Praca, prace domowe	24,0
5.	Zabawa	15,6	Jedzenie i picie	20,0
6.	Nauka	14,3	Zabawa	18,0
7.	Świeże powietrze, spacer	13,0	Nauka	14,0
8.	Praca, prace domowe	11,7	Świeże powietrze, spacer	10,0
9.	Ćwiczenia fizyczne	5,2	Ćwiczenia fizyczne	8,0
10.	Śpiew	5,2	Nie używanie alkoholu, papierosów, narkotyków	6,0
11.	Mycie zębów	3,9	Korzystanie z PC i oglądanie TV	4,0

cd. tab. 5

1	2	3	4	5
12.	Nie używanie alkoholu, papierosów, narkotyków	3,9	Higiena	2,0
13.	Utrzymanie temperatury	3,9	Instrukcje, zakazy, nakazy	2,0
14.	Higiena	2,6	Odpoczynek	2,0
15.	Taniec	2,6	Rozmawianie	2,0
16.	Korzystanie z PC i oglądanie TV	2,6	Mycie zębów	0,0
17.	Leki, witaminy	1,3	Leki, witaminy	0,0
18.	Odpoczynek	1,3	Utrzymanie temperatury	0,0
19.	Instrukcje, zakazy, nakazy	0,0	Lekarz	0,0
20.	Lekarz	0,0	Dentysta	0,0
21.	Dentysta	0,0	Śpiew	0,0
22.	Rozmawianie	0,0	Taniec	0,0

Z tabeli 5. wynika, że w zależności od doświadczenia rówieśniczego badani chłopcy opisywali zdrowego człowieka w nieco inny sposób. Obie grupy za najważniejsze w swych charakterystykach uznały dobre samopoczucie, ruch oraz brak objawów choroby, jednakże proporcje wypowiedzi wskazują na ciekawe rozbieżności. Dla chłopców z klas zwykłych ważniejsze były — brak choroby oraz dobre samopoczucie, a dla zdrowych chłopców z klas integracyjnych — aktywność fizyczna i czerpanie z niej zadowolenia. W pozostałych kategoriach wypowiedzi rozłożyły się podobnie.

Wyniki tabeli 5. potwierdzają dane z tabeli 6.

Chłopcy z klas integracyjnych częściej niż chłopcy z klas zwykłych wymieniali, opisując zdrowego człowieka, wiele form aktywności ruchowej ($\chi^2 = 5,053$, $p = 0,025$). Chłopcy z klas zwykłych natomiast częściej przedstawiali zdrowego człowieka w kategoriach normy lub braku choroby, a także wymieniając cechy i zachowania świadczące o dobrym samopoczuciu. Różnice te nie są wprawdzie istotne statystycznie, można jednak mówić o pewnej tendencji do ujmowania zdrowia w kategoriach normy ($\chi^2 = 3,391$, $p = 0,066$).

W tabeli 7. Zestawiono (w procentach) udzielone wypowiedzi na temat sposobów dbania o własne zdrowie w porządku malejącym, osobno dla grupy dzieci zdrowych z klas integracyjnych oraz dla grupy dzieci z klas zwykłych.

Tabela 6

Różnice w opisie cech zdrowego człowieka przez grupy zdrowych chłopców o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach, N = 127)

Lp.	Zdrowy człowiek — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas integracyjnych (N = 77)		Zdrowi chłopcy z klas zwykłych (N = 50)		Test chi ²			Korekta chi ²
		brak	jest	brak	jest	chi ²	df	p	
1.	Jedzenie i picie	83,1	16,9	80,0	20,0	0,199	1	0,656	0
2.	Higiena	97,4	2,6	98,0	2,0	0,000	1	1,000	1
3.	Mycie zębów	96,1	3,9	100,0	0,0	0,663	1	0,415	1
4.	Ćwiczenia fizyczne	94,8	5,2	92,0	8,0	0,069	1	0,793	1
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	37,7	62,3	58,0	42,0	5,053	1	0,025	0
6.	Świeże powietrze, spacer	87,0	13,0	90,0	10,0	0,260	1	0,610	0
7.	Leki, witaminy	98,7	1,3	100,0	0,0	0,000	1	1,000	1
8.	Nieużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków	96,1	3,9	94,0	6,0	0,014	1	0,906	1
9.	Utrzymanie temperatury	96,1	3,9	100,0	0,0	0,663	1	0,415	1
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	100,0	0,0	98,0	2,0	0,048	1	0,827	1
11.	Odpoczynek	98,7	1,3	98,0	2,0	0,000	1	1,000	1
12.	Lekarz	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
14.	Praca, prace domowe	88,3	11,7	76,0	24,0	3,329	1	0,068	0
15.	Brak objawów choroby	80,5	19,5	66,0	34,0	3,391	1	0,066	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	36,4	63,6	28,0	72,0	0,958	1	0,328	0
17.	Rozmawianie	100,0	0,0	98,0	2,0	0,048	1	0,827	1
18.	Śpiew	94,8	5,2	100,0	0,0	1,249	1	0,264	1
19.	Taniec	97,4	2,6	100,0	0,0	0,176	1	0,675	1
20.	Zabawa	84,4	15,6	82,0	18,0	0,128	1	0,720	0
21.	Korzystanie z PC i oglądanie TV	97,4	2,6	96,0	4,0	0,000	1	1,000	1
22.	Nauka	85,7	14,3	86,0	14,0	0,002	1	0,964	0

Tabela 7

**Sposoby dbania o własne zdrowie, wymienione w grupach dzieci zdrowych
z klas integracyjnych i zwykłych
(w procentach)**

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas integra- cyjnych	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas zwykłych
1.	Jedzenie i picie	59,5	Jedzenie i picie	60,0
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	39,9	Ruch, aktywność fizyczna, sport	40,9
3.	Świeże powietrze, spacer	17,7	Świeże powietrze, spacer	22,7
4.	Leki, witaminy	17,7	Oznaki dobrego samopoczucia	16,4
5.	Ćwiczenia fizyczne	16,5	Utrzymanie temperatury	14,5
6.	Utrzymanie temperatury	12,0	Mycie zębów	12,7
7.	Higiena	10,8	Ćwiczenie fizyczne	12,7
8.	Mycie zębów	10,1	Higiena	11,8
9.	Oznaki dobrego samopoczucia	10,1	Leki, witaminy	11,8
10.	Zabawa	7,0	Instrukcje, zakazy, nakazy	7,3
11.	Instrukcje, zakazy, nakazy	6,3	Nauka	6,4
12.	Odpoczynek	5,7	Odpoczynek	5,5
13.	Lekarz	4,4	Zabawa	4,5
14.	Nauka	3,2	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	4,5
15.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	2,5	Lekarz	3,6
16.	Dentysta	0,0	Dentysta	0,0

Według danych z tabeli 7. proporcje wypowiedzi udzielanych w obu grupach są bardzo wyrównane, a zatem dzieci z klas integracyjnych i dzieci z klas zwykłych podały podobne sposoby pielęgnowania własnego zdrowia. Nieco więcej dzieci z klas zwykłych przykładało wagę do dobrego samopoczucia, dla dzieci z klas integracyjnych nieco ważniejsze były regularna gimnastyka oraz przyjmowanie witamin i leków.

Tabela 8. przedstawia proporcje podawanych przez dzieci kategorii opisu cech zdrowego człowieka, uwzględniając podział dzieci na grupy różniące się doświadczeniem rówieśniczym, oraz obliczone wartości testu χ^2 .

Jak wynika z tabeli, między zdrowymi dziećmi z klas integracyjnych oraz klas zwykłych nie było istotnych statystycznie różnic w zakresie podawanych przez nich sposobów dbania o własne zdrowie.

Tabela 8

**Różnice w opisie sposobów dbania o zdrowie,
wymienionych przez grupę dzieci zdrowych z klas integracyjnych i zwykłych
(w procentach, N = 268)**

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Dzieci zdrowe z klas integracyjnych (N = 158)		Dzieci zdrowe z klas zwykłych (N = 110)		Test chi ²			Korek- ta chi ²
		brak	jest	brak	jest	chi ²	df	p	
1.	Jedzenie i picie	40,5	59,5	40,0	60,0	0,007	1	0,934	0
2.	Higiena	89,2	10,8	88,2	11,8	0,073	1	0,787	0
3.	Mycie zębów	89,9	10,1	87,3	12,7	0,441	1	0,507	0
4.	Ćwiczenia fizyczne	83,5	16,5	87,3	12,7	0,710	1	0,399	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	60,1	39,9	59,1	40,9	0,029	1	0,865	0
6.	Świeże powietrze, spacer	82,3	17,7	77,3	22,7	1,024	1	0,312	0
7.	Leki, witaminy	82,3	17,7	88,2	11,8	1,744	1	0,187	0
9.	Utrzymanie temperatury	88,0	12,0	85,5	14,5	0,363	1	0,547	0
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	93,7	6,3	92,7	7,3	0,092	1	0,761	0
11.	Odpoczynek	94,3	5,7	94,5	5,5	0,007	1	0,933	0
12.	Lekarz	95,6	4,4	96,4	3,6	0,000	1	0,993	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	89,9	10,1	83,6	16,4	2,277	1	0,131	0
20.	Zabawa	93,0	7,0	95,5	4,5	0,675	1	0,411	0
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądanie TV	97,5	2,5	95,5	4,5	0,309	1	0,579	1
22.	Nauka	96,8	3,2	93,6	6,4	0,894	1	0,344	1

Rodzaje starań na rzecz utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej, które wymienili zdrowe dziewczynki z klas integracyjnych i zwykłych, przedstawia tabela 9.

Tabela 9

**Kategorie opisu sposobów dbania o własne zdrowie
w grupach zdrowych dziewczynki z klas integracyjnych i zwykłych
(w procentach)**

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowe dziewczynki z klas integracyjnych	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowe dziewczynki z klas zwykłych
1.	Jedzenie i picie	61,7	Jedzenie i picie	63,3
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	40,7	Ruch, aktywność fizyczna, sport	35,0
3.	Świeże powietrze, spacer	19,8	Świeże powietrze, spacer	31,7
4.	Ćwiczenia fizyczne	17,3	Higiena	18,3
5.	Leki, witaminy	17,3	Oznaki dobrego samopoczucia	18,3
6.	Utrzymanie temperatury	16,0	Ćwiczenia fizyczne	15,0
7.	Oznaki dobrego samopoczucia	12,3	Utrzymanie temperatury	15,0
8.	Higiena	7,4	Mycie zębów	11,7
9.	Odpoczynek	7,4	Leki, witaminy	11,7
10.	Lekarz	7,4	Nauka	11,7
11.	Zabawa	7,4	Instrukcje, zakazy, nakazy	8,3
12.	Mycie zębów	6,2	Zabawa	6,7
13.	Instrukcje, zakazy, nakazy	4,9	Odpoczynek	5,0
14.	Nauka	4,9	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	3,3
15.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	1,2	Lekarz	1,7
16.	Dentysta	0,0	Dentysta	0,0

Dane z tabeli 9. świadczą, że dziewczynki z obu klas wymieniły podobne sposoby troski o zdrowie. Dziewczynki z klas zwykłych nieco większą wagę przywiązały do zabiegów higienicznych oraz do przebywania na świeżym powietrzu i utrzymywania dobrego nastroju. Dziewczynki z klas integracyjnych przypisały większe znaczenie przyjmowaniu leków i witamin oraz korzystaniu z porad lekarskich.

Tabela 10

Różnice w opisie sposobów dbania o własne zdrowie, wymienionych przez zdrowe dziewczynki o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach, N = 141)

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowe dziewczynki z klas integracyjnych (N = 81)		Zdrowe dziewczynki z klas zwykłych (N = 60)		Test chi ²			Korekta chi ²
		brak	jest	brak	jest	chi ²	df	p	
1.	Jedzenie i picie	38,3	61,7	36,7	63,3	0,038	1	0,846	0
2.	Higiena	92,6	7,4	81,7	18,3	3,881	1	0,049	0
3.	Mycie zębów	93,8	6,2	88,3	11,7	1,336	1	0,248	0
4.	Ćwiczenia fizyczne	82,7	17,3	85,0	15,0	0,132	1	0,717	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	59,3	40,7	65,0	35,0	0,481	1	0,488	0
6.	Świeże powietrze, spacer	80,2	19,8	68,3	31,7	2,622	1	0,105	0
7.	Leki, witaminy	82,7	17,3	88,3	11,7	0,858	1	0,354	0
9.	Utrzymanie temperatury	84,0	16,0	85,0	15,0	0,029	1	0,865	0
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	95,1	4,9	91,7	8,3	0,218	1	0,641	1
11.	Odpoczynek	92,6	7,4	95,0	5,0	0,053	1	0,818	1
12.	Lekarz	92,6	7,4	98,3	1,7	1,345	1	0,246	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	87,7	12,3	81,7	18,3	0,975	1	0,323	0
20.	Zabawa	92,6	7,4	93,3	6,7	0,000	1	1,000	1
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądanie TV	98,8	1,2	96,7	3,3	0,070	1	0,792	1
22.	Nauka	95,1	4,9	88,3	11,7	1,335	1	0,248	1

Tabela 10. potwierdza wcześniejsze przypuszczenia — w zakresie zabiegów związanych z higieną ciała między dziewczynkami z klas integracyjnych i zwykłych zaznaczyła się istotna statystycznie różnica ($\chi^2 = 3,881$, $p = 0,049$). Znacznie bardziej przekonane o wpływie higieny na stan zdrowia były dziewczynki z klas zwykłych. W odniesieniu do pozostałych kategorii sposobów troski o własne zdrowie, które wymieniły zdrowe dziewczynki, występujące różnice nie okazały się statystycznie istotne.

Tabela 11. ukazuje częstotliwość wypowiedzi zdrowych chłopców o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym na temat zachowań służących zdrowiu.

Tabela 11

Wypowiedzi zdrowych chłopców o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym na temat sposobów dbania o własne zdrowie (w procentach)

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas integracyj- nych	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas zwykłych
1.	Jedzenie i picie	57,1	Jedzenie i picie	56,0
2.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	39,0	Ruch, aktywność fizyczna, sport	48,0
3.	Leki, witaminy	18,2	Mycie zębów	14,0
4.	Ćwiczenia fizyczne	15,6	Utrzymanie temperatury	14,0
5.	Świeże powietrze, spacer	15,6	Oznaki dobrego samopoczucia	14,0
6.	Higiena	14,3	Świeże powietrze, spacer	12,0
7.	Mycie zębów	14,3	Leki, witaminy	12,0
8.	Utrzymanie temperatury	7,8	Ćwiczenia fizyczne	10,0
9.	Instrukcje, zakazy, nakazy	7,8	Instrukcje, zakazy, nakazy	6,0
10.	Oznaki dobrego samopoczucia	7,8	Odpoczynek	6,0
11.	Zabawa	6,5	Lekarz	6,0
12.	Odpoczynek	3,9	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	6,0
13.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	3,9	Higiena	4,0
14.	Lekarz	1,3	Zabawa	2,0
15.	Nauka	1,3	Dentysta	0,0
16.	Dentysta	57,1	Nauka	0,0

Według tabeli 11. zdrowi chłopcy z klas integracyjnych nieco częściej niż chłopcy z klas zwykłych podawali wykonywanie zabiegów higienicznych, uprawianie ćwiczeń fizycznych oraz przyjmowanie lekarstw i witamin. Chłopcy z klas zwykłych częściej z kolei wymieniali ruch oraz dbałość o utrzymanie odpowiedniej temperatury ciała, a także starania o zachowanie dobrego samopoczucia. Z tabeli 12. wynika natomiast, że

różnice nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej, można mówić jedynie o pewnej tendencji do przypisywania zabiegom higienicznym większej wagi przez chłopców z klas integracyjnych ($\chi^2 = 3,490$, $p = 0,062$).

Tabela 12

Różnice w opisie sposobów dbania o własne zdrowie, wymienionych przez zdrowych chłopców o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym (w procentach, N = 127)

Lp.	Moje zdrowie — kategorie opisowe	Zdrowi chłopcy z klas integracyjnych (N = 77)		Zdrowi chłopcy z klas zwykłych (N = 50)		Test χ^2			Korek- ta χ^2
		brak	jest	brak	jest	χ^2	df	p	
1.	Jedzenie i picie	42,9	57,1	44,0	56,0	0,016	1	0,899	0
2.	Higiena	85,7	14,3	96,0	4,0	3,490	1	0,062	0
3.	Mycie zębów	85,7	14,3	86,0	14,0	0,002	1	0,964	0
4.	Ćwiczenia fizyczne	84,4	15,6	90,0	10,0	0,815	1	0,367	0
5.	Ruch, aktywność fizyczna, sport	61,0	39,0	52,0	48,0	1,013	1	0,314	0
6.	Świeże powietrze, spacer	84,4	15,6	88,0	12,0	0,320	1	0,571	0
7.	Leki, witaminy	81,8	18,2	88,0	12,0	0,873	1	0,350	0
9.	Utrzymanie temperatury	92,2	7,8	86,0	14,0	1,271	1	0,259	0
10.	Instrukcje, zakazy, nakazy	92,2	7,8	94,0	6,0	0,001	1	0,976	1
11.	Odpoczynek	96,1	3,9	94,0	6,0	0,014	1	0,906	1
12.	Lekarz	98,7	1,3	94,0	6,0	0,926	1	0,336	1
13.	Dentysta	100,0	0,0	100,0	0,0	—	—	—	0
16.	Oznaki dobrego samopoczucia	92,2	7,8	86,0	14,0	1,271	1	0,259	0
20.	Zabawa	93,5	6,5	98,0	2,0	0,545	1	0,460	1
21.	Umiar w korzystaniu z PC i oglądaniu TV	96,1	3,9	94,0	6,0	0,014	1	0,906	1
22.	Nauka	98,7	1,3	100,0	0,0	0,000	1	1,000	1

W tabeli 13. zestawiono średnie wszystkich wypowiedzi dzieci z klas integracyjnych i zwykłych w każdej z czterech kategorii zasobów zdrowia. Tabela 14. przedstawia wyniki testu istotności różnic między średnimi z grupy zdrowych dzieci z klas integracyjnych i klas zwykłych.

Tabela 13

**Kategorie zasobów zdrowia — zestawienie średnich
z wypowiedzi grup dzieci
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym**

Kategorie zasobów zdrowia	Dzieci zdrowe z klas	N	Średnia	Odchylenie standardowe
Zasoby edukacyjne	integracyjnych	158	11,91	2,33
	zwykłych	110	12,28	2,14
Zasoby informacyjne	integracyjnych	158	13,55	1,71
	zwykłych	110	13,47	1,37
Zasoby interpersonalne	integracyjnych	158	8,90	2,89
	zwykłych	110	9,45	3,05
Zasoby intrapersonalne	integracyjnych	158	9,67	3,25
	zwykłych	110	10,15	2,87

Tabela 14

**Kategorie zasobów zdrowia a doświadczenie rówieśnicze
(test dla prób niezależnych)**

Kategorie zasobów zdrowia	Założenie o równości wariancji	Test t równości średnich		
		t	df	istotność (dwustronna)
Zasoby edukacyjne	założenie równości	-1,324	266	0,187
	niezałożenie równości	-1,344	246,714	0,180
Zasoby informacyjne	założenie równości	0,398	266	0,691
	niezałożenie równości	0,413	260,414	0,680
Zasoby interpersonalne	założenie równości	-1,514	266	0,131
	niezałożenie równości	-1,499	226,550	0,135
Zasoby intrapersonalne	założenie równości	-1,231	266	0,219
	niezałożenie równości	-1,259	251,432	0,209

Tabela 14. pokazuje, że między porównywanymi grupami nie było żadnej istotnej statystycznie różnicy w zakresie spostrzeganej ważności czterech wybranych zasobów zdrowia. Można zatem stwierdzić, że dzieci zdrowe z obydwu grup w zbliżony sposób oceniały ważność wskazanych zasobów zdrowia.

W tabeli 15. zestawiono średnie wszystkich odpowiedzi, które udzieliła grupa dziewczynek z klas integracyjnych i z klas zwykłych, na temat każdej z czterech kategorii zasobów zdrowia. Tabela 16. przedstawia wyniki testu istotności różnic między średnimi z grupy zdrowych dziewczynek z klas integracyjnych i z klas zwykłych.

Tabela 15

**Kategorie zasobów zdrowia — zestawienie średnich,
uzyskanych w grupie dziewczynek
o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym**

Kategorie zasobów zdrowia	Grupa zdrowych dziewczynek z klas	N	Średnia	Odchylenie standardowe
Zasoby edukacyjne	integracyjnych	81	11,89	2,10
	zwykłych	60	12,30	2,07
Zasoby informacyjne	integracyjnych	81	13,78	1,52
	zwykłych	60	13,63	1,41
Zasoby interpersonalne	integracyjnych	81	8,69	2,73
	zwykłych	60	9,68	3,11
Zasoby intrapersonalne	integracyjnych	81	10,00	3,37
	zwykłych	60	10,10	3,05

Tabela 16

**Kategorie zasobów zdrowia a doświadczenie rówieśnicze dziewczynek
(test dla prób niezależnych)**

Kategorie zasobów zdrowia	Założenie o równości wariancji	Test t równości średnich		
		t	df	istotność (dwustronna)
Zasoby edukacyjne	założenie równości	-1,157	139	0,249
	niezałożenie równości	-1,160	128,220	0,248
Zasoby informacyjne	założenie równości	0,573	139	0,567
	niezałożenie równości	0,580	132,129	0,563
Zasoby interpersonalne	założenie równości	-2,012	139	0,046
	niezałożenie równości	-1,974	117,426	0,051
Zasoby intrapersonalne	założenie równości	-0,181	139	0,856
	niezałożenie równości	-0,184	133,575	0,854

Z tabeli 16. wynika, że w zakresie spostrzeganej ważności zasobów zdrowia dziewczynki z klas zwykłych przykładały większą wagę do zasobów interpersonalnych niż zdrowe dziewczynki z klas integracyjnych ($t = -2,012$, $df = 139$, $p = 0,045$). W odniesieniu do pozostałych kategorii zasobów zdrowia różnice między dziewczynkami z różnych klas nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 17. zestawiono średnie wszystkich odpowiedzi, które udzieliła grupa zdrowych chłopców z klas integracyjnych i klas zwykłych, w zakresie czterech kategorii zasobów zdrowia. Tabela 18. przedstawia wyniki

testu istotności różnic między średnimi, uzyskanymi w grupie zdrowych chłopców z klas integracyjnych i z klas zwykłych.

Tabela 17

Kategorie zasobów zdrowia — zestawienie średnich, uzyskanych w grupie chłopców o odmiennym doświadczeniu rówieśniczym

Kategorie zasobów zdrowia	Grupa zdrowych chłopców z klas	N	Średnia	Odchylenie standardowe
Zasoby edukacyjne	integracyjnych	77	11,94	2,57
	zwykłych	50	12,26	2,24
Zasoby informacyjne	integracyjnych	77	13,31	1,86
	zwykłych	50	13,28	1,31
Zasoby interpersonalne	integracyjnych	77	9,12	3,06
	zwykłych	50	9,18	2,99
Zasoby intrapersonalne	integracyjnych	77	9,32	3,11
	zwykłych	50	10,20	2,68

Tabela 18

Kategorie zasobów zdrowia a doświadczenie rówieśnicze chłopców (test dla prób niezależnych)

Kategorie zasobów zdrowia	Założenie o równości wariancji	Test t równości średnich		
		t	df	istotność (dwustronna)
Zasoby edukacyjne	założenie równości	-0,732	125	0,465
	niezałożenie równości	-0,754	114,538	0,453
Zasoby informacyjne	założenie równości	0,105	125	0,917
	niezałożenie równości	0,113	124,106	0,911
Zasoby interpersonalne	założenie równości	-0,115	125	0,909
	niezałożenie równości	-0,115	106,512	0,908
Zasoby intrapersonalne	założenie równości	-1,634	125	0,105
	niezałożenie równości	-1,687	115,300	0,094

Dane z tabeli 18. świadczą, że między zdrowymi chłopcami z dwóch różnych klas nie ma istotnych statystycznie różnic, gdy chodzi o postrzeganą ważność wskazanych zasobów zdrowia.

Otrzymane w badaniach własnych wyniki okazały się niezwykle ciekawe. Zebrane od dzieci wypowiedzi stanowią unikalne odzwierciedlenie dziecięcej epistemologii związanej z pojęciem zdrowia. Podstawę prezentowanych badań stanowi założenie, że wiedza o otaczającej rzeczy-

wistości kształtuje się i zmienia w wyniku przetwarzania napływających z różnych źródeł doświadczeń. Doświadczenia związane ze zdrowiem i z chorobą wpisane są w ludzki los od pierwszych chwil po narodzeniu. Konstruowana w początkowych latach życia wiedza na temat zdrowia podlega głównie wpływom najbliższych dziecku środowisk, a w decydującej mierze wpływom rodziny. W świetle tego faktu jest bardzo interesujące, że — mimo silnych oddziaływań rodzinnych — wśród dzieci zdrowych o odmiennym i bardzo specyficznym doświadczeniu rówieśniczym zaznaczają się jednak pewne znaczące zmiany w patrzeniu na istotę zdrowia. Wspomniane różnice dotyczą treści, których jedynym autorem jest samo dziecko, w sposób podmiotowy ujmujące zjawiska.

Wypowiedzi dzieci, opisujące charakterystyczne cechy zdrowego człowieka, skupiały się najczęściej na cechach towarzyszących zdrowiu: dobrym samopoczuciu, aktywności ruchowej i zadaniowej, lub na nieobecnych oznakach choroby. W opinii dzieci zdrowy człowiek czuje się dobrze, jest zadowolony i szczęśliwy, fizycznie nic mu nie dolega i dlatego może być aktywny w różnych sferach życia — w szkole, w pracy i w czasie wolnym (sport, spacer, zabawa). Aktywność zdrowego człowieka wyraża się też w sposobach dbania o siebie i o własne zdrowie. Badane dzieci wskazywały na wspomniany już ruch — sporty, spacer, ćwiczenia fizyczne, oraz zdrowy styl odżywiania się. O wiele rzadziej pojawiały się natomiast wypowiedzi mówiące o tym, że zdrowa osoba powinna przestrzegać zasad higieny, dbać o utrzymanie odpowiedniej ciepłoty ciała i wzmacniać organizm, przyjmując witaminy. Zaskakujący okazał się fakt, że w dziecięcych wypowiedziach zabrakło profilaktycznych wizyt u lekarza i stomatologa.

W badaniach pytano dzieci o pewne zasoby oraz o ważność tych grup zasobów dla zdrowia. Jeśli chodzi o zasoby edukacyjne i informacyjne, okazało się, że dzieci dostrzegają potrzebę zdobywania wiedzy, dzięki której można aktywnie i efektywnie wpływać na swoje zdrowie, a sam proces zdobywania nowej wiedzy utożsamiają z przyjemnymi doznaniem. Zdania dzieci co do stopnia ważności zasobów interpersonalnych i intrapersonalnych były podzielone, jednak w wypadku możliwości uzyskania wsparcia rówieśniczego większość z nich oceniła je jako bardzo ważne dla zdrowia. Za ważne dla zdrowia dzieci uznały takie cechy osobowe, jak wiara we własne siły i gotowość niesienia wsparcia innym.

W podawanych przez badane dzieci sposobach dbania o zdrowie przeważała wprawdzie troska o ciało, lecz część badanych dzieci dostrzegła związek między zdrowiem i dbałością o dobre samopoczucie w sensie psychicznym. To ważny wniosek, zwłaszcza jeśli się porówna wyniki innych badań nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci w podobnym wieku, w których wspomniana kategoria w ogóle nie występuje.

Podsumowując zatem rozważania nad komponentami koncepcji zdrowia, jaką mają dzieci w okresie średniego dzieciństwa, wyłania się złożony, a przy tym dość spójny obraz zdrowia, odpowiadający treściowo opisanemu w literaturze holistyczno-funkcjonalnemu modelowi zdrowia (por. np. Sęk, 1997). Obraz ten nawiązuje jednocześnie do dwóch z trzech kategorii subiektywnych koncepcji zdrowia podawanych przez Herzlich, dzieci bowiem opisują zdrowie jako ważny potencjał, a także jako współgranie ciała i umysłu oraz człowieka i otoczenia. Opisy dzieci wskazują ponadto na podmiotową perspektywę w porządkowaniu informacji dotyczących zdrowia. Potrafią one wskazać istotne, z ich punktu widzenia, wymiary funkcjonowania człowieka, czyli wymiar intrapersonalny i interpersonalny, które dostępne są przez zdrowie i dzięki zdrowiu.

Zdrowie w wymiarze intrapersonalnym większość dzieci utożsamia przede wszystkim z dobrym samopoczuciem, przeżywaniem pozytywnych emocji, energią do działania oraz wiarą we własne możliwości. Sposób pojmowania zdrowia przekłada się na zachowania i działania podejmowane w celu zadbania o siebie i swe zdrowie. Wachlarz dziecięcych starań o zdrowie obejmuje nie tylko wszelkie przejawy troski o ciało, ale i dbanie o zachowanie dobrego samopoczucia, opisywanego jako pogodne nastawienie do życia, podchodzenie do wielu spraw z humorem.

W odniesieniu do wymiaru interpersonalnego dzieci wskazują właściwie wszystkie najważniejsze obszary, w których człowiek zdrowy może być aktywnym sprawcą zdarzeń — aktywność zabawową, edukacyjną, zawodową oraz aktywność związaną z prowadzeniem domu rodzinnego. Dzieci dostrzegają też związki między omawianymi wymiarami, na przykład w zakresie wsparcia rówieśniczego własna inicjatywa przejawia się w pomaganiu innym, można też na taką pomoc liczyć.

Wspomniane wnioski nie oznaczają jednak, że w wypowiedziach dzieci nie pojawiały się w ogóle treści odpowiadające biomedycznemu podejściu w wyjaśnianiu zdrowia. Kategoria obejmująca opisy zdrowia jako braku oznak choroby stanowi integralną część dziecięcych wypowiedzi. W wypowiedziach tych występowały opisy zarówno objawów i dolegliwości związanych z niegroźnymi infekcjami (katar, kaszel, wysypka), jak i opisy odnoszące się do zdrowia jako normy (normalny wygląd, zdrowe ciało, dobra forma). Nawiązując do nakreślonego wcześniej holistycznego ujmowania przez dzieci zdrowia, włączenie do jego opisów także towarzyszących człowiekowi dolegliwości można traktować jako oswojenie się dzieci z przeciwnym krańcem zdrowia i uświadomienie sobie jego kruchości.

Zdrowi uczniowie z klas integracyjnych spotykają się na co dzień z chorobą innych dzieci, postawiono im zatem pytanie, czy takie kontakty mogą w jakiś sposób zmienić ich koncepcję zdrowia. Wyniki badań własnych

potwierdzają, że pytanie to zostało słusznie zadane. Grupy dzieci o odmiennych doświadczeniach rówieśniczych rzeczywiście różnie ujmowały zdrowie. Różnice zaznaczają się także w koncepcjach zdrowia, jakie mieli chłopcy i dziewczynki.

Opisując charakterystyczne cechy osoby zdrowej, dzieci z klas tradycyjnych częściej niż dzieci zdrowe z klas integracyjnych wspominały o braku dolegliwości fizycznych. Odwoływanie się do medycznych kryteriów opisu zdrowia stanowi w tym wypadku wyraźne odniesienie do biomedycznego modelu zdrowia czy też do wymienianej przez Herzlich subiektywnej kategorii zdrowia — „zdrowia w próżni” (por. Sęk i in., 1992; Sęk, 1997). Jak donoszą Schmidt i Fröhling (2000), nawiązywanie w opisach zdrowia do jego negatywnej definicji (zdrowie jako brak chorób i niesprawności) stanowi najczęstszy sposób opisywania zdrowia przez dzieci, niezależnie od wieku (autorzy badali dzieci między 5. a 16. rokiem życia); można więc sposób ten nazwać charakterystycznym dla okresu dzieciństwa. Oprócz wspomnianej definicji negatywnej autorzy podają również dwie inne kategorie definiowania zdrowia przez dzieci: dobre samopoczucie połączone z energią oraz pełne funkcjonowanie w różnych sferach życia. Wyniki badań własnych korespondują częściowo z wynikami, które prezentują Schmidt i Fröhling. Niezależnie bowiem od rodzaju doświadczenia rówieśniczego, jako najważniejsze kategorie opisu dzieci wymieniały oznaki dobrego samopoczucia oraz ruch, aktywność fizyczną, sport. Dzieci z klas tradycyjnych kategorię „brak objawów choroby” umieściły jednak na trzecim miejscu, podczas gdy dzieci zdrowe z klas integracyjnych dopiero na miejscu siódmym, wśród innych kategorii, odzwierciedlających różne formy aktywności w życiu codziennym. Wydaje się zatem, że dzieci zdrowe z klas integracyjnych częściej odwołują się do wewnętrznych kryteriów, a rzadziej łączą zdrowie z brakiem choroby. Można przypuszczać, że to właśnie spotkanie z chorym rówieśnikiem przyczyniło się do zweryfikowania kryteriów opisu zdrowia, jakie mają dzieci zdrowe z klas integracyjnych, i do lokowania opisów zdrowia częściej „poza ciałem”. Dostrzegają one prawdopodobnie u niepełnosprawnych nieco inne cele i możliwości rozwoju, odkrywają przy tym jednak, że ograniczenia ciała niekoniecznie pozbawiają człowieka szans na zabawę czy naukę, że pozwalają na realizowanie zwyczajnej codziennej aktywności, choć czasem może bywa to trudniejsze.

Kolejną różnicą w opisie zdrowego człowieka okazała się aktywność ruchowa, gdyż zdrowe dzieci z klas integracyjnych znacznie częściej ją wymieniały. Pozwala to przypuszczać, że obcując z niepełnosprawnymi rówieśnikami, jako stałą grupą odniesienia, dzieci pełnosprawne bardziej doceniają własną sprawność w tych obszarach, które niepełnosprawnym nie są łatwo lub wcale dostępne. Wydaje się, że dzieci zdrowe w klasach

integracyjnych dość dobrze orientują się w ograniczeniach i możliwościach niepełnosprawnych rówieśników, związanych niejednokrotnie z obniżoną jakością życia, dlatego gotowe są bardziej **doceniać** swoje możliwości i zasoby. Przywiązują zatem dużą wagę do sprawności fizycznej, którą można wiązać ze sporym zapasem energii i siły do działania, ale też z przyjemnością, jaką ruch przynosi człowiekowi. Energia i dobry nastrój (będący efektem przeżywania pozytywnych emocji) pozwalają z kolei na realizowanie się w innych ważnych obszarach aktywności człowieka: w zabawie, nauce, pracy.

Podobne prawidłowości uwidaczniają się, jeśli osobno porównać dziewczynki i chłopców. Silnie zaznacza się rozdźwięk między zdrowymi dziewczynkami z klas integracyjnych i zwykłych, te ostatnie bowiem przywiązują wielką wagę do braku objawów choroby. Kolejny raz potwierdza się zatem przypuszczenie, że dziewczynki z klas zwykłych nawiązują częściej w swych opisach zdrowego człowieka do zewnętrznych, obiektywnych kryteriów medycznych, a dziewczynki z klas integracyjnych do kryteriów uwzględniających też różne pozacielesne wyznaczniki zdrowia. Wśród chłopców zauważa się podobną tendencję. Dziewczynki z klas integracyjnych prawdopodobnie są też bardziej wrażliwe na sprawy związane ze zdrowiem. O tym, że dziewczynki z klas zwykłych zwracają większą uwagę na kryteria zewnętrzne w opisywaniu zdrowia, świadczy jeszcze jedna istotna różnica, a mianowicie bardziej podkreślają wartość korzystania z edukacji. Można przyjąć, że realizują one w ten sposób znaczący obecnie przekaz społeczny, w którym kładzie się silny nacisk na wykształcenie. W opiniach nauczycieli bowiem wyścig społeczny zaczyna się już w szkole podstawowej. Z kolei zdrowi chłopcy z klas integracyjnych istotnie częściej patrzą na zdrowie przez pryzmat aktywności fizycznej, szukając być może potwierdzenia własnej sprawności. Porównywanie się z niepełnosprawnymi chłopcami pozwala wysoko ocenić własne możliwości, towarzyszy temu poczucie energii i mocy, co może przypuszczalnie stanowić podstawę budowania samooceny. Chłopcy z klas tradycyjnych częściej opisują zdrowie pod kątem aktywności zawodowej i pracy. Wydaje się, że tak jak wśród ich koleżanek nauka, tak u tych chłopców praca stanowi kolejne zewnętrzne kryterium opisu zdrowia, zgodne ze społecznymi oczekiwaniami stawianymi zdrowym osobom.

Ocena ważności zasobów zdrowia przedstawia się podobnie w obu grupach. Jeżeli natomiast przyjrzymy się osobno dziewczynkom i chłopcom z odmiennym doświadczeniem rówieśniczym i porównamy ich z rówieśnikami z klas zwykłych, dostrzeżemy jednak różnicę między dziewczynkami. Dziewczynki z klas zdrowych przypisują większe znaczenie zasobom interpersonalnym niż dziewczynki z klas integracyjnych. Fakt ten potwierdza doniesienia o niesprzyjających procesom integracji warunkach panu-

jących w szkołach masowych, powodujących osłabienie więzi koleżeńskich w klasach integracyjnych (por. np. Maciarz, 1999).

W odniesieniu do sposobów troski o zdrowie zdrowe dzieci podawały podobne metody, niezależnie od klasy, w jakiej się uczyły. Jedyna wyrażona, za to bardzo znacząca różnica wystąpiła przy porównaniu zdrowych dziewczynek z dwóch typów klas. Dziewczynki z klas zwykłych większą uwagę poświęcały zabiegom higienicznym. To kolejny fakt potwierdzający skupienie się dzieci z klas zwykłych na medycznych aspektach w opisywaniu zdrowia. Nie oznacza to bynajmniej, że zdrowe dzieci z klas integracyjnych nie przywiązują wagi do dbania o higienę ciała. Przypuszczalnie więcej z nich jednak stosuje bardziej elastyczne kryteria, skoncentrowane na różnych wymiarach funkcjonowania człowieka.

Wyniki badań potwierdzają słuszność postawionych hipotez. Dzieci ze specyficznym doświadczeniem rówieśniczym — które spotkały osoby „sprawne inaczej” — nieco inaczej opisywały zdrowie niż dzieci, które nie miały takich doświadczeń rówieśniczych. Pod względem treści opisy zdrowia podawane przez dzieci z odmiennym doświadczeniem rówieśniczym nie różniły się między sobą, natomiast ich hierarchia przedstawiała się w obu grupach rozmaicie. Elementy składające się na koncepcję zdrowia dzieci zdrowych z klas integracyjnych odnosiły się częściej do holistyczno-funkcjonalnego modelu zdrowia nie w sensie pominięcia aspektów związanych z biomedycznymi kategoriami zdrowia, lecz w sensie ważnego przesunięcia akcentów w pojmowaniu zdrowia. Dzieci z klas tradycyjnych, bez wspomnianych doświadczeń, odwoływały się nieco częściej w wypowiedziach na temat zdrowia do kategorii charakterystycznych dla biomedycznego sposobu pojmowania zdrowia. Wynik ten można zinterpretować następująco — zdrowe dzieci uczestniczące w procesie integracji, podobnie jak dzieci zdrowe z tradycyjnych szkół, upatrują w zdrowiu możliwość pełnego uczestnictwa w różnych sferach życia. Jednak dzieci ze szkół tradycyjnych wymieniały równocześnie nieodzowny warunek takiego uczestnictwa: pełne zdrowie fizyczne, brak dolegliwości i ograniczeń związanych z chorobą. Dzieci zdrowe z klas integracyjnych natomiast nie stawiały tego warunku tak kategorycznie, można zatem wnioskować, że **w ich mniemaniu ograniczenia wynikające z towarzyszącej człowiekowi niepełnosprawności czy choroby nie przekreślają możliwości aktywnego włączenia się w nurt codziennego życia.**

Zależności te wymagają jednak dalszych badań. Przedstawione wyniki zasygnalizowały, że akcenty w koncepcjach zdrowia, jakie miały obie badane grupy, przedstawiają się nieco inaczej, zachodzi zatem ścisły związek między specyficznym doświadczeniem społecznym integracji a kon-

cepcją zdrowia dzieci pozostających pod wpływem tych doświadczeń. Powstaje pytanie, czy pełniejsza integracja przyczyni się do dalszego wzbogacania koncepcji zdrowia dzieci. Odpowiedź na to pytanie będzie możliwa po podjęciu nowych badań, z kilkuletnim odstępem czasowym, w których czas działał na korzyść integracji oraz na korzyść wszystkich dzieci, które w niej uczestniczą i będą uczestniczyć.

Literatura

- Barłóg K., 2001: *Efekty procesu integracji dzieci pełnosprawnych oraz z mózgowym porażeniem dziecięcym w młodszym wieku szkolnym*. Rzeszów: Wydawnictwo WSP.
- Bogucka J., Brzozowska A., 1996: *Dwie klasy integracyjne w Warszawie*. W: *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców*. Red. J. Bogucka, M. Kościelska. Warszawa: WOM MEN.
- Bogucka J., Kościelska M., red., 1996: *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców*. Warszawa: WOM MEN.
- Bonner M., Finney J., 1996: *A psychosocial model of children's health status*. In: *Advances in Clinical Child Psychology*. Eds. T.H. Ollendick, R.J. Prinz. Vol. 18. New York: Plenum Press.
- Dryżałowska G., 1997: *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Dubowska A., Hornik B., Niebrój B., Jadamus-Niebrój D., 2002: *Integracja w środowisku zamieszkania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*. W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i szkole*. Red. E.M. Minczakiewicz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., 2001: *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Giryński A., Przybylski S., 1993: *Integracja społeczna osób upośledzonych umysłowo w świetle ujawnianych do nich nastawień społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Hulek A., 1977: *Pedagogika rewalidacyjna*. Warszawa: WSiP.
- Janion E., 1999: *Stosunki emocjonalno-społeczne między dziećmi pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi w przedszkolnej grupie integracyjnej*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Janiszewska-Nieścioruk Z., 1999a: *Koncepcje społecznej integracji*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Janiszewska-Nieścioruk Z., 1999b: *Społeczna integracja dzieci lekko niepełnosprawnych intelektualnie w rodzinie i środowisku lokalnym*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Janiszewska-Nieścioruk Z., 1999c: *Uwarunkowania społecznej integracji. W: Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- John-Borys M., 2002: *Koncepcje zdrowia i choroby u dorastających*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kopaliński W., 1978: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Kościelska M., 1996: *Integracja — szansa dla wszystkich uczniów czy sposób zaspokajania potrzeb dzieci specjalnej troski?* W: *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców*. Red. J. Bogucka, M. Kościelska. Warszawa: WOM MEN.
- Kozielska J., 1998: *Poglądy uczniów szkół masowych dotyczące integracji osób niepełnosprawnych*. Praca licencjacka. Kolegium Nauczycielskie. Bytom, maszynopis.
- Kozubal M., 1993: *Granice integracji*. „Głos Nauczycielski”, nr 3.
- Krause A., 2001: *Integracyjne złudzenia ponowoczesności. Sytuacja ludzi niepełnosprawnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lalik A., 1998: *Integracja dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w szkole masowej*. Praca licencjacka. Kolegium Nauczycielskie. Bytom, maszynopis.
- Lipińska J., 1999: *Układ stosunków emocjonalno-społecznych między dziećmi w integracyjnych klasach szkolnych*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Łaś H., 1995: *Proces społecznej integracji uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w szkole powszechnej*. W: *Pomoc psychopedagogiczna dzieciom niepełnosprawnym*. Red. J. Wyczęsany. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Łuszczuk W., 1997: *Edukacja integracyjna. Szanse i bariery*. „Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne”, nr 2.
- Maciarz A., 1992: *Uczniowie niepełnosprawni w szkole powszechnej*. Warszawa: WSiP.
- Maciarz A., 1998: *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekłe chorych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Maciarz A., 2001: *Przemiany w ujęciu istoty i uwarunkowań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. W: *Paradygmaty i przeobrażenia edukacji specjalnej w świetle dorobku Prof. Aleksandra Hulka*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Maciarz A., red., 1999: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Minczakiewicz E., 1993: *Postawy społeczne uczniów szkół podstawowych wobec niepełnosprawnych rówieśników*. „Kultura i Edukacja”, nr 3 (5).
- Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2001: *O kształceniu integracyjnym i specjalnym*. Biblioteczka Reformy 35. Warszawa: Biuro Administracyjne MEN.
- Mroziak B., 1994: *A. Antonovsk’ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 1.
- Müller H., 1996: *Nauczanie otwarte*. W: *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców*. Red. J. Bogucka, M. Kościelska. Warszawa: WOM MEN.
- Nowak A., 1998: *Integracja edukacyjna — szansą czy zagrożeniem rozwoju niepełnosprawnych?* W: *Człowiek niepełnosprawny. Zagrożenia i szanse rozwoju*. Red. B. Aouil. Bydgoszcz: WSP.

- Nowicka A., 1999: *Psychospołeczna integracja dzieci przewlekłe chorych w klasach normalnych*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Persaud R., 1998: *Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia?* Warszawa: Wyd. Jacek Santorski & CO.
- Puchalski K., 1994: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, R. 1, nr 1—2.
- Puchalski K., 1997: *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.
- Schmidt L.R., Fröhling H., 2000: *Lay concepts of health and illness from a developmental perspective*. „Psychology and Health”, vol. 15, s. 229—238.
- Sęk H., 1997: *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna, a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sęk H., Ścigała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., 1992: *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*. „Przegląd Psychologiczny”, R. 35, nr 3, s. 351—363.
- Sheridan C.L., Radmacher S.A 1998: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Skorek E.M., 1999: *Stosunki koleżeńskie dzieci z zaburzeniami mowy w klasach I—III*. W: *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Red. A. Maciarz. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Turner J.S., Helms D.B., 1999: *Rozwój człowieka*. Warszawa: WSiP.
- Wadsworth B.J., 1998: *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Williams T., Wetton N., Moon A., 1989a: *A picture of health. What do you do that makes you healthy and keeps you healthy?* [Southampton]: Health Education Authority.
- Williams T., Wetton N., Moon A., 1989b: *A way in. Five key areas of health education*. [Southampton]: Health Education Authority.
- Woźniaková Y., 2006: *Zdrowie psychiczne jako ważny aspekt subiektywnych koncepcji zdrowia w wieku szkolnym*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Woźniaková Y., 2003: *Koncepcja zdrowia u dzieci objętych kształceniem integracyjnym*. Praca doktorska. Uniwersytet Śląski. Katowice, maszynopis.

ZAŁĄCZNIK 1

ZDROWIE

Nazywam się

Mam lat



 Aby być zdrowym, ważne jest:	To bardzo ważne dla zdrowia	To jest ważne dla zdrowia	To mało ważne dla zdrowia
1. Uczyć się i być coraz mądrzejszym człowiekiem			
2. Jeść warzywa i owoce			
3. Mieć dużo koleżanek i kolegów			
4. Być w czymś dobrym albo nawet bardzo dobrym			
5. Dowiadywać się o nowych i ciekawych rzeczach			
6. Dużo ćwiczyć i gimnastykować się			
7. Móc spędzać czas z koleżankami i kolegami			
8. Nie wstydzić się płakać, gdy jest mi smutno			
9. Nauczyć się, co robić, aby być zdrowym			
10. Dbać o zęby i często myć ręce			
11. Często się śmiać i żartować w klasie			
12. Pomagać słabszym od siebie			
13. Z radością i ochotą chodzić do szkoły			
14. Nie jeść zbyt dużo słodczy i chrupek			
15. Lubić koleżanki i kolegów z klasy			
16. Szybko się pogodzić, gdy się z kimś posprzeczam			
17. Nauczyć się, co robić, żeby nie chorować			
18. Nie wysiadywać przed telewizorem (komputerem)			
19. Móc liczyć na pomoc koleżanki lub kolegi			
20. Być pewnym, że z kłopotami dam sobie radę			

Anna Worsztynowicz

Wsparcie doświadczane przez dorastających ze strony nauczycieli w kontekście wsparcia doświadczanego ze strony innych osób znaczących

Wprowadzenie

W wielu publikacjach z obszaru psychologii zdrowia wśród ważnych czynników sprzyjających zdrowiu i dobremu funkcjonowaniu jednostki badacze wymieniają wsparcie społeczne (por. m.in. Antonovsky, 1979; Boyce, 1985; Cohen, Syme, 1985a; Cutrona, 1996; House, 1981; Kmiecik-Baran, 1995; Knoll, Schwarzer, 2005; Schwarzer, Taubert, 1999). Badania empiryczne potwierdzają także buforową rolę wsparcia społecznego w odniesieniu do zdrowia psychicznego (Cohen, Wills, 1985). Tematyka badań zaprezentowanych w niniejszym tomie koncentruje się wokół szeroko rozumianej problematyki zdrowia psychicznego uczniów. Wydaje się zatem, że nie powinno zabraknąć w nim doniesień na temat doświadczanego przez uczniów wsparcia społecznego.

Wsparcie społeczne bywa rozmaicie definiowane. I. Sarason (za: Jaworowska-Obłój, Skuza, 1986, s. 733) określa je jako „pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych”. Zdaniem S. Cobbasa (za: Pommersbach, 1988, s. 505), „wsparcie są to informacje składające jednostkę do wiary, że podlega ona opiece, jest szanowana oraz że jest członkiem sieci komunikacji i wzajemnych zobowiązań”. J. House (1981) definiuje wsparcie społeczne jako skoncentrowaną na problemie interakcję.

Jedną z przyczyn braku spójnych definicji było początkowo nieodróżnianie przez badaczy obiektywnie istniejącej sieci wsparcia społecznego (*social network*) od subiektywnego poczucia wsparcia (*perceived social support*), a także poszukiwania wsparcia (*support seeking*). Tymczasem podejście uwzględniające miary obiektywne ma charakter ilościowy, natomiast odwołujące się do miar subiektywnych, jak: poczucie wsparcia, jego postrzegana dostępność, wartość i adekwatność, ma charakter jakościowy. Nie są to więc kategorie tożsame. Fakt, że dana osoba jest członkiem dużej społeczności, nie oznacza, że otrzymuje od niej wsparcie (House, 1981; Pommersbach, 1988).

Innym powodem niejednoznacznego rozumienia wsparcia jest wymiar czasu jego trwania. Wsparcie miewa bowiem charakter trwały, ciągły, czyli ma postać trwałej relacji, lub bywa uruchamiane w sytuacjach trudnych, stresowych. Można także założyć, że człowiek otrzymuje wsparcie w życiu codziennym w czasie ciągłych interakcji z innymi ludźmi, a zapotrzebowanie na nie wzrasta gwałtownie w sytuacjach trudnych (Caplan, 1984; Jaworowska-Obłój, Skuza, 1986).

W badaniach nad relacją między wsparciem społecznym a zdrowiem reprezentowane są dwa poglądy. Zgodnie z założeniem hipotezy buforowej, wsparcie działa jak bufor, który staje się potrzebny dopiero w sytuacji stresu (Cobb za: Sarason i współ., 1990; Cohen, Wills, 1985; House, 1981; Płopa, 1996; Pommersbach, 1988). Według drugiego poglądu wsparcie społeczne wpływa na zdrowie bezpośrednio (tzw. mechanizm prosty lub efekt główny). Osoby otoczone wsparciem społecznym są zdrowsze niż te, którym go brakuje (Antonovsky, 1995; Cieślak, 1998). Komfort uzyskiwany dzięki wsparciu jest traktowany jako czynnik sprzyjający zdrowiu¹.

Pojęcie wsparcia społecznego, ze względu na swą złożoność i wielowymiarowość, sprawia badaczom liczne problemy. Autorzy nie są zgodni, które z wymiarów wsparcia są najistotniejsze. Najczęściej wymienia się następujące wymiary:

- kierunek — czy wsparcie jest otrzymywane czy dawane;
- źródło (społeczna sieć wsparcia) — od kogo wsparcie pochodzi;
- zawartość wsparcia, jego rodzaj — jaki charakter ma wsparcie: emocjonalne, praktyczne, informacyjne, oceniające lub inne;
- dyspozycja — czy wsparcie jest dostępne w razie zapotrzebowania na nie, czy ma miejsce aktualnie;

¹ Warto zwrócić także uwagę na inne, rzadziej prezentowane w literaturze, modele związków między wsparciem społecznym a stresem: model addytywny, model mobilizacji wsparcia oraz model deterioracji wsparcia (por. Sęk, 1997; Sęk, Cieślak, 2005).

- zadowolenie — czy poziom wsparcia odpowiada zapotrzebowaniom jednostki;
- opis / ocena — czy jakość i wielkość wsparcia społecznego opisuje się czy szacuje (Cieślak, 1995, 1998; House, 1981; Tardy, 1985).

Źródłem braku spójności jest różne definiowanie przez autorów rodzajów wsparcia. Generalnie wyróżnia się cztery typy wsparcia społecznego: emocjonalne (*emotional support*), informacyjne (*informational support*), instrumentalne (*instrumental support*), wartościujące (oceniające) (*appraisal support, esteem support*) (House, 1981; Tardy, 1985).

Należy pamiętać, że wymienione rodzaje wsparcia społecznego nie są rozłączne. Pomoc okazywana jednostce (wsparcie instrumentalne) może być dla niej jednocześnie komunikatem, iż jest kimś ważnym, społecznie akceptowanym (wsparcie wartościujące).

Oprócz wymienionych rodzajów wsparcia wyróżnia się także tzw. wsparcie sieci (*network support*), które można inaczej nazwać wsparciem globalnym (por. Cutrona, 1996; Cutrona, Russell za: Cieślak, 1998). To wskaźnik o charakterze socjodemograficznym, który dotyczy rozległości i jednocześnie intensywności kontaktów społecznych. Większość autorów pozostaje przy zaproponowanych przez J. House'a czterech rodzajach wsparcia społecznego. Analizując literaturę przedmiotu, można jednak zauważyć, że pod jednakowo brzmiące nazwy autorzy podkładają różne treści.

Wielu autorów podejmuje próby systematyzacji badań dotyczących wsparcia społecznego lub opracowania ujęć autorskich (por. m.in. Bartosz, 1992; Cieślak, 1995, 1998; Cohen, Syme, 1985a, 1985b; Jacobson, 1986; Jaworowska-Obłój, Skuza, 1986; Pommersbach, 1988; Wilcox, Vernberg, 1985; Wills, 1985)². W polskiej literaturze przedmiotu szczególnie cenna, bo uwzględniająca wielowymiarowość wsparcia, jest propozycja H. Sękowej (1986, 1991, 1998), nawiązująca do modelu Hellera i Swindle'a.

Autorka proponuje określić wsparcie społeczne jako rodzaj interakcji, charakteryzującej się tym, że:

- zostaje podjęta przez jedną lub obie strony (uczestników tej interakcji) w sytuacji problemowej lub trudnej;
- w jej toku dochodzi do wymiany informacji, wymiany emocjonalnej, wymiany instrumentów działania i dóbr materialnych;
- wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna (kierunek „dawca — biorca” może być stały lub zmieniać się w różnych czasowych odstępach, poczynając od bardzo małych);

² Warto polecić także najnowsze i najpełniejsze opracowanie problematyki wsparcia społecznego w języku polskim, por. Sęk, Cieślak, 2005.

- w dynamicznym układzie interakcji wspierającej można wyróżnić osobę wspierającą (pomagającą) i odbierającą wsparcie;
- dla skuteczności tej wymiany społecznej istotna jest odpowiedniość (trafność) między oczekiwanym a uzyskanym wsparciem;
- interakcja wspierająca ma na celu spowodowanie u jednego lub u obu uczestników zbliżenia do rozwiązania problemu, osiągnięcia celu, przezwyciężenie trudności, reorganizację zakłóconej relacji z otoczeniem i podtrzymanie emocjonalne.

Tak rozumiane wsparcie obserwuje się w grupach odniesienia, przede wszystkim zaś w rodzinie i grupach rówieśniczych. Zdaniem autorki, stanowi ono podstawę kształtowania się osobowości odpornej na stres (Sę k, 1991, 1998).

Podobnie jak wielu innych autorów (Bow lby, Bra m mer, Cap lan, Sa ra son za: Ba r to sz, 1992; Ho use, 1981; Po pio ł ek, 1996), H. Sę k podkreśla znaczenie emocjonalnego komponentu wsparcia. Wsparcie emocjonalne bywa określane jako specyficzny rodzaj sytuacji, w której wspomagany czuje się bezpieczny i ma poczucie komfortu psychicznego, wynikające ze świadomości zaspokojenia głodu uczuciowego (Ba r to sz, 1992).

Powszechna wydaje się świadomość pozytywnej roli, jaką może odgrywać wsparcie społeczne. Jest ono z pewnością źródłem poczucia bliskości, przynależności, może kształtować poczucie wartości i samoocenę, a nierzadko też motywować do podejmowania nowych zadań i wysiłku. Zdarza się jednak, że wsparcie społeczne oddziałuje na człowieka negatywnie. Z jednej strony, stały i wysoki poziom otrzymywanego wsparcia może wywierać negatywny wpływ na zdolności adaptacyjne jednostki, nie pozwalając jej na wytworzenie własnych zasobów i ograniczając rozwój samodzielnych form radzenia sobie z trudnościami i wymaganiami życia. Z drugiej strony, stałe i wysokie wsparcie może być odbierane jako forma nadmiernej społecznej kontroli. Zasada „im więcej, tym lepiej” nie musi więc w odniesieniu do wsparcia społecznego okazać się prawdziwa (A n t o n u c c i, 1985; Ba r to sz, 1992; Ja w o r o w s k a - O b ł ó j, Sk u z a, 1986; K m i e c i k - B a r a n, 1995; Sę k, 1991, 1998, 2001; S h e r i d a n, R a d m a c h e r, 1998). Dlatego też, zdaniem autorów, szczególnie istotną rolę odgrywa adekwatność (trafność) wsparcia społecznego, warunkująca jego skuteczność.

Autorzy zainteresowani problematyką wsparcia społecznego postulują także przesunięcie akcentu ze wskaźników strukturalnych na dynamiczne, zgodnie z oczywistą tezą, że wsparcie społeczne stanowi pewien proces, zmienia się w czasie i historia tych zmian bywa ważniejsza od tego, co możemy zmierzyć w danym momencie (Ba r to sz, 1992; C u t r o n a, 1996). Pozostaje jednak problem możliwości badawczych. Wydaje się, że takie podejście nie pozostawia innego wyboru poza najsłabszym metodologicznie modelem *ex post facto*.

Problemy badawcze dotyczą również zagadnienia indywidualnego zapotrzebowania na wsparcie społeczne, które może różnicować poszczególne osoby (Cieślak, 1998; Kmiecik-Baran, 1995). Częściowe rozwiązanie tej kwestii przynosi, jak można przypuszczać, badanie różnicy pomiędzy wsparciem oczekiwanym a realnie otrzymywanym przez daną jednostkę. Rozwiązanie to ogranicza się jednak tylko do ściśle określonych osób i sytuacji.

Warto także zwrócić uwagę na zagadnienie dotyczące specyficznych cech jednostki, które sprzyjają tworzeniu, zdobywaniu i utrzymywaniu relacji o charakterze wsparcia. W relacji tej stroną aktywną może być zarówno otoczenie społeczne (udzielające wsparcia), jak i osoba, która potrzebuje pomocy. Niebagatelne znaczenie ma więc nie tylko możliwość zwracania się o wsparcie, ale także uwarunkowana osobowościowo umiejętność korzystania z niego (Popiołek, 1996; Sęk, 1986).

W rozważaniach dotyczących problematyki wsparcia społecznego nie brakuje, co oczywiste, danych na temat konkretnych źródeł wsparcia, wśród których można wymienić: rodzinę, przyjaciół, kolegów ze szkoły, współpracowników, sąsiadów, organizacje formalne i nieformalne, profesjonalistów (lekarzy, nauczycieli, księży) i wiele innych (Kmiecik-Baran, 1995; Tardy, 1985). Ich znaczenie dla danej jednostki zależy w dużej mierze od fazy rozwoju (cyklu życiowego), w jakiej się ona znajduje, rodzaju jej życiowej aktywności i uwarunkowań sytuacyjnych (Bartosz, 1992; Cutrona, 1996; Popiołek, 1996).

Problematyka pracy

Wśród najczęściej wymienianych przez dorastających elementów ich świata znajdują się rodzice, rówieśnicy i nauczyciele (John-Borys, 1994). Przyjęcie założenia, że stanowią oni ważne dla młodych ludzi źródła wsparcia społecznego wydaje się zatem uzasadnione.

W literaturze odnoszącej się do problematyki wsparcia społecznego nie brakuje poglądów o szczególnej roli rodziny, traktowanej jako naturalna grupa wsparcia (Bartosz, 1992; Caplan, 1984; Płopa, 1996; Radochowski, 1991). „Rodzina wydaje się posiadać najbardziej optymalne warunki jako naturalna struktura umożliwiająca w sposób bezpośredni dostarczanie wsparcia i posiadająca w tym zakresie, niejako z samej swojej natury, ogromny potencjał” (Bartosz, 1992, s. 22). Gerald Caplan (1984) wysuwa tezę, że im bardziej niestabilne i zmienne jest otoczenie,

a więc potencjalnie zagrażające człowiekowi, tym bardziej trwała i bezpieczna dla jednostki organizacją staje się rodzina dostarczająca oparcia.

Choć wpływ grupy rówieśniczej zmienia się z wiekiem, jest niezwykle istotny, począwszy od wieku szkolnego, aż do schyłku okresu dorastania. Znaczący temat nie wahają się twierdzić, że jakość kontaktów z rówieśnikami w tym okresie, a także pozycja w grupie rówieśniczej często przesądza o rozwoju młodego człowieka (Bryant, Colman, 1997; Morison, Masten za: Turner, Helms, 1999; Schaffer, 2006). Rówieśnicy stanowią naturalną grupę porównawczą, dlatego dzięki kontaktom z nimi dziecko, a potem dorastający zdobywa informacje o sobie — czy to samodzielnie dokonując porównań, czy też dzięki uzyskiwanym informacjom zwrotnym. Wiedza ta staje się szczególnie istotna w okresie adolescencji, który nie bez powodu utożsamiał E. Erikson z kryzysem poczucia tożsamości. Dla nastolatków podejmujących próby ustalenia swej tożsamości ważne są zewnętrzne (pozarodzinne) przejawy akceptacji, oparcie i poczucie bezpieczeństwa. Pozytywne doświadczenia pozwalają na stabilność i akceptację obrazu siebie, co z kolei wpływa na percepcję świata (Bardziejewska, 2005; Bee, 2000; Birch, Malim, 1995; Bryant, Colman, 1997; Rogers za: Margalit, Eysenck, 1990; Turner, Helms, 1999; Vasta i współ., 1995).

Inną grupą osób znaczących są dla młodych ludzi nauczyciele. Powody tego wynikają z roli, jaką odgrywają, wiążą się zatem z przekazywaniem wiedzy. Pierwszy z powodów dotyczy przekazywania wiedzy o świecie. Współczesny świat — złożony technicznie i stale się zmieniający — bardziej niż kiedykolwiek wymaga od nauczyciela przekazywania wiedzy przydatnej w życiu, rozwijającej zdolności radzenia sobie w różnych sytuacjach. Tym samym można byłoby wyjaśnić znaczenie osoby nauczyciela dla kształtowania wiedzy i postawy młodego człowieka wobec świata. Drugi powód wiąże się natomiast z oczywistą prawdą, że nauczyciel jest osobą, która (podobnie jak rówieśnicy) dostarcza młodemu człowiekowi wiedzy o nim samym. Oceniając ucznia, wyrażając opinie o nim, nauczyciel uczestniczy w procesie budowania jego wizerunku samego siebie (Ames, Borich, McNeil, Wiles, Wynne, Ryan za: Turner, Helms, 1999; Bardziejewska, 2005). Wypada przy tym podkreślić, iż warunkiem skuteczności przekazywanej uczniowi wiedzy (zarówno o nim samym, jak i o świecie) jest przyjmowana przez nauczyciela pozytywna postawa wobec niego. Znaczenie życzliwości empatii, zrozumienia i wsparcia dla ucznia, jako warunków sukcesu nauczyciela i spełniania przez niego funkcji autorytetu, podkreśla wielu badaczy (Bellon, Blank, Borich, Jarolimek, Kellough, Roberts, i inni; za: Turner, Helms, 1999; Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 1994).

W kontekście wspomnianych danych nasuwa się pytanie: Jaki jest poziom wsparcia doświadczanego przez dorastających uczniów ze strony nauczycieli na tle wsparcia doświadczanego ze strony innych osób znaczących?

Udzielenie odpowiedzi na to pytanie stanowi cel prezentowanych w tym rozdziale badań własnych.

W badaniach własnych przyjmuje się za A. Antonovskym (1995) szerokie rozumienie wsparcia społecznego jako zewnątrzpochodnego składnika uogólnionych zasobów odpornościowych (*generalized resistance resources — GRRs*)³. Twórca salutogenezy traktuje je jako zasoby o charakterze interpersonalnym, relacyjnym (*interpersonal-relational GRRs*) (Antonovsky, 1979). Podobnie rozumieją wsparcie społeczne Ch. Sheridani i S. Radmacher: „[...] jako zasoby dostarczane nam poprzez interakcję z innymi ludźmi” (1998, s. 217).

Wydaje się, iż należy przyjąć, że traktowanie wsparcia społecznego jako zasobu implikuje nadawanie mu znaczenia pozytywnego (wsparcie pożądane i adekwatne do potrzeb). Wyklucza tym samym pojęcie nadmiaru wsparcia lub ograniczającego działania wsparcia. Szczegółowo wsparcie jest rozumiane w tej pracy jako:

1) spostrzegane przez osoby badane⁴ (aspekt subiektywny, jakościowy) realne wsparcie (w odróżnieniu od spostrzeganego, potencjalnie dostępnego wsparcia, ponieważ w badaniach własnych przedmiotem zainteresowania jest doświadczanie wsparcia);

2) stały element środowiska (wsparcie ciągle, doświadczane na co dzień);

3) wsparcie:

- emocjonalne — wyrażanie opieki, zaufania, troski, bliskości, szacunku, stworzenie możliwości zwierzenia się, autoekspresji;
- informacyjne — dostarczanie informacji, nowych umiejętności, udzielanie rad, komunikowanie przynależności jednostki do określonego systemu wsparcia społecznego;
- instrumentalne — dostarczanie dóbr materialnych, wspólne rozwiązywanie trudnych zadań;

³ GRRs to wszelkie cechy organizmu, jednostki, grupy, społeczeństwa, środowiska naturalnego, materialnego i społeczno-kulturowego, pomocne w utrzymaniu i poprawie zdrowia. A. Antonovsky dzieli je na wewnętrzne i zewnętrzne wobec człowieka (por. Antonovsky, 1995).

⁴ W modelu salutogenetycznym człowiek jest przedstawiany jako aktywny, świadomy podmiot, który w określony sposób spostrzega świat. Konsekwentnie takie podejście przyjmuje się w badaniach własnych. W rezultacie wsparcia społecznego nie będzie oceniał badacz, ale subiektywnie będą je oceniały osoby badane.

- wartościujące — wyrażanie akceptacji, zrozumienia, zachęty, przekazywanie pozytywnych informacji na temat danej osoby (za: House, 1981; Tardy, 1985)⁵.

Metoda

Procedura badań

Badania, którymi objęto 320 uczniów klas maturalnych, odbywały się w klasach szkolnych w ramach lekcji wychowawczych. Udział w badaniach był dobrowolny. Po przeanalizowaniu informacji uzyskanych z Kwestionariuszy Demograficznych (Kwestionariusz omówiono poniżej) dalszą analizą objęto tylko dane z narzędzi pochodzące od uczniów:

- z rodzin pełnych (tzn. nierozbitych przez trwałą rozłąkę rodziców, rozwód lub śmierć jednego z rodziców); w badaniach wzięto pod uwagę wyniki uczniów z rodzin zrekonstruowanych (ojczym, macocha) i zastępczych; wyniki te potraktowano jak pozostałe;
- z rodzin, których sytuację materialną badani określili przynajmniej jako przeciętną;
- których rodzice mieli wykształcenie przynajmniej zawodowe;
- którzy ocenili swój stan zdrowia przynajmniej jako dobry⁶.

Narzędzia

Pomiaru wsparcia społecznego dokonano za pomocą Skali Wsparcia Społecznego, skonstruowanej przez K. Kmiecik-Baran (1995). Skalę tę wykorzystano w wersjach określonych umownie jako:

⁵ Na podstawie koncepcji wsparcia, jaką proponuje Ch.H. Tardy (1985), K. Kmiecik-Baran (1995) opracowała Skalę Wsparcia Społecznego, którą wykorzystano w prezentowanych badaniach własnych.

⁶ Prezentowane wyniki są częścią szerszych badań nad zależnościami między poczuciem koherencji a wsparciem społecznym. Wprowadzenie w badaniach powyższych ograniczeń (zgodnie z procedurą ustalania stałego podzakresu zmiennych niezależnych — Brzeziński, 1997) umożliwiło kontrolowanie wpływu zmiennych niezależnych ubocznych (typ rodziny i sytuacja materialna rodzin osób badanych, wykształcenie rodziców osób badanych, stan zdrowia osób badanych) na poczucie koherencji badanych osób. W rezultacie tych zabiegów uzyskane w badaniach wyniki odnoszą się tylko do osób, dla których kontrolowane zmienne przyjmują wartości z ustalonych podzakresów.

- wersja „M” — odnosząca się do wsparcia doświadczanego ze strony matki;
- wersja „O” — odnosząca się do wsparcia doświadczanego ze strony ojca;
- wersja „R” — odnosząca się do wsparcia doświadczanego ze strony rówieśników;
- wersja „N” — odnosząca się do wsparcia doświadczanego ze strony nauczycieli.

Przygotowując kwestionariusz Skali Wsparcia Społecznego do badań własnych, wprowadzono w nim pewne zmiany w celu ułatwienia pracy osobom badanym. Po pierwsze, na początku skali zamieszczono instrukcję. Po drugie, zmieniono formę twierdzeń zawartych w skali. Na przykład: w wersji oryginalnej twierdzenie nr 1 brzmi: „Cierpliwie tłumaczy, gdy czegoś nie rozumiem”, natomiast w wykorzystanej w badaniach wersji „M” — „Moja matka cierpliwie tłumaczy, gdy czegoś nie rozumiem”, a w wersji „O” — „Mój ojciec cierpliwie tłumaczy, gdy czegoś nie rozumiem”. Podobne zmiany dotyczą wersji „R” i „N”. Analogiczne zmiany wprowadzono w odniesieniu do wszystkich (24) twierdzeń skali. Dokonano także zmiany zasady obliczania wyników (odwrócono punktację) tak, aby uzyskanie wysokiego wyniku w Skali Wsparcia Społecznego oznaczało wysoki poziom wsparcia⁷.

W omawianych badaniach własnych wykorzystano także opracowany przez ich autorkę Kwestionariusz Demograficzny. Pozwala on na zebranie informacji na temat płci i wieku osób badanych, typów ich rodzin pochodzenia, wykształcenia rodziców, subiektywnie ocenianego przez osoby badane własnego stanu zdrowia oraz sytuacji materialnej rodzin pochodzenia.

Osoby badane

Grupa badawcza liczyła 270 osób, w tym 138 dziewcząt (51,1%) i 132 chłopców (48,9%). W tabeli 1. zamieszczono informacje o wieku osób badanych. Najliczniejszą grupę stanowiły wśród nich osiemnastolatki (83%).

W badanej grupie najliczniej reprezentowane były osoby z rodzin pełnych (97,4%). Żadnej z osób badanych nie wychowywała rodzina zastępcza. Informacje na ten temat zawiera tabela 2.

⁷ Omawiane zmiany, jakkolwiek zdecydowanie korzystne w odniesieniu do badań własnych, powodują, że opisane przez K. Kmieciak-Baran (1995) wskaźniki psychometryczne skali należy w tych badaniach traktować jako przybliżone.

Tabela 1

**Charakterystyka grupy badawczej
ze względu na wiek**

Wiek badanych	N	Procent
17 lat	2	0,7
18 lat	224	83,0
19 lat	44	16,3
O g ó ł e m	270	100,0
Rozpiętość wieku	17—19	
Średnia wieku	18,2	

Tabela 2

**Charakterystyka grupy badawczej
ze względu na typ
rodziny pochodzenia**

Typ rodziny	N	Procent
Pełna	263	97,4
Zrekonstruowana	7	2,6
Zastępcza	—	—
O g ó ł e m	270	100

Rodzice osób badanych w większości mieli wykształcenie średnie i wyższe (ojcowie — 84,1%, matki — 90,7%). Wśród rodziców z wykształceniem zawodowym przeważali ojcowie. Charakterystykę tę zawiera tabela 3.

Tabela 3

**Charakterystyka grupy osób
badanych pod względem
wykształcenia ich rodziców**

Wykształcenie	Matka		Ojciec	
	N	procent	N	procent
Zawodowe	28,0	10,4	43,0	15,9
Średnie	131,0	48,5	114,0	42,2
Wyższe	111,0	41,1	113,0	41,9
O g ó ł e m	270,0	100,0	270,0	100,0

Tabela 4

**Charakterystyka osób badanych
ze względu na sytuację materialną
ich rodzin pochodzenia**

Sytuacja materialna	N	Procent
Przeciętna	86,0	31,9
Dobra	148,0	54,8
Bardzo dobra	—	13,3
O g ó ł e m	270	100,0

Ponad połowa badanych uczniów (54,8%) oceniła sytuację materialną swych rodzin jako dobrą. W badanej grupie najmniejszy odsetek (13,3%) stanowiły rodziny o bardzo dobrej sytuacji materialnej. Informacje na ten temat przedstawiono w tabeli 4.

Ponad połowa osób z grupy badawczej (162 osoby — 60%) oceniła swój stan zdrowia jako dobry, pozostałe — jako bardzo dobry.

Wyniki

Wsparcie ogólne

W badanej grupie zarówno dziewcząt, jak i chłopców, najwyższy okazał się poziom wsparcia ogólnego doświadczanego ze strony matek, a najniższy — ze strony nauczycieli. Wyniki badań wskazują także, że z obu tych źródeł badane dziewczęta doświadczają więcej wsparcia niż chłopcy. Poziom wsparcia doświadczanego ze strony rówieśników jest również wyższy w grupie dziewcząt. Szczegółowe dane zawiera tabela 5.

Tabela 5

Różnice między płciami w zakresie wsparcia ogólnego, doświadczanego z różnych źródeł

Źródło wsparcia	Dziewczęta M	Chłopcy M	Istotność różnic (test t)
Matka	98,486	95,273	$t = -1,943$ $p = 0,053$
Ojciec	91,181	89,455	$t = -0,760$ $p = 0,448$
Rówieśnicy	94,130	87,864	$t = -4,328$ $p = 0,000$
Nauczyciele	75,188	69,598	$t = -3,140$ $p = 0,002$

Wsparcie emocjonalne

Zarówno dziewczęta, jak i chłopcy doświadczają najwięcej wsparcia emocjonalnego ze strony matek, najmniej — ze strony nauczycieli. Wyniki wskazują na istotne różnice między płciami w zakresie poziomu wsparcia emocjonalnego doświadczanego ze strony nauczycieli — jest on wyższy w grupie dziewcząt. Dokładne dane przedstawia tabela 6.

Tabela 6

**Różnice między płciami w zakresie
wsparcia emocjonalnego, doświadczanego
z różnych źródeł**

Źródło wsparcia	Dziewczęta M	Chłopcy M	Istotność różnic (test t)
Matka	25,877	24,947	t = -1,605 p = 0,110
Ojciec	24,116	23,818	t = -0,409 p = 0,683
Rówieśnicy	24,775	24,045	t = -1,468 p = 0,143
Nauczyciele	19,319	17,826	t = -2,430 p = 0,016

Wsparcie informacyjne

Najwięcej wsparcia informacyjnego badane dziewczęta i chłopcy doświadczają ze strony matek, najmniej — ze strony nauczycieli. Także w tym wypadku zaznacza się istotna różnica między płciami — dziewczęta doświadczają więcej wsparcia informacyjnego ze strony nauczycieli i rówieśników niż chłopcy, co ukazuje tabela 7.

Tabela 7

**Różnice między płciami w zakresie
wsparcia informacyjnego, doświadczanego
z różnych źródeł**

Źródło wsparcia	Dziewczęta M	Chłopcy M	Istotność różnic (test t)
Matka	25,493	25,295	t = -0,500 p = 0,617
Ojciec	23,775	23,864	t = 0,154 p = 0,878
Rówieśnicy	23,290	21,121	t = -5,240 p = 0,000
Nauczyciele	21,384	19,788	t = -3,028 p = 0,003

Wsparcie instrumentalne

Podobne wyniki odnotowano w odniesieniu do wsparcia instrumentalnego, którego osoby badane najczęściej doświadczają ze strony matek, a najmniej ze strony nauczycieli. Również w tym wypadku uwidoczniły się istotne różnice między płciami — dziewczęta doświadczają więcej wsparcia instrumentalnego ze strony matek, rówieśników i nauczycieli. Dokładne dane zawarto w tabeli 8.

Tabela 8

Różnice między płciami w zakresie wsparcia instrumentalnego, doświadczanego z różnych źródeł

Źródło wsparcia	Dziewczęta M	Chłopcy M	Istotność różnic (test t)
Matka	24,812	23,553	$t = -2,801$ $p = 0,005$
Ojciec	22,471	21,773	$t = -1,087$ $p = 0,278$
Rówieśnicy	22,536	20,538	$t = -4,463$ $p = 0,000$
Nauczyciele	16,812	15,273	$t = -3,031$ $p = 0,003$

Wsparcie wartościujące

Najsilniejszy źródłem wsparcia wartościującego okazali się dla obu płci rówieśnicy, najsłabszym — nauczyciele. Badane dziewczęta doświadczają przy tym z obu tych źródeł istotnie więcej wsparcia niż chłopcy. Szczegóły zawarto w tabeli 9.

Tabela 9

Różnice między płciami w zakresie wsparcia wartościującego, doświadczanego z różnych źródeł

Źródło wsparcia	Dziewczęta M	Dziewczęta M	Istotność różnic (test t)
Matka	22,304	21,477	$t = -1,618$ $p = 0,107$
Ojciec	20,819	20,000	$t = -1,378$ $p = 0,169$
Rówieśnicy	23,529	22,159	$t = -3,405$ $p = 0,001$
Nauczyciele	17,674	16,712	$t = -1,980$ $p = 0,049$

Podsumowanie

Jak już wspomniano, celem prezentowanych w tym rozdziale badań własnych jest próba odpowiedzi na następujące pytanie: Jaki jest poziom wsparcia doświadczanego przez dorastających uczniów ze strony nauczycieli w porównaniu ze wsparciem doświadczanym ze strony innych osób znaczących — rodziców i rówieśników? Przedstawione wcześniej wyniki pozwalają na sformułowanie kilku wniosków.

Wsparcie, jakiego doświadczają dorastający ze strony nauczycieli, okazuje się najniższe w porównaniu ze wsparciem z innych źródeł. Wniosek ten jest spójny z rezultatami innych badań, z których wynika, że uczniowie nisko oceniają swą autonomię w szkole, stopień uczestnictwa w życiu szkoły, a także najniżej (w porównaniu z pomocą rodziców i rówieśników) wsparcie ze strony nauczycieli (por. Woynarowska i in., 2003).

Badania własne pozwalają dodatkowo wysunąć wnioski dotyczące rodzajów wsparcia doświadczanego przez dorastających. Okazuje się, że zarówno wsparcie ogólne — ze strony nauczycieli — jak i jego komponenty: wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i wartościujące, przyjmują wartości najniższe w porównaniu z innymi, uwzględnionymi w badaniach, źródłami wsparcia. Szczególnie zastanawia niski poziom wsparcia informacyjnego i wartościującego, które wydają się naturalnie powiązane z rolą, jaką odgrywa nauczyciel. Odnotowano znaczące rozbieżności pomiędzy poziomem wsparcia informacyjnego ze strony matek (będących jego najsilniejszym źródłem) i nauczycieli (por. dane w tabeli 7.), oraz między poziomem wsparcia wartościującego ze strony rówieśników (stanowiących jego najsilniejsze źródło) i nauczycieli (por. dane w tabeli 9.).

Analizując wyniki badań własnych, można zauważyć, że wskaźniki wsparcia nauczycielskiego w badanej grupie chłopców są niższe niż w grupie dziewcząt (w każdym wypadku: wsparcia ogólnego, emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego i wartościującego, różnice te są istotne statystycznie). Rezultaty te nabierają znaczenia wobec wyników innych badań, wskazujących, że dorastający chłopcy w mniejszym stopniu niż dziewczęta czują się związani ze szkołą (Borucka i in., 2004), częściej porzucają szkołę (Pisula, 2006) oraz są bardziej zagrożeni występowaniem u nich zachowań problemowych (Bobrowski, 2004). Inne badania wskazują, że wsparcie nauczycielskie stanowi istotny predyktor poczucia koherencji (czynnika sprzyjającego zdrowiu) zarówno wśród dorastających dziewcząt, jak i chłopców (Worsztynowicz, 2006).

W badaniach własnych grupę badawczą stanowili uczniowie klas maturalnych. Uzyskane wyniki zdają się potwierdzać pewną prawidłowość,

na którą zwróciła uwagę Z. Dołęga. Autorka badała m.in. wsparcie spostrzegane przez młodzież w różnych przedziałach wiekowych: 12—13, 14—15, 16—17 i 18—19 lat. Najsilniejszego wsparcia nauczycielskiego doświadcza najmłodsza młodzież, następnie poziom ten systematycznie spada i jest najniższy w grupie najstarszej (Dołęga, 2000). Nasuwają się pytania: Czy równie niskie jest zapotrzebowanie starszych uczniów na wsparcie nauczycielskie? Czy wsparcie nauczycielskie zaspokaja potrzeby młodzieży?

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na kilka faktów. E. Furmańska przytacza doniesienia z badań 260 szczecińskich licealistów, którzy określili „sprawy najbardziej niepokojące samych uczniów”. Ponad 50% badanych zalicza do nich zbyt duży dystans między uczniami a nauczycielami, a blisko 65% — zachowanie i cechy psychologiczne nauczycieli. Autorka zwraca uwagę na niedostatek rozmów między nauczycielami a ich wychowankami na temat tego, co tych ostatnich naprawdę nurtuje (Furmańska, 2000). G. Witkin opracowała na podstawie danych uzyskanych od dzieci listę stresogennych sytuacji, w jakich one uczestniczą. Na czele tej listy, uporządkowanej według częstości wskazań, znajdują się problemy szkolne (Witkin, 2000). W wielu badaniach stresy związane ze szkołą i relacjami z nauczycielami okazują się głównymi powodami zmartwień dzieci i młodzieży (John-Borys, 2006). Wyniki badań B. Bulli potwierdziły prawidłowość, że najbardziej rozpowszechnionym wśród dzieci i młodzieży lękiem jest lęk związany z odgrywaniem roli ucznia (Bulla, 2006). Aż 33% badanych warszawskich nastolatków (N = 1123) postrzega nauczycieli jako niefachowych i niesympatycznych, a co dziesiąty uczeń zupełnie nie czuje się związany ze swoją szkołą (Borucka i in., 2004). W badaniach B. Woynarowskiej (Woynarowska i in., 2003) wyraźnie zaznaczył się związek między niskim wsparciem otrzymywanym przez uczniów w środowisku szkolnym a podejmowaniem przez nich zachowań ryzykownych dla zdrowia. Wiadomo także, że jedną z istotnych przyczyn coraz powszechniej występujących wśród dzieci i młodzieży zaburzeń depresyjnych są niepowodzenia szkolne (Pawłowska, Sądłowska, 2005).

Wydaje się, że przedstawione tu dane stanowią czytelny wskaźnik rzeczywistego zapotrzebowania uczniów na wsparcie ze strony nauczycieli.

Literatura

- Antonovsky A., 1979: *Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A., 1995: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo IPN.
- Antonucci T.C., 1985: *Social Support: Theoretical Advances, Recent Findings and Pressing Issues*. In: *Social Support: Theory, Research and Applications*. Eds. I.G. Sarason, B.R. Sarason. Washington: Martinus Nijhoff Publishers, s. 21—37.
- Bardziejewska M., 2005: *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?* W: *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Red. A.I. Brzezińska. Gdańsk: GWP, s. 345—377.
- Bartosz B., 1992: *Niektóre zagadnienia wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne w rodzinie i dla rodziny*. „Prace Psychologiczne”, nr 24, s. 21—35.
- Bee H., 2000: *The Developing Child*. [B.m.wyd.]: Allyn and Bacon. A Pearson Education Company.
- Bobrowski K., 2004: *Zasoby osobiste i społeczne a zachowania problemowe 14-letniej młodzieży*. Temat zaprezentowany podczas Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej w Kołobrzegu pt. *Rozwój — zdrowie — choroba*.
- Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., 2004: *Wybrane psychologiczne i psychospołeczne zasoby zdrowia warszawskich nastolatków*. Temat zaprezentowany podczas Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej w Kołobrzegu pt. *Rozwój — zdrowie — choroba*.
- Boyce W.T., 1985: *Social Support, Family Relations, and Children*. In: *Social Support and Health*. Eds. S. Cohen, S.L. Syme. Orlando: Academic Press, s. 151—173.
- Bryant P.E., Colman A.M., red., 1997: *Psychologia rozwojowa*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Brzeziński J., 1997: *Metodologia badań psychologicznych*. Wyd. 2. Warszawa: PWN.
- Bulla B., 2006: *Przyczyny i treści lęku w percepcji uczniów*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 87—118.
- Caplan G., 1984: *Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 2—3, s. 92—114.
- Cieślak R., 1995: *Problemy pomiaru wsparcia społecznego. Skala Wsparcia Społecznego*. „Ergonomia”, nr 18, s. 203—213.
- Cieślak R., 1998: *Wsparcie społeczne a stres w pracy kierowniczej*. „Czasopismo Psychologiczne”, nr 1, s. 29—46.
- Cohen S., Syme S.L., 1985a: *Social Support and Health*. Orlando: Academic Press.
- Cohen S., Syme S.L., 1985b: *Issues in the Study and Application of Social Support*. In: *Social Support and Health*. Eds. S. Cohen, S.L. Syme. Orlando: Academic Press, s. 3—22.
- Cohen S., Wills T.A., 1985: *Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis*. „Psychological Bulletin”, Vol. 98, No. 2, s. 310—357.
- Cutrona C.E., 1996: *Social Support in Couples*. [B.m.wyd.]: Sage Publications.

- Dołęga Z., 2000: *Wsparcie społeczne w kontekście edukacji*. „Psychologia Rozwojowa”, T. 5, nr 3—4, s. 259—376.
- Dołęga Z., 2006: *Rozpoznawanie czynników ryzyka zaburzeń zdrowia uczniów jako zadanie psychoprofilaktyki szkolnej*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 22—35.
- Furmańska E., 2000: *Psychoprofilaktyka zagrożeń rozwoju w wieku wczesnoszkolnym i w okresie dorastania — strategie prewencji pierwotnej i wtórnej*. „Psychologia Rozwojowa”, nr 1, s. 75—80.
- House J.S., 1981: *Work, Stress and Social Support*. [B.m.wyd.]: Addison-Wesley Publishing Company.
- Jacobson D.E., 1986: *Types and Timing of Social Support*, „Journal of Health and Social Behavior”, Vol. 27 (September), s. 250—264.
- Jaworowska-Obłój Z., Skuza B., 1986: *Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych*. „Przegląd Psychologiczny”, nr 3, s. 733—745.
- John-Borys M., 1994: *Dorastający w relacjach ze światem*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- John-Borys M., 2006: *Zdrowie psychiczne — przegląd zagadnień*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 9—21.
- Kmiecik-Baran K., 1995: *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*. „Przegląd Psychologiczny”, nr 1—2, s. 201—214.
- Knoll N., Schwarzer R., 2005: *„Prawdziwych przyjaciół...” Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa: PWN, s. 29—48.
- Margalit M., Eysenck S., 1990: *Prediction of Coherence in Adolescence: Gender Differences in Social Skills, Personality, and Family Climate*. „Journal of Research in Personality”, No. 24, s. 510—521.
- Pawłowska M., Sadłowska A., 2005: *Ciemny świat depresji*. „Psychologia w Szkole”, nr 4, s. 131—140.
- Pisula W., 2006: *Chłopcy mają gorzej*. Wywiad. „Psychologia w Szkole”, nr 4, s. 3—8.
- Płopa M., 1996: *Psychospołeczne determinanty odporności na stres*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 4, s. 301—311.
- Pommersbach J., 1988: *Wsparcie społeczne a choroba*. „Przegląd Psychologiczny”, nr 2, s. 503—525.
- Popiołek K., 1996: *Wsparcie społeczne — zarys problematyki*. W: *Psychologia pomocy. Wybrane zagadnienia*. Red. K. Popiołek. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 30—45.
- Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z., 1994: *Psychologia wychowawcza*. T. 2. Wyd. 6. Warszawa: PWN.
- Radochoński M., 1991: *Rola rodziny w zmaganiu się ze stresem wywołanym chorobą somatyczną*. „Problemy Rodziny”, nr 6, s. 6—10.
- Sarason B.R., Sarason I.G., Pierce G.R., 1990: *Traditional Views of Social Support and Their Impact on Assessment*. In: *Social Support: An Interactional View*. Eds. B.R. Sarason, I.G. Sarason, G.R. Pierce. New York: John Wiley & Sons, s. 9—25.
- Schaffer H.R., 2006: *Rozwój społeczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Schwarzer R., Taubert S., 1999: *Radzenie sobie ze stresem: wymiary i procesy*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, R. 6, nr 17, s. 72—92.
- Sęk H., 1986: *Wsparcie społeczne — co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym?* „Przegląd Psychologiczny”, nr 3, s. 791—799.
- Sęk H., 1991: *Psychologiczna prewencja jako obszar badań i zastosowań*. W: *Zagadnienia psychologii prewencyjnej*. Red. H. Sęk. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 7—38.
- Sęk H., 1997: *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*. W: *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Red. D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch. Kraków: Wydawnictwo ALL, s. 143—158.
- Sęk H., red., 1998: *Psychologia kliniczna*. Wyd. 3. Warszawa: PWN.
- Sęk H., 2001: *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego*. W: *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. Red. L. Cierpiałkowska, H. Sęk. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, s. 13—32.
- Sęk H., Cieślak R., 2005: *Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa: PWN, s. 11—28.
- Sęk H., Cieślak R., red., 2005: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Sheridan Ch.L., Radmacher S.A., 1998: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Tardy Ch.H., 1985: *Social Support Measurement*. „American Journal of Community Psychology”, Vol. 13, No 2, s. 187—202.
- Turner J.S., Helms D.B., 1999: *Rozwój człowieka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A., 1995: *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Wilcox B.L., Vernberg E.M., 1985: *Conceptual and Theoretical Facing Social Support Research*. In: *Social Support: Theory, Research and Applications*. Eds. I.G. Sarason, B.R. Sarason. Washington: Martinus Nijhoff Publishers, s. 3—20.
- Wills T.A., 1985: *Supportive Functions of Interpersonal Relationships*. In: *Social Support and Health*. Eds. S. Cohen, S.L. Syme. Orlando: Academic Press, s. 61—82.
- Witkin G., 2000: *Stres dziecięcy*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Worsztynowicz A., 2006: *Doświadczenie wsparcia nauczycielskiego a poczucie koherencji u dorastających*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 192—205.
- Woynarowska B., Mazur J., Małkowska A., Woynarowska-Sołdan M., Kokoło H., 2003: *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. Raport z badań*. Warszawa: Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka.

Marianna Dąbrowska-Wnuk

Zaangażowanie ojca w proces edukacji w opinii gimnazjalistów

Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży kształtuje się w kontakcie z osobami znaczącymi. Osobami, które oddziałują na dziecko najwcześniej, najdłużej, a tym samym najsilniej, są jego rodzice. Ich zaangażowanie i prezentowane postawy stanowią dla dziecka źródło zasobów będących podstawą osiągnięć życiowych, odnoszonych także w obszarze szkoły i edukacji.

Wchodząc w interakcje z osobami znaczącymi (rodzicami), dzieci kształtują motywację, upór, wytrwałość w dążeniu do celu, rozwijają potrzebę osiągnięć i samorealizacji. Doświadczenia te są podstawą odnoszenia przez nie sukcesów w szkole i czerpania z nich twórczej satysfakcji, stanowiąc jednocześnie dla dziecka model zachowań społecznych i teren doświadczeń w radzeniu sobie z doświadczanymi porażkami.

Dotychczasowe badania nad rodziną ukazują rolę, jaką odgrywa ona w rozwoju intelektualnym i osobowościowym każdego dziecka, niezależnie od jego poziomu umysłowego, stanu psychosomatycznego, płci czy wieku życia. Niewłaściwie wypełniane funkcje socjalizacyjne, brak odpowiednich umiejętności wychowawczych i wspierających ze strony rodziców stwarzają zagrożenie dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania dziecka (także w środowisku szkolnym). Jedynie głębokie, oparte na miłości i poczuciu bezpieczeństwa doznania stanowią dla dzieci źródło zdrowia, a co się z tym wiąże — podstawę sukcesów życiowych.

Rodzina jako najważniejsza grupa społeczna jest tym samym miejscem najbardziej odpowiednim do tego, aby podejmować działania prewencyjne, służące ochronie i pomnażaniu zasobów. Z perspektywy rozwoju oraz wychowania dzieci i młodzieży najważniejsze jest tzw. podejście psycho-profilaktyczne pierwszorzędowe (prewencja pierwotna). Obejmuje ono działania najwcześniejsze, których celem jest niedopuszczenie do wystąpienia zagrożeń w sferze zdrowia. Na gruncie rodziny przejawia się to stwarzaniem warunków sprzyjających rozwojowi kompetencji psychospołecznych dziecka w różnych dziedzinach życia, a więc wyposażenie go w odpowiednie umiejętności, wiedzę i czynniki zwiększające odporność (Dolęga, 2006, s. 26). Zdaniem E.L. Cowena (za: Sęk, 1993, s. 477), każda działalność prewencyjna powinna być intencjonalna, świadoma, oparta na wiedzy o tym, jak zapobiegać zaburzeniom i jak wspierać zdrowie. Strategie postępowania obejmują wówczas, zdaniem Heleny Sęk (1993, s. 477), wzmacnianie kompetencji ludzi przez wyposażenie ich w umiejętności i uodparnianie, a także organizowanie lub reorganizację otoczenia, tak aby sprzyjało ono rozwojowi i nie stanowiło źródła stresu.

Umożliwienie dzieciom zdrowego startu w życie powinno być, w opinii J. Karskiego (2001), traktowane przez każde społeczeństwo jako najwyższy priorytet. Rodzice i inni bliscy odgrywają ważną rolę w kształtowaniu podstawowych wartości zdrowotnych i społecznych dziecka. Wspieranie wrażliwych i podatnych na urazy dzieci wymaga podejmowania skutecznych działań w ich najbliższym kręgu społecznym.

Coraz powszechniejsze w opinii społecznej staje się przekonanie, że przypisywane rodzinie funkcje i zadania związane z opieką i wychowaniem dzieci — podejmują oboje rodzice. Angażowanie się ojca w ich codzienne życie staje się faktem bezsprzecznym. Doświadczenie uczy, że ojcowie coraz chętniej i aktywniej włączają się w ten proces, traktując opiekę i wychowanie potomstwa nie jako przykry obowiązek, ale przywilej, znajdując w tym źródło satysfakcji i osobistego rozwoju.

Przemiany w sposobie rozumienia i wypełniania roli ojca w rodzinie

Problematyka męskości i ojcostwa okazuje się obecnie powszechnym przedmiotem zainteresowania badaczy wielu dyscyplin naukowych — w tym także psychologii. W trosce o zdrowie psychiczne młodego pokolenia coraz częściej przedmiotem badań oraz rozważań teoretycznych staje się ojciec. Rozpatruje się zarówno jego pozytywny wpływ na rozwój dzieci, jak i skutki jego braku w procesie wychowania.

Doświadczenie ojcostwa, jako swoiste wyzwanie dla współczesnych mężczyzn, poddawane zostaje sukcesywnie — w ciągu wielu lat — daleko idącym przeobrażeniom, ściśle zależnym od obowiązującego w danym czasie paradygmatu męskości i kobiecości (Arcimowicz, 2003). Poglądy na temat męskiej tożsamości ewoluowały w przeciągu ostatnich kilkudziesięciu lat od konserwatywnych — akcentujących dominującą rolę mężczyzny, przez tzw. pseudonowoczesne (reprezentowane przez przedstawicielki skrajnego feminizmu), do umiarkowanych (por. Maciarz, 2004, s. 18—23), przyczyniając się tym samym do ich poważnej destabilizacji.

Dotychczasowy tradycyjny (patriarchalny) model rodziny, który zapewniał mężczyźnie bezwzględna i niekwestionowaną władzę, narzucał tym samym sposób relacji oparty na dystansie wobec dzieci i zobowiązywał do zaspokojenia ich codziennych potrzeb (zwłaszcza materialnobytowych). Z założenia odrzucając partnerstwo, mężczyzna nie miał możliwości aktywnego udziału w życiu rodziny i pełnego sprawowania swojej funkcji ojcowskiej.

Przemiany, które nastąpiły w ciągu kilkudziesięciu lat, doprowadziły do zakwestionowania modelu mężczyzny i tradycyjnej roli ojca, ograniczającej się do dwóch podstawowych funkcji: utrzymania rodziny i karania dzieci (Augustyn, 1999). Ruch emancypacyjny ukierunkował dążenia kobiet na ich samorealizację w różnych dziedzinach życia publicznego, naruszając tym samym wartość macierzyństwa (Maciarz, 2004, s. 7). Wpłynęło to paradoksalnie na wyeksponowanie roli ojca i znaczne rozszerzenie zakresu jego obowiązków.

Zwolennicy nowego paradygmatu męskości głoszą potrzebę psychicznego przeorientowania się współczesnego mężczyzny (Pospiszyl, 1997). Samorealizacja, rozumiana jako dążność do pełni człowieczeństwa przez wykorzystywanie własnego potencjału, staje się możliwa na podstawie idei androgyniczności (dwupłciowości)¹. Pojęcie to odnosi się do połączenia zachowań i cech osobowości, które tradycyjnie uważa się za męskie lub kobiece. Nowy paradygmat pozwala więc mężczyźnie na prezentowanie, także na gruncie rodziny, cech zarówno męskich, jak i kobiecych. Dominacja i niezależność mają tym samym przeciwwagę w eksponowanych jednocześnie zachowaniach uległych czy opiekuńczych. Idea samorealizacji i androgyniczności umożliwia mężczyznom kształtowanie i wypełnianie roli ojca w sposób niezwykle plastyczny i twórczy. Współczesny ojciec ma szansę być nie tylko autorytetem dla dziecka, uczącym je samodzielnego funkcjonowania w świecie ryzyka i zagrożeń, ale także czułym, troskli-

¹ Pojęcie „androgynia” pochodzi z greckiego *andros* — mężczyzna, *gyne* — kobieta (Badinter, 1993, s. 145).

wym doradcą i opiekunem, zabezpieczającym wraz z żoną ciepło domowego ogniska. W przeciwieństwie do ojców „w starym stylu” — jak ich określa H. Bullinger (1997, s. 14), „nowi ojcowie” podejmują swoją rolę aktywnie i świadomie, a także deklarują gotowość zajmowania się dzieckiem na równi z kobietami.

Zgodnie z coraz powszechniej przyjmowanym paradygmatem męskości, który z założenia implikuje równouprawnienie kobiet i mężczyzn, a co się z tym wiąże — wzajemną wymiennność ról, obecnie oczekuje się od mężczyzn pełnego zaangażowania w życie rodzinne i równego podziału obowiązków. Zmiana sposobu sprawowania funkcji rodzicielskiej wiąże się tym samym z koniecznością poszerzenia jej zakresu o nowe, nieznane dotąd aspekty. Jednym ze sposobów wzbogacenia repertuaru ojcowskich zachowań mogłoby być, zdaniem M. Łączkowskiej (2000, s. 195), zastępowanie odrzuconych lub ograniczonych funkcji (np. żywiciela rodziny) innymi zadaniami (np. wychowawczymi).

Nowy sposób wypełniania funkcji wychowawczej staje się, w opinii K. Arcimowicza (2003, s. 207), swoistą przeciwwagą dla funkcjonującego nadal w kulturze współczesnej wzoru srogiego ojca wychowawcy. Wzór ojca partnera dziecka pokazuje, że wychowanie może się opierać nie tylko na utrzymaniu rygoru i dyscypliny, ale też na partnerskim traktowaniu dziecka, z którym się rozmawia, któremu się tłumaczy, dlaczego powinno postępować w określony sposób. Zdaniem autora, model ten jest adresowany do wszystkich mężczyzn, pragnących rozwijać więzi emocjonalne z dziećmi bez względu na ich płeć. M. Łączkowska (2000, s. 195), podejmując niełatwe zadanie ukazania modelowych cech współczesnego ojca w zakresie sprawowanej przez niego funkcji wychowawczej, wskazuje ponadto na takie jego przymioty, jak: ojciec partner, przewodnik dzieci w ich wyborach, nauczyciel wychowawca już w pierwszych latach życia dziecka, wzór do naśladowania w późniejszych rolach w dorosłym życiu, towarzysz zabaw, organizator czasu wolnego i rozrywki, przyjaciel żony i dzieci. Takie podejście do ojcostwa wskazuje, zdaniem autorki, że dokonała się niezwykle znacząca zmiana w porównaniu z modelem tradycyjnym — wyraźne zmniejszenie dystansu między mężem i ojcem a pozostałymi członkami rodziny.

Tak rozumiane ojcostwo wymaga osobistego i nieustannego zaangażowania, dziecko bowiem potrzebuje dzielenia z ojcem swej codzienności. Podstawą procesu wychowania jest stała obecność i towarzyszenie dziecku. Wspólnie spędzony czas umożliwia wytworzenie się silnej więzi uczuciowej, która będzie podstawą kształtowania się przyszłych relacji z dzieckiem jako dorastającym i dojrzałym już człowiekiem (Augustyn, 1999).

Pomimo wielu kontrowersji wokół tworzenia wizerunku współczesnego, typowego ojca (np. Badinter, 1993) czy opisywania powstałych na gruncie rodziny przeobrażeń w kategoriach kryzysu (np. Augustyn, 1999), H. Bullinger (1997, s. 22) wyraża jednocześnie przekonanie, że przemiana roli ojca daje mężczyznom prawdziwą szansę, umożliwia im wyemancypowanie, a tym samym uwolnienie się od dawnego stereotypu męskości.

Korzyść z takiej transformacji wydaje się oczywista — nie tylko dla mężczyzny-ojca, ale przede wszystkim dla jego dzieci. Liczne koncepcje teoretyczne i badania empiryczne podkreślają niekwestionowaną rolę ojca w całokształcie rozwoju psychospołecznego dziecka, a więc w stymulowaniu sfery poznawczej, intelektualnej, emocjonalnej, płciowej, społecznej i moralnej. Przegląd dostępnych badań pozwala stwierdzić, że praktycznie nie ma takich obszarów psychicznego rozwoju dziecka, w których kształtowaniu ojciec nie odegrałby chociaż pośredniej roli. Należy także podkreślić, iż omawiana ważność ojca w rodzinie w ciągu życia dziecka nie traci na aktualności, tzn. w każdym okresie rozwoju psychicznego dziecka (począwszy od okresu prenatalnego) ojciec wnosi specyficzny wzorzec zachowania i przeżywania, stwarzając dzieciom (wraz z matką) optymalne warunki rozwoju (por. Vasta i in., 1995; Ostrowska, 2000).

Rola ojca w rozwoju i stymulowaniu aktywności poznawczej dziecka

Według psychologii klasycznej, odnosząc się do tradycyjnego paradygmatu męskości, ojciec ma zadanie bycia „mostem” pomiędzy błogim czasem dzieciństwa a wymaganiami świata, przychodzącymi „z zewnątrz”. Ojciec wprowadza dziecko w świat, uczy je samodzielności i funkcjonowania w sytuacji ryzyka i zagrożeń. Staje się wzorem kontroli emocjonalnej i planowania przyszłości. Zdaniem amerykańskiego socjologa T. Parsonsa, rodzice spełniają dwie podstawowe funkcje: ekspresyjną i instrumentalną. Funkcja ekspresyjna, będąca domeną matki, polega na tworzeniu cieplej, pełnej życzliwości atmosfery w rodzinie, natomiast funkcją ojca — określaną jako instrumentalna — jest dostarczanie rodzinie środków do życia. Matka więc kształtuje i zaspokaja potrzeby emocjonalne dziecka, natomiast ojciec wprowadza je w świat pozarodzinny, świat pracy i określonych wymagań społecznych (Pospiszyl, 1980).

Bodaj najczęściej przytaczaną w literaturze charakterystykę (ilustrację) specyfiki ojcowskiej miłości zaproponował E. Fromm. W przeciwień-

stwie do bezwarunkowej miłości macierzyńskiej, miłość ojcowska (określana mianem warunkowej) spełnia odmienną funkcję. Zadaniem ojca jest pokazywać dziecku otaczający świat i uczyć, jak w nim żyć. E. Fromm pisze (1971, s. 55): „[...] ojciec nie reprezentuje naturalnego świata, reprezentuje on drugi biegun ludzkiego istnienia: świat myśli, przedmiotów, które są dziełem rąk ludzkich, świat prawa i ładu, dyscypliny, podróży i przygody. Ojciec jest tym, który uczy dziecko, tym, który mu wskazuje drogę w świat”. Warunkowość miłości ojcowskiej oznacza, że ojciec kocha dziecko za to, jakie ono jest. Dziecko powinno więc spełniać oczekiwania ojca, by nie narazić się na utratę jego miłości. Sukcesy dziecka wpływają na poczucie ojcowskiej dumy, potęgując tym samym miłość do dziecka. W procesie wychowania ojciec symbolizuje system reguł, nakazów i obowiązków w świecie dziecka, kształtuje tym samym jego indywidualizm i poddaje dyscyplinie. W prawidłowym wychowaniu konieczne jest więc stawianie wymagań, określanie oczekiwań i mobilizowanie do podejmowania nowych zadań. Warunkuje to prawidłowy rozwój dziecka i przygotowuje je do dorosłego i samodzielnego życia (Pospisyl, 1980).

Ojciec, stawiając wymagania (oczywiście na miarę wieku i możliwości dziecka), okazuje mu tym samym zaufanie i wiarę w jego możliwości, dowartościowuje i wyzwała energię, która motywuje do pracy nad sobą i doskonalenia swoich umiejętności. M. Braun-Gałkowska (2000, s. 209) akcentuje rolę ojca w tym zakresie, odwołując się do idei androgyniczności. Zadaniem ojca jest stawiać wymagania, zachęcać do podejmowania coraz trudniejszych zadań, ale jednocześnie umożliwiać ich realizację, zapewniając stałą życzliwą bliskość, co daje odwagę do podejmowania coraz bardziej samodzielnych zadań. Autorka wchodzi w swoistą polemikę ze słowami Fromma: „To nie znaczy, że matka kocha dziecko, a ojciec wymaga — pisze — matka też stawia wymagania, na co dzień może liczniejsze, ale jej główną rolą jest przyjęcie dziecka — jakiegokolwiek by było. Ojciec również przyjmuje dziecko i — podobnie jak matka — przyjmuje je nie dla siebie, lecz po to, by dać mu szansę usamodzielnienia się, jednak samą swoją obecnością, przez zaistniałą sytuację, żąda samookreślenia się i liczenia się z grupą”.

Sferą aktywności dziecka, w której stawianie wymagań i konsekwentne, pełne życzliwości ich egzekwowanie wydaje się jednym z najważniejszych czynników — jest nabywanie przez nie wiedzy i umiejętności w procesie nauczania.

Osiągnięcia psychologii rozwojowej wskazują na istnienie mechanizmów psychologicznych wiążących zachowanie dzieci z konkretnymi oddziaływaniami rodziców. Do głównych mechanizmów procesu wychowawczego należą: naśladownictwo, identyfikacja i modelowanie; ich harmonijne po-

łączenie zapewnia ciągły, prawidłowy przebieg rozwoju społecznego dziecka (Sitarczyk 1995, s. 124).

Rozpatrując rodzinne determinanty procesu socjalizacji jednostki, teoria społecznego uczenia się przykłada szczególną wagę do pozytywnych więzi emocjonalnych pomiędzy modelem a podmiotem oraz do nagradzania ze strony modelu. Modelowanie jako proces doskonalszy od naśladownictwa i identyfikacji (Wolicki, 1983, s. 17), zdaniem U. Bronfenbrennera (1970, s. 40), „wykracza poza zewnętrzne upodabnianie się, ponieważ powoduje przejęcie zachowań stanowiących symboliczne równoważniki zachowania modelu”. Dzięki procesowi modelowania dziecko kształtuje podstawowe zachowania związane z różnymi funkcjami życiowymi, przejmuje też pojęcia, nawyki, postawy związane z określonymi rolami społecznymi (Wolicki, 1983), także z rolą ucznia.

Przedstawiciele psychologii humanistycznej, akcentując rangę rodziny, zwracają uwagę na motywującą rolę osób znaczących w procesie rozwoju i samorealizacji dzieci i młodzieży. Motywacja jest w tym kontekście traktowana jako ujawnianie się i rozwijanie pewnych podstawowych potrzeb i tendencji wspieranych bądź też hamowanych przez środowisko. Podobnie przedstawiciele teorii społeczno-poznawczych i społeczno-behawiorystycznych podkreślają wagę zewnętrznych czynników dla motywacji do nauki, a także społecznego i emocjonalnego wsparcia ze strony osób znaczących dla jednostki (np. okazywanie troski, szacunku, dodawanie odwagi) oraz zewnętrznych nagród i bodźców płynących z otoczenia (np. okazywanie uznania za osiągnięcia) (McCombs, Pope, 1997). W tym kontekście zaznacza się odmienną rolę ojca, którego pochwała, ze względu na swą wyjątkowość (matka zazwyczaj częściej pomaga dziecku w nauce), stanowi bardzo ważny element wspomagający proces uczenia się i motywujący młodego człowieka do wysiłku intelektualnego (Domagała-Zyśk, 2001, s. 377).

Postępowanie dziecka jest wypadkową nie tylko samej informacji o zachowaniu matki czy ojca, ich obiektywnych działaniach (o tym, co robią i mówią), ale także subiektywnego znaczenia, jakie samo dziecko nadaje temu, co obserwuje u swoich rodziców (Płopa, 2005, s. 277). Zależność pomiędzy percepcją postaw rodzicielskich a przystosowaniem szkolnym młodzieży w wieku 12–13 lat stanowiła przedmiot badań M. Płopy (2005). Uzyskane wyniki wskazują jednoznacznie na lepsze przystosowanie do życia szkolnego tych uczniów, którzy postrzegali rodziców jako kochających i akceptujących (w przeciwieństwie do oceniających swe relacje z rodzicami jako przeciętne, obojętne, odrzucające). Odrzucenie przez rodziców przejawia się stanami wewnętrznego napięcia, mającymi odbicie

w trudnościach przystosowawczych, co tym samym, zdaniem autora, zagraża zdrowiu psychicznemu badanej młodzieży.

Związki pomiędzy sytuacją rodzinną a przystosowaniem do warunków szkolnych uczniów rozpoczynających naukę w szkołach ponadpodstawowych poddała analizie T. Sokołowska-Dzioba (1995). Rezultaty jej badań wskazują, że dobre wyniki uczniów w nauce mają związek z takimi czynnikami, jak:

- silna motywacja ze strony rodziców (uczniowie ci częściej zachęceni byli do maksymalnego wysiłku w sytuacjach uczenia się, gdyż rodzice komunikowali im, co mają robić, wzmacniając właściwe zachowania);
- sporadyczność karania (rodzice karali swoje dzieci rzadko, tylko w sytuacjach koniecznych);
- duże zainteresowanie rodziców aktywnością szkolną dzieci;
- duży zakres udzielanej pomocy w rozwiązywaniu różnych problemów szkolnych;
- percepcja postaw ojcowskich jako bliskich i serdecznych (w przeciwieństwie do relacji pomiędzy ojcami a młodzieżą niekontynuującą nauki lub osiągającą złe wyniki, w których dominowały: dystans uczuciowy, wrogość, wzmożona kontrola, stosowanie przymusu, wrogi nadzór oraz stały niepokój, a także niekonsekwentna dyscyplina).

W badaniach uwarunkowań powodzenia szkolnego duże znaczenie przypisuje się kształtowaniu w dziecku potrzeby osiągnięć, zwracając jednocześnie uwagę, że zależy ona przede wszystkim od postawy ojca i jego oddziaływań wychowawczych (Pospiszyl, 1980). Potrzebę osiągnięć, rozumianą jako jeden z psychologicznych determinantów odpowiedzialnych za kształtowanie się aspiracji, A. Janowski (1977, s. 14) definiuje jako „cechy zgeneralizowane, które zdają się wpływać na zachowania człowieka w każdej sytuacji łączącej się ze współzawodnictwem”. Funkcjonowanie w roli ucznia wiąże się z wchodzeniem dziecka, mniej lub bardziej świadomym, w sytuację współzawodnictwa i rywalizacji (o dobre oceny, uznanie nauczyciela, pozycję w grupie itd.). Mężczyźni, jako znaczący dorośli, z racji swoich uwarunkowań psychospołecznych przejawiają, w porównaniu z kobietami, większe możliwości w zakresie realizowania potrzeby osiągnięć. Cechuje ich tendencja do uczenia się z większą nadzieją i wiarą w powodzenie, częściej też upatrują przyczyn sukcesu w zdolnościach, a porażki — w braku dostatecznego wysiłku. Dzięki takiemu spostrzeganiu rzeczywistości mężczyźni częściej (w porównaniu z kobietami) rozwijają w sobie poczucie sprawstwa i kontroli nad swym losem. Są również bardziej wytrwali w realizowaniu trudnych zadań szkolnych (Sadker, Sadker i Klein, 1991, za: Dembo, 1997, s. 381—382). Można tym samym spodziewać się, że mężczyźni mają większe poczucie własnej sku-

teczności. Poczucie to jest oceną wiary we własne możliwości osiągnięcia określonego celu, co nie pozostaje bez wpływu na motywację uczenia się. Uczniowie o wysokim poczuciu własnej skuteczności chętniej wybierają zadania trudne, wkładając więcej wysiłku w ich rozwiązanie. Pracują wytrwalej, stosują przy tym adekwatne strategie rozwiązywania problemów, wykazując jednocześnie niższy poziom lęku i niepokoju niż uczniowie o niskim poczuciu skuteczności własnych działań (Schunk, 1989, za: Dembo, 1997, s. 145—146).

J. Pulikowski (1999, s. 40) zauważa, że mężczyzna przeżywa swoją wartość w kategoriach rozumu, siły, szeroko rozumianej sprawności, zwłaszcza intelektualnej. Jej znaczącą rolę potwierdziła w przeprowadzonych badaniach Krystyna Skarżyńska (1990), wskazując, że w procesie wychowania ojcowie za najważniejsze uznali wartości poznawcze, oczekując przede wszystkim, by ich dzieci „pragnęły zrozumieć świat”, w przeciwieństwie do matek, które podkreślały znaczenie dobrych stosunków z innymi. Ta odmienność w podkreślaniu priorytetów, zdaniem E. Domagały-Zysk (2001, s. 374), daje dziecku szansę nabycia zarówno wartości allocentrycznych, dzięki kontaktowi z matką, jak i intelektualnych — przez przebywanie z ojcem. Ojciec staje się więc nieodzownym towarzyszem procesu nabywania wiedzy.

Specyfika męskiej percepcji świata wpływa na kształtowanie się dostrzegalnych różnic osobowościowych, w zależności od płci dziecka. Przeprowadzone przez M. Płopę (2005) badania² wskazały, że postawy uczuciowe ojców warunkują cechy osobowości, które w znacznym stopniu decydują o właściwym funkcjonowaniu jednostki w grupie społecznej, spełnianiu przez nią oczekiwań środowiska społecznego, o interioryzacji norm społeczno-moralnych i jednoczesnym wewnętrznym, harmonijnym rozwoju własnej osobowości. W odniesieniu do dziewcząt w większym stopniu niż w wypadku chłopców uwidocznia się udział ojca w kształtowaniu się sfery emocjonalnej, podobny zaś w kształtowaniu się niezależności, wytrwałości i dyscypliny wewnętrznej. Większe zróżnicowanie cech występujące między chłopcami akceptowanymi a odrzucanymi przez ojców, niż między podobnymi grupami dziewcząt, zdaje się, zdaniem autora, potwierdzać tezę o bardziej znaczącym udziale ojca w kształtowaniu osobowości chłopców niż dziewcząt.

Opinie i oceny, jakie dziecko usłyszy na swój temat, kształtują jego osobowość. Samoocena rozumiana jako „część systemu Ja, obejmująca opinie o sobie i własnych zdolnościach” (Vasta i in., 1995, s. 518), jest jednym

² Grupy 300 osób, z wykorzystaniem 14-czynnikowego kwestionariusza osobowościowego R.B. Cattella, w opracowaniu J. Kostrzewskiego.

z elementów wpływających na osiągnięcie przez dziecko sukcesu szkolnego, który w znaczący sposób wiąże się z zachowaniem rodziców.

Autorytarny styl wychowania dzieci stanowi jeden z czynników oddziałujących na formowanie się niskiej samooceny, podczas gdy serdeczne relacje dziecko — rodzice i poczucie bezpieczeństwa sprzyjają kształtowaniu się wysokiej samooceny (M a c c o b y, 1980, za: F o n t a n a, 1998, s. 285). Z badań S. Coopersmitha nad rozwojem samooceny wynika, że w dużej mierze chłopcy przejęli i zinternalizowali ten wizerunek siebie samych, jaki stworzyli ich rodzice. Miało to znaczące konsekwencje dla ich osiągnięć szkolnych. Chłopcy z wysoką samooceną stawiali sobie wyższe i bardziej realistyczne cele, skłonni byli tym samym do przyjmowania wyzwań, nawiązywania współpracy i wyrażania swych uczuć. Z kolei chłopcy z niską samooceną mieli tendencje do asekuranctwa i stawiania sobie nienaturalnie niskich celów. Porażkę traktowali jako kolejne potwierdzenie własnej nieudolności. Byli wrażliwi na krytykę, a utwierdzeni w poczuciu swej bezwartościowości paradoksalnie obawiali się aprobaty (F o n t a n a, 1998, s. 285).

Dla prawidłowego rozwoju dziecka i osiągania przez nie sukcesu w nauce szkolnej konieczna jest rzeczywistość, a nie tylko fizyczna obecność zarówno ojca, jak i matki. Ważna jest jednak nie tylko częstość kontaktów dzieci z ojcem, ale przede wszystkim ich jakość (P o s p i s z y ł, 1986). Nieobecnością ojca (fizyczną i psychiczną) tłumaczy się wiele dysfunkcyjnych zachowań dzieci i młodzieży. Między innymi wymienia się różne przejawy niedostosowania społecznego, takie jak: niezdolność do adekwatnej oceny własnych i cudzych możliwości, zakłócenia w kształtowaniu obrazu siebie i poczucia tożsamości, błędna ocena planów, ambicji i szans w zakresie możliwości zaspokajania różnych potrzeb otoczenia społecznego, a także zwiększony poziom lęku i niepewność w kontaktach międzyludzkich (por. G a w r o n, J a r o s z, 1993; A u g u s t y n, 1999).

Coraz częściej zwraca się też uwagę, że skuteczna profilaktyka niepowodzeń w nauce powinna obejmować nie tyle wzmocnienie potencjału intelektualnego dziecka, treningi zdolności intelektualnych, usprawnianie pamięci czy zmianę programów nauczania, ile uczenie dzieci właściwych relacji międzyludzkich. Zdaniem B.L. M c C o m b s i J.E. P o p e (1997, s. 20): „Uwarunkowane brakiem bezpieczeństwa poglądy, uczucia i zachowania przesłaniają naturalną motywację, ale mogą być przewyciężone przez właściwe relacje międzyludzkie”.

Z osiągnięciami szkolnymi pozytywnie koreluje więc włączenie się w pracę z dzieckiem i wspólne spędzanie z nim czasu. Zwłaszcza dla dziecka z trudnościami w uczeniu się podstawowe znaczenie ma zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa i wzmacnianie wiary w jego możliwości.

Ojciec odpowiada za stworzenie optymalnych warunków dla rozwoju dzieci, za stworzenie środowiska sprzyjającego pracy intelektualnej, motywując tym samym dziecko do podejmowania wysiłku zdobywania wiedzy. Kontaktowanie się ojca z dzieckiem, zapewnienie mu korzystnego środowiska ma oddziaływanie profilaktyczne, sprzyja odnoszeniu sukcesów w nauce oraz zapobieganiu niepowodzeniom szkolnym (Domagała-Zyśk, 2001).

Cel badań własnych

Wyniki dostępnych badań i analiz teoretycznych ukazują jednoznacznie wartość ojca w procesie wychowania i jego znaczenie dla kształtowania się kompetencji poznawczych i emocjonalno-społecznych dzieci i młodzieży, istotnych gdy chodzi o realizowanie przez nich obowiązku szkolnego.

Uwzględniając wpływ ojca na funkcjonowanie młodego człowieka w roli ucznia, podjęte badania miały na celu rozpoznanie, jak młodzież spostrzega rolę i zaangażowanie ojca w organizowanie warunków sprzyjających odnoszeniu sukcesów w szkole.

Metoda badań

Zrealizowanie postawionego celu wymagało skonstruowania na potrzeby prowadzonych badań kwestionariusza ankiety. Zawarte w nim pytania obejmowały przekonania badanych na temat rzeczywistego i oczekiwanego zaangażowania ojców w zadania opiekuńczo-wychowawcze związane ze szkołą. Badaniu poddano 115 uczniów klas gimnazjalnych. Ze względu na postawiony cel, zakwalifikowano do nich wyłącznie młodzież pochodzącą z rodzin pełnych (ważne było, aby jej wiedza opierała się na doświadczeniach relacji z obojgiem rodziców). Charakterystykę badanej grupy osób przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Charakterystyka badanej grupy młodzieży

Klasa gimnazjum	Wiek	Płeć		Razem
		dziewczeta	chłopcy	
I	14	21	26	47
II	15	14	15	29
III	16	17	22	39
O g ó ł e m:		52	63	115

Wyniki badań

Ojciec włącza się w proces wychowania, organizując warunki sprzyjające nabywaniu i utrwalaniu przez dziecko wiedzy i umiejętności. Zebrane w wyniku przeprowadzonych badań dane stanowią podstawę podjęcia próby omówienia zaangażowania ojca w sprawy szkolne swych dzieci w percepcji badanych gimnazjalistów. Próbę tę przedstawia tabela 2.

Tabela 2

Zaangażowanie ojca w sprawy szkoły — częstotliwość podejmowanych działań (w procentach)

Częstotliwość działań	Rodzaj aktywności ojców w percepcji badanych								
	pomoc w odrabianiu lekcji			udział w wywiadówkach			zainteresowanie wynikami w nauce		
	dziew- czeta	chłopcy	Σ	dziew- czeta	chłopcy	Σ	dziew- czeta	chłopcy	Σ
Bardzo często	1,9	1,6	1,7	5,8	7,9	7,0	17,3	22,2	20,0
Często	3,9	6,3	5,2	5,8	6,3	6,0	30,8	25,4	27,8
Rzadko	54,0	46,1	49,6	23,1	22,0	22,6	38,4	31,8	34,8
Bardzo rzadko	19,2	12,7	15,7	11,5	16,0	14,0	5,8	9,5	7,8
Nigdy	21,0	33,3	27,8	53,8	47,8	50,4	7,7	11,1	9,6

Odpowiedzi ankietowanych wskazują, że ojcowie w niewielkim stopniu zarówno pomagają w odrabianiu lekcji, jak i interesują się wynikami w nauce, biorąc udział w szkolnych wywiadówkach. Uzyskane wyniki dowodzą, że co czwarty gimnazjalista nie korzysta nigdy z pomocy ojca

podczas odrabiania lekcji, jedynie 7% badanych korzysta regularnie z takiej pomocy (często lub nawet bardzo często). Zdecydowana większość ankietowanych (prawie $\frac{3}{4}$) może liczyć na pomoc ojca jedynie w wyjątkowych sytuacjach (rzadko lub bardzo rzadko). W wypadku, gdy ojcowie udzielają takiej pomocy, służą wówczas swą wiedzą i umiejętnościami w opanowaniu przez dzieci treści z zakresu przedmiotów ścisłych, tj. matematyki, fizyki, chemii, techniki (mają mniejsze kompetencje z zakresu historii, geografii, biologii, języka polskiego i języków obcych).

W praktyce obowiązek regularnego kontaktowania się ze szkołą realizują nadal matki. Wyniki badań świadczą, że co drugi ojciec nigdy nie chodzi na wywiadówki i nie ma bezpośredniej styczności z nauczycielami. Regularne stosunki ze szkołą utrzymuje jedynie 13% ojców. Pomimo sporadycznych kontaktów ojców ze szkołą jako instytucją, wykazują oni zdecydowanie większe zainteresowanie postępami dzieci w nauce — w bezpośrednim, codziennym kontakcie z nimi. Bardzo częste lub częste zainteresowanie przejawia prawie co drugi ojciec, całkowity zaś brak uwagi poświęcanej aktywności szkolnej dziecka to — w opinii ankietowanych — reakcja jednego na dziesięciu ojców.

Konfrontując rzeczywistość z oczekiwaniami, można zauważyć, że większość badanych gimnazjalistów, niezależnie od płci, stoi na stanowisku, że stały kontakt ze szkołą, podobnie jak pomoc w odrabianiu lekcji to powinność obojga rodziców, a nie, jak wskazuje praktyka — głównie matki. Dokonany przez badanych wybór pokazuje jednocześnie, że bezpośrednie zaangażowanie się w wymienione sprawy szkolne dzieci zdecydowanie nie należy do specyficznych zadań ojca. Skłonni są obarczyć taką funkcją (zwłaszcza w zakresie kontaktów ze szkołą) głównie matkę. Nieco ponad $\frac{1}{3}$ ankietowanych uważa, że to na niej powinien spoczywać wyłączny obowiązek brania udziału w szkolnych wywiadówkach (zob. tabela 3.).

Tabela 3

**Oczekiwane zaangażowanie osób znaczących w sprawy szkolne dzieci
(w procentach)**

Osoby znaczące	Podejmowana aktywność w percepcji badanych					
	pomoc w odrabianiu lekcji			udział w wywiadówkach		
	dziewczęta	chłopcy	razem	dziewczęta	chłopcy	razem
Oboje rodzice	94,2	74,6	83,5	69,2	49,2	58,3
Matka	1,9	6,3	4,3	30,8	42,9	37,4
Ojciec	0	0	0	0	6,3	3,4
Inni	3,9	19,1	12,2	0	1,6	0,9

Reakcje ojców na ocenę niedostateczną bądź inne przejawy braku sukcesów szkolnych przyjmują zróżnicowaną formę. Na podstawie uzyskanych wyników można zaobserwować dwa najczęstsze sposoby reagowania. Pierwszy polega na konstruktywnym motywowaniu dziecka przez ojca do poprawienia oceny (tłumaczenie, udzielanie wsparcia emocjonalnego, deklaracja udzielenia pomocy, jak również konkretna pomoc), natomiast drugi (równie częsty jak pierwszy) opiera się na niekorzystnych, z wychowawczego punktu widzenia, sposobach motywowania do osiągania lepszych wyników w nauce (pouczania, zakazy czy krzyk). Niepokojące jest to, że są to jedyne sposoby reagowania, nie poparte dodatkowo tłumaczeniami czy konstruktywną propozycją pomocy.

Gimnazjaliści oczekują (nieco częściej dziewczęta niż chłopcy), że w sytuacji ich porażki ojciec podejmie działania świadczące o chęci pomocy i zrozumienia trudności.

Badani zasygnalizowali, że w sytuacji niepowodzeń szkolnych brakuje czasem ze strony ojca reakcji świadczących o zainteresowaniu dzieckiem. Ten sposób reagowania okazuje się jednak pożądany przez część badanych (13,8%), znacznie częściej przez chłopców niż dziewczęta (zob. tabela 4.).

Tabela 4

**Reakcja ojca na niepowodzenia dzieci w nauce
(w procentach)**

Rodzaj reakcji	Reakcja ojca w percepcji badanych					
	aktualna			oczekiwana		
	dziewczęta	chłopcy	Σ	dziewczęta	chłopcy	Σ
Krzyk	0	1,6	0,9	0	0	0
Zakaz wyjścia z domu, korzystania z komputera itp.	7,7	7,9	7,8	0	0	0
Pouczanie i prawienie kazań	9,6	17,5	14	0	0	0
Tłumaczenie, udzielanie wsparcia, chęć pomocy	44,2	41,3	42,6	94,2	79,4	86,1
Wiele krytycznych zachowań (krzyk, groźby, pouczanie itp.)	21,2	17,4	19,1	0	0	0
Bagatelizowanie oceny	7,7	1,6	4,3	0	0	0
Brak reakcji	9,6	12,7	11,3	5,8	20,6	13,9

Zdecydowana większość ojców (prawie $\frac{3}{4}$) wzmacnia pozytywnie sukcesy szkolne dziecka, okazując mu zadowolenie, dumę, gratulując (wprost lub też pośrednio daje dziecku odczuć usatysfakcjonowanie jego osiągnięciami). Podobnie jak w wypadku niepowodzeń, także w sytuacji odnosze-

nia sukcesów — średnio dwóch na dziesięciu ojców ankietowanych chłopców przejawia całkowity brak reakcji, ignorując osiągnięcia syna, natomiast co dziesiąty ojciec traktuje sukces syna w kategoriach obowiązku, nie wzmacniając w żaden sposób jego zachowania. Ignorowanie i niedocenianie osiągnięć dziecka znacznie rzadziej spotyka się u ojców badanych gimnazjalistek.

Wszyscy badani (chłopcy i dziewczęta) oczekują od swoich ojców dowartościowania ich wysiłków w postaci jawnego okazania zadowolenia, dowodów uznania (zarówno niematerialnych jak i materialnych). Przy czym nieco więcej chłopców niż dziewcząt spodziewa się ze strony swych ojców wzmocnienia w postaci większego kieszonkowego, kupna czegoś atrakcyjnego czy wspólnego wyjazdu (zob. tabela 5.).

Tabela 5

**Reakcja ojca na sukcesy dziecka w szkole
(w procentach)**

Rodzaj reakcji	Reakcja ojca w percepcji badanych					
	aktualna			oczekiwana		
	dziewczęta	chłopcy	Σ	dziewczęta	chłopcy	Σ
Nieokazywanie wprost dumy i zadowolenia („czuję, że jest ze mnie dumny, ale mi o tym nie mówi”)	21,1	17,5	19,1	0	0	0
Komunikowanie zadowolenia i dumy z dziecka	61,5	42,8	51,3	71,0	46,0	57,4
Dawanie do zrozumienia, że jest to zwyczajny obowiązek dziecka	1,9	11,1	6,9	0	0	0
Brak reakcji	3,8	17,5	11,3	0	0	0
Nagradzanie (np. wspólnym wyjściem, kieszonkowym)	1,9	6,3	4,3	13,6	28,6	21,7
Komunikowanie dumy i zadowolenia połączone z materialnym nagradzaniem	9,6	4,8	6,9	15,4	25,4	20,9

Badani postrzegają swych rodziców jako osoby najbardziej znaczące, tj. motywujące ich do samodzielnego podejmowania wysiłków w celu odnoszenia sukcesów i samodzielnego rozwiązywania problemów. Dla badanych, niezależnie od płci, cenna jest pochwała i wyrazy uznania zarówno matki, jak i ojca. Warto zaznaczyć, że pewna część ankietowanych

uznaje właśnie matki, a nie ojców, za osoby mobilizujące ich do większego wysiłku (tak twierdzi co czwarty badany), a także zachęcające do samodzielnego rozwiązywania problemów (to opinia 30% gimnazjalistów) — zob. tabela 6.

Tabela 6

**Motywacyjna rola osób znaczących
(w procentach)**

Osoby znaczące	Rodzaj aktywności								
	mobilizowanie do odnoszenia sukcesów			ważność opinii w sytuacji odnoszenia sukcesów			zachęcanie do samodzielnego rozwiązywania problemów		
	dziew- częta	chłopcy	Σ	dziew- częta	chłopcy	Σ	dziew- częta	chłopcy	Σ
Oboje rodzice	53,8	68,3	61,7	92,4	88,9	90,4	46,1	50,8	48,7
Matka	30,8	19,0	24,3	3,8	9,5	7,0	40,4	20,6	29,6
Ojciec	15,4	12,7	14,0	3,8	1,6	2,6	13,5	28,6	21,7
Inni	0	0	0	0	0	0	0	0	0

W sytuacji doświadczania niepowodzeń szkolnych badani gimnazjaliści największe wsparcie znajdują w swych matkach. Większość badanych dziewcząt (w porównaniu z chłopcami) uzyskuje wsparcie i pomoc obojga rodziców (zob. tabela 7.). Z deklaracji gimnazjalistów — niezależnie od ich płci — wynika, że oczekują pomocy nie tylko matek, ale przede wszystkim obojga rodziców (tak twierdzi ośmiu na dziesięciu ankietowanych). Oczekiwanie pomocy ze strony ojca nie oznacza jednak zwolnienia z tej powinności matki. To ją nadal zdecydowana większość badanych postrzega jako osobę zobowiązaną do niesienia szeroko pojętej pomocy i udzielania wsparcia.

W opinii badanych osobami udzielającymi wsparcia są — oprócz rodziców — i powinni być inni, tj. rodzeństwo, przyjaciele, psycholog i wychowawca klasy.

Tabela 7

**Osoby udzielające wsparcia w wypadku niepowodzeń szkolnych
(w procentach)**

Osoby znaczące	Wsparcie w percepcji badanych					
	udzielane			oczekiwane		
	dziewczęta	chłopcy	Σ	dziewczęta	chłopcy	Σ
Oboje rodzice	44,2	28,6	35,7	86,5	74,6	80,0
Matka	42,3	46,1	44,3	13,5	11,1	12,2
Ojciec	1,9	6,3	4,4	0	0	0
Inni	11,6	19,0	15,6	0	14,3	7,8

Niezależnie od płci $\frac{3}{4}$ gimnazjalistów rozmawia z obojgiem rodziców na temat wyboru dalszej drogi swego kształcenia. Pozostali ankietowani znacznie częściej odwołują się w tym względzie do opinii matek niż ojców — traktując je jako bardziej kompetentne i otwarte.

Tabela 8

**Rozmowy na temat wyboru przyszłej szkoły
lub zawodu (w procentach)**

Osoby znaczące	Dziewczęta	Chłopcy	Razem
Oboje rodzice	77,0	74,6	75,6
Matka	21,1	15,9	18,3
Ojciec	1,9	9,5	6,1
Inni	0	0	0

Podsumowanie

W kontekście dokonujących się na gruncie rodziny przemian i wynikających z nich konsekwencji dla wypełniania przez rodziców funkcji wspierających dziecko w procesie edukacji — obserwuje się pewne tendencje do zmiany tradycyjnej roli ojca.

Wyniki uzyskanych badań wskazują na pewną wymiennność ról kobiety i mężczyzny. Co prawda, nadal dominuje wzorzec angażowania się głównie matek w sprawy szkolne dzieci, jednak udział ojców w wychowaniu i oczekiwania dzieci wobec nich wydają się coraz większe. Młodzież oczekuje od własnych ojców większego zaangażowania w udzielanie konkretnej pomocy (udział w wywiadówkach, pomoc w nauce), ale także spełniania funkcji zarezerwowanych do niedawna tylko dla kobiet, a polegających na udzielaniu pomocy i wsparcia o charakterze emocjonalnym i wartościującym.

Na podstawie przeprowadzonych badań trudno jednak wysunąć wniosków, że wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie oczekuje się wyłącznie od ojców. Wręcz przeciwnie, odnosi się wrażenie, że właśnie matki mają udzielać wsparcia, motywować do odnoszenia sukcesów, czy zachęcać do twórczego i samodzielnego rozwiązywania problemów. Stereotyp matki w pełni zaangażowanej, a nawet zobligowanej do odgrywania takiej roli nadal funkcjonuje wśród uczniów.

Biorąc pod uwagę znaczenie ojca w procesie edukacji, możliwość stymulowania sfer poznawczej, emocjonalnej, motywacyjnej — tak ważnych

z perspektywy sukcesów szkolnych dziecka — istotnym problemem wydaje się dookreślenie i wzmocnienie roli ojca w procesie wychowania. Wychowuje się m.in. dzięki współpracy szkoły z rodziną. Jednym z aspektów tej współpracy, podejmowanej dla dobra dziecka, powinno być utrzymywanie stałego kontaktu ze szkołą — nie tylko przez matki, ale także przez ojców. Ojcowie często nie doceniają swego wpływu i znaczenia dla funkcjonowania ich dzieci jako uczniów. Zadaniem nauczycieli — wychowawców klas — jest więc odpowiednia edukacja ojców zmierzająca do zmiany ich postaw, poszerzająca zakres ich wiedzy i umiejętności wychowawczych. Jednym z elementów szeroko pojętej pedagogizacji rodziców powinno być włączanie ojców do życia społeczności szkolnej przez udział np. w uroczystościach szkolnych, wycieczkach, zajęciach otwartych, szkoleniach. Działania te integrują rodziców, ich dzieci i nauczycieli, umacniając w ten sposób więzi emocjonalne. Staje się to istotnym czynnikiem edukacji oraz wychowania, i wpływa tym samym pośrednio na powodzenie szkolne dzieci.

Literatura

- Augustyn J., 1999: *Ojcostwo. Aspekty pedagogiczne i duchowe*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Badinter E., 1993: *Tożsamość mężczyzny*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Braun-Gałkowska M., 2000: *Być ojcem*. W: *Oblicza ojcostwa*. Red. D. Kornas-Biela. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Bronfenbrenner U., 1970: *Czynniki społeczne w rozwoju osobowości*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 1, s. 1—19.
- Bullinger H., 1997: *Mężczyzna czy ojciec?* Warszawa: Niezależna Oficyna Wydawnicza.
- Dembo M.H., 1997: *Stosowana psychologia wychowawcza*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Dołęga Z., 2006: *Rozpoznawanie czynników ryzyka zaburzeń zdrowia uczniów jako zadanie psychoprofilaktyki szkolnej*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań psychoprofilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Domagała-Zyśk E., 2001: *Rola ojców w zapobieganiu niepowodzeniom szkolnym ich dzieci*. W: *Oblicza ojcostwa*. Red. D. Kornas-Biela. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Fontana D., 1998: *Psychologia dla nauczycieli*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo s.c.
- Fromm E., 1971: *O sztuce miłości*. Warszawa.
- Gawron J., Jarosz E., 1993: *Sytuacja rodzinna nieletnich przestępców*. W: *Współczesne zagrożenia w strukturach społecznych*. Red. E. Syrek. Katowice: Wydawnictwo „Wieczorek-Press”.

- Janowski A., 1977: *Aspiracje młodzieży szkół średnich*. Warszawa: PWN.
- Karski J., 2001: *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Warszawa—Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”.
- Łączkowska M., 2000: *Zmiany tradycyjnego modelu rodziny*. W: *Materiały z Międzynarodowego Kongresu „O godność ojcostwa”*. Warszawa 5—7 listopada 1999 r. Red. E. Kowalewska. Gdańsk: Human Life International — Europa.
- McCombs B., Pope J.E., 1997: *Uczeń trudny. Jak skłonić go do nauki*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Maciarz A., 2004: *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Ostrowska K., 2000: *Psychologiczne aspekty ojcostwa*. W: *Materiały z Międzynarodowego Kongresu „O godność ojcostwa”*. Warszawa 5—7 listopada 1999 r. Red. E. Kowalewska. Gdańsk: Human Life International — Europa.
- Płopa M., 2005: *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pospiszyl K., 1980: *Ojciec a rozwój dziecka*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Pospiszyl K., 1986: *O miłości ojcowskiej*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Pospiszyl K., 1997: *Psychologia kobiet i psychologia mężczyzn*. „Problemy Rodziny”, nr 3, s. 15—21.
- Pulikowski J., 1999: *Warto być ojcem*. Poznań: Inicjatywa Wydawnicza „Jerozolima”.
- Sęk H., 1993: *Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*. W: *Spoteczna psychologia kliniczna*. Red. H. Sęk. Warszawa: PWN.
- Sitarczyk M., 1995: *Transmisja międzypokoleniowa postaw rodzicielskich*. W: *Psychologia wychowawcza stosowana. Wybrane zagadnienia*. Red. Z.B. Graś. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej.
- Skarżyńska K., 1990: *Wartości rodzicielskie matek i ojców*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 1—2, s. 1—20.
- Sokołowska-Dzioba T., 1995: *Środowisko rodzinne a osiągnięcia w nauce w pierwszych klasach liceów ogólnokształcących*. W: *Psychologiczna relacja rodzina — szkoła. Dylematy czasu przemian*. Red. A.W. Janke. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A., 1995: *Rozwój dziecka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Wolicki M., 1983: *Naśladownictwo, identyfikacja i modelowanie jako mechanizmy rozwoju społecznego u dzieci w środowisku rodzinnym*. „Problemy Rodziny”, nr 5, s. 18—25.

Bernadeta Bulla

Rozumienie przez uczniów swoich powinności wobec nauczycieli

Zdrowie w biopsychospołeczno-ekologicznym znaczeniu to proces dynamicznego równoważenia wzajemnych powiązań między systemami we wszechświecie. Proces ten zapewnia istnienie owych systemów i ich rozwój (Sę k, 2001, s. 49). Dla człowieka ważnym życiowo doświadczeniem jest to, które zdobywa w trakcie uczestnictwa w systemie szkolnym. Proces wzajemnego równoważenia wzajemnych powiązań między podsystemami systemu szkolnego sprawia, że uczeń, jako wyróżniony podsystem, może zaspokajać potrzeby i rozwijać swoje potencjały (biologiczne, psychologiczne) w zgodzie z wymaganiami otoczenia szkolnego. Zdrowiu psychicznemu ucznia sprzyja takie funkcjonowanie systemu szkolnego, które stwarza mu warunki:

- zaspokojenia — przez uczestnictwo w systemie szkolnym — potrzeb bezpieczeństwa psychicznego, szacunku i samorealizacji;
- realizowania swych celów zgodnie z wymaganiami systemu szkolnego, do którego przynależy w ciągu długiego czasu swej edukacji (szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła średnia); by sprostać tym wymaganiom, uczeń, zgodnie z oczekiwaniami nauczycieli i rodziców, wywiązuje się z zadań rozwojowych (opisanych przez Roberta Havighursta) i rozwiązuje kryzysy rozwojowe przewidziane dla swego okresu życia (przedstawione przez Erika Eriksona).

Uczeń, mając określone **cele**, z którymi — zgodnie z założeniami poznawczo-emocjonalno-regulacyjnej teorii Richarda L a z a r u s a (1991, za: Pervin, 2002, s. 322) — wychodzi do świata, oraz **przekonania** na temat siebie i świata, dokonuje oceny wydarzeń (które mogą wpływać na

te cele), a także doświadcza emocji i uczuć, które prowadzą do podjęcia decyzji, określających sposoby postępowania w różnych sytuacjach życia szkolnego. Przekonania ucznia na temat sensu uczenia się, nauczania oraz znaczenia doświadczeń gromadzonych dzięki interakcjom z nauczycielem i innymi uczniami we wspólnej przestrzeni systemu szkolnego, wywierają wpływ na jego zdrowie fizyczne i psychiczne. Uczeń, radząc sobie z rolą ucznia, świadomy i samoświadomy, doświadcza poczucia zrozumiałości, sensowności i zaradności (Antonovsky, 1997; Jelonkiewicz, 1994). Jego udziałem stają się sprzyjające zdrowiu psychicznemu doświadczenia, przyczyniające się do pogłębiania się jego zdolności do rozwoju ukierunkowanego na wszechstronne rozumienie, przeżywanie, odkrywanie i tworzenie coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości (Dąbrowski, red., 1979, s. 29). W wieku edukacyjnym takie rozumienie rzeczywistości systemu szkolnego sprawia, że uczeń może snuć refleksje nie tylko nad swoimi prawami, ale i nad obowiązkami, **powinnościami**.

Kontakty uczeń — nauczyciel są uregulowane w sensie formalnym odpowiednimi przepisami ról społecznych, mającymi — według Leszka Wrony (1998, s. 515) — swe źródło w aktualnej koncepcji edukacji i roli szkoły w procesie edukacyjnym. Przepisy ról uwarunkowane są zewnątrz — społecznymi oczekiwaniami, oraz wewnątrz — indywidualnym sposobem rozumienia tych oczekiwań. Indywidualny sposób rozumienia przepisu swej roli przez ucznia ma związek z obrazem „Ja”. Koncepcja siebie nie jest prostym odbiciem doświadczeń, ale systemem przekonań o sobie, pozwalających rozumieć własne funkcjonowanie oraz stosunek innych do nas, co, zdaniem Piotra Olesia (2003), pomaga zachować poczucie kontroli nad swym zachowaniem i otoczeniem. Koncepcja siebie to całość złożona z różnych rodzajów „Ja”: realnego, idealnego, retrospektywnego, aktualnego, możliwego (pożądanego i niepożądanego), intencjonalnego i powinnościowego. Poszerzenie zawartości obrazu „Ja” o „Ja” powinnościowe dowodzi, że uczeń, poszukując odpowiedzi na pytanie, kim jest i dokąd zdąża, poszerza również przestrzeń swej wolności, rozumianej nie tylko jako wolność od czegoś, ale również jako wolność do czegoś — do podjęcia zobowiązań.

Zgodnie z założeniami teorii ukierunkowań „Ja” E. Tory’ego Higginsa „Ja” powinnościowe to koncepcja formułowana wokół pytania: Jaka powinnam być? Jaki powinienem być? (Higgins, 1987, 1990; Oleś, 2003, s. 245; Pervin, 2002, s. 270). „Ja” powinnościowe obejmuje takie właściwości, którymi, jak się człowiekowi wydaje, powinien się charakteryzować. Koncepcja ta zawiera standardy formułowane z perspektywy: — osobistej — „Ja” powinnościowe formułowane z własnej perspektywy (*ought / own*) to reprezentacja poznawcza cech, którymi osoba — zgod-

nie z własnym przekonaniem — powinna się charakteryzować, co wiąże się z poczuciem obowiązku i zobowiązaniem nakładanym na siebie przez nas samych;

- zinternalizowanych standardów pochodzących od zewnętrznego autorytetu — „Ja” powinnościowe formułowane z perspektywy osób znaczących (*ought / other*) to z kolei reprezentacja poznawcza cech, których posiadanie wiąże się — zgodnie z przekonaniem osoby — z odpowiedzialnością, poczuciem obowiązku, zobowiązaniami nałożonymi na nas przez innych: rodziców, nauczycieli, przez regulamin szkoły, kodeks ucznia, państwo, kościół (Bąk, 2002, s. 44).

E.T. Higgins (1987, za: Oleś, 2003, s. 245), przedstawiając znaczenie „Ja” powinnościowego dla regulacji zachowania, podkreśla rolę rozbieżności w systemie „Ja”: między idealną i realną koncepcją siebie oraz między powinnościową a realną koncepcją siebie. Rozbieżności te wywołują odmienne uczucia i wiążą się z określonymi efektami motywacyjnymi (Oleś, 2003, s. 245; Pervin, 2002, s. 270; Pervin, John, 2002, s. 542; Bąk 2002, s. 46):

- rozbieżność między „Ja” realnym i „Ja” idealnym łączy się z ze stanami emocjonalnymi charakterystycznymi dla depresji: uczuciem smutku, rozczarowania, niezadowolenia, zniechęcenia, żalu, poczuciem nieszczęścia, przykrości, strapienia, zawodu, straty, niespełnienia ideałów; pojawia się frustracja związana z niezaspokojeniem potrzeb;
- rozbieżność między „Ja” realnym a „Ja” powinnościowym łączy się z uczuciami z kręgu lęku i poczucia winy: z niepokojem, zmartwieniem, ze strachem, zmartwieniem, z poruszeniem, poczuciem zagrożenia i obawy przed karą, napięciem; w związku z niespełnieniem wymagań stawianych samemu sobie można doświadczać pragnienia samoukarań, odczuwać pogardę dla siebie i zakłopotanie, z czym może się łączyć poczucie niskiej wartości i słabości moralnej; natomiast w związku z niespełnieniem powinności określonych przez zewnętrzny autorytet można doświadczać poczucia zagrożenia ze strony osób znaczących, odczuwać urazę i złość w stosunku do nich.

Zgodność realnej i idealnej koncepcji „Ja” łączy się z pogodnym nastrojem, poczuciem zadowolenia i usatysfakcjonowania, natomiast zgodność „Ja” realnego i powinnościowego prowadzi do wewnętrznego spokoju, wyciszenia i zrelaksowania (Higgins, 1996; Higgins, Shah, Friedman, 1997, za: Bąk, 2002, s. 48).

Problem

W każdym z okresów życia człowiek podlega naciskom (Brzezińska, 2000, s. 237): biologicznym (procesy biologicznego wzrastania dojrzewającego i zmieniającego się organizmu), psychicznym (psychiczna integracja) i społecznym (społeczna wymiana i dopasowywanie się, związane z oczekiwaniami formułowanymi przez otoczenie). Ważnymi rozwojowo są naciski doświadczane podczas pełnienia roli ucznia. Uczeń, realizując zadania rozwojowe i rozwiązując kolejne kryzysy rozwojowe, gromadzi przekonania na temat siebie i innych członków systemu szkolnego oraz wzajemnych relacji. Rozwijające się struktury poznawcze wypełniają się treścią w zależności od kontekstu społecznego, w jakim wzrasta uczeń (Bak, 2002, s. 51).

Dla rozwoju struktur skupionych wokół „Ja” podstawowego główne znaczenie mają relacje między uczniem a osobami zajmującymi się jego wychowaniem. Organizując informacje, doświadczenia uczestnictwa w systemie szkolnym, jako — według E.T. Higginsa (1987, 1990; Pervin, John, 2002, s. 542) — wczesne doświadczenia uczeniowe, związane z konsekwencjami emocjonalnymi spełnienia lub niespełnienia standardów, jako **ukierunkowania Ja**, odgrywają znaczącą rolę w procesie przystosowania ucznia. Uczeń, który pozostaje w równowadze z otoczeniem, radzi sobie z zaspokajaniem potrzeb i rozwija swe potencjały w zgodzie z wymaganiami otoczenia, ma większą szansę na zachowanie zdrowia fizycznego i psychicznego. Ukierunkowania „Ja” odgrywają szczególną rolę w odniesieniu do „Ja” idealnego i „Ja” powinnościowego.

„Ja” powinnościowe ucznia stanowią atrybuty, standardy, właściwości, które, jak uważa, powinien mieć. Uczeń, jako uczestnik systemu szkolnego, usiłuje zmniejszyć rozbieżność pomiędzy aktualnym postrzeganiem się w roli ucznia, a tym, jakim powinien być w tej roli. Jeśli uczeń nie radzi sobie ze stresem towarzyszącym stwierdzeniu tej rozbieżności czy wynikającym z nieskuteczności prób podejmowanych w celu zmniejszenia tej rozbieżności, wtedy doświadczać może poczucia winy lub lęku.

Jak wynika z badań nad przyczynami lęku, prowadzonych w grupie 1745 uczniów, doświadczane przez nich lęki dotyczyły najczęściej ich funkcjonowania w szkole (25,7%). Przyczyny te w swej treści nawiązywały zarówno do osób tworzących system szkolny, szczególnie nauczycieli i innych uczniów, jak i do okoliczności nabywania wiadomości i umiejętności, a więc odpowiedzi przy tablicy, sprawdzianów, egzaminów (por. Bulla, 2006b, s. 97). Lęk jako reakcja na utraconą przez ucznia równowagę z systemem, do którego przynależy w związku z rolą ucznia, nie

pozostaje bez wpływu na jego stan psychiczny i fizyczny (por. Bulla, 2006a, s. 122).

Reakcją na lęk mogą być zarówno objawy psychiczne (poznawcze i emocjonalno-uczuciowe), jak i fizjologiczne (mięśniowo-kostne, sercowo-naczyniowe, żołądkowo-trawienne, skórne). Rozbieżność „Ja” aktualnego i „Ja” powinnościowego wydaje się również zmniejszać skuteczność funkcjonowania układu odpornościowego ucznia w zwalczaniu chorób (Strauman, Lemieux, Coe, 1993, za: Pervin i John, 2002, s. 542; Oleś, 2003, s. 246).

Przyjmując założenie, iż rozbieżność „Ja” realnego i „Ja” powinnościowego wpływa na przebieg rozwoju ucznia — na wywiązywanie się przez niego z zadań rozwojowych, rozwiązywanie kryzysów rozwojowych, a w konsekwencji na jego funkcjonowanie w przestrzeni szkolnej, w rozdziale tym podjęto próbę odpowiedzi na pytania:

Jakie, w deklaracji uczniów, są ich powinności wobec nauczycieli?

Czy deklarowane powinności mają związek z płcią i wiekiem uczniów?

Metoda badań

By udzielić odpowiedzi na postawione pytania, zwrócono się do badanych uczniów z prośbą o wymienienie swoich powinności, obowiązków, zobowiązań wobec nauczycieli.

Badania przeprowadzono w latach 2004—2006. Klasy dobrano losowo. Badania odbywały się w szkołach podstawowych, gimnazjach, liceach i technikach województwa śląskiego. Część badań przeprowadzono przy pomocy studentów studiów podyplomowych w ramach zajęć seminaryjnych z psychologii. Wypowiedzi uczniów klas pierwszych i drugich zapisywały osoby przeprowadzające badania, w pozostałych klasach uczniowie samodzielnie wypełniali arkusz badania.

Pytanie otwarte: **Jakie są Twoje obowiązki, powinności wobec nauczycieli?**, wchodziło w skład serii pytań, skonstruowanej na potrzeby badań ankiety „Ja i moje powinności”. Ankieta ta dotyczyła poglądów uczniów na ich powinności wobec osób czy też innych obiektów dla nich znaczących.

Całe badanie przeciętnie trwało 45 minut. Charakterystykę przedziałów wieku i płci badanych przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Charakterystyka badanych uczniów z uwzględnieniem ich płci i wieku

Typ szkoły	Klasa	Płeć		Razem
		Dziewczęta	Chłopcy	
Szkola podstawowa (SP)	I	12	21	33
	II	28	25	53
	III	42	55	97
	Razem: klasy I—III	82	101	183
	IV	43	63	106
	V	104	93	197
	VI	109	79	188
	Razem: klasy IV—VI	256	235	491
	R a z e m	338	336	674
Gimnazjum	I	112	88	200
	II	96	84	180
	III	54	44	98
	R a z e m	262	216	478
Liceum, Technikum (LO / Tech)	I	203	219	422
	II	433	264	697
	III	414	323	737
	R a z e m	1 050	806	1 856
	O g ó ł e m	1 650	1 358	3 008

Wyniki badań

Przebieg i okoliczności rozwoju, począwszy od najwcześniejszych lat, decydują o treści przekonań dotyczących „Ja” ucznia. Uczeń nabywa m.in. zdolności do tworzenia złożonych reprezentacji poznawczych, ujmujących relacje między jego własnym zachowaniem a reakcjami nauczycieli — ważnych członków systemu szkolnego. Reprezentacje poznawcze cech, którymi uczeń powinien się charakteryzować, a które wiążą się z jego poczuciem obowiązku i odpowiedzialności wobec nauczycieli, to jeden ze składników jego „Ja” powinnościowego. „Ja” powinnościowe, formułowane przez uczniów z własnej perspektywy, zawiera reprezentację poznawczą cech,

którymi uczeń — zgodnie z własnym przekonaniem — powinien się charakteryzować, co wiąże się z jego poczuciem odpowiedzialności i obowiązku wobec nauczycieli. „Ja” powinnościowe uczniów, formułowane z perspektywy zinternalizowanych standardów pochodzących od zewnętrznego autorytetu, to z kolei reprezentacja poznawcza cech, których posiadanie wiąże się — zgodnie z przekonaniem ucznia — z poczuciem odpowiedzialności za obowiązki nałożone na niego przez innych: rodziców, nauczycieli, regulamin szkoły, kodeks ucznia (Bąk, 2002, s. 44). Zebrane w wyniku przeprowadzonych badań dane oraz ich analiza stanowią podstawę do omówienia powinności deklarowanych przez uczniów wobec nauczycieli.

Deklarowane przez uczniów powinności wobec nauczycieli

„Ja” powinnościowe, według E.T. Higginsa, obejmuje takie właściwości, którymi, jak nam się wydaje, powinniśmy się charakteryzować — należą do nich obowiązki nakładane na nas przez innych oraz własne zobowiązania (Pervin, 2002, s. 270). Odpowiadając na pytanie o związki pomiędzy wiekiem i płcią badanych uczniów a ich przekonaniami na temat ich powinności wobec nauczycieli, podjęto próbę opisu treści przekonań uczniów szkoły podstawowej, gimnazjum i uczniów liceum oraz technikum. Podstawę opisu stanowiły powinności wymienione przez badanych, udzielających odpowiedzi na pytanie o ich obowiązki, powinności wobec nauczycieli. Wymienione powinności pogrupowano w następujące kategorie:

1. Powinności skoncentrowane na takich podstawowych zadaniach ucznia, jak:

- uczenie się, odrabianie zadań, przygotowywanie się do lekcji, obecność na lekcji, przychodzenie do szkoły;
- właściwa postawa ucznia wobec uczenia się — obowiązkowość, pracowitość, odpowiedzialność, punktualność, terminowość, systematyczność, samodzielność, aktywność na lekcji, poważne traktowanie przedmiotu.

2. Powinności skoncentrowane na relacjach ucznia z nauczycielem:

- okazywanie posłuszeństwa — słuchanie nauczyciela, wypełnianie jego poleceń, stosowanie się do ich zasad;
- unikanie zachowań nieaprobowanych przez nauczycieli — nieprzerywanie nauczycielowi, nieprzeszkadzanie, nierozmawianie na lekcji,

- niedenerwowanie nauczyciela, nieprzeklinanie, niedokuczanie nauczycielowi, „niepyskowanie”, niekłócenie się z nauczycielem, niesprawianie kłopotów;
- gotowość do właściwych zachowań — bycie grzecznym, kulturalnym, dobrze wychowanym, odpowiednie, właściwe zachowywanie się;
 - uczciwość — prawdomówność, szczerłość, okazywanie zaufania, zdobywanie zaufania nauczycieli;
 - rozumienie nauczycieli — wyrozumiałość dla nich, cierpliwość;
 - zgodne współzycie z nauczycielem — staranie się o wysłuchanie nauczyciela, rozmawianie z nim, bycie miłym i uprzejmym dla niego, utrzymywanie z nim dobrych kontaktów, współpracowanie z nim;
 - akceptowanie nauczyciela — lubienie, kochanie nauczyciela, okazywanie mu przyjaźni i życzliwości;
 - pomaganie nauczycielowi — uczynność wobec niego, wspieranie go;
 - okazywanie nauczycielowi szacunku i wdzięczności — podziwianie, docenianie pracy nauczyciela, uznanie dla niego;
 - lojalność wobec nauczyciela — dobre wyrażanie się o nauczycielu, bycie dla niego sprawiedliwym, nieobmawianie go;
 - tolerowanie nauczyciela;
 - branie przykładu z nauczyciela — naśladowanie nauczycieli, korzystanie z ich doświadczenia, przejmowanie ich ambicji;
 - podjęcie pod wpływem nauczyciela pracy nad sobą — poprawianie się, dyscyplinowanie się, dążenie do celu;
 - inne — płaszczenie się przed nauczycielem (LO / Tech — 2), ignorowanie nauczyciela (LO / Tech — 1), przyznawanie mu racji, nawet jak jej nie ma (LO / Tech — 1).

Strukturę powinności, czyli częstotliwość występowania danej kategorii powinności, spośród wszystkich wymienionych, z uwzględnieniem wieku i płci badanych uczniów, przedstawiono w tabeli 2.

Siłę związku między elementami struktury powinności wobec nauczycieli, które wymienili badani, z uwzględnieniem ich wieku i płci, obliczono, stosując współczynnik korelacji rang Spearmana, istotność różnic natomiast — stosując statystykę *t*. Siłę związku między rodzajami powinności wobec nauczycieli, wymienionymi przez badanych, zestawiono poniżej, a różnice są istotne statystycznie (0,05).

Siła związku (*r*) między elementami struktury powinności wobec nauczycieli, które wymienili:

- dziewczęta i chłopcy — $r = 0,96$;
- uczniowie szkoły podstawowej i uczniowie gimnazjum — $r = 0,81$;
- uczniowie gimnazjum i uczniowie liceum oraz technikum — $r = 0,94$.

Siła związku (*r*) między elementami struktury powinności wobec nauczycieli, które wymienili dziewczęta i chłopcy uczęszczający do:

- szkoły podstawowej — $r = 0,96$;
- gimnazjum — $r = 0,96$;
- liceum i technikum — $r = 0,89$.

Siła związku (r) między elementami struktury powinności wobec nauczycieli, które wymienili:

- dziewczęta uczęszczające do szkoły podstawowej i gimnazjum — $r = 0,83$;
- dziewczęta uczęszczające do gimnazjum i liceum oraz technikum — $r = 0,89$;
- chłopcy uczęszczający do szkoły podstawowej i gimnazjum — $r = 0,84$;
- chłopcy uczęszczający do gimnazjum i liceum oraz technikum — $r = 0,90$.

Jak wynika z analizy danych zamieszczonych w tabeli 2., odpowiedzi na pytanie o powinności uczniów wobec nauczycieli, częściej nie udzielali — niezależnie od wieku — chłopcy (4,1%) niż dziewczęta (0,8%). Wraz z wiekiem badanych malała liczba uczniów nieudzielających odpowiedzi na to pytanie (SP — 3,6%, gimnazjum — 2,5%, liceum / technikum — 1,8%).

Wymienione przez uczniów powinności — jeśli rozpatrywać je na najogólniejszym poziomie — skoncentrowane były na samym uczeniu się albo na stosunkach ucznia z nauczycielem. I tak, powinności te częściej (79,8%) dotyczyły właściwości kontaktów ucznia z nauczycielem niż zadania, jakim jest uczenie się (20,2%). Powinności skoncentrowane na zadaniu — uczeniu się, częściej wymieniali chłopcy (23%) niż dziewczęta (18,2) — począwszy od klasy IV szkoły podstawowej aż do końca szkoły średniej. Częstotliwość wymieniania powinności skoncentrowanych na zadaniu, tj. uczeniu się, zmniejszała się nieznacznie na poziomie gimnazjum (SP — 20,1%, LO / Tech — 21%, gimnazjum — 17,6%, w tym klasa I gimnazjum — 15,4%, klasa III — 8,6%).

Dalsza analiza danych zamieszczonych w tabeli 2. pozwala zauważyć następujące prawidłowości:

1. Badani uczniowie najczęściej deklarowali, że ich powinnością wobec nauczycieli jest okazywanie im szacunku oraz wdzięczności (24,7%), okazywanie posłuszeństwa (20,6%) oraz uczenie się (20,2%).

2. Uwzględniając w analizie struktury powinności płeć badanych uczniów, zauważamy, że dziewczęta częściej (27,1%) niż chłopcy (21,2%) (niezależnie od poziomu kształcenia, z wyjątkiem klas I—III szkoły podstawowej) wymieniały szacunek i wdzięczność, natomiast chłopcy (niezależnie od poziomu kształcenia, z wyjątkiem klas I—III szkoły podstawowej) częściej (23%) niż dziewczęta (18,2%) wymieniali uczenie się.

Deklarowane przez uczniów powinności wobec nauczycieli

Powinności skoncentrowane na zadaniu		Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
		I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
1. Uczenie się		16,1	10,0	28,0	23,9	19,3	21,8	15,4	29,0	8,6	19,4	21,3	22,0
2. Relacje z nauczycielem	okazywanie posłuszeństwa	38,7	15,5	34,8	16,4	36,0	25,1	21,7	23,9	37,5	15,9	16,7	17,5
	unikanie zachowań nieaprobowanych przez nauczycieli		0,5	9,1	19,7	11,3	6,2	7,1	0,4		2,7	1,5	2,2
	właściwe zachowanie	12,9	35,2	8,3	10,1	9,0	11,9	17,9	7,0	4,3	14,4	11,1	7,5
	uczciwość				2,1	0,6	4,8	6,9	6,3	9,1	6,5	7,0	6,4
	zrozumienie nauczyciela							2,7	0,7		3,3	3,1	2,4
	zgodne współzycie z nauczycielem	6,5	11,0		6,3	4,2	1,4	1,1	2,2	0,9	3,0	2,0	1,6
	akceptacja nauczyciela, życzliwość	9,7			5,5		7,9	0,7	0,4		1,5		2,1
	pomaganie nauczycielowi	9,7	13,7	6,1	4,2	2,6	4,2	8,0	2,9	9,5	2,3	2,1	5,1
	szacunek, wdzięczność	6,5	14,2	13,6	11,3	13,5	16,1	17,6	26,5	28,4	28,0	30,3	30,1
	lojalność					0,3		0,2	0,7	0,4	1,5	2,3	1,4
	tolerowanie nauczyciela					1,1	0,6				0,6	2,1	1,5
	branie przykładu z nauczyciela				0,4						0,4	0,3	0,2
	podjęcie pracy nad sobą					2,3		0,7		1,3	0,5	0,1	0,5
	Ogółem	83,9	90,0	72,0	76,1	80,7	78,2	84,6	71,0	91,4	80,6	78,7	78,0
	Brak odpowiedzi	25,0	3,8		0,9	5,6	1,1	2,5	3,2	1,0	2,8	0,9	2,0

Tabela 2

— z uwzględnieniem płci i wieku uczniów (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO		SP	G	LO	dz	chł	
dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł						
17,5	15,9	18,2	25,6	18,0	22,6	14,4	22,0	19,3	23,5	20,1	17,6	21,0	18,2	23,0	20,2
24,5	23,6	25,5	27,9	25,2	26,6	25,2	27,4	16,3	17,8	25,8	26,2	16,9	19,8	21,8	20,6
4,0	2,7	10,9	12,3	8,9	9,3	2,9	4,2	1,5	3,0	9,1	3,5	2,1	3,4	4,9	4,0
25,0	23,1	10,7	10,1	14,8	14,1	10,4	12,8	9,7	11,2	14,5	11,4	10,3	10,9	12,2	11,5
		3,8	1,3	2,7	0,9	9,1	4,7	6,7	6,5	1,9	7,2	6,6	6,2	4,7	5,6
						0,9	2,2	3,4	2,0		1,5	2,8	2,2	1,5	1,9
6,0	7,7	4,4	2,8	4,8	4,3	1,1	1,7	2,2	1,9	4,6	1,4	2,1	2,6	2,5	2,5
0,5	1,1	5,0	4,0	3,7	3,1	0,5	0,2	1,4	1,1	3,4	0,4	1,3	1,8	1,5	1,7
8,5	13,2	4,2	3,0	5,4	6,2	8,0	5,4	4,2	2,5	5,8	6,9	3,5	5,1	4,0	4,6
14,0	12,6	15,6	11,8	15,2	12,1	26,7	17,5	31,6	26,5	13,8	22,8	29,6	27,1	21,2	24,7
		0,2		0,1		0,4	0,6	1,3	2,4	0,1	0,4	1,7	0,9	1,4	1,1
		1,0		0,7				1,5	1,4	0,4		1,5	1,1	0,8	0,9
			0,3		0,2			0,3	0,2	0,1		0,3	0,2	0,2	0,2
		0,6	1,0	0,4	0,7	0,2	1,2	0,6	0,1	0,5	0,6	0,4	0,5	0,4	0,6
82,5	84,1	81,8	74,4	82,0	77,4	85,6	78,0	80,7	76,5	79,9	82,4	79,0	81,8	77,0	79,8
1,2	8,9	1,6	4,9	1,5	4,8		5,6	0,8	3,1	3,6	2,5	1,8	0,8	4,1	2,3

3. Struktura wymienionych powinności wobec nauczycieli okazuje się różna, w zależności od wieku uczniów:

- wraz ze wzrostem wieku badani coraz rzadziej wymieniali takie powinności, jak: unikanie zachowań nieaprobowanych przez nauczycieli (SP — 9,1%, G — 3,5%, LO / Tech — 2,1%), właściwe zachowanie (SP — 14,4%, G — 11,4%, LO / Tech — 10,3%); a także okazywanie posłuszeństwa, ale dopiero na poziomie szkół ponadgimnazjalnych (G — 26,2%, LO / Tech — 16,9%);
- z wiekiem częściej wymienia się następujące powinności: okazywanie szacunku i wdzięczności (SP — 13,8%, G — 22,8%, LO / Tech — 29,6%), uczciwość (SP — 1,9%, G — 7,2%, LO / Tech — 6,6%); zrozumienie nauczyciela, ale dopiero począwszy od gimnazjum (1,5%, LO / Tech — 2,8%);
- gimnazjaliści rzadziej niż uczniowie szkół podstawowych i średnich jako powinność wobec nauczycieli wymieniali uczenie się (G — 17,6%, SP — 20,1%, LO / Tech — 21%), zgodne współżycie z nauczycielem (G — 1,4%, SP — 4,6%, LO / Tech — 2,1%), akceptowanie nauczyciela (G — 0,4%, SP — 3,4%, LO / Tech — 1,3%); gimnazjaliści częściej (6,9%) też niż pozostali uczniowie (SP — 5,8%, LO / Tech — 3,5%) za swoją powinność uznali pomaganie nauczycielom.

Szczegółowe powinności uczniów wobec nauczycieli skoncentrowane na uczeniu się

Nauka — jeden z podstawowych typów aktywności człowieka, rozumiana jest jako zamierzone **uczenie się** — podejmowana świadomie czynność w celu zdobycia czy utrwalenia określonych wiadomości czy umiejętności (M a t c z a k, 2003, s. 263). Co piąta (20,2%) powinność wobec nauczycieli, którą wymieniali badani uczniowie, koncentrowała się na zadaniu — uczeniu się. Powinności szczegółowe związane z uczeniem się pogrupowano i stworzono dwie ich grupy:

uczenie się:

- ogólnie uczenie się;
- odrabianie zadań domowych;
- przychodzenie do szkoły;
- ukończenie szkoły;

postawy ucznia wobec uczenia się, jakość uczenia się, specyficzne cechy ucznia:

- obowiązkowość;
- pracowitość;

- odpowiedzialność;
- systematyczność;
- samodzielność;
- aktywność na lekcji;
- poważne traktowanie przedmiotu.

Strukturę szczegółowych powinności uczniów wobec nauczycieli, które skoncentrowano na uczeniu się, przedstawiono w tabeli 3. Zamieszczone w tabeli dane pozwalają na dostrzeżenie następującej prawidłowości: uczniowie częściej wymieniali powinności zaliczone do grupy uczenie się (71,8%) niż do grupy powinności dotyczących jakości uczenia się (28,2%). Powinności związane z jakością uczenia się częściej wymieniali dziewczęta (29,8) niż chłopcy (26,4) (różnice nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności statystycznej). Proporcjonalnie z wiekiem badanych rosła częstotliwość wymienianych powinności dotyczących jakości uczenia się (SP — 19,8%, G — 25,6%, LO / Tech — 32,1%). Porównywane grupy różniły się między sobą istotnie (Chi kwadrat — 14,7; $p < 0,05$). Obserwowana tendencja częściej odnosiła się do deklaracji uczennic niż uczniów gimnazjum i liceum oraz technikum.

Uczenie się jako powinność ucznia wobec nauczyciela

W strukturze powinności wobec nauczyciela, zaliczonych do kategorii uczenia się, wymieniono:

- uczenie się jako takie — wymieniane najczęściej (79,9%), niezależnie od płci; częstotliwość wskazań tej powinności rosła wraz z wiekiem badanych (SP — 72%, G — 78,4%, LO / Tech — 83,15); powinność ta występowała częściej w deklaracjach uczennic niż uczniów, z wyjątkiem szkół ponadgimnazjalnych;
- odrabianie zadań domowych (14,1%) — powinność wymieniana częściej przez dziewczęta (16%) niż chłopców (12,1%) (z wyjątkiem szkoły podstawowej, szczególnie klas IV—VI); z wiekiem badanych częstotliwość wymieniania tej powinności zmienia się — maleje i rośnie (SP — 22,7%, G — 8,0%, LO / Tech — 11,9%);
- ukończenie szkoły — powinność (3,4%) pojawiająca się tylko w deklaracjach chłopców uczęszczających do szkoły podstawowej (klasa VI) i do gimnazjum (klasa II), a także dziewcząt — uczennic klasy III liceum i technikum;
- przychodzenie ucznia do szkoły (2,5%) — powinność deklarowana częściej przez chłopców (4,8%) — z wyjątkiem uczniów liceum i technikum — niż dziewczęta (1,2%) — tylko uczennice klasy II gimnazjum.

Powinności skoncentrowane na zadaniu deklarowane przez

Powinności skoncentrowane na zadaniu		Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
		I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
Uczenie się	uczenie się		95,5	69,4	72,5	71,7	70,0	84,3	72,5	100,0	87,6	78,3	86,7
	odrabianie zadań	100,0	4,5	25,0	19,6	28,3	17,5	15,7	2,9		9,7	16,1	9,4
	przychodzenie do szkoły			5,6	7,8		10,0		14,5				
	ukończenie szkoły						2,5		10,1		2,7	5,6	3,9
	O g ó ł e m	100,0	100,0	97,3	89,5	88,3	51,9	73,9	87,3	25,0	73,9	80,1	57,1
Postawy wobec uczenia się	obowiązkowość			100,0		42,9	91,9	55,6	100,0	46,7	25,0	30,0	37,8
	pracowitość				33,3	28,6		11,1			12,5	15,0	35,6
	odpowiedzialność							16,7				30,0	3,7
	punktualność, terminowość				33,3					53,3	2,5	7,5	3,7
	systematyczność				16,7		2,7	5,6			22,5	15,0	11,1
	samodzielność												4,4
	aktywność na lekcji				16,7	28,6	5,4				10,0	2,5	3,7
	poważne traktowanie przedmiotu										27,5		
	O g ó ł e m			2,7	10,5	11,7	48,1	26,1	12,7	75,0	26,1	19,9	42,9

Specyficzna jakość uczenia się ucznia jako jego powinność wobec nauczyciela

Wśród powinności wobec nauczyciela, skoncentrowanych na postawie wobec uczenia się, uczniowie wymienili (zob. tabela 3):

- obowiązkowość (44,7%) — wymieniana częściej przez chłopców (47,1%) niż dziewczęta (42,8%) — z wyjątkiem uczniów szkół ponadpodstawowych; powinność ta pojawiła się dopiero w deklaracjach uczniów klasy III szkoły podstawowej, a jej udział wśród innych powinności malał wraz z wiekiem uczniów (SP — 74,5%, G — 62,8%, LO / Tech — 34%);
- pracowitość (21%) — częściej wymieniana przez dziewczęta (24,3%) niż chłopców (16,9%) — z wyjątkiem deklaracji gimnazjalistów (tylko chłopców); pracowitość wymieniali uczniowie klas IV—VI szkoły podstawowej;

Tabela 3

uczniów — z uwzględnieniem ich płci i wieku (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO							
dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	SP	G	LO	dz	chł	
74,3	71,4	81,7	61,6	79,2	64,4	81,5	76,1	80,2	88,4	72,0	78,4	83,1	80,1	79,7	79,9
25,7	21,4	18,3	26,0	20,8	24,8	9,3	7,0	15,4	7,7	22,7	8,0	11,9	16,0	12,1	14,1
	7,1		11,0		9,9	9,3	7,0			4,8	8,0		1,2	4,0	2,5
			1,4		1,0		9,9	4,5	3,9	0,5	5,6	4,2	2,7	4,2	3,4
100,0	96,6	77,2	71,6	83,5	77,1	68,4	79,8	66,0	70,2	80,2	74,4	67,9	70,2	73,6	71,8
		76,1	72,4	76,2	73,3	64,0	61,1	33,1	35,2	74,5	62,8	34,0	42,8	47,1	44,7
		14,3	3,4	14,3	3,3		11,1	30,7	22,7	7,8	4,7	27,4	24,3	16,9	21,0
						12,0		8,7	6,8		7,0	7,9	8,1	4,4	6,5
		4,8	3,4	4,8	3,3	20,0	16,7	4,7	3,4	3,9	18,6	4,2	6,9	5,1	6,1
		4,8	3,4	4,8	3,3	4,0		13,4	14,8	3,9	2,3	14,0	11,0	10,3	10,7
									6,8			2,8		4,4	1,9
		4,8	13,8	4,8	13,3			4,7	4,5	9,8		4,7	4,0	5,9	4,9
								4,7	5,7			5,1	3,5	3,7	3,6
	3,4	22,8	28,4	16,5	22,9	31,6	20,2	34,0	29,8	19,8	25,6	32,1	29,8	26,4	28,2

wej, później jej udział wśród innych cech uczenia się zmniejszyła się, by ponownie wzrosnąć na poziomie szkoły średniej (SP — 7,8%, G — 4,7%, LO / Tech — 27,4%);

- systematyczność (10,7%) — prawie co dziesiątą powinnością wobec nauczycieli, deklarowaną przez uczniów niezależnie od ich płci; częstotliwość jej wymieniania znacząco rosła na poziomie szkoły średniej (SP — 3,9%, G — 2,3%, LO / Tech — 14%), chociaż porównując deklaracje uczniów kolejnych klas szkoły średniej, możemy zauważyć, że wraz z wiekiem badanych zmniejszał się udział tej powinności (klasa I — 22,5%, II — 15,0%, III — 11,1%);
- odpowiedzialność (6,5%) — deklarowana dopiero przez uczniów gimnazjum (7,0% tylko dziewczęta, szczególnie uczennice klasy II), liceów oraz techników (7,9%); częściej występowała w deklaracjach dziewcząt (8,1%) niż chłopców (4,4%);

- punktualność i terminowość (6,1%) — to powinności wymieniane częściej przez dziewczęta (6,9%) niż chłopców (5,1%); pojawiały się one na poziomie szkoły podstawowej jedynie w deklaracjach uczniów klasy IV (33,3%), później uczniów klasy III gimnazjum (53,3%), a następnie uczniów wszystkich poziomów kształcenia ponadgimnazjalnego (klasa I — 2,5%, II — 7,5%, III — 3,7%);
- aktywność na lekcji (4,9%) — deklarowana częściej przez chłopców (5,9%), szczególnie uczniów klasy IV i V szkoły podstawowej, niż dziewczęta (4,0%); powinności tej nie wymieniali uczniowie gimnazjum;
- samodzielność (4,9%) — wymieniali tylko chłopcy z klas III liceum i technikum; poważne traktowanie lekcji (3,6%) — wymieniane było zarówno przez dziewczęta (4,7%), jak i chłopców (5,7%), ale tylko klas I.

Uczeń może postępować zgodnie ze swą rolą — uczyć się — kierując się różnymi motywami. Jednym z nich może być wola ucznia, by postępować zgodnie ze swymi obowiązkami i z poczuciem odpowiedzialności za ich wypełnienie. Uczeń, ucząc się, może przejmować jako własne — oczekiwania swoich rodziców i nauczycieli dotyczące przebiegu jego kariery edukacyjnej. Uczeń postępuje zgodnie ze swą rolą, na którą składają się jego doświadczenia związane z funkcjonowaniem środowiska rodzinnego — czy rodzina sprzyjała uczeniu się, zarówno przed pójściem dziecka do szkoły, jak i w szkole; w jaki sposób rodzice czy też rodzeństwo motywowali dziecko do osiągnięć szkolnych; jak rodzice angażowali się w doświadczenia dziecka w szkole (S c h a f f e r, 2006, s. 383). Uczeń, pełniąc swą rolę, może także korzystać z sugestii, wskazówek przekazywanych mu w sposób bezpośredni i pośredni, zamierzony czy też niezamierzony przez nauczycieli. To nauczyciele w procesie nauczania mogą przekazywać komunikat zawierający następującą dyrektywę: twoją podstawową powinnością jako ucznia jest uczenie się, a moją powinnością jako nauczyciela jest spowodować „byś się nauczył”.

W wieku szkolnym dzieci odczuwają — zgodnie z koncepcją Erika Eriksona — potrzebę bycia kompetentnym (S z c z u k i e w i c z, 1998, s. 45). To potrzeba zajmowania się poważną czynnością, podobną do tej, jaką wykonują dorośli, pracując. Uczestnicząc w życiu szkolnym, uczeń może, dzięki klimatowi sprzyjającemu jego rozwojowi, nabywać i umacniać poczucie wartości własnej pracy i wartości osobistej. Uczeń, zdobywając w szkole wiedzę i określone kompetencje, kształtuje — według E r i k s o n a (1997, s. 269) — pracowitość, tzn. dopasowuje się do praw rządzących światem narzędzi i instrumentów. Uczniowi, który traci nadzieję na opanowanie narzędzi i umiejętności, grozi poczucie niższości i niedostosowania. Pracowitość, w rozumieniu Eriksona, łączy się z robieniem różnych rzeczy obok innych i wraz z innymi, zarówno z rówieśnikami, jak i z dorosłymi. Wśród uczniów zauważyć można gotowość do uczenia się, „zgodnie z właściwą

instrukcją”, robienia rzeczy dobrze, a nawet perfekcyjnie (Erikson, 1997 za: Błajet, 2005, s. 39). Uczeń w sprzyjających okolicznościach, kiedy rozwiązuje kryzys rozwojowy: pracowitość — poczucie niższości, może utrwalać cechy bezpośrednio określające skuteczność jego działań: pracowitość, konsekwencję, solidność, zaangażowanie, pozytywne nastawienie do uczenia się, dokładność. Może też nauczyć się kochać naukę (Erikson, 2002, s. 94). Dorastający uczniowie, deklarując jako swą powinność wobec nauczycieli samodzielność i poważne traktowanie obowiązków szkolnych, dowodzą swego zainteresowania tym, jak wyglądają w oczach nauczycieli, w porównaniu z tym za kogo sami siebie uważają; czynią starania, by połączyć dotychczasowe umiejętności z aktualnymi wzorcami zachowań (Erikson, 1997, s. 272).

Z wiekiem wzrasta również znaczenie, jakie uczniowie przypisują odpowiedzialności jako ich powinności wobec nauczycieli. Nauczyciel może pomagać uczniom brać odpowiedzialność za własne zachowanie (Fontana, 1998, s. 360). Stwarza wówczas sytuacje wychowawcze, które pozwalają uczniowi podejmować mądre i wsparte informacją decyzje dotyczące jego samego. Zachęca ucznia do wzięcia odpowiedzialności a zarazem wspiera go w uświadamianiu sobie natury dokonanego wyboru, czyli pomaga mu w rozpoznaniu, jakie czynniki mają wpływ na wybór, dlaczego staje się on konieczny i jak najlepiej go dokonywać. Dzięki doświadczeniu takiego wsparcia uczeń staje się świadomy tego, że to, co się dzieje z nim i w klasie, jest sprawą zarówno jego, jak i pozostałych członków systemu szkolnego. Odpowiedzialność własną przyjmuje zatem jako powinność wobec nauczyciela.

Szczegółowe powinności uczniów wobec nauczycieli, skoncentrowane na relacjach z nim

Okazywanie posłuszeństwa jako deklarowana przez uczniów powinność wobec nauczycieli

Okazywanie posłuszeństwa jako powinność wobec nauczycieli wymieniał co piąty (20,6%) badany uczeń. Wśród szczegółowych powinności wchodzących w skład tej kategorii wyróżniono samo okazywanie posłuszeństwa, wypełnianie poleceń oraz słuchanie nauczyciela. Strukturę tę przedstawia tabela 4. Z analizy danych zamieszczonych w tabeli 4. wynika:

— okazywanie posłuszeństwa jako takie stanowiło 72,6% wszystkich wymienionych przez uczniów — niezależnie od ich płci — powinności tej

Okazywanie posłuszeństwa nauczycielom jako powinność deklarowana

Posłuszeństwo jako powinność	Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
Okazywanie posłuszeństwa	58,3		39,1	38,5	61,6	78,7	85,6	83,1	100,0	91,3	61,4	77,6
Wypełnianie poleceń		91,2	17,4	28,2	14,3	10,1	7,2	16,9		4,8	31,6	20,4
Słuchanie	41,7	8,8	43,5	33,3	24,1	11,2	7,2			4,0	7,0	2,0

kategorii (różnice nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności statystycznej — $p > 0,05$); powinność tę wymieniali częściej uczniowie niż uczennice szkoły podstawowej i gimnazjum, natomiast wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych znacznie częściej uczennice (82,6%) niż uczniowie (66,8%); wraz z wiekiem badanych częstotliwość deklarowania tej powinności była zmienna (porównywane grupy ze względu na wiek różniły się, a różnice były istotne — Chi kwadrat — 90, 18, $p < 0,05$) — to rosła, to malała (SP — 53,9%, G — 90,0%, LO / Tech — 76,1%);

- wypełnianie poleceń nauczyciela za swą powinność uznawali częściej uczniowie szkoły podstawowej, szczególnie dziewczęta z klas I—III, oraz uczniowie liceum — częściej chłopcy, szczególnie z klasy II i III;
- słuchanie nauczyciela wymieniała co dziesiąta osoba, szczególnie dziewczęta z klas IV—VI szkoły podstawowej oraz uczennice szkół ponadgimnazjalnych i tylko uczennice gimnazjum; natomiast na poziomie nauczania początkowego chłopcy częściej niż dziewczęta wymieniali tę powinność; udział tej powinności wśród pozostałych tej kategorii malał znacznie wraz z kończeniem się edukacji w szkole podstawowej.

Szkoła stanowi system, w którym rządzą reguły. Proces interakcji członków systemu szkolnego przebiega według ustalonych wzorów, które pozwalają każdemu uczniowi poznać możliwe i oczekiwane zachowania w transakcjach szkolnych. Reguły szkolne dotyczą również władzy w obrębie systemu szkolnego. Władza w szkole, tak jak w systemie rodzinnym (por. Goldenberg, 2006, s. 231), może wiązać się zarówno z autorytetem (kto podejmuje decyzje), jak i odpowiedzialnością (kto wykonuje decyzje).

Można przyjąć, że to nauczyciele sprawują w szkole władzę, podejmując w procesie nauczania i wychowania decyzje dotyczące uczniów, a ci wykonują, w imię okazywania posłuszeństwa, polecenia nauczycieli.

Tabela 4

przez uczniów — z uwzględnieniem płci i wieku badanych (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO							
dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	SP	G	LO	dz	chł	
24,5	30,2	58,9	70,3	49,4	59,1	84,8	96,4	82,6	66,8	53,9	90,0	76,1	73,7	71,1	72,6
57,1	25,6	14,7	15,3	26,4	18,2	10,1	3,6	13,3	29,6	22,6	7,2	20,0	16,3	20,1	17,9
18,4	44,2	26,4	14,4	24,2	22,7	5,1		4,1	3,6	15,1	2,8	3,9	10,0	8,8	9,5

W percepcji uczniów to nauczyciele wydają rozkazy, polecenia, formułują wymagania, natomiast uczniowie posłusznie wykonują zadania, czyniąc z okazywania posłuszeństwa swą powinność wobec nauczycieli. Podporządkowanie się prawomocnym autorytetom — a takimi są nadal dla większości uczniów nauczyciele — ma swe źródło w praktykach socjalizacyjnych, których efektem jest przekonanie, że okazywanie posłuszeństwa to pożądaný sposób postępowania (Cialdini, 1998, s. 212). Należy również podkreślić, że uległość uczniów względem nauczycieli może pełnić funkcję adaptacyjną, ponieważ część nauczycieli rzeczywiście cieszy się autorytetem, odznaczając się wiedzą i mądrością, posiadając władzę.

Szkołę można postrzegać jako miejsce zarówno dominacji i panowania, jak i wyzwolenia i upełnomocnienia (Sultana, 1991 za: Bilińska-Suchanek, 2003, s. 24). Uczeń może być zarówno wolny, jak i przymuszony. Doświadczenia szkolne, koncentrujące się wokół codziennych relacji ucznia z nauczycielami, mogą sprzyjać rozwojowi gotowości ucznia do ponoszenia odpowiedzialności za rezultaty toczącego się procesu nauczania — uczenia się, wychowywania i samowychowywania. Uczeń może przystosować się — dążąc do nabycia ważnych dla siebie umiejętności — podporządkowując się regułom proponowanym przez nauczycieli, system szkolny. Uczeń może świadomie wyrazić zgodę na przestrzeganie zasad regulujących wzajemne relacje w przestrzeni szkoły, przyjmując posłuszeństwo jako swą powinność wobec nauczyciela. By okazywane nauczycielom posłuszeństwo stanowiło dla ucznia szansę rozwoju, by władza nauczyciela była skuteczna, musi korespondować z motywacją ucznia (Lewin, 1939, za: Simon, Stierlin, 1998, s. 442). Władza nauczyciela może się opierać na pewnej właściwości, dzięki której może on zaspokajać potrzeby (bezpieczeństwa psychicznego szacunku i uznania, a w konsekwencji — samo-realizacji) ucznia. Każdy uczeń dąży do zaspokajania swych potrzeb oraz spełniania celów, a większość jego celów w wieku edukacyjnym realizowana jest dzięki interakcjom z nauczycielami i pozostałymi uczniami.

David Tuohy (2002, s. 107) twierdzi, że w niektórych szkołach nauczycielom zależy na dyscyplinie i podporządkowaniu sobie procesów uczenia się: zdolni uczniowie otrzymują wykształcenie, średni nauczanie, słabi podlegają dyscyplinie. Zdarza się, że kształcenie zostaje zastąpione przez szkolenie, rozwój indywidualny przez nadzór, a wyniki egzaminów i dobre wrażenie stają się ważniejsze od rzeczywistego uczenia się i rozwoju indywidualnego uczniów.

Właściwe zachowanie ucznia i unikanie zachowań nieaprobowanych przez nauczycieli jako deklarowana przez uczniów powinność wobec nauczycieli

Wymienione przez uczniów szczegółowe powinności tej kategorii, obejmującej deklaracje uczniów dotyczące akceptacji zachowań aprobowanych i negacji zachowań nieaprobowanych przez nauczycieli, pogrupowano i wyróżniono dwa rodzaje powinności uczniów wobec nauczycieli: gotowość do podejmowania zachowań właściwych, tzn. akceptowanych przez nauczycieli, oraz zdolność unikania zachowań nieaprobowanych przez nauczycieli.

Unikanie zachowań nieaprobowanych przez nauczycieli jako powinność uczniów. Jednym ze wskaźników akceptacji przez uczniów zasad obowiązujących w szkole jest wiedza o zachowaniach, których — w związku z brakiem dla nich aprobaty ze strony

Unikanie zachowań nieaprobowanych przez nauczycieli — z uwzględnieniem płci

Rodzaje zachowań	Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
Nieprzerywanie nauczycielom			8,3	25,5						14,3	7,1	
Nieprzeszkadzanie		100,0	58,3	23,4	40,0	45,5	50,0			28,6	21,4	71,9
Nierozmawianie na lekcji			16,7	10,6		4,5	12,5			9,5		
Niedenerwowanie nauczycieli			8,3	19,1	20,0	9,0	9,4	100,0			42,9	
Nieprzeklinanie					5,7					14,3		18,8
Niedokuczanie nauczycielom			8,3			4,5	12,5			9,5	7,1	
„Niepyskowanie” nieklócenie się z nimi				21,3	34,3	36,4	15,6			4,8	21,4	9,4

nauczycieli — należy unikać. Zachowania, których unikanie badani uznali za powinność, zebrano i pogrupowano, wyróżniając następujące ich rodzaje: nieprzerywanie nauczycielom, nieprzeszkadzanie, nierozmawianie na lekcji, niedenerwowanie nauczycieli, nieprzeklinanie, niedokuczanie nauczycielom, „niepyskowanie”, niekłócenie się z nauczycielem. Częstotliwość ich występowania przedstawiono w tabeli 5.

Przedstawione w tabeli dane wskazują, że porównywane grupy nie różniły się istotnie ($p > 0,05$), zarysowały się jednak pewne tendencje:

- nieprzeszkadzanie (41,9%) — badani, niezależnie od płci i wieku, deklarowali najczęściej jako swą powinność wobec nauczycieli; deklaracje takie składały częściej dziewczęta (43,5%) niż chłopcy (40,4%) — z wyjątkiem szkoły ponadgimnazjalnej; z wiekiem badanych częstotliwość wymieniania tej powinności rosła (SP — 36,8%, G — 48,5%, LO / Tech: ogólnie — 47,8%, szczegółowo — klasa: I — 28,6%, II — 21,4%, III — aż 71,9%);
- nierozmawianie na lekcji (6,5%) — powinność tę wymieniali częściej chłopcy (szczególnie ze szkoły podstawowej); z wiekiem badanych częstotliwość deklarowania tej powinności początkowo rosła (SP — 6,8%, G — 12,1%, tylko uczniowie klas I, częściej dziewczęta), później malała (LO / Tech — 3,0%, również tylko uczniowie klasy I i częściej dziewczęta);

Tabela 5

jako deklarowana przez uczniów powinność wobec nich i wieku badanych (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO							
dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	SP	G	LO	dz	chł	
12,5		12,7	10,2	12,7	9,3				10,5	11,1		6,0	7,4	8,3	7,8
62,5	60,0	34,5	32,7	38,1	35,2	62,5	35,3	44,8	50,0	36,8	48,5	47,8	43,5	40,4	41,9
12,5	20,0	1,8	10,2	3,2	11,1	12,5	11,8	3,4	2,6	6,8	12,1	3,0	4,6	8,3	6,5
	20,0	18,2	16,3	15,9	16,7	6,3	17,6	20,7	10,5	16,2	12,1	14,9	15,7	14,7	15,2
			4,1		3,7			10,3	15,8	1,7		13,4	2,8	7,3	5,1
12,5			2,0	1,6	1,9	12,5	11,8	3,4	5,3	1,7	12,1	4,5	3,7	4,6	4,1
		32,7	24,5	28,6	22,2	6,3	23,5	17,2	5,3	25,6	15,2	10,4	22,2	16,5	14,7

- niedenerwowanie nauczycieli (15,2%) — tę powinność wymieniali częściej chłopcy z klas I—II szkoły podstawowej oraz z gimnazjum, natomiast na poziomie klas IV—VI i liceum częściej deklarację taką składały dziewczęta; z wiekiem badanych częstotliwość wymieniania tej powinności początkowo wzrastała, później malała (SP — 16,2%, pojawia się dopiero w deklaracjach uczniów klas III; G — 12,1%, szczególnie często w deklaracjach uczniów klas II; LO / Tech — 14,9%, i tylko w deklaracjach uczniów klas II);
- nieprzerywanie nauczycielom (7,8%) — pojawia się w deklaracjach uczniów szkoły podstawowej (klasy III i IV) i uczniów liceum (tylko chłopców);
- „niepyskowanie”, niekłócenie się z nauczycielem (14,7%) — tę powinność wymieniały spontanicznie częściej dziewczęta (22,2%) niż chłopcy (16,5%), z wyjątkiem uczniów szkoły średniej; wraz z wiekiem badanych malała częstotliwość występowania tej powinności (SP — 25,6%, pojawiała się dopiero w deklaracjach uczniów klas IV—VI; G — 15,2%, tylko w deklaracjach uczniów klas I, szczególnie chłopców; LO / Tech — 10,4%, głównie w deklaracjach uczniów klas II, częściej wymieniana przez dziewczęta);
- niedokuczanie nauczycielom (4,1%) — powinność wskazywana częściej przez chłopców, niezależnie od ich wieku; najczęściej pojawiała się w deklaracjach gimnazjalistów, szczególnie uczniów klasy I gimnazjum;
- nieprzeklinanie, unikanie wulgarności (5,1%) — jako powinność deklarowana częściej przez chłopców (7,3%) niż dziewczęta (2,8%); najczęściej (13,4%) powinność tę wymieniali uczniowie (dziewczęta — 10,3%, chłopcy — 15,8%) szkół ponadgimnazjalnych (klasy I i III), a także uczniowie szkół podstawowych (1,7%) — chłopcy z klas V.

Omówione powinności mogą dowodzić istnienia wyobraźniowej struktury, odwrotnej do „Ja” powinnościowego — „jaka nie powinnam być”, „jaki nie powinienem być”, którą — jak postuluje Piotr Oleś (2003, s. 245) — można by nazwać „Ja zakazane”.

Właściwe zachowanie jako deklarowana przez uczniów powinność wobec

Rodzaje zachowań	Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
Bycie kulturalnym		59,7	9,1	58,3	51,1	16,7	77,5	100,0	100,0	41,2	45,7	65,1
Bycie grzecznym	100,0	40,3	81,9	33,3	35,7	78,6	6,3			19,3	4,8	2,8
Odpowiednie, właściwe zachowywanie się			9,1	8,3	7,1	4,8	16,3			39,5	49,5	32,1

Nauczyciele i regulamin szkoły określają pewne cele i standardy, których uczeń jest świadomy (Schaffer, 2006, s. 279). Za swą powinność uczeń może zadeklarować wolę nieulegania pokusie nieposłuszeństwa. Wraz z wiekiem uczniowie częściej podporządkowują się poleceniom nauczycieli, ale też nie stosują się do nich (Schaffer, 2006, s. 282). Pojawienie się w deklaracjach uczniów takich powinności, jak niekłócenie się z nauczycielami, „nieodpyskowywanie” im, dowodzić może doświadczanej przez ucznia zmiany form okazywanego nieposłuszeństwa nauczycielom. Uczeń, wraz z rozwojem złożonych zdolności poznawczych i językowych, nie unika nauczyciela, lecz protestuje przeciw jego poleceniom.

Gotowość do właściwych zachowań jako powinność uczniów wobec nauczycieli. Do tej kategorii powinności uczniów zaliczono następujące powinności szczegółowe: kultura, grzeczność i odpowiednie oraz właściwe zachowanie się. Częstotliwość ich wskazywania przez badanych zestawia tabela 6. Analiza danych wykazała:

- bycie kulturalnym — najczęściej deklarowaną przez badanych, niezależnie od płci i wieku, powinnością szczegółową; deklaracje takie składały częściej dziewczęta — z wyjątkiem uczniów gimnazjum; z wiekiem badanych powinność tę częściej wymieniano (SP — 45,2%, G — 83,5%), później rzadziej (G — 83,5%, LO / Tech — 56,7%), należy jednak podkreślić, że zarówno w deklaracjach uczniów gimnazjum, jak i szkół ponadgimnazjalnych obserwowano, wraz z wiekiem uczniów, wzrost częstotliwości wymieniania tej powinności (porównywane grupy różnią się istotnie — Chi kwadrat — 26,5, $p < 0,05$);
- właściwe, odpowiednie zachowanie — prawie co czwartą powinnością wymienioną przez uczniów, niezależnie od ich płci; z wiekiem uczniów częstotliwość wymieniania tej powinności wzrastała (SP — 3,8%, G — 11,9%, LO / Tech — 40,2%);
- grzeczność — to prawie co piątą deklarowaną przez uczniów powinność wobec nauczycieli; wymieniali ją częściej, niezależnie od wieku, chłopcy; częstotliwość jej deklarowania malała wraz z wiekiem uczniów, szczególnie wraz z rozpoczęciem nauki w gimnazjum.

Tabela 6

nauczycieli — z uwzględnieniem płci i wieku badanych (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO							
dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	SP	G	LO	dz	chł	
54,0	47,6	44,4	32,5	49,0	40,2	80,7	86,5	52,1	48,6	45,2	83,5	56,7	55,9	53,3	54,7
46,0	50,0	50,0	60,0	48,1	53,6	3,5	5,8	8,0	10,7	51,1	4,6	9,1	19,2	23,0	20,9
	2,4	5,6	7,5	2,9	4,9	15,8	7,7	39,9	40,7	3,8	11,9	40,2	24,9	23,7	24,4

Skuteczność funkcjonowania szkoły zależy od przestrzegania przez uczniów zasad, które określają: harmonogram pracy, przepisy dotyczące dyscypliny (Schaffer, 2006, s. 378). Zasady te dotyczą także kwestii, jak uczeń powinien się zachowywać, a nauczyciele oczekują, że uczeń będzie się do tych reguł stosować. Uczeń, wyrażając zgodę na przestrzeganie zasad regulujących wzajemne kontakty w trakcie procesu wychowania, może jako swoją powinność przyjąć standardy właściwego zachowania, określone przez nauczycieli i regulamin szkoły. „Ja” powinnościowe jako — według koncepcji Higginsa — ukierunkowane „Ja” (przewodnik — *self-guide*) tworzy emocjonalnie znaczące standardy samooceny (Higgins, Roney, Crowe, Hymes, 1994, za: Drat-Ruszczak, 2003, s. 177). Zgodnie z założeniami teorii Higginsa, uczeń może stosować różne strategie osiągania pożądanych stanów końcowych i unikania stanów niepożądanych, w zależności od dominującej samoregulacji. Samoregulacja ukierunkowana przez „Ja” powinnościowe wiąże się z wyborem strategii przystosowania do wymogów szkoły, polegającej na:

- unikaniu niedopasowania do pożądanych stanów końcowych (np. powinienem być grzeczny, kulturalny, odpowiednio się zachowywać);
- unikaniu dopasowania do stanów niepożądanych (np. nie powinienem przeszkadzać nauczycielom, rozmawiać na lekcji, denerwować nauczycieli, przeklinać, kłócić się z nauczycielem).

Uczciwość jako deklarowana przez uczniów powinność wobec nauczycieli

Wśród powinności, które uczniowie postrzegają jako ważny rodzaj zobowiązania wobec nauczycieli, pojawiła się uczciwość — właściwość charakteryzująca relacje uczeń — nauczyciel, zbudowana na prawdzie i służąca prawdzie. Wymienione przez badanych powinności, dowodzące ich potrzeby „bycia w prawdzie” w relacjach z nauczycielem, pogrupowano i wyróżniono wśród nich: uczciwość jako taką, szczerość, prawdomówność i zaufanie. Treści szczegółowych powinności zaliczonych do kate-

Uczciwość jako deklarowana przez uczniów powinność wobec

Uczciwość jako powinność	Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
Prawdomówność						52,9	9,7	27,8			21,2	6,5
Szczerość							25,8	47,1	47,6		37,9	17,2
Uczciwość				80,0	100,0	29,4	29,0	23,5	28,6		36,4	68,8
Zaufanie				20,0		17,6	35,5		23,8		4,5	7,5

gorii uczciwość zestawiono w tabeli 7. i, jak wynika z porównania danych zawartych w tabeli, różnica między poglądami dziewcząt i chłopców nie osiągnęła wymaganego poziomu istotności, natomiast poglądy uczniów w różnym wieku różnią się istotnie — Chi kwadrat — 10,7, $p < 0,05$. Z analizy uzyskanych danych wynika:

- uczciwość jako taka (44,6%) to prawie co druga powinność zaliczona do tej kategorii; częściej pojawiała się w deklaracjach chłopców (49,5%) — uczniów szkół ponadpodstawowych (szczególnie gimnazjalistów) niż dziewcząt (41,9% — z wyjątkiem uczennic klas IV—VI szkoły podstawowej); z wiekiem częstotliwość jej deklarowania to malała, to rosła (SP — 45,8%, wymieniana dopiero przez uczniów klas IV; G — 27,5%, LO / Tech — 50,0%, dopiero w deklaracjach uczniów klas II, osiągając największą, zaobserwowaną częstotliwość — 68,8%);
- szczerłość (28,4%) — powinność występująca w deklaracjach tylko uczniów szkół ponadpodstawowych; z wiekiem badanych częstotliwość jej wymieniania malała (G — 37,7%, LO / Tech — 28,6%), i to głównie z powodu spadku jej popularności w deklaracjach licealistów (klasa II — 37,9%, III — 17,2%); natomiast wraz z wiekiem gimnazjalistów rosła częstotliwość występowania uczciwości jako takiej (klasa I — 29,0%, II — 47,1%, III — 47,6%);
- prawdomówność (19,8%) — pojawiła się po raz pierwszy dopiero w deklaracjach uczniów klasy VI szkoły podstawowej, i to tylko w deklaracjach dziewcząt; później częściej pojawiała się w deklaracjach chłopców; z wiekiem uczniów częstotliwość jej wymieniania miała tendencje naprzemiennie malejąco-rosnące;
- zaufanie do nauczycieli — jako swą powinność częściej spostrzegały dziewczęta (13,1%), szczególnie uczennice szkół ponadpodstawowych, niż chłopcy (7,6%) — z wyjątkiem uczniów klas IV—VI szkoły podstawowej; z wiekiem badanych częstotliwość deklarowania tej powinności początkowo rosła, później malała (SP — 16,7%, G — 23,2%, LO / Tech — 6,7%).

Tabela 7

nauczycieli — z uwzględnieniem płci i wieku badanych (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO		SP	G	LO	dz	chł	
dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł						
		47,4		47,4		8,0	21,1	14,0	16,0	37,5	11,6	14,8	15,7	16,2	19,8
						44,0	21,1	27,9	29,6		37,7	28,6	29,3	26,7	28,4
		47,4	40,0	47,4	40,0	20,0	47,4	49,6	50,6	45,8	27,5	50,0	41,9	49,5	44,6
		5,3	60,0	5,3	60,0	28,0	10,5	8,5	3,7	16,7	23,2	6,7	13,1	7,6	11,2

Szkolne procesy komunikacyjne — jeśli są wyraźne, konsekwentne i zgodne (analogicznie jak w systemie rodzinnym — por. Goldenberg, 2006, s. 10) — mogą sprzyjać powstaniu wśród uczniów i nauczycieli klimatu wzajemnego zaufania i otwartej ekspresji wypowiedzi. Członkowie systemu szkolnego, klasowego muszą radzić sobie z kryzysami rozwojowymi i sytuacyjnymi, a także z przeszkodami uniemożliwiającymi lub utrudniającymi im wywiązywanie się z zadań rozwojowych. Jeśli uczniowie są przekonani, że mogą nauczycielom otwarcie komunikować swe problemy, ujawnić uczucia, których w związku z sytuacją rodzinną, szkolną, osobistą doświadczają (poczucie winy, lęk, smutek i poczucie beznadziejności), wtedy powstaje szansa na udział nauczyciela w procesie konstruktywnego rozwiązania problemów ucznia lub, w sytuacjach ekstremalnych, na udzielenie uczniowi wsparcia duchowego. Należy podkreślić, że tylko 5,6% spośród powinności wymienionych przez uczniów dotyczy ich gotowości do wymiany ważnych dla siebie informacji i uczuć z nauczycielem. Można jednak przypuszczać (uwzględniając specyfikę rozwoju badanych uczniów — sposób, w jaki rozwiązują kryzysy rozwojowe, powagę zadań rozwojowych, z których, zgodnie z oczekiwaniami otoczenia, powinni się wywiązać, nieprzewidywalność a zarazem dostrzegalność okoliczności będących przyczyną kryzysów sytuacyjnych), że wielu uczniów, niepotrafiących skorzystać z szansy, jaką daje otwarta komunikacja, może doświadczać dyskomfortu poczucia bycia niezrozumianym i niesprawiedliwie ocenianym przez nauczycieli.

Należy również zaznaczyć, że deklarowanie przez uczniów uczciwości jako swej powinności wobec nauczycieli może też świadczyć, że uczeń wraz z nauczycielem tworzą wspólną przestrzeń międzypodmiotową, w ramach której — zdaniem Andrzeja M. Tchórzewskiego (1994, s. 8) — pojawiają się wartości moralne, powinności i sprawności moralne.

Pomaganie nauczycielowi powinnością ucznia

Doświadczenia szkolne uczniów, zebrane w trakcie ich relacji z nauczycielem, mogą dotyczyć dwóch ważnych aspektów wymiany interpersonalnej. Uczeń w kontaktach z nauczycielem bywa zarówno biorcą, jak i dawcą. Może postrzegać siebie jako dawcę, a pomaganie nauczycielowi jako swą powinność wobec niego. Częstotliwość wymieniania tej powinności ucznia wobec nauczyciela ukazano w tabeli 2. Porównując dane z uwzględnieniem płci i wieku badanych, nie stwierdzono istotnych różnic ($p > 0,05$), pojawiły się jednak warte zaznaczenia tendencje.

Pomaganie nauczycielowi jako swą powinność deklarowały częściej dziewczęta (5,1% — z wyjątkiem uczennic klas I—III szkoły podstawo-

wej) niż chłopcy (4,0%), a także uczniowie gimnazjum (6,9) niż pozostałych szkół.

Pomaganie nauczycielowi uczniowie rzadko (4,6%) wymieniali jako swą powinność. Prawdopodobnie wynikało to z tego, że w kontaktach ze znaczącymi dorosłymi — a takimi dla uczniów są nauczyciele ze względu na charakter wzajemnych relacji (pionowe, asymetryczne, cechujące się nierównością wiedzy i władzy) i rozkład odpowiedzialności za jakość kontaktu (większa odpowiedzialność nauczyciela, gdyż może w większym stopniu dostosować się do ucznia) — uczeń funkcjonuje zgodnie ze swym, mniej lub bardziej uświadomionym, przekonaniem, że zazwyczaj to on potrzebuje pomocy i prosi o nią, natomiast nauczyciel udziela pomocy (Brzezińska, 2004).

Pomaganie można rozumieć jako skutek ulegania normom społecznym, czyli społecznie uzgodnionym, a uwewnętrznionym przez jednostkę, nakazom i zakazom dotyczącym pożądanego i niepożądanego zachowania w określonej sytuacji społecznej (Wojciszke, 2002, s. 321). Normy powinnościowe ustalają, co w danej sytuacji powinno się robić, jakie postępowanie jest społecznie pożądane i moralnie słuszne. Ich motywujący wpływ na zachowanie może mieć źródło w sankcjach społecznych (aprobata — dezaprobata innych) i w sankcjach sumienia (satysfakcja z siebie w razie przestrzegania normy lub poczucie winy w razie jej złamania). Pomaganie nauczycielom, deklarowane przez uczniów jako ich powinność, można rozpatrywać — według wyjaśniania normatywnego — w kontekście dwóch norm ogólnych, z których taki nakaz może wypływać (Wojciszke, 2002, s. 322):

- norma odpowiedzialności społecznej — to oczekiwanie i nakaz pomagania tym osobom, których losy zależą od naszych działań, np. uczeń, postępując zgodnie z nią, pomaga nauczycielowi, jeśli dowie się, że jego awans, dobre zaopiniowanie przez przełożonych (dyrektora, przedstawiciela kuratorium) zależą od osiągnięć ucznia w nauce;
- norma wzajemności — to oczekiwanie i nakaz pomagania osobom, które nam pomogły w przeszłości; uczeń, postępując zgodnie z nią, uznaje pomoc nauczycielowi za swą powinność, jeśli doświadczył wsparcia z jego strony.

Uczeń może również pragnąć poczuć się w kontaktach z nauczycielem nie tylko jako biorca wsparcia z jego strony, ale również jak dawca wsparcia. Skłaniać uczniów do pomocy nauczycielom może (Karyłowski, 1982, za: Wojciszke, 2002, s. 332):

- motywacja endocentryczna — uczeń pomaga nauczycielowi, by polepszyć swe samopoczucie, utrzymać lub podwyższyć własną samoocenę, przypisując sobie pozytywne cechy dzięki postępowaniu zgodnego z normami;

— motywacja egzocentryczna — uczeń pomaga nauczycielowi, by polepszyć jego samopoczucie, zaspokoić jego potrzeby.

U ucznia, który dowiedział się, że jego pomoc poprawiła samopoczucie nauczycielowi, można zaobserwować wzrost prospołeczności (Kochañska, 1982, za: Wojciszke, 2002, s. 332). Uczeń ten, w rezultacie gromadzonych przez siebie doświadczeń bycia pomocnym, utrwala własne przekonania o regułach postępowania. Może to zmienić znaczenie, które przypisuje on pomaganiu, stanowiącemu jedną z wartości instrumentalnych według klasyfikacji Milтона Rokeacha (za: Brzozowski, 1989).

Zrozumienie nauczyciela jako powinność ucznia

Do tej kategorii powinności (1,9% wszystkich wymienionych powinności) zaliczono: wyrozumiałość wobec nauczyciela, cierpliwość w kontaktach z nim i zrozumienie jako takie. Wymienione przez uczniów szczegółowe powinności w obrębie tej kategorii zestawiono w tabeli 8.

Zrozumienie nauczyciela jako powinność ucznia —

Zrozumienie nauczyciela jako powinność	Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
Zrozumienie nauczyciela							41,7	50,0		50,0	20,7	28,6
Wyrozumiałość uczniów dla nauczycieli							58,3	50,0	42,3	72,4	71,4	
Cierpliwość uczniów do nauczycieli										7,7	6,9	

Zrozumienie (34,6%) i wyrozumiałość (62,5%) dla nauczycieli pojawia się po raz pierwszy dopiero wśród powinności, które wymienili uczniowie szkół ponadpodstawowych. Wyrozumiałość w stosunku do nauczycieli częściej deklarowali chłopcy uczęszczający do gimnazjum niż dziewczęta, natomiast na poziomie szkoły ponadgimnazjalnej to dziewczęta częściej niż chłopcy wymieniały tę powinność. Odwrotną zależność możemy zauważyć, analizując częstotliwość wymieniania deklaracji gotowości do zrozumienia nauczyciela. Z wiekiem badanych malała częstotliwość wymieniania tej powinności (G — 42,9%, LO / Tech — 32,2%), częściej natomiast uczniowie deklarowali powinność szczegółową — wyrozumiałość wobec nauczycieli (G — 57,1%, LO / Tech — 63,3%). Cierpliwość do nauczycieli jako swą powinność deklarowali tylko uczniowie klas I i II szkół ponadgimnazjalnych, częściej dziewczęta niż chłopcy.

Wśród wymienionych przez uczniów powinności zrozumienie pojawiało się rzadko. Uczeń może starać się przyjmować i rozumieć punkt widzenia nauczyciela. W trakcie rozwoju poznawczego i emocjonalnego uczeń nabywa umiejętności przyjmowania punktu widzenia nauczyciela, co wymaga rozpoznania emocji nauczyciela i doświadczania własnych uczuć jako zgodnych z jego emocjami (Wojciszke, 2002, s. 336). Z wiekiem uczniowie stają się coraz bardziej zdolni do uświadamiania sobie wewnętrznych odczuć nauczycieli i wiedzą, że ich zachowania mogą być powodowane różnymi wewnętrznymi motywami (Schaffer, 2006, s. 196). Gotowość uczniów do emocjonalnego reagowania w odpowiedzi na uczucia doświadczane przez nauczycieli z czasem staje się coraz bardziej złożona w swych przejawach i może prowadzić do coraz skuteczniejszych zachowań ucznia. Uczeń może podejmować próbę zrozumienia nauczyciela jako człowieka żyjącego w określonych warunkach — w konkretnym czasie i miejscu, mającego własną historię i tożsamość (Hoffman, 1987, 1988, za: Schaffer, 2006, s. 197, 302—303). Uczniowie mogą rozumieć uczu-

Tabela 8

z uwzględnieniem płci i wieku badanych (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO		SP	G	LO	dz	chł	
dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł						
						60,0	33,3	29,2	40,0		42,9	32,2	31,4	38,2	34,6
						40,0	66,7	66,2	56,0		57,1	63,3	64,3	58,8	62,5
								4,6	4,0			4,4	4,3	2,9	3,8

cia nauczyciela nie jako chwilowe reakcje, lecz jako efekt jego doświadczeń. Już uczniowie szkoły podstawowej zaczynają mieć świadomość, że uczucia nauczyciela mogą wynikać nie tylko z aktualnej sytuacji, ale też z jego doświadczeń życiowych. Uczniowie mogą wtedy być dla nauczycieli bardziej wyrozumiali, a wyrozumiałość mogą uznać za swą powinność wobec nauczycieli.

Tylko uczniowie szkół ponadgimnazjalnych deklarowali cierpliwość do nauczycieli jako powinność. Deklarowana cierpliwość może świadczyć o pojawiających się wśród dorastających w kontaktach z dorosłymi drażliwości, przesadnym krytycyzmie, a nawet poczuciu niezrozumienia przez nauczycieli (Iwańczuk, 1996, s. 126). Zmiany zachodzące w okresie dorastania, towarzyszące skomplikowanym procesom rozwojowym tego czasu, mogą powodować trudności w dostosowaniu się dorastających uczniów

do nowych zadań, sytuacji i ról społecznych. Bycie cierpliwym — według Ewy Bilińskiej-Suchanek (2002, s. 91) — to wskaźnik biernego oporu ucznia, a szczególnie dowód jego wycofywania się. Uczeń wie, że w szkole należy czekać, że niesprzyjające sytuacje, trudności (deprywacja, przeciążenia, konflikty, utrudnienia, zagrożenia) należy przeczekać. Uczeń uczęszcza na lekcje, kontaktuje się z nauczycielami, lecz traktuje to jako stratę czasu. Czeką — na zakończenie semestru, kolejnego roku szkolnego, kolejnego etapu kształcenia.

Zrozumienie nauczyciela, przyjęte przez ucznia jako powinność wobec niego, dowodzić może dojrzewania kompetencji emocjonalnej ucznia (Sarni, 1999, za: Schaffer, 2005, s. 171), a także jego przejścia od kontroli zewnętrznej do wewnętrznej, opanowania przez niego całego zakresu strategii regulowania odczuć emocjonalnych i ich zewnętrznych wyrazów (Cole, Michel, O'Donnell-Teti, 1994, za: Schaffer, 2005, s. 174). W środkowym dzieciństwie możliwa jest konceptualizacja emocji — zdolność do refleksji nad doświadczeniami emocjonalnymi i do werbalizowania myśli w sposób abstrakcyjny oraz zdolność do dystansowania się poznawczego — samoświadomość tego, w jaki sposób powstają emocje i jak nad nimi panować.

Zgodne współzycie z nauczycielem jako powinność ucznia

Powinności zaliczone do tej kategorii stanowią 2,5% wszystkich wymienionych przez uczniów powinności. Szczegółowe powinności tej kate-

Zgodne współzycie z nauczycielami jako powinność uczniów

Zgodne współzycie z nauczycielem jako powinność	Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
Wysłuchanie nauczyciela i rozmawianie z nim				46,7				66,7	100,0		68,4	8,7
Zgodne współzycie z nauczycielem											10,5	
Bycie miłym i uprzejmym dla nauczyciela	100,0	100,0		53,3	69,2	100,0	100,0	33,3			15,8	
Utrzymywanie dobrych kontaktów z nauczycielem					20,1						5,3	34,8
Współpracowanie z nauczycielem					7,7							56,5

gorii zestawiono w tabeli 9., a z analizy danych wynika, że porównywane grupy ze względu na wiek różnią się istotnie (Chi kwadrat — 16,8, $p < 0,05$), natomiast pod względem płci nie różnią się (deklaracje dziewcząt i chłopców nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności statystycznej $p > 0,05$).

Bycie miłym i uprzejmym wobec nauczycieli jako powinność wymieniali uczniowie najczęściej i najwcześniej. Z wiekiem częstotliwość jej wymieniania zmniejszała się (SP — 81,4%, G — 53,8%, LO / Tech — 19,7%). Znacząco częściej powinność tę deklarowały dziewczęta (66,7%) z gimnazjum niż chłopcy (42,9%).

Potrzebę rozmawiania z nauczycielem i wysłuchania go częściej podkreślali chłopcy niż dziewczęta, a także uczniowie gimnazjum (46,2%) niż szkoły podstawowej (11,6%) czy szkół ponadgimnazjalnych (39,4%).

Współpracę z nauczycielem (10,9%) jako swą powinność deklarowały uczennice klasy V szkoły podstawowej (7,7%) i uczniowie klas III liceum i technikum (56,5%) — częściej chłopcy (25,0%) niż dziewczęta (19%).

Dążenie do utrzymywania dobrych kontaktów z nauczycielem pojawia się tylko w deklaracjach uczniów klas V szkoły podstawowej — częściej chłopców (18,2%) niż dziewcząt (4,5%), i deklaracjach uczniów liceum oraz technikum — tylko uczennice klas II i II (23,8%).

Zgodne współzycie z nauczycielem wymieniali wśród powinności tylko uczniowie szkół ponadgimnazjalnych (klasy II, częściej chłopcy niż dziewczęta). Zgodne współzycie z nauczycielem możliwe jest wtedy, gdy nauczyciel i uczeń znajdują się we „wspólnej sytuacji symbolicznej”

Tabela 9

— z uwzględnieniem płci i wieku badanych (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO		SP	G	LO	dz	chl	
dz	chl	dz	chl	dz	chl	dz	chl	dz	chl						
		18,2	27,3	11,8	12,0	33,3	57,1	35,7	45,8	11,9	46,2	39,4	25,6	32,1	28,3
								2,4	8,3			4,5	1,2	3,6	2,2
100,0		72,6	54,5	82,4	80,0	66,7	42,9	19,0	20,8	81,4	53,8	19,7	48,8	50,0	49,3
		4,5	18,2	2,9	8,0			23,8		5,1		15,2	13,4	3,6	9,4
		4,5		2,9				19,0	25,0	1,7		21,2	11,0	10,7	10,9

(Konarzewski, 1991, za: Wrona, 1998, s. 516), tzn. jednakowo rozumieją znaczenie zachowań, słów i zdarzeń w trakcie wzajemnego kontaktu. Deklarowanie przez ucznia tej powinności może świadczyć o zdolności partnerów interakcji uczeń — nauczyciel do podzielenia wspólnego systemu znaczeń (Brzezińska, 1999, s. 251). Wspólny system znaczeń stanowi układ odniesienia do działań podejmowanych przez tych, którzy w procesie jego tworzenia uczestniczyli; nigdy nie pokrywa się całkowicie z prywatnymi systemami znaczeń poszczególnych osób. W interakcji podmiotowej uczestniczy uczeń, który dysponuje nie tylko swym prywatnym systemem znaczeń, określającym kierunek i dynamikę podejmowanych przez niego samodzielnych działań, ale i systemem znaczeń podzielanym z nauczycielem, wspólnie wynegocjowanym i stanowiącym podstawę wspólnych działań. Z wiekiem uczniowie przypisują coraz większe znaczenie dobremu porozumieniu z nauczycielem. Uczeń staje się świadomy faktu, że podczas konwersacji z nauczycielem komunikuje się za pomocą mówienia i słuchania (Fontana, 1995, s. 307). Przyjmuje powinność rozmawiania z nauczycielem.

Akceptowanie nauczycieli powinnością uczniów

Akceptowanie nauczyciela przez ucznia (1,7% wszystkich wymienionych powinności) może przyjmować różną postać. Uczeń może lubić, a nawet kochać swoich nauczycieli, może akceptować ich, odnosić się do nich życzliwie. Powinności wobec nauczycieli w tym zakresie, które uczniowie wymienili, zestawiono w tabeli 10., a ich porównanie nie wskazało na występowanie istotnych statystycznie różnic w deklaracjach badanych, z uwzględnieniem ich płci i wieku.

Analizując przedstawione dane, zauważamy jednak, że z wiekiem uczniowie rzadziej wymieniali jako powinność lubienie, a nawet kochanie nauczycieli (SP — 29,5%, G — 25%, LO / Tech — 19%), a częściej — akceptowanie ich i życzliwość wobec nich (SP — 70,5%, G — 75,0%,

Akceptowanie nauczycieli jako powinność uczniów —

Akceptowanie nauczycieli jako powinność	Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
Lubienie, kochanie nauczycieli	100,0			76,9			33,3			33,3		13,3
Akceptowanie ich, życzliwość wobec nich				20,1			66,7	100,0		66,7		86,6

LO / Tech — 81%). Zauważyć można również, iż na poziomie gimnazjum tylko dziewczęta deklarowały powinności zaliczone do tej kategorii.

Szkoła to naturalny system społeczny, charakteryzujący się sobie tylko właściwymi celami, zasadami, wielością ról przydzielanych i przypisanych jego członkom. Tylko nieliczni uczniowie deklarowali jako swą powinność pozostawanie w silnych, trwałych więzach uczuciowych z nauczycielami. Być może uczniowie nie są skłonni kontaktów z nauczycielem, jak np. akceptowanie, rozpatrywać w kontekście takich powinności, jak np. posłuszeństwo. A może uczniowie utożsamiają nauczyciela jedynie z jego funkcją dydaktyczną — nauczaniem. Za to są wdzięczni i okazują szacunek, ale nie nawiązują więzi emocjonalnych.

Szacunek dla nauczycieli jako powinność uczniów

Uczeń jako biorca może — swojemu nauczycielowi jako dawcy „nauczającemu i wychowującemu” — deklarować powinności szczegółowe zaliczone do kategorii szacunku, takie jak szacunek jako taki, podziw i wdzięczność. Wymienione przez badanych powinności szczegółowe tej kategorii przedstawia tabela 11.

Z analizy zamieszczonych danych wynika, iż to właśnie szacunek jako taki był powinnością szczegółową, którą badani deklarowali najczęściej, niezależnie od płci i wieku. Wdzięczność wobec nauczycieli pojawiała się jako powinność w deklaracjach uczniów od klasy V szkoły podstawowej. Wymieniali ją częściej uczniowie gimnazjum (6,0%) niż pozostali. Uczennice gimnazjum i uczniowie liceum i technikum deklarowali podziw dla nauczycieli oraz docenianie ich pracy jako swą powinność.

Deklarowanie przez uczniów szacunku jako swej powinności wobec nauczycieli dowodzić może, że uczniowie świadomi są statusu społecznego nauczyciela (Fontana, 1998, s. 310—314). O kwestii statusu mówi się w wypadku instytucji o strukturze hierarchicznej, a taką instytucją jest szkoła. Okazywanie szacunku wymagane jest na każdym poziomie

Tabela 10

z uwzględnieniem płci i wieku badanych (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO							
dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	SP	G	LO	dz	chł	
100,0	100,0	20,0	31,3	23,1	38,9	33,3		21,4	14,3	29,5	25,0	19,0	22,8	27,3	24,4
		80,0	68,8	76,9	61,1	66,7		78,6	85,7	70,5	75,0	81,0	77,2	72,7	75,6

Szacunek jako deklarowana przez uczniów powinność wobec nauczycieli

Szacunek dla nauczycieli jako powinność uczniów	Szkoła podstawowa						Gimnazjum			Liceum		
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	I	II	III
Szacunek	100,0	100,0	100,0	100,0	95,2	98,2	93,7	91,7	93,9	99,0	96,9	96,1
Podziw, docenianie ich pracy							1,3		1,5		0,3	0,2
Wdzięczność					4,8	1,8	5,1	8,3	4,5	1,0	2,8	3,6

hierarchii. Uczeń postrzega nauczyciela jako osobę o wyższym statusie społecznym. Można przypuszczać, że nauczyciele, jako członkowie systemu szkolnego, stosują pewne strategie, by chronić i umacniać swą pozycję. Przekonują uczniów, że mają do czynienia z relacją władzy, a to wiąże się z konsekwencjami. Można przypuszczać, że i rodzice mogą zachęcać dzieci do okazywania szacunku nauczycielom. David Fontana (1998, s. 331) zwraca uwagę na dwa rodzaje szacunku:

- okazywany nauczycielowi ze względu na jego stanowisko, wiek, status osoby dorosłej — szacunek automatyczny;
- zdobywany przez nauczyciela dzięki jego mądrości, charakterowi jego kontaktów z uczniami, jego uczciwości, umiejętnościom interpersonalnym.

Lojalność wobec nauczycieli powinnością uczniów

Wśród deklarowanych przez uczniów powinności wobec nauczycieli pojawiły się i takie, które dowodziły, że uczniowie czują się zobowiązani do lojalności (1,1% wszystkich wymienionych powinności) w stosunku do nauczycieli. Szczegółowymi powinnościami tej kategorii to, oprócz lojalności jako takiej: dobre wyrażanie się o nauczycielach, sprawiedliwość dla nich i nieobmawianie ich. Powinności tej kategorii — zob. tabela 2. — wymieniane były rzadko (1,1%), nieco częściej przez chłopców niż dziewczęta. Częstotliwość ich występowania rosła wraz z wiekiem badanych (pojawiały się po raz pierwszy w deklaracjach uczniów klasy V szkoły podstawowej — tylko dziewcząt — 0,1%, G — 0,4%, LO / Tech — 1,7%).

Lojalność uczniów w stosunku do nauczycieli można, przez analogię do lojalności wobec rodziców (Namysłowska, 1997, s. 65), rozumieć jako zachowanie zgodne z prawami naturalnymi, do których można zaliczyć identyfikację z osobą znaczącą, prawość, rzetelność, autentyczne związki z innymi. Czynnikiem sprzyjającym zaburzeniom procesu przystosowania

Tabela 11

— z uwzględnieniem płci i wieku badanych (w procentach)

Wiek (typ szkoły) i płeć										Wiek (typ szkoły)			Płeć		Razem
SP I—III		SP IV—VI		SP		G		LO							
dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	dz	chł	SP	G	LO	dz	chł	
100,0	100,0	97,5	97,9	98,1	98,6	93,2	93,0	97,2	96,7	98,3	93,1	97,0	96,7	96,4	96,6
						1,4			0,6		0,9	0,2	0,2	0,4	0,3
		2,5	2,1	1,9	1,4	5,5	7,0	2,8	2,7	1,7	6,0	2,7	3,1	3,2	3,1

się uczniów do wymagań szkoły, może być „podzielona lojalność” (por. Namysłowska, 1997, s. 66). Powstaje ona, kiedy oczekiwania nauczycieli i pozostałych uczniów różnią się tak, że uczeń może pozostać lojalny wobec koleżanek i kolegów z klasy kosztem lojalności w stosunku do nauczycieli.

W okresie dorastania „lojalną opozycję” można rozpatrywać jako formę buntu akomodacyjnego, który sytuuje się pomiędzy konformizmem a zachowaniami opozycyjnymi (Riesman, 1971, za: Bilińska-Suchanek, 2003, s. 91). Uczeń lojalny akceptuje istniejący stan rzeczy, jego zaś zaangażowanie wynika z pełnionej przez niego funkcji lub osobistych interesów. Może wiecznie stać przed dylematem: akceptować sytuację i dominujące struktury, w których ma zagwarantowaną pozycję i poczucie bezpieczeństwa, czy angażować się w zmiany tych struktur. Może nie być pewien, czy jego zaangażowanie jest właściwym wyborem, czy też wykroczeniem poza granicę gwarantującą mu spokój. Lojalność jako formę oporu akomodacyjnego mogą — według Ewy Bilińskiej-Suchanek (2003, s. 90) — wykazywać ci uczniowie, którzy w rezultacie wyuczonej (np. silnie oddziałująca przemoc systemu szkolnego) lub wrodzonej dążności do respektowania oddziaływań szkoły upodabniają tożsamość osobową do tożsamości społecznej i starają się zamieniać wszelkie objawy modalności „moge” na modalność „muszę”. Lojalność wobec nauczycieli staje się wówczas powinnością uczniów.

Tolerowanie nauczyciela jako powinność ucznia

Tolerowanie nauczyciela stanowi nikły procent wszystkich wymienionych przez uczniów powinności (0,9%). Jak wynika z analizy danych — zamieszczonych w tabeli 2. — pojawiła się ona tylko w deklaracjach uczniów szkoły podstawowej (klasy V—VI) i szkół ponadgimnazjalnych (część z klas II i III).

Nauczyciel może zajmować różne miejsce w systemie klasy (Wrona, 1998, s. 522). Jeśli uczniowie uznają go za lidera, animatora, wtedy łatwiej mu zdobyć ich akceptację. Jeśli uczniowie postrzegają nauczyciela jako mało atrakcyjnego społecznie, bez autorytetu, wtedy może on napotykać trudności w nawiązywaniu kontaktu z uczniami. Jeśli interakcje między nimi są utrudnione, rodzą konflikty, wtedy uczniowie mogą odrzucać nauczyciela, a za swą powinność uznać jedynie tolerowanie go.

Tolerowanie nauczyciela może też stanowić wskaźnik biernego oporu uczniów (Bilińska-Suchanek, 2003, s. 92). Specyficzny styl odnoszenia się do nauczyciela, jaki przyjmuje bierny uczeń, charakteryzuje się, oprócz tolerowania nauczycieli, obojętnością, zinnem emocjonalnym, „tumiwizmem”.

Naśladowanie nauczyciela powinnością ucznia

Przeciwieństwem tolerowania nauczyciela jako powinności ucznia jest jego naśladowanie, branie z niego przykładu. Powinność tę — jak wynika z tabeli 2. — uczniowie deklarowali rzadko (0,2% wszystkich wymienionych powinności). Pojawia się tylko wśród powinności, które wymieniali chłopcy uczęszczający do klasy IV szkoły podstawowej i uczniowie szkół ponadgimnazjalnych.

Uczniowie mogą wiele nauczyć się od nauczyciela, jeśli jest on dla nich osobą znaczącą. Uczą się wtedy od niego, naśladowując jego sposób zachowania nie tylko nieświadomie, ale i świadomie (Grzywak-Kaczyńska, 1975, s. 106). Wspólną cechą mechanizmów naśladownictwa, identyfikacji i modelowania jest istnienie wzorca lub modelu (może być nim nauczyciel), którego czynności i (lub) cechy skłaniają ucznia do reagowania w określony sposób (Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 1994, T. 2, s. 45, 59). Nauczyciel może, bezpośrednio stawiając uczniom wymagania, wyrabiając w nich nawyki i przyzwyczajenia, stosując wzmocnienia, wspierać rozwój ich osobowości, który dokonuje się przez przekształcanie ich czynności zewnętrznych w czynności wewnętrzne (interioryzacja). Może też przyczyniać się do asymilowania przez uczniów swoich norm, postaw, wartości.

Nauczyciele są modelami ról, które uczniowie będą pełnić w przyszłości — role dorosłego (Fontana, 1998, s. 328). Dobry nauczyciel daje uczniom przykład tego, jakimi dorosłymi mogą się stać w przyszłości. Jeżeli uczniowie — według Davida Fontany (1998, s. 329) — przyglądając się nauczycielowi, zobaczą w nim takiego człowieka, jakim sami chcieliby być, wtedy nauczyciel ofiarowuje im dar, który może rywalizować z darem przekazywanej im nauki. Nauczyciel staje się mistrzem ucznia — naśladowanie go uczeń czyni swą powinnością.

Podjęcie pracy nad sobą powinnością ucznia wobec nauczyciela

Kontakty z nauczycielem, a szczególnie specyfika ich przebiegu, mogą motywować ucznia i stać się podstawą sformułowania przez niego jeszcze jednej powinności wobec nauczycieli. W rezultacie doświadczeń szkolnych uczeń może — czując się zobowiązany wobec nauczycieli — podjąć trud pracy nad sobą. Według danych zamieszczonych w tabeli 2., powinność ta pojawiła się w deklaracjach niewielu uczniów (0,6% wszystkich wymienionych powinności). Wymienili ją po raz pierwszy dopiero uczniowie klasy V szkoły podstawowej.

Sposób, w jaki nauczyciele formułują wobec uczniów swe oczekiwania — wielkość stawianych im wyzwań i dostarczanego im wsparcia — może wpływać na to, w jakim stopniu uczniowie wezmą je pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o uczeniu się, i jak bardzo zaangażują się w uczenie się (D e m b o, 1997, s. 175). Stworzony przez nauczycieli — na podstawie ich oczekiwań po aktualnych i przyszłych osiągnięciach i zachowaniach uczniów — specyficzny klimat, otwierający uczniów na uczenie się, może pogłębić motywację uczniów. Komponentami przekonań motywacyjnych uczniów — według Myrona H. D e m b y (1997, s. 176) — są wartości (dlaczego wykonuję to zadanie), oczekiwania (czy jestem w stanie wykonać to zadanie) i afekty (jakie uczucia wzbudza we mnie to zadanie). Uczeń może, odpowiadając sobie na pytanie, dlaczego podejmuje się wykonania pewnych zadań, powziąć przekonanie, że czyni to w imię swych powinności wobec nauczyciela. Pracę nad sobą uczeń może uznać za powinność wobec nauczyciela w wyniku wypełniania jego poleceń czy naśladowania nauczyciela — postrzeganego jako osoba pracująca nad sobą (nauczyciel jako przykład, model). Może to być dowodem na istnienie procesu identyfikacji ucznia z nauczycielem, a także na uleganie ucznia sugestiom nauczyciela, czyli przejmowanie jego przekonań czy poglądów, w wyniku jego silnego oddziaływania na siebie (G r z y w a k - K a c z y Ń s k a, 1975, s. 107).

Podsumowanie

Osoba ludzka, niezależnie od wieku i płci, jest podmiotem zarówno praw, jak i powinności. Niezbywalność praw każdego człowieka wymusza ich respektowanie przez innych ludzi, natomiast powinności wiążą się z określonymi zobowiązaniami i odpowiedzialnością za siebie i innych.

Nauczanie i wychowanie — rozumiane przez Annę Matczak (2003, s. 280) jako oddziaływanie polegające na organizowaniu i ukierunkowywaniu aktywności uczniów — może stymulować rozwój „Ja” powinnościowego uczniów. Doświadczenia ucznia jako członka systemu szkolnego, szczególnie te nabyte dzięki kontaktom z nauczycielami, mogą przyczyniać się do powstawania zapisów określonej treści, będących próbą odpowiedzi ucznia na pytanie: Jaki powinienem być wobec nauczyciela? Uczeń zastanawia się, jakie są jego powinności, do czego jest zobowiązany. Zwartość „Ja” powinnościowego ucznia w tym zakresie ma związek z zawartością jego „Ja” realnego. „Ja” powinnościowe obejmuje właściwości, którymi, jak się uczniowi wydaje, powinien się charakteryzować. Koncepcja ta zawiera standardy formułowane z perspektywy:

- osobistej ucznia — reprezentacja poznawcza cech, którymi uczeń — zgodnie z własnym przekonaniem — powinien się charakteryzować, co wiąże się z poczuciem obowiązków wobec nauczycieli, nakładanych na siebie przez siebie;
- zewnętrznego autorytetu, osób znaczących — reprezentacja poznawcza cech, których posiadanie wiąże się — zgodnie z przekonaniem ucznia — z jego odpowiedzialnością, poczuciem obowiązków wobec nauczycieli, nakładanych na niego przez innych: rodziców, nauczycieli, regulamin szkoły, kodeks ucznia (por. Bąk, 2002, s. 44).

E. Tory Higgins (1987, 1990), przedstawiając znaczenie „Ja” powinnościowego dla regulacji zachowania, podkreśla rolę rozbieżności w systemie „Ja” między powinnościową a realną koncepcją siebie. Rozbieżności te wywołują uczucia i wiążą się z określonymi efektami motywacyjnymi (Oleś, 2003, s. 245; Pervin, 2002, s. 270; Pervin, John, 2002, s. 542; Bąk, 2002, s. 46).

Jak wynika z przedstawionego omówienia uzyskanych wyników badań, uczniowie w swym „Ja” powinnościowym zawierają zapisy dotyczące ich powinności wobec nauczycieli, zarówno tych deklarowanych przez nich, jak i tych — jak przypuszczają — oczekiwanych przez nauczycieli. Uczniowie wśród powinności wobec nauczycieli wymieniali i te skoncentrowane na zadaniu — obowiązku uczenia się, i te skoncentrowane na kontaktach z nauczycielami, takie jak posłuszeństwo, unikanie zachowań nieaprobowanych przez nauczycieli, gotowość do zachowań właściwych, uczciwość, zrozumienie nauczyciela, zgodne współzycie, akceptowanie, pomaganie, okazywanie szacunku i wdzięczności, naśladowanie nauczycieli i identyfikacja z nimi.

Struktura tych powinności ma związek — co przedstawiono wcześniej — z wiekiem uczniów i ich płcią. Ważny okazuje się czas przejścia ze szkoły podstawowej do gimnazjum, kiedy to następują przemiany, wobec których staje uczeń, i wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia ich negatywnych

konsekwencji, zwłaszcza w sferze poczucia własnej wartości (Schaffer, 2006, s. 382). Oddziaływanie szkoły i kształtowanie obrazu własnej osoby — według H. Rudolfa Schaffera (2006, s. 383) — przenikają się wzajemnie. Szkoła oddziałuje na obraz „Ja” osoby, która jest lepszym lub gorszym uczniem. Z kolei sposób reagowania ucznia na oddziaływanie szkoły wynika z jego wcześniejszych poglądów na temat własnej osoby, poglądów już uformowanych, kiedy dziecko rozpoczyna naukę w szkole (co dowodzi znaczenia doświadczeń rodzinnych w tym zakresie). Obraz własnej osoby jako ucznia w okresie rozpoczynania nauki inaczej rozwija się u chłopców i u dziewcząt. W ich obrazie „Ja” nie ma wielu odniesień do oczekiwań rodziców, a częściej pojawiają się oceny oparte na skuteczności własnych działań. Dziewczynki są bardziej zależne od swych rodziców. Uczniowie różnie radzą sobie z przystosowaniem się do szkoły i z funkcjonowaniem na różnych poziomach nauki — w szkole podstawowej (na przełomie klas I—III i klas IV—VI), w gimnazjum, liceum i technikum. Między 13. a 16. rokiem życia uczniowie nabywają umiejętność jednoczesnego poznawczego określania tego samego obiektu z kilku niezależnych perspektyw. Stają się też zdolni do jednoczesnego ujmowania relacji między realną koncepcją siebie a powinnościowymi ukierunkowaniami „Ja” (Bąk, 2002, s. 51). Powinności wobec nauczycieli, które uczniowie wymieni, mogą być dla nich wskazówką co do sposobu zachowywania się: **wiem, jak powinienem się zachować i tak się zachowuję**. Mogą też jednak być tylko deklaracją, przedstawieniem życzeniowym: **pomimo że wiem, jak powinienem, zgodnie z oczekiwaniami nauczyciela, się zachowywać, tak nie postępuję**. To nauczyciel może pomóc uczniom, aby częściej postępowali według pierwszej zasady.

Nawiązując do teorii Higginsa (Oleś, 2003, s. 245; Pervin, 2002, s. 270; Pervin, John, 2002, s. 542; Bąk, 2002, s. 46), można przyjąć, że rozbieżności między „Ja” realnym a „Ja” powinnościowym ucznia przyczyniają się do doświadczania przez niego lęku i poczucia winy. Niezgodność pomiędzy rzeczywistym a powinnościowym zachowaniem wobec nauczycieli może napełniać ucznia niepokojem i strachem, być przyczyną zmartwienia i zmartwień, rodzić poczucie zagrożenia i obawę przed karą, wywoływać stan napięcia. W związku z niespełnieniem stawianych sobie wymagań uczeń może doświadczać pragnienia samoukarań, odczuwać pogardę dla siebie i zakłopotanie, z czym zwykle łączy się poczucie niskiej wartości i słabości moralnej. W związku natomiast z niespełnieniem powinności określonych przez zewnętrzny autorytet może doświadczać poczucia zagrożenia ze strony nauczycieli, czuć urazę i złość w stosunku do nich (co objawia się np. deklarowaniem takich powinności wobec nauczycieli, jak cierpliwość czy tolerancja).

Ukierunkowania powinnościowe „Ja” — zgodnie z koncepcją Higginsa (por. Pervin, John, 2001, s. 543), pozwalają uczniowi skupić uwagę na poczuciu bezpieczeństwa, odpowiedzialności i na unikaniu szkód. Uczeń, koncentrując się głównie na prewencji, doświadcza uczucia ulgi, a postępując zgodnie ze swoimi powinnościami, unika nieprzyjemności, bólu i rozczarowań. Uczeń, który jest świadomy oczekiwań nauczyciela, wie, że nie zawsze jest w stanie im sprostać. Kontrast między „Ja” realnym a „Ja” powinnościowym może jednak sprawiać, że „Ja” powinnościowe zatraci swoją motywacyjną funkcję (Oleś, 2003, s. 247). Pozostaje wówczas — rodząca w konsekwencji lęk — świadomość niespełniania standardów lub uczeń postrzega te standardy jako nieosiągalne, zbyt odległe. Resultatem tego mogą być: wyuczona bezradność ucznia, blokowanie, zahamowanie jego rozwoju lub też, w efekcie niezaspokojonej potrzeby szacunku i uznania: frustracja, ucieczki, wagary, uzależnienia, permanentne stosowanie mechanizmów obronnych (racjonalizacja, obronna identyfikacja, izolowanie się, fantazjowanie, projekcja), a nawet agresja czy autoagresja. Ponieważ stwierdzono związek między niskim poziomem własnej skuteczności a osłabieniem systemu immunologicznego (Pervin, 2000, s. 271), może to prowadzić do zaburzeń zdrowia psychosomatycznego. Uczeń może podejmować próby minimalizowania negatywnych uczuć — lęku i poczucia winy — oraz dążyć do wywołania uczuć pozytywnych, niwelując rozbieżności między „Ja” realnym i „Ja” powinnościowym (Oleś, 2003, s. 246).

Rozbieżności pomiędzy powinnościowym a rzeczywistym odnoszeniem się ucznia do nauczycieli mogą powodować różne następstwa. Uczeń owładnięty lękiem, pełen poczucia winy często nie radzi sobie z procesem przystosowania do wymagań systemu szkolnego (por. Bulla, 2006). Uczeń taki często doświadcza lub spodziewa się doświadczać w przyszłości stanów dla niego negatywnych, nieprzyjemnych, przykrych, niepożądanych, np. kary. Kiedy nie spełnia swej powinności bycia posłusznym nauczycielom, zaczyna zachowywać się w sposób nieaprobowany przez nauczycieli. Krytyka nauczycieli zmniejsza jego motywację do uczenia się (Bąk, 2002). Uczeń ukierunkowany na powinności w kontaktach z nauczycielem może być więc zbyt wyczulony na krytykę lub na jej brak.

Zgodność „Ja” realnego i powinnościowego prowadzi do wewnętrznego spokoju, wyciszenia i zrelaksowania (Higgins, 1996; Higgins, Shah, Friedman, 1997, za: Bąk, 2002, s. 48), niezgodność zaś do zaburzeń zdrowia psychicznego uczniów.

Uczeń ma poczucie swobody i wewnętrznej wolności w sytuacji zmniejszania się rozbieżności między rzeczywistym a powinnościowym odnoszeniem się do nauczycieli. Poczucie to bywa jedną z ważnych okoliczności sprzyjających powstaniu klimatu gwarantującego zachowanie zdrowia

psychicznego i fizycznego ucznia. Uczeń zachowuje zdrowie psychiczne wówczas, gdy uczestnicząc w systemie szkolnym, zaspokaja potrzeby bezpieczeństwa psychicznego, szacunku i samorealizacji, oraz gdy realizuje swe cele zgodnie z wymaganiami tego systemu w ciągu długiego okresu edukacji (szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła średnia). Uczeń dysponujący dobrym potencjałem rozwoju psychicznego wywiązuje się z zadań rozwojowych i rozwiązuje kryzysy rozwojowe właściwe dla jego wieku. Rozwiązując kryzys: tożsamość — pomieszanie tożsamości, rozwija cnotę wierności (Hall, Lindzey, 1999, s. 97). Dąży do poznania i zrozumienia siebie, a także stara się sformułować zbiór wartości, który E. Erikson nazwał wiernością, czyli zdolnością do dotrzymania swobodnie przyjętych zobowiązań, wbrew nieuniknionym sprzecznościom systemów wartości. Jego udziałem stają się sprzyjające zdrowiu psychicznemu doświadczenia, które pogłębiają jego zdolności do rozwijania się, ukierunkowanego na wszechstronne rozumienie, przeżywanie, odkrywanie i tworzenie coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości (Dąbrowski, red., 1979, s. 29). W wieku edukacyjnym takie rozumienie zasad funkcjonowania systemu szkolnego pobudza ucznia do refleksji nie tylko nad swoimi prawami, ale też obowiązkami i powinnościami.

Obraz relacji dorastających uczniów z nauczycielami nie stanowi prostego odbicia ich doświadczeń. To system przekonań uczniów o nich samych, pozwalających im rozumieć własne funkcjonowanie oraz stosunek nauczyciela do nich. Poszerzenie zawartości obrazu „Ja” o „Ja” powinnościowe, dotyczące zobowiązań ucznia wobec nauczycieli, pozwala uczniom lepiej odpowiedzieć na pytanie, kim są i dokąd zdążają, powiększyć ich przestrzeń wolności, rozumianej nie tylko jako wolność od czegoś, ale również jako wolność do czegoś, w tym również do podejmowania zobowiązań.

Literatura

- Antonovsky A., 1997: *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk. Warszawa: PWN, s. 206—231.
- Bąk W., 2002: *E. Tora Higginsa teoria rozbieżności ja*. „Przegląd Psychologiczny”, nr 1, s. 39—55.
- Błajet P., 2005: *Sukces w cyklu życia. Próba adaptacji koncepcji Erika H. Eriksona*. W: *Rozwój i edukacja dziecka. Szanse i zagrożenia*. Red. S. Guz. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- Bilińska-Suchanek E., 2003: *Opór wobec szkoły. Dorastanie w perspektywie paradygmatu oporu*. Kraków: Impuls.
- Brzezińska A., 1999: *Psychologia wychowania*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. T. 3. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 227–257.
- Brzezińska A., 2000: *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Scholar.
- Brzezińska A., 2005: *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzozowski P., 1989: *Skala wartości — polska adaptacja Value Survey M. Rokeacha*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych Wydziału Pedagogiki i Psychologii UW.
- Bulla B., 2006a: *Lęki doświadczane przez uczniów — ich objawy i sposoby radzenia sobie z nimi*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo UŚ, s. 118–158.
- Bulla B., 2006b: *Przyczyny i treści lęku w percepcji uczniów*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo UŚ, s. 89–118.
- Cialdini R., 1998: *Wywieranie wpływu na ludzi — teoria i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dąbrowski K., red., 1979: *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: PWN.
- Dembo M.H., 1997: *Stosowana psychologia wychowawcza*. Warszawa: WSzP.
- Drat-Ruszczak K., 2003: *Osobowość narcystyczna: kiedy i jak motywuje rozbieżności Ja*. W: *Osobowość a procesy psychiczne*. Red. B. Wojciszke, M. Płopa. Kraków: Impuls.
- Erikson E., 1997: *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Erikson E., 2002: *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Fontana D., 1998: *Psychologia dla nauczycieli*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Goldenberg H.I., 2006: *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Grzywak-Kaczyńska M., 1975: *Psychologia dla każdego*. Warszawa: PAX.
- Hall C.S., Lindzey G., 1999: *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN.
- Higgins E.T., 1987: *Self — Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect*. „Psychological Review”, vol. 94, No. 3, s. 319–340.
- Higgins E.T., 1990: *Personality, Social Psychology, and Person — Situation Relations: Standards and Knowledge Activation as a Common Language*. In: *Handbook of Personality: Theory and Research*. Ed. L.A. Perrin. New York—London: The Guilford Press.
- Iwańczyk H., 1996: *Obraz własnego „JA” u młodzieży introceptywnej i ekstreceptywnej*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej dzieci i młodzieży*. Red. E. Januszevska. Lublin: TN KUL, s. 125–137.
- Jelonkiewicz I., 1994: *Model Antonovsky’ego — odniesienia do wybranych koncepcji psychologicznych*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 3.
- Matczak A., 2003: *Zarys psychologii rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Namysłowska I., 1997: *Terapia rodzin*. Warszawa: Springer PWN.
- Oleś P., 2003: *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Scholar.
- Pervin L.A., 2002: *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Pervin L.A., Oliver P.J., 2001: *Osobowość — teorie i badania*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z., 1994: *Psychologia wychowawcza*. T. 2. Warszawa: PWN.
- Schaffer H.R., 2006: *Rozwój społeczny — dzieciństwo i młodość*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Schaffer H.R., 2005: *Psychologia dziecka*. Warszawa: PWN SA.
- Simon F.B., Stierlin H., 1998: *Słownik terapii rodzin*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sęk H., 2001: *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Scholar.
- Szczukiewicz P., 1998: *Rozwój psychospołeczny a tożsamość*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Tchorzewski A.M., 1994: *Rola wartości i powinności moralnych w kształtowaniu świadomości profesjonalnej nauczycieli*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.
- Tuohy D., 2002: *Dusza szkoły. O tym, co sprzyja zmianie i rozwojowi*. Warszawa: PWN.
- Wojciszke B., 2002: *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Scholar.
- Wrona L., 1998: *Nauczyciel i uczeń w procesie edukacji. W: Podstawy psychologii. Podręcznik dla studentów kierunków nauczycielskich*. Red. W. Pilecka., G. Rudkowska, L. Wrona. Kraków, s. 515—546.

Część II

Wybrane mechanizmy zagrożeń zdrowia psychicznego uczniów

Maria John-Borys
Mirośława Szocińska

Asertywność i poczucie kontroli a wczesna inicjacja seksualna uczniów

Wprowadzenie

Pojęcie inicjacji seksualnej oznacza „zapoczątkowanie życia płciowego, zgodę na fizyczną bliskość z drugim człowiekiem, posuniętą aż do największej intymności. Inicjacja seksualna to także swoiste wtajemniczenie, wkroczenie w świat doznań i przeżyć zarezerwowanych dla ludzi dojrzałych” (Beisert, 1991, s. 166).

Pierwsze doświadczenia seksualne młodych ludzi oraz towarzyszące im okoliczności, rozpatrywane w szerszym kontekście ich sytuacji życiowej, stanowią ważny aspekt badań nad zdrowiem psychicznym i fizycznym dzieci i młodzieży. Pierwszy stosunek płciowy ma na ogół istotne znaczenie dla zachowań w zawieranych później związkach partnerskich i rozwoju seksualności człowieka, stanowiącej ważny składnik intymnych relacji uczuciowych. Zbyt wczesne podjęcie aktywności seksualnej, bez budowania odpowiedniej więzi między partnerami, opartej na bliskości emocjonalnej, wzajemnym zrozumieniu i odpowiedzialnej decyzji obu zaangażowanych osób może negatywnie wpływać na określanie i podejmowanie się ról związanych z płcią, komplikować plany na przyszłość oraz życie uczuciowe i seksualne w związkach intymnych, a w rezultacie zaciążyć na całokształcie rozwoju człowieka, szczególnie zaś na jego dojrzałości uczuciowej i poczuciu własnej wartości.

Przedwczesną inicjację seksualną zalicza się do „zachowań ryzykownych” i podobnie jak picie alkoholu, zażywanie narkotyków czy palenie

papierosów jest ona traktowana jako zagrożenie szeroko pojmowanego zdrowia. Negatywne konsekwencje „pierwszego razu” łączą się z pewnymi okolicznościami, jakie mu towarzyszą, np. kiedy pierwszy stosunek stanowi przypadkowy wynik nastroju chwili (a taka sama przypadkowość wyboru dotyczy partnerów stosunku), kiedy odbywa się w pośpiechu, bez zabezpieczenia antykoncepcyjnego lub w nieodpowiedniej scenerii. Inne niekorzystnie rokujące dla dalszego rozwoju psychoseksualnego sytuacje inicjacji to uleganie szantażowi emocjonalnemu partnera, który wymusza „dowód uczuć” partnerki (por. Izdebski, 1992; Imieliński, 1986), oraz podejmowanie współżycia pod presją obyczajów lansowanych w grupie rówieśniczej, pod hasłem „wszyscy tak robią”. Byłoby zatem dobrze, gdyby młodzi ludzie przed rozpoczęciem życia seksualnego osiągnęli taki stopień dojrzałości, który pozwoliłby im skutecznie przeciwstawić się naciskom otoczenia i podejmować tak ważną decyzję w zgodzie z własnymi uczuciami, systemem wartości i racjonalnymi przesłankami, pozwalającymi odpowiedzialnie przyjąć konsekwencje dorosłości w tym obszarze życia. Dane z badań nad inicjacją seksualną młodzieży wskazują, że ważnymi zasobami w odpowiednim regulowaniu rozpoczęcia aktywności seksualnej są dobre relacje rodzinne, należą do nich: partnerskie stosunki między rodzicami, otwartość w komunikacji między rodzicami i dziećmi, ciepła atmosfera domowa, przyjazne kontakty z rodzeństwem. Zauważono również związki między wiekiem inicjacji dziewcząt i chłopców a wykształceniem rodziców (głównie matek), warunkami materialnymi rodziny i miejscem jej zamieszkania (Izdebski, 1992; Izdebski, Ostrowska, 2003; Szocińska, 2005). Można zatem wnioskować, że dobre wzory życia rodzinnego, poczucie przynależności i oparcia w rodzinie sprzyjają kształtowaniu poczucia własnej wartości, dają podstawy do rozwoju konstruktywnych zachowań w relacjach interpersonalnych, ułatwiają dokonanie odpowiednich wyborów partnerów i podejmowanie decyzji dotyczących życia seksualnego. Oprócz zmiennych życia rodzinnego, istotnych w podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu życia seksualnego, ważne jest określenie znaczenia innych zasobów osobistych młodzieży, wyjaśniających mniejszą lub większą podatność na wpływy otoczenia, modę, które w tym wieku stanowią stosunkowo częste motywy inicjacji seksualnej.

W prezentowanym artykule przyjęto, że podatność na wpływy otoczenia odgrywa znaczącą rolę we wczesnej inicjacji seksualnej. Umiejętność zatem asertywnego zachowania się oraz poczucie umiejscowienia kontroli uznano za zmienne modyfikujące uleganie wpływom otoczenia, a także wyjaśniające podejmowanie lub niepodejmowanie życia seksualnego przez badaną młodzież.

Założenia i cel badań

W badaniach przyjęto, że fakt i okoliczności inicjacji seksualnej stanowią znaczące doświadczenie w rozwoju osobowości i zachowań seksualnych człowieka. Na podstawie analizy literatury przedmiotu (por. Izdebski, 1992; Izdebski, Ostrowska, 2003; Malewska, 1972) ustalono, że w okresie dorastania dziewcząt i chłopców ich podatność na wpływy otoczenia odgrywa istotną rolę w podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu aktywności seksualnej. Założono, że czynnikami modyfikującymi decyzję o inicjacji seksualnej są zasoby osobiste dorastających: umiejętność asertywnych zachowań i poczucie umiejscowienia kontroli. Asertywność jest rozumiana jako „zespół umiejętności o charakterze kompetencji osobistych, wyznaczających zachowania w sytuacjach interpersonalnych, których celem jest realizacja cenionych wartości osobistych i pozasobistych, rozwój i obrona pozytywnego obrazu własnej osoby i samoakceptacja” (Sęk, 1988, s. 795).

Poczucie umiejscowienia kontroli wyraża się w przekonaniu człowieka o zależności między własnym zachowaniem a oczekiwanym jego efektem (wynikiem) w określonej sytuacji. Osoby, które spostrzegają związki między ich własnym zachowaniem lub ich stałymi właściwościami (np. cechami charakteru) a ich rezultatami określane są jako posiadające poczucie wewnętrznej kontroli. Jeśli przebieg i zakończenie sytuacji są spostrzegane jako skutek przypadku, przeznaczenia, wpływu innych ludzi lub okoliczności, wówczas mówi się, że osoba ta ma poczucie kontroli zewnętrznej. Poczucie kontroli wewnętrznej koreluje z pozytywną samooceną, dobrym przystosowaniem emocjonalnym i społecznym oraz adekwatną zgodnością między „Ja” realnym i „Ja” idealnym. Poczucie kontroli zewnętrznej wiąże się z brakiem zaufania do możliwości wpływania swym działaniem na przebieg wydarzeń w określonych sytuacjach (Drowal, 1981, s. 45–46).

Celem badań jest określenie zależności między poziomem umiejętności asertywnych dziewcząt i chłopców i ich umiejscowieniem poczucia kontroli a podjęciem lub niepodjęciem przez nich współżycia seksualnego. Osoby, które rozpoczęły życie seksualne, będą określane w dalszych partiach tekstu jako „inicjujące”, osoby niepodjęjące życia seksualnego określa się jako „nieinicjujące”.

Metoda

Badaniami objęto 261 osób (182 dziewcząt i 79 chłopców) w wieku 17—18 lat. Byli to uczniowie I i II klasy szkół średnich: Liceum Profilowanego, Liceum Hotelarskiego, Technikum Ekonomicznego i Liceum Ogólnokształcącego na terenie Wodzisławia Śląskiego. Przed rozpoczęciem badań osoba badająca uzyskała zgodę rodziców młodzieży na ich prowadzenie. Badania miały charakter anonimowy, trwały około 45 minut. Prowadzone były grupowo, pod nieobecność nauczyciela, ale pod kontrolą osoby badającej. Obserwacje zachowania uczniów wskazywały na zainteresowanie poruszonymi treściami i przebiegały bez zakłóceń. Badania były prowadzone w miesiącach maj — czerwiec 2005 roku.

W badaniach zastosowano autorską ankietę identyfikującą doświadczenia osób w zakresie inicjacji seksualnej. Zawierała ona 18 pytań strukturalizowanych, które dotyczyły sytuacji rodzinnej, wieku inicjacji seksualnej, wieku partnera / partnerki, okoliczności i motywów inicjacji. Narzędzie badające asertywność to Skala do Badania Zachowań Asertywnych „Ja i inni”, autorstwa Piotra Majewicza, opracowana zgodnie z definicją asertywności i charakterystyką zachowań asertywnych, które proponowała H. Sęk (1988). Do badania umiejscowienia kontroli użyto Kwestionariusz do Badania Poczucia Kontroli (KBPK), autorstwa G. Krasowicz i A. Kurzyp-Wojnarskiej (K r a s o w i c z, K u r z y p - W o j n a r s k a, 1990).

Wyniki badań

Doświadczenie inicjacji seksualnej w badanej grupie

Współżycie seksualne rozpoczęło 24% dziewcząt (44 osoby) i 27% chłopców (21 osób), czyli 76% dziewcząt z badanej grupy i 73% chłopców nie miało stosunku seksualnego. Wiek inicjacji seksualnej dziewcząt przypada najczęściej na 17—18 rok życia (58%), niektóre z nich inicjują współżycie w 15. i 16. roku życia (32%). W badanej grupie 10% dziewcząt rozpoczęło współżycie seksualne między 13. a 14. rokiem życia. Początek doświadczeń seksualnych chłopców przypada najczęściej na 13—16 rok życia. Chłopcy zdobywają na ogół te doświadczenia w wieku 13 lat (43%).

W momencie inicjacji 16 lat miało 29% badanych chłopców. W wieku 14 lat rozpoczęło współżycie seksualne 14% badanych.

Partnerami inicjacji seksualnej dziewcząt byli niewiele starsi od nich mężczyźni (63%) lub rówieśnicy (27%). Z badań wynika, że chłopcy najczęściej rozpoczynają życie seksualne z partnerkami znacznie od nich starszymi: 43% kobiet miało ponad 24 lata i tyle samo kobiet było nieco od nich starszych — w wieku 17—18 lat. Zdecydowana większość dziewcząt rozpoczęła współżycie seksualne z partnerem, którego знаła od kilku miesięcy (45%) lub kilku lat (41%), zdarzało się również, że zbliżenie seksualne nastąpiło po kilku godzinach znajomości (14%). Inicjację chłopców poprzedza krótszy niż u dziewcząt okres znajomości partnerki: 58% badanych rozpoczęło współżycie po kilku miesiącach znajomości. W pozostałych wypadkach znajomość trwała kilka lat (14%), kilka tygodni lub kilka dni (po 14%). Najczęściej podawanym przez dziewczęta i chłopców motywem rozpoczęcia współżycia seksualnego była miłość (77% dziewcząt i 43% chłopców). Dziewczęta jako kolejny powód podały chęć zaspokojenia potrzeb (9%) i litość (9%), na trzecim miejscu znalazła się ciekawość (5%). Chłopcy zdecydowanie częściej niż dziewczęta motywowali rozpoczęcie współżycia chęcią zaspokojenia potrzeb seksualnych (29%) oraz litością i uległością w stosunku do partnerki (po 14%). Prawie wszystkie dziewczęta oczekiwały kontynuacji związku i współżycia z tym samym partnerem (91%). Tego samego oczekiwało 57% chłopców, natomiast 43% badanych chłopców nie zamierzało kontynuować związku z partnerką inicjacji. Dziewczęta znacznie częściej, w porównaniu z chłopcami, dbają o stosowanie środków antykoncepcyjnych. Pamiętało o nich w czasie stosunku 87% dziewcząt i 57% chłopców.

Poziom umiejętności asertywnych a wczesna inicjacja seksualna

Analiza zależności między wczesną inicjacją seksualną a umiejętnością asertywnego zachowania wiązała się z odpowiedzią na pytania badawcze. Pierwsze pytanie brzmiało:

„Czy istnieją istotne różnice w poziomie umiejętności asertywnych pomiędzy osobami inicjującymi i nieinicjującymi?”.

W celu ustalenia występowania zależności w poziomie umiejętności asertywnych pomiędzy dwoma grupami dziewcząt: inicjującymi i nieinicjującymi, wykorzystano test *t* dla prób niezależnych, posługując się programem SPSS. Procedura testu *t* dla prób niezależnych polega na porównaniu średnich dla dwóch grup obserwacji. W grupie dziewcząt inicjujących średnia umiejętności zachowania się w sposób asertywny wyniosła 70,95, a w grupie dziewcząt nieinicjujących 64,35 (zob. tabela 1.).

Tabela 1

**Porównanie średnich umiejętności asertywnego zachowania się
badanych dziewcząt i chłopców (test t dla dwóch średnich)**

Asertywność	Wariancja	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test równości średnich	
		F	istotność	t	istotność (dwu- stronna)
Dziewczeta	założenie równości	5,367	0,022	4,084	0,000
	niezałożenie równości wariancji	—	—	4,958	0,000
Chłopcy	założenie równości	1,781	0,186	-1,678	0,097
	niezałożenie równości	—	—	-1,610	0,117

Istotność testu Levene'a wyniosła $0,022 < 0,05$, co spowodowało odrzucenie hipotezy o jednorodności wariancji i przyjęcie założenia o nierówności wariancji w obu porównywanych grupach. Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,001$ uzyskany wynik statystyki 0,000 wskazał, że są podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej. Wyniki badań świadczyły, że wcześniejsza inicjacja seksualna dziewcząt zależy od poziomu umiejętności asertywnych. Dziewczeta, które rozpoczęły współżycie seksualne, miały wyższy poziom umiejętności asertywnych niż dziewczeta bez takich doświadczeń.

W celu ustalenia, czy występują zależności w poziomie umiejętności asertywnych pomiędzy dwoma grupami chłopców (inicjującymi i nieinicjującymi), wykorzystano test t dla prób niezależnych. W grupie chłopców inicjujących średnia umiejętność zachowania się w sposób asertywny wyniosła 60,29, a w grupie chłopców nieinicjujących 64,28.

Istotność testu Levene'a $0,186 > 0,05$ nie pozwoliła na odrzucenie hipotezy o jednorodności wariancji. Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,05$ uzyskany wynik $p = 0,097$ wskazał, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, ponieważ $p > 0,05$. Wyniki badań dowiodły, że wcześniejsza inicjacja seksualna chłopców nie zależy od poziomu umiejętności asertywnych.

Kolejne pytanie badawcze brzmiało: „Czy istnieją istotne różnice w średnim poziomie asertywności pomiędzy badanymi grupami a średnią populacji dla tej grupy wiekowej i płci?”

Wyniki analiz statystycznych, pozwalających odpowiedzieć na to pytanie badawcze, zostaną przedstawione z uwzględnieniem podziału na płeć oraz posiadanie bądź brak doświadczenia inicjacji seksualnej. Porównanie wyników z populacją polegało na porównaniu rezultatów z próby

z wynikami normalizacji utworzonej przez autora testu. Normalizacji Skali „Ja i inni” dokonano na podstawie próby 104 uczniów w wieku 15–19 lat. Średnia w próbie normalizacyjnej wyniosła: dla chłopców 65,04, dla dziewcząt 63,98. Porównanie wyników czterech, wyróżnionych w badaniach własnych, grup z populacją przeprowadzono osobno dla każdej grupy. W celu ustalenia, czy występują istotne różnice pomiędzy średnimi z grup badawczych i średnimi populacji wykorzystano test t dla jednej próby.

W celu ustalenia, czy występuje istotna różnica pomiędzy średnią grupy badanych dziewcząt, które rozpoczęły współżycie (70,95), a średnią populacji dziewcząt w tym wieku (63,98), zastosowano test t dla jednej próby (por. tabela 2.). Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,001$ uzyskany wynik $p = 0,000$ wskazał, że są podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej, ponieważ $p < 0,001$. Rezultaty badań dowiodły, że średni wynik poziomu umiejętności asertywnych w grupie inicjujących dziewcząt jest wyższy od średniej w populacji dziewcząt w tym wieku. Zatem inicjujące dziewczęta z grupy badawczej miały istotnie wyższy średni poziom umiejętności asertywnych niż populacja dziewcząt w tym wieku.

Tabela 2

Porównanie wyników umiejętności asertywnych badanych dziewcząt ze średnimi wynikami w populacji (test t dla jednej średniej)

Asertywność	Test t	Istotność dwustronna	Różnica średnich	95% przedział ufności dla różnicy średnich wartość testowana = 63,98	
				dolna granica	górna granica
Dziewczęta po inicjacji	6,808	0,000	6,975	4,91	9,04
Dziewczęta przed inicjacją	0,432	0,667	0,368	-1,32	2,05

W celu ustalenia z kolei istotnych różnic pomiędzy średnią dla grupy dziewcząt, które nie rozpoczęły współżycia (64,35), a średnią populacji dziewcząt w tym wieku zastosowano test t dla jednej próby. Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,05$ uzyskany wynik $p = 0,667$ wskazał, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, ponieważ $p > 0,05$. Według wyników badań średni poziom umiejętności asertywnych w grupie niewspółżyjących dziewcząt nie odbiega od średniego poziomu asertywności w populacji dziewcząt w tym wieku.

Poszukując istotnych różnic pomiędzy średnią dla grupy chłopców, którzy rozpoczęli współżycie seksualne (60,29), a średnią dla populacji chłopców w tym wieku (65,04), zastosowano test t dla jednej próby (zob. tabela 3.). Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,05$ uzyskany wynik

$p = 0,04$ wskazał podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej, ponieważ $p < 0,05$. Rezultaty badań pokazały, że średni wynik poziomu umiejętności asertywnych w grupie chłopców po inicjacji jest niższy od średniej w populacji chłopców w tym wieku.

Tabela 3

Porównanie wyników umiejętności asertywnych badanych chłopców ze średnimi wynikami w populacji (test t dla jednej średniej)

Asertywność	Test t	Istotność dwustronna	Różnica średnich	95% przedział ufności dla różnicy średnich (wartość testowana = 65,04)	
				dolna granica	górną granica
Chłopcy po inicjacji	-2,191	0,04	-4,754	-9,28	-0,23
Chłopcy przed inicjacją	-0,638	0,526	-0,764	-3,16	1,63

Badając różnice pomiędzy średnią dla grupy chłopców przed inicjacją (64,28) a średnią w populacji chłopców w tym wieku, przy zastosowaniu testu t dla jednej próby oraz przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,05$ uzyskano wynik $p = 0,526$, wskazujący, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Okazało się, że średni wynik poziomu umiejętności asertywnych w grupie chłopców przed inicjacją nie odbiega od średniej w populacji chłopców w tym wieku.

Podsumowując wyniki analiz dotyczących istotności różnic między wybranymi grupami badawczymi a populacją, można zauważyć istotne różnice w zakresie umiejętności asertywnego zachowania. Badania pokazały, że chłopcy po inicjacji mają niższy poziom umiejętności asertywnych niż średnia w populacji w tym wieku, natomiast wyniki w zakresie umiejętności asertywnych chłopców przed inicjacją były bardzo zbliżone do średniej w populacji.

Istotne różnice w poziomie umiejętności asertywnych zaobserwowano również pomiędzy badanymi grupami dziewcząt. Dziewczęta po inicjacji miały wyższy poziom umiejętności asertywnych niż dziewczęta przed inicjacją. Dodać należy, że dziewczęta po inicjacji charakteryzowały się istotnie wyższym średnim poziomem umiejętności asertywnych niż populacja dziewcząt w tym wieku.

Umiejscowienie kontroli a wczesna inicjacja seksualna

Zależności między wczesną inicjacją seksualną a poczuciem umiejscowienia kontroli zostaną przedstawione w kontekście zamieszczonych da-

lej pytań badawczych. Pierwsze brzmi: „Czy istnieją istotne różnice w poczuciu umiejscowienia kontroli pomiędzy osobami inicjującymi i nieinicjującymi?”.

Wyniki analiz statystycznych przedstawiono z uwzględnieniem podziału na płeć. W pierwszej kolejności zostaną przedstawione wyniki porównań średnich dla grup dziewcząt po inicjacji i przed nią.

W celu ustalenia występowania zależności w wymienionej parze zmiennych wykorzystano test t dla prób niezależnych, porównujących średnie dla dwóch grup obserwacji (por. tabela 4.). W grupie dziewcząt po inicjacji średnia wyniosła 25,18, a w grupie dziewcząt przed inicjacją 23,88. Test wariancji Levene’a pokazał równość wariancji. Istotność różnic dla tej pary zmiennych wyniosła $p = 0,061$. Nie było podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, gdyż $p > 0,05$, a także do przyjęcia, że poziom poczucia umiejscowienia kontroli u dziewcząt wpływa na fakt wcześniejszej inicjacji seksualnej.

Tabela 4

**Porównanie średnich poczucia umiejscowienia kontroli
wśród badanych dziewcząt i chłopców (test t dla dwóch średnich)**

Umiejscowienie kontroli	Wariancja	Test Levene’a jednorodności wariancji		Test równości średnich	
		F	istotność	t	istotność dwu- stronna
Dziewczęta	założenie równości	0,142	0,707	1,886	0,061
	niezałożenie jej równości	—	—	1,934	0,057
Chłopcy	założenie równości	0,162	0,688	-5,806	0,000
	niezałożenie jej równości	—	—	-6,279	0,000

W następnej kolejności porównano wyniki poczucia umiejscowienia kontroli w dwóch grupach chłopców: po inicjacji i przed nią. W pierwszej grupie średnia poczucia umiejscowienia kontroli wyniosła 19,86, a w drugiej — 26,59. Test Levene’a pokazał, że grupy mają równe wariancje. Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,001$ uzyskany wynik $p = 0,000$ dał podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej, ponieważ $0,000 < 0,001$. Według tego wyniku wcześniejsza inicjacja seksualna chłopców zależy od poziomu poczucia umiejscowienia kontroli. Chłopcy po inicjacji częściej mieli poczucie kontroli zewnętrznej niż chłopcy przed inicjacją seksualną.

Kolejne pytanie badawcze brzmiało: „Czy istnieją istotne różnice w średnim poziomie poczucia umiejscowienia kontroli pomiędzy badanymi grupami a średnią w populacji dla tej grupy wiekowej i płci?”.

Wyniki analiz statystycznych zostaną przedstawione z uwzględnieniem podziału na płeć oraz doświadczenie bądź brak doświadczenia inicjacji seksualnej. Porównanie wyników badanej grupy z wynikami populacji polegało na porównaniu wyników z próby z wynikami normalizacji utworzonej przez autorki testu. Normalizacji Skali KBPK dokonano na próbie 115 uczniów w wieku 13–17 lat. Średnia w próbie normalizacyjnej wyniosła: dla chłopców 25,70, dla dziewcząt 25,11 (K r a s o w i c z, K u r z y p - W o j - n a r s k a, 1990). Porównanie czterech wyróżnionych grup badawczych z populacją przeprowadzono osobno dla każdej grupy. W celu ustalenia, czy występują istotne różnice pomiędzy średnimi z grup i średnimi z populacji wykorzystano test t dla jednej próby.

Aby wykryć istotne różnice pomiędzy średnią dla grupy dziewcząt po inicjacji (25,18) a średnią dla populacji dziewcząt w tym wieku (25,11), zastosowano test t dla jednej próby (zob. tabela 5.). Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,05$ uzyskany wynik istotności $p = 0,902$ wskazał, że nie było podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Według rezultatów badań średni wynik poczucia umiejscowienia kontroli w grupie dziewcząt po inicjacji nie odbiega od średniej w populacji dziewcząt w tym wieku.

Tabela 5

Porównanie wyników poczucia umiejscowienia kontroli wśród badanych dziewcząt ze średnimi dla populacji (test t dla jednej średniej)

Umiejscowienie kontroli	Test t	Istotność dwustronna	Różnica średnich	95% przedział ufności dla różnicy średnich (wartość testowana 25,11)	
				dolna granica	górną granicą
Dziewczeta po inicjacji	0,124	0,902	0,72	-1,09	1,24
Dziewczeta przed inicjacją	-3,582	0,000	-1,226	-1,90	-0,55

Badając występowanie istotnych różnic pomiędzy średnią dla grupy dziewcząt przed inicjacją (23,88) a średnią dla populacji dziewcząt w tym wieku, zastosowano test t dla jednej próby. Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,001$ uzyskany wynik $p = 0,000$ dał podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej. Wyniki badań wskazały, że średni wynik poczucia umiejscowienia kontroli w grupie omawianych dziewcząt istotnie odbiega od średniej populacji dziewcząt w tym wieku. Dziewczeta, które nie doświadczyły inicjacji seksualnej, mają istotnie niższe (czyli bardziej zewnętrzne) średnie poczucie umiejscowienia kontroli niż populacja dziewcząt w tym wieku.

W celu ustalenia, czy istnieją istotne różnice pomiędzy średnią dla grupy chłopców po inicjacji (19,86) a średnią populacji chłopców w tym wieku (25,70), zastosowano test t dla jednej próby (zob. tabela 6.). Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,001$ uzyskano wynik $p = 0,000$, były więc podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej. Wyniki badań wskazały, że średni wynik poczucia umiejscowienia kontroli dla grupy chłopców po inicjacji istotnie odbiega od średniej dla populacji chłopców w tym wieku. Chłopcy, którzy rozpoczęli współżycie seksualne, mają istotnie niższe (czyli bardziej zewnętrzne) średnie umiejscowienie kontroli niż populacja chłopców w tym wieku.

Tabela 6

Porównanie wyników poczucia umiejscowienia kontroli wśród badanych chłopców ze średnimi dla populacji (test t dla jednej średniej)

Umiejscowienie kontroli	Test t	Istotność dwustronna	Różnica średnich	95% przedział ufności dla różnicy średnich (wartość testowana 25,70)	
				dolna granica	górną granica
Chłopcy po inicjacji	-6,688	0,000	-5,843	-7,67	-4,02
Chłopcy przed inicjacją	1,428	0,159	0,886	-0,36	2,13

W celu ustalenia istotnych różnic pomiędzy średnią dla grupy chłopców przed inicjacją (26,59) a średnią populacji chłopców w tym wieku, zastosowano test t dla jednej próby. Przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,05$ uzyskany wynik $p = 0,159$ dał podstawy do przyjęcia hipotezy zerowej. Wyniki badań wskazały, że średni wynik poczucia umiejscowienia kontroli dla grupy chłopców przed inicjacją nie odbiega od średniej populacji chłopców w tym wieku.

Dyskusja nad wynikami badań

Zależność między wybranymi zmiennymi — umiejętnościami asertywnymi i poczuciem umiejscowienia kontroli — a wczesną inicjacją seksualną tylko częściowo została potwierdzona w niniejszych badaniach.

W zakresie poziomu umiejętności asertywnych zaobserwowano istotne różnice pomiędzy dziewczętami po inicjacji a niemającymi doświadczeń seksualnych — umiejętności asertywne dziewcząt po inicjacji były

większe. Planując badania, zakładano odwrotną zależność. Wydawało się bowiem, że to dziewczęta przed inicjacją będą lepiej umiały korzystać ze swoich praw, bardziej dbać o zachowanie granic i dawać sobie prawo do odmowy, wbrew różnym naciskom ze strony otoczenia. Być może nie potrafiłyśmy należycie uwzględnić „ducha czasu” i zmian, jakie nastąpiły w świadomości kobiet i ich zachowaniach w relacjach intymnych. Można przypuszczać, że wysoki poziom umiejętności asertywnych dziewczęta po inicjacji osiągnęły w wyniku większej świadomości własnych potrzeb, pragnień i praw do ich zaspokajania. Być może sam fakt rozpoczęcia życia seksualnego upewniał te dziewczęta, że są atrakcyjne, pożądane, a to dodawało im odwagi w podejmowaniu samodzielnych decyzji w różnych sytuacjach społecznych, badanych za pomocą skali „Ja i inni”. Należy pamiętać, że w prezentowanych badaniach doświadczenia inicjacji były zdarzeniem „ex post”, natomiast asertywność czy poczucie umiejscowienia kontroli były badane na bieżącym etapie rozwoju młodego człowieka. Nie można zatem stwierdzić, czy wysokim poziomem asertywności charakteryzowały się te dziewczęta przed inicjacją, czy po niej, w rezultacie lepszego poznawania siebie, tego, czego pragną, i tego, czego nie chcą, aby im czynić. Można wyciągnąć pozytywne wnioski z tych wyników. Otóż dziewczęta cechujące się wysokim poziomem asertywności a kontynuujące współżycie seksualne, będą bardziej świadome swych potrzeb, pragnień, a także sposobów dbania o siebie i partnera. Będą przypuszczalnie bardziej odpowiedzialnie decydować o tym, z kim, gdzie, w jakich warunkach chcą kontynuować współżycie. Mogą świadomie inicjować kontakty seksualne, uwzględniając jednak możliwość odmowy drugiej strony. Osoby bardziej asertywne będą potrafiły też odmówić, uwzględniając swoje własne dobro.

Jeśli chodzi o asertywność chłopców, stwierdzić można, że grupa chłopców po inicjacji ma istotnie niższy poziom umiejętności asertywnych niż średnia w populacji. Można więc przyjąć, że rozpoczęcie przez nich współżycia seksualnego wiąże się raczej z niższym poziomem umiejętności asertywnych. Z badań wynika, że większość chłopców rozpoczyna współżycie w bardzo młodym wieku, ze starszymi partnerkami. Należy więc przypuszczać, że poddają się oni inicjatywie bardziej doświadczonych partnerek, a być może są też bardziej ulegli w stosunku do społecznej presji, opinii rówieśników czy starszych koleżanek (por. Oleś, 1998; Alberti, Emmons, 2003).

W odniesieniu do kolejnej zmiennej — poczucia umiejscowienia kontroli — wyniki badań potwierdziły wcześniejsze hipotezy, że ma ono wpływ na wcześniejszą inicjację seksualną. Istotne związki zaobserwowano tylko w grupie chłopców. Chłopcy po inicjacji mają bardziej zewnętrzne po-

czucie umiejscowienia kontroli niż młodzi bez takich doświadczeń i niż populacja chłopców w tym wieku.

Osoby mające zewnętrzne poczucie kontroli są podatniejsze na presję otoczenia i mniej skłonne do podejmowania autonomicznych decyzji. Może to mieć, w kontekście wczesnej inicjacji seksualnej, poważne konsekwencje. Osoby te mogą poddać się presji, manipulacji i zdecydować się na rozpoczęcie współżycia mimo młodego wieku, braku odpowiedniego przygotowania, a nawet braku wyraźnej potrzeby seksualnej. Doświadczenie takie nabiera wówczas charakter urazu psychicznego, którego skutki rzutują na późniejsze funkcjonowanie w intymnych związkach. Poczucie umiejscowienia kontroli nie różnicuje istotnie dziewcząt po inicjacji i nie mających takich doświadczeń. Badania wykazały natomiast, że dziewczęta, które nie rozpoczęły współżycia seksualnego, mają istotnie bardziej zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli niż populacja dziewcząt w tym wieku.

Podsumowując wyniki dotyczące podatności na wpływy otoczenia, można zauważyć, że chłopcy po inicjacji mają bardziej zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli i są mniej asertywni niż chłopcy przed inicjacją. W odniesieniu do dziewcząt zależności te okazały się inne — dziewczęta, które rozpoczęły współżycie, mają wyższy poziom asertywności, a te bez takich doświadczeń — bardziej zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli.

Według danych literatury chłopcy w wieku dorastania mają bardziej wewnętrzne LOC. Wydawało się więc, że podatniejsze na presję otoczenia będą dziewczęta (por. K u l a s, 1988, 1998). Prezentowane badania wykazały jednak odmienną zależność. Wyjaśnić to można większym naciskiem społecznym wywieranym na dziewczęta — obarcza się je większą odpowiedzialnością za rozpoczynanie współżycia płciowego i wynikające z tego konsekwencje. Od dziewcząt wymaga się większej samokontroli i bardziej świadomych, dojrzałych decyzji. Chłopcy podlegają impulsom, chwilowym zachciankom, co niekoniecznie się społecznie pochwala, ale na pewno nie jest piętnowane, jak w wypadku dziewcząt.

Wnioski

Celem autorek tej pracy było określenie zależności pomiędzy wczesną inicjacją seksualną a czynnikami stanowiącymi zasoby osobowościowe, ważne dla zdrowia psychicznego: asertywnością i umiejscowieniem kontroli.

Badania wykazały, że poziom tych zasobów różnicuje badane grupy pod względem płci oraz doświadczenia inicjacji. Chłopcy, którzy rozpoczęli współżycie, mają bardziej zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli i są mniej asertywni niż chłopcy przed inicjacją. Dorastający chłopcy po inicjacji okazali się podatni na wpływy otoczenia i ulegający impulsom seksualnym. Dziewczeta z doświadczeniem inicjacji są bardziej asertywne niż ich koleżanki bez takiego doświadczenia. Nie ma natomiast różnicy między tymi grupami dziewcząt, gdy chodzi o poczucie umiejscowienia kontroli. Może to świadczyć, że dziewczeta po inicjacji zdobyły większą niezależność od autorytetu dorosłych i przyznają sobie prawo do decydowania o podjęciu życia seksualnego. Być może otrzymane wyniki ukazują przemiany obyczajowości seksualnej obu płci i podważają stereotyp uległej kobiety i mężczyzny zdobywcy. Problem ten wymaga pogłębionych studiów o charakterze longitudinalnym, ukazujących bardziej odległe konsekwencje określonych doświadczeń seksualnych wieku dorastania.

Literatura

- Alberti R., Emmons M., 2003: *Asertywność*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Beisert M., 1991: *Seks twojego dziecka*. Poznań: Związek Wydawniczy — K. Domke.
- Drwal R.Ł., 1981: *Osobowość wychowanków zakładów poprawczych. Badania nad funkcjami podkultury zakładowej*. Wrocław: Wydawnictwo PAN.
- Imieliński K., 1986: *Człowiek i seks*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Izdebski Z., 1992: *Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce*. Zielona Góra: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Kotarbińskiego.
- Izdebski Z., Ostrowska A., 2003: *Seks po polsku: zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków*. Warszawa: Wydawnictwo Muza.
- Krasowicz G., Kurzyp-Wojnarska A., 1987: *Spółeczne wyznaczniki poczucia kontroli następstw zdarzeń*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 5, s. 524—531.
- Krasowicz G., Kurzyp-Wojnarska A., 1990: *Kwestionariusz do badania poczucia kontroli (KBPK)*. Podręcznik. Warszawa.
- Kulas H., 1988: *Stabilność i zmiana poczucia kontroli we wczesnej fazie okresu dorastania*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 3, s. 257—267.
- Kulas H., 1998: *Rozwój poczucia kontroli u dzieci w wieku szkolnym*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 3, s. 219—228.
- Malewska H., 1972: *Kulturowe i psychospołeczne determinanty życia seksualnego*. Warszawa: PWN.
- Oleś M., 1998: *Asertywność u dzieci*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

-
- Sęk H., 1988: *Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego. Ustalenia teoretyczne i metodologiczne*. „Przegląd Psychologiczny”, nr 3, s. 787—805.
- Szocińska M. 2006: *Uwarunkowania rodzinne oraz podatność na wpływy otoczenia*. Praca magisterska. Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego. Katowice, maszynopis.

Zofia Dołęga

Poczucie samotności a sposoby radzenia sobie w sytuacjach szkolnych w kontekście autodestruktywności

Podstawową zasadą funkcjonowania ludzi jest autoafirmacja wyrażająca się utrwalaniem prawa do życia, zaspokojenia potrzeb, dążeniem do zachowania odrębności, niezależności emocjonalnej oraz do integralności psychicznej i fizycznej. Próby zablokowania ekspresji i realizacji tych praw wywołują zwykle otwartą lub zamaskowaną (utajoną) reakcję emocjonalną w postaci np. obniżenia nastroju, smutku, nudy, niepokoju albo też jawnego protestu, złości, wrogości interpersonalnej i różnych innych form agresji. Stany te doprowadzają zwykle do frustracji spowodowanej niemożnością zaspokojenia potrzeby autoafirmacji i sygnalizują konieczność zmiany. Zapewnienie sobie poczucia bezpieczeństwa i przetrwania, ma zwykle dla ludzi priorytetowe znaczenie.

Celowa aktywność człowieka to jednak nie tylko działanie ochronne, opozycyjne do działań twórczych, ale wielosektorowy system zachowań i dążeń, którego bieguny stanowią:

- dążenie do ochrony i przetrwania albo też skłonność do pozostawiania w zagrożeniu i destrukcji;
- skłonność do ekspansji i ekspresji siebie lub do zablokowania;
- zdolność do rozwoju i twórczego działania lub do stagnacji (por. Suchańska, 1995).

Autodestrukcyjność a autodestruktywność uczniowska

W literaturze przedmiotu funkcjonuje pojęcie destrukcyjności i destruktywności oraz autodestrukcyjności i autodestruktywności. Z analizy semantycznej tych terminów można wywieść, że destrukcja oznacza rozpad czegoś, całkowite zniszczenie. Destruktor to osoba sprawcy ewentualnej destrukcji lub aktów destruktywnych o podobnym, aczkolwiek niekoniecznie ostatecznym charakterze (por. Doroszewski, Kurkowska, red., 1980, s. 109; Tokarski, red., 1980, s. 147). Analiza treściowa piśmiennictwa psychologicznego poświęconego tym zagadnieniom prowadzi do wniosku, choć nie całkiem jednoznacznego, że autodestrukcyjność wiąże się raczej z dramatem zachowań suicydalnych (np. Płużek, 1997, s. 14; Pilecka, 2004, s. 24). Autodestruktywność obejmuje natomiast znacznie szerszy wachlarz zjawisk związanych po części z autoagresją, która wszak nie musi prowadzić do zachowań suicydalnych, a stanowi jakąś formę uporczywego zwykle szkodenia sobie, np. obniżania poczucia własnej wartości (por. Suchańska, 1995, s. 117; Sawicka, 2004). W niniejszym tekście pojęcie autodestruktywności wydaje się bardziej zasadne, ponieważ w odniesieniu do rozwoju psychicznego autodestruktywność może być opisana jako syndrom zachowań i dążeń charakteryzujących się niezdolnością do przystosowania się, skłonnością do utrzymywania stanu zagrożenia, blokowania pozytywnej aktywności i stagnacją w rozwoju¹.

Czy i w jaki sposób szkoła może stać się środowiskiem jawnej lub ukrytej autodestruktywności uczniów? Już samo tak postawione pytanie może budzić sprzeciw, ponieważ system edukacyjny niejako z założenia nastawiony jest na wspieranie potencjału rozwojowego uczniów, w szczególności zaś na ekspresję i ekspansję ich zasobów psychicznych. System szkolny nie tylko ujawnia i kształtuje zdolności przystosowawcze uczniów do określonych warunków i wymagań, ale zakłada również pewien zakres

¹ Na podstawie klasyfikacji przyjętej przez WHO, wypracowanej w świetle tradycji badań nad autoagresją (np. Ferberow, 1980; Hartman, 1958, za: Suchańska, 1995) może ona mieć dwie postacie. Ich wspólną cechą jest zwiększone prawdopodobieństwo negatywnych, a zmniejszone prawdopodobieństwo pozytywnych konsekwencji dla podmiotu. Pierwsza forma, autodestrukcyjna, ma charakter ostry i wiąże się najczęściej z atakiem na integralność fizyczną i psychiczną sprawcy. Druga, pośrednia, niejako ukryta (latentna), cechuje się zwykle subtelnością objawów, przewlekłym, uporczywym utrzymywaniem się, a w sensie diagnostycznym — subklinicznym charakterem. Tego rodzaju specyfikacja nie jest jednak konsekwentnie prowadzona. Przykładowo, w pracy Marii Oleś (1997) rozważany jest związek zachowań asertywnych i nieasertywnych z autodestrukcyjnością dzieci i młodzieży, choć autorka nie rozpatruje tego problemu w kontekście zjawisk suicydalnych.

ich autokreacji. Stanowi wszelako także źródło licznych i raczej nieuchronnych sytuacji trudnych oraz problemów. One mogą utrudniać przystosowanie i prowadzić do dysfunkcji w sferze zdrowia psychicznego w sposób niejako paradoksalny nawet wówczas, gdy dostrzega się niezaprzeczalne dowody postępu w zakresie rozwoju intelektualnego uczniów i ich osiągnięć dydaktycznych².

Fenomen ludzkiej autodestruktywności nie jest dostatecznie poznany, choć pierwsze analizy tego problemu odnaleźć można we wczesnej psychoanalizie i redukcjonistycznej socjobiologii. Uważa się, że do obszaru zjawisk tego typu należą m.in.: intencjonalne cierpienie, intencjonalnie wywoływane niepowodzenia i porażki, bezradność, zachowania ryzykowne, zachowania impulsywne, uleganie pokusom, skłonność do samoutrudniania, eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi, uzależnienia, różne formy zaniedbywania własnego zdrowia (por. Suchańska, 1998).

Jawną autodestruktywność wśród uczniów kojarzy się przede wszystkim z autoagresją. W szerszym ujęciu odnosi się ją do blokady sfery emocjonalno-społecznego rozwoju osobowości dzieci i młodzieży. Ze względu na dynamikę zmian rozwojowych i ich oczywiste progresywne ukierunkowanie w dzieciństwie i młodości, tendencje autodestruktywne często pozostają niezrozumiałe dla otoczenia. Istotą ich jest bowiem to, że ochrona zdrowia i życia oraz inne wartości podzielane indywidualnie i społecznie, ustępują nieraz miejsca przemożnemu dążeniu młodych ludzi do życia pełnego wrażeń i szczególnych doznań, tak jakby oba tego rodzaju cele były ze sobą nie do pogodzenia. Potocznie mówi się, że młodzież chce żyć szybko, intensywnie doświadczać różnych, najlepiej niezwykłych zdarzeń, sięgać po „owoce zakazane”, eksperymentować na nieznanym sobie dotąd polach, próbować życia w sferach tradycyjnie rezerwowanych dla osób dorosłych. Aby osiągnąć niezwykłą atrakcyjność przeżyć, młodzi ludzie skłonni są łamać zasady współżycia społecznego, sięgać po agresję i przemoc, kontestować i naruszać powszechnie podzielane wartości. Symptomatyczne są tu: niepotrzebna brawura, sięganie po używki, kompulsywne, jak się zdaje, zaciekawienie pornografią czy hazardem, próbowanie seksu itp.

Geneza tego problemu jest bardzo złożona. Według psychologii głębi zachowania o tendencjach autodestruktywnych mogą być reakcją na niezaspokojenie jakiejś potrzeby, przeżywanie frustracji, a nawet urazu, lub też efektem konfliktu motywacyjnego. Według psychologii kognitywnej natomiast i teorii „ja” warto przywołać kilka podstawowych procesów i mechanizmów emocjonalno-poznawczych. Funkcjonowanie osobiste i społeczne, z tej perspektywy teoretycznej, opiera się na mechanizmie osiągania

² Tak dzieje się np. w wypadku zdolnych, ambitnych i pracowitych uczennic z zaburzeniami odżywiania się.

spójności informacji pochodzących z zewnątrz z informacjami o sobie samym. Na drodze autoweryfikacji (proces opisu) i autowaloryzacji (proces oceny) jednostka dąży do uzyskania względnej stabilności obrazu siebie i jego zgodności z ujawnianymi postawami (Pervin, John, 2002). W okresie dzieciństwa i młodości, zwłaszcza w czasie dorastania, czynnikiem ryzyka na drodze prawidłowego kształtowania się omawianych procesów może być zjawisko negatywnej tożsamości — autonegacja, czyli zahamowanie rozwoju pozytywnego obrazu siebie ucznia i zakwestionowanie własnego potencjału rozwojowego, prowadzące do znaczących ograniczeń lub zaburzeń w przystosowaniu społecznym i samorealizacji (Szczurkiewicz, 1998). Autonegacja polega np. na tym, że mimo zdolności do wysiłku intelektualnego uczniowie uporczywie go nie podejmują, a także mimo sprawności w logicznej antycypacji zdarzeń młodzi ludzie sprawiają wrażenie posiadania deficytów w tym zakresie, np. w konkretnej sytuacji konfliktowej nie potrafią zrozumieć lub przewidzieć fatalnych konsekwencji agresji albo też mają ogromne trudności z odroczeniem jakiegś przyjemności w imię znanej i podzielanej wartości czy normy.

Autonegacji uczniów sprzyja wiele czynników, takich jak: liczne lub permanentne niepowodzenia szkolne, prowadzące do ukształtowania się względnie trwałego negatywnego obrazu siebie w roli ucznia, rozwojowy egocentryzm, typowy w okresie adolescencji, wadliwe standardy aspiracji i osiągnięć, przejawy anomii moralnej w środowisku szkolnym i rodzinnym, brak społecznego uznania dla indywidualności, deficyt akceptacji społecznej na terenie szkoły i poza nią, brak w środowisku szkolnym stymulacji uczniów do twórczości, autorytarna lub niekonsekwentna i incydentalna dyscyplina szkolna, wreszcie destruktywne, w bardziej ogólnym sensie, wzory kultury lokalnej i medialnej.

W sytuacji współwystępowania wymienionych i ewentualnie także innych czynników, autonegacja uczniowska może narastać dwójako. Może przybierać ona postać stosunkowo łatwo rozpoznawalnych, impulsywnych reakcji emocjonalnych, niekontrolowanych namysłem odruchów oraz ciągów uporczywie się utrzymujących, mimo zabiegów dyscyplinujących, niepożądanych zachowań, uznawanych zrazu jako „zachowania niegrzeczne”, wybryki szkolne, niesubordynacja wychowawcza. W ciągu dłuższego czasu przybiera ona postać uporczywego kwestionowania potrzeby dyscypliny szkolnej, odmowy spełniania poleceń, krnąbrności, negatywizmu, wulgaryzmu itp. Zachowania tego rodzaju traktowane bywają generalnie jako trudności wychowawcze. Nauczyciele wykazują czasem wobec nich zaskakującą bezradność, stosują mało skuteczne strategie unikowe i liczne mechanizmy obronne, jak selektywny brak uwagi, zaprzeczanie, tłumienie, agresja. Mogą też tabuizować tego typu problemy według zasady: o czym się nie mówi, to nie istnieje. Mechanizm ten dotyczy zwłaszcza

„dużych” problemów, których szkoła woli nie ujawniać ze względów prestiżowych lub z powodu braku kompetencji w radzeniu sobie z nimi (np. problem wymuszeń na terenie szkoły czy narkotyków), ale często także „małych” problemów przystosowawczych, jak np. nieopanowane, a nawet nachalne używanie przez uczniów telefonów komórkowych podczas lekcji czy ostentacyjna nonszalancja w ubiorze.

Druga, mniej rzucająca się w oczy postać autonegacji uczniowskiej pojawia się wówczas, gdy negatywne napięcie emocjonalne, spowodowane niemożnością zaspokojenia potrzeb czy zablokowaniem ich ekspresji, skierowane zostanie przez samych uczniów przeciwko sobie w formie uogólnionej reakcji emocjonalno-behawioralnej. Jej intrapsychicznymi przejawami są: permanentne napięcie emocjonalne związane ze szkołą, smutek, przerażenie, złość, tłumiona wrogość, postawy o charakterze oporno-buntowniczym itp. W ten sposób dokonuje się zanegowanie przez uczniów ich zasobów osobistych, co w efekcie kształtuje ich tzw. fałszywą świadomość (fałszywą jaźń, Johnson, 1993, s. 25, za: Suchańska, 1995).

Autonegacja uczniowska nie musi oczywiście nieuchronnie prowadzić do autodestrukcji, ponieważ wiadomo, że negatywne przekonania o sobie nie są podstawowym, a zwłaszcza jedynym warunkiem autodestruktywności (por. Suchańska, 1995, s. 133). Specyficzne warunki funkcjonowania szkolnego i niektóre właściwości rozwojowe samych uczniów stanowią jednak dla niej dogodne podłoże. Powodami jej rozwinięcia się w wieku szkolnym mogą być m.in.:

- częsty stres i lęk szkolny;
- niski poziom wspierania wychowawczego uczniów przez rodziców i nauczycieli;
- ograniczone w wieku szkolnym racjonalne osądzanie i ocenianie faktów i zdarzeń szkolnych;
- niezdolność lub ograniczona zdolność do przewidywania konsekwencji własnych zachowań;
- niezdolność do odraczania przyjemności i radzenia sobie z frustracją;
- wyuczona bezradność uczniowska, obserwowana zwłaszcza w sytuacjach trudnych;
- niedojrzałość mechanizmów kontrolnych zachowań i uruchamianie prymitywnych mechanizmów obrony ego: introjekcji, deformacji, projekcji, tłumienia i innych;
- niski poziom rozwoju dojrzałych mechanizmów obronnych, np. altruizmu, humoru, sublimacji.

Badania empiryczne Doroty Szczepaniak (2004) nad związkiem stresu szkolnego z objawami depresyjnymi, w tym także z objawami autodestrukcyjności, potwierdzają, że problemem staje się dla uczniów nadmiar przeżywanych w warunkach szkolnych frustracji i stresów i jedno-

częście mało różnorodny i nieelastyczny repertuar strategii radzenia sobie z nimi. Okazuje się, że uczniowie bez objawów depresyjnych dostrzegają sytuacje trudne w szkole jako wyzwania sprzyjające samorozwojowi, uczniowie skłonni do depresji natomiast — jako zagrożenia. Częściej więc niż ci pierwsi doświadczają stresu w typowych sytuacjach szkolnych. Jednocześnie chętniej niż uczniowie bez objawów depresyjnopodobnych stosują wobec przeżywanego napięcia myślenie życzeniowe; koncentrują uwagę na własnych emocjach, a nie na źródłach stresu; zaniedbują rozwój własnych zainteresowań; redukują napięcie, dystansując się od problemu i podejmując czynności zastępcze (strategia unikowa przez poszukiwanie wsparcia, ekscytujących przeżyć, szukanie „zapomnienia” w chwilowych przyjemnościach, w rozwoju aktywności niezwiązanej z pracą szkolną). Zachowania tego rodzaju potwierdzają hipotezę o ucieczkowym charakterze skłonności autodestruktywnych, wynikających raczej z lęku niż z agresji lub innych tego typu intrapsychicznych mechanizmów (por. Baumeister, Scher, 1988, za: Suchańska, 1995; Szczepaniak, 2004, Stawicka, 2004). Można więc wyciągnąć wniosek, choć wymaga on metodycznej weryfikacji empirycznej, że okoliczności sprzyjające podwyższonemu lękowi w warunkach stresu szkolnego mogą być źródłem wzrostu tendencji autodestruktywnych wśród uczniów. Najprawdopodobniej ukryte, trudniej obserwowalne przejawy autodestruktywności związane z lękiem są częstsze niż jawna autoagresja.

Mimo coraz częstszych, jak się zdaje, wypadków autodestruktywności uczniów psychologia szkolna niezwykle rzadko posługuje się tym terminem, ponieważ budzi on skojarzenia właśnie z autoagresją i innymi symptomami ostrych zaburzeń zdrowia psychicznego, które wśród uczniów w typowych warunkach szkolnych zdają się nie występować. Autodestrukcję rozumie się bowiem jako szereg dramatycznych zachowań i działań. Prowadzi ona do ewidentnych zaburzeń w adaptacji do warunków szkolnych (skrajne nieprzystosowanie szkolne) lub ujawnia się w totalnej dezorganizacji funkcjonowania psychospołecznego. Najbardziej oczywisty wydaje się związek uczniowskiej autodestruktywności z uzależnieniami (Jarosz, 1980), zaburzeniami jedzenia (Januszevska, 1997), a zwłaszcza z zachowaniami suicydalnymi (Płużek, 1981; Pilecka, 2004; Gmitrowicz, 2005). Nie tylko takie ewidentne problemy psychopatologiczne, ale również mniejszego kalibru zachowania dysfunkcyjne mogą stanowić przykład naruszania zasobów zdrowia psychicznego i mogą być interpretowane jako autodestrukcja. Autodestruktywność w warunkach szkolnych powinna być bowiem traktowana jako odpowiedź na zablokowanie możliwości korzystania uczniów z ich zasobów rozwoju.

Do przejawów autodestruktywności uczniów należą: zachowania bierno-oporne, łamanie dyscypliny, niepodporządkowywanie się zasadom i re-

gulaminom, zachowania z elementami przemocy, ordynarność i wulgarność, chamstwo w relacjach z nauczycielami, wandalizm i działania ewidentnie godzące w porządek prawny. Innymi jej przejawami są też np.: zachowania ryzykowne, eksperymenty ze środkami psychoaktywnymi, lekami czy środkami chemicznymi, brak ograniczeń, a nawet brawura w treningu i wyczynach sportowych, drastyczne diety odchudzające, pewne postacie młodzieńczego ascetyzmu i samoudręczania się, a także wyniszczające poświęcanie się, które nie należy mylić z heroicznymi, ale dojrzałymi decyzjami altruistycznymi w celu samorealizacji.

Zawansowana autodestruktywność wśród uczniów może się więc ujawniać ofensywnie lub defensywnie. Na potwierdzenie tej tezy warto przywołać stanowisko Zenomeny Płuckiej (1991, s. 129), która proponuje, by nie wiązać autodestrukcyjności jedynie z ostrymi postaciami agresji skierowanej do siebie i rozumieć ją szeroko jako „szkodzenie swojemu zdrowiu psychicznemu i własnemu rozwojowi osobowości. Taką szkodę można sobie zadawać poprzez zaniedbanie trudu własnego rozwoju, albo można swój rozwój zablokować poprzez taki styl życia, który nie daje szans na wykorzystanie swych pełnych możliwości”.

W świetle tej definicji, a także na podstawie typologii zjawisk psychopatologicznych dzieci i młodzieży według Helen Bee, można sądzić, że wiele problemów zdrowia psychicznego uczniów ma związek z autodestruktywnością lub też jej mechanizmy mogą wręcz leżeć u podstaw problemów o charakterze:

- eksternalizowanym, jak specyficzne trudności w rozwoju umiejętności szkolnych, syndrom nieadekwatnych osiągnięć szkolnych, hiperkinetyczne zaburzenia zachowania, brak kontroli impulsów, agresywność, patologiczne kłamstwo itp.;
- internalizowanym, jak np. lęki, depresyjne zaburzenia postępowania, głębokie poczucie samotności;
- mieszanym, np. zaburzenia emocjonalne, zaburzenia w odżywianiu się (Achenbach, 1982; Nolen-Hoeksema, Girgus, 1994; Rutter, 1989; Rutter, Garmezy, 1983; Zoccolillo, 1993; Todd i inni, 1995; za: Bee, 2000).

Problem

Autodestruktywność ujmowano dotychczas głównie w płaszczyźnie behawioralnej (w opisie syndromów reakcji i zachowań). Proces patologizacji, o charakterze autodestruktywnym, funkcjonowania uczniów jest tak

poważnym problemem, że wymaga nie tylko rejestracji jej objawów, ale również poznania przyczyn bezpośrednich oraz pośrednich.

Diagnoza ukrytych źródeł autodestruktywności w warunkach szkolnych ma uniwersalne znaczenie teoretyczne i praktyczne, przede wszystkim profilaktyczne, a tylko w ostateczności kliniczno-interwencyjne, gdy postępowanie wychowawcze zawiedzie. Postępowanie diagnostyczne dotyczy wówczas uczniów mieszczących się w normie psychologicznej, funkcjonujących w systemie szkolnictwa powszechnego, doświadczających na co dzień wielu sytuacji trudnych i stresów, których sposób przeżywania problemów umyka zwykle uwadze otoczenia i specjalistom.

Celem badań empirycznych przedstawionych w tej pracy było wybiórcze z konieczności poszukiwanie źródeł autodestruktywności uczniowskiej. Chodzi o ukryte, trudne w bezpośredniej obserwacji zjawiska intrapsychiczne. Do takich niewątpliwie należy coraz częściej przeżywana przez uczniów samotność. W badaniach chodziło więc o wykazanie związku pośredniego lub bezpośredniego między samotnością a autodestruktywnością uczniów.

Samotność to stan psychiczny lub względnie trwale doświadczenia o złożonym emocjonalno-społecznym i egzystencjalnym charakterze. W środowisku szkolnym ma ona swoją specyfikę, którą można określić jako samotność wśród ludzi.

Poczucie samotności we wczesnych okresach życia jest generalnie niedocenianym problemem rozwojowym i wychowawczym (Page, 1988, 1990). Steven Asher i jego współpracownicy (1984) uważają, że ponad 10% uczniów z klas od trzeciej do szóstej przeżywa samotność w sposób permanentny i liczba ta szybko wzrasta w okresie szkolnym nawet wśród tych uczniów, którzy mają zadowalające osiągnięcia szkolne. Niektóre, starsze raporty z badań mówią o zatrważająco powszechnym poczuciu samotności wśród 65% populacji uczniów (Brennan, 1982)³. Jednak próby nie tylko diagnozowania tego zjawiska, ale także wyjaśniania psychologicznych przyczyn i konsekwencji przeżywania samotności wśród dzieci i młodzieży wciąż są stosunkowo nieliczne.

Badacze problemów szkolnych, np. Alfons Marcen (1985), zwracają uwagę, że poczucie samotności wśród uczniów wiąże się przede wszystkim z brakiem satysfakcji z relacji społecznych, zwłaszcza ze związków koleżeńskich i przyjacielskich na terenie szkoły, gdzie przecież są one łatwo osiągalne. Przeżywanie samotności na terenie szkoły wydaje się jednak bardziej złożone, niż to się na pierwszy rzut oka wydaje. To nie tylko sytuacyjne odczuwanie izolacji społecznej, efekt osłabienia czy nawet

³ Według badań autorki (2003) procent ten jest na szczęście niższy, ale i tak wynosi ponad 30% badanych uczniów szkół śląskich.

destrukcji kontaktów społecznych, prowadzącej do utraty wartościowych, z punktu widzenia uczniów, transakcji szkolnych (relacji interpersonalnych w szkole). To również długotrwale odczuwane osamotnienie o charakterze emocjonalnym w wyniku znacznego i raczej trwałego deficytu więzi uczuciowych, zwłaszcza rodzinnych, a w okresie dorastania przede wszystkim rówieśniczych, lub z powodu braku pożądanej w relacjach społecznych wrażliwości i życzliwości. Samotność wywodząca się z permanentnego, choć niezbyt silnego niepokoju, a czasem także lęku, zwłaszcza wobec braku dostatecznego wsparcia wychowawczego ze strony nauczycieli, może stanowić osobowościową predyspozycję, swoiste praźródło różnych, innych zaawansowanych form szkolnej samotności (Weiss, 1989; Dołęga, 2000; McGraw, 2000). W obliczu silnej obecnie koncentracji systemu edukacji na zadaniach dydaktycznych, a także wobec innych, także zewnętrznych w stosunku do szkoły, przyczyn uczniowie mogą mieć poczucie samotności o charakterze moralno-egzystencjalnym. Wynika ono z wadliwego procesu identyfikowania się uczniów ze społecznie pożądanymi, trwałymi i atrakcyjnymi wartościami, które mogłyby nadawać sens szkolnym działaniom i zdarzeniom, a jednocześnie mogłyby być zgodne z celami życiowymi młodych ludzi. Chroniczne zwykle takie odczucia uczniów, jak: brak integracji społecznej, deficyt sensu istnienia, zagubienie w świecie norm i wartości, dają efekt egzystencjalnego wyobcowania, jak mówił Viktor Frankl (1993) — egzystencjalnej pustki. Stan ten trudno zdiagnozować. Dla samych uczniów jest mało świadomy, a więc niejasny, prowadzący do niepewności, dezorientacji w świecie relacji międzyludzkich oraz do deficytu świata wartości i znaczeń. Prawdopodobnie, jeśli weźmie się pod uwagę różne teorie rozwoju psychicznego (np. Melanii Mahler, Ericha Fromma, Donalda Winnicota, Otto Kernberga czy Karen Horney), taki stan może prowadzić uczniów do wspomnianej już wcześniej autonegacji, a więc do samoblokowania rozwoju emocjonalnego i stagnacji w rozwoju ich osobowości. Dotyka to zwłaszcza uczniów refleksyjnie przeżywających lęk przed przyszłością, których charakteryzuje „syndrom opadłego liścia” (Buchowska, 2000, s. 189).

Związek poczucia samotności z autodestruktywnością w dzieciństwie i młodości jest słabo zbadany. Przyjmując perspektywę poznawczej teorii atrybucji, empirycznie dowiedziono, że u osób dorosłych pewne przejawy autodestrukcyjnych mogą występować w sytuacji braku bliskości oraz w razie poczucia wyobcowania. Autodestrukcyjność zaznacza się zwłaszcza wówczas, gdy badani mają silną skłonność do upatrywania przyczyn porażek w kontaktach społecznych we własnych cechach osobowościowych, co prowadzi do przeżywania chronicznej samotności, stałego obniżenia nastroju, utrzymywania się negatywnych emocji i uczuć, a także do przekonania o małym prawdopodobieństwie zmiany tego stanu. Poczucie braku bliskości łą-

czy się głównie z trudnościami w kontaktach społecznych i lękiem przed zaangażowaniem się w relacje z innymi, a poczucie wyobcowania — m.in. z obniżoną samokontrolą, impulsywnością, konfliktowością, niskim zaufaniem do siebie i innych (Nie wi a d o m s k a, 1997).

Warto zatem zweryfikować empirycznie tezę, że poczucie samotności może stanowić ważny predyktor uczniowskiej autodestruktywności. Choć jej korelacje z intrapsychicznymi problemami dzieci i młodzieży wydają się intuicyjnie znaczące, brakuje jednak systematycznych badań empirycznych z tego zakresu. Są wprawdzie dowody na związek poczucia samotności z jawną agresją (D o ł ę g a, 1999), trudniej natomiast o empiryczne potwierdzenie związku autodestruktywnego funkcjonowania z pewnymi właściwościami psychicznymi lub procesami intrapsychicznymi.

Incydentalnie zbadano związek między poczuciem samotności grupy licealistów z woj. mazowieckiego ($N = 121$; $K = 48$, $M = 73$; wiek 18—19 lat) a ich agresją (M ą k a, 2001). Okazało się, że różne formy agresji, mierzone Inwentarzem Psychologicznym Syndromu Agresji, Zbigniewa B. Gasia, pozostają w związku z poczuciem samotności mierzonym Skalą do Badania Samotności SBS (D o ł ę g a, 2003), w tym także z samoagresją emocjonalną (przykładowe itemy skali samoagresji z IPISA: „byłem kiedyś w takiej sytuacji, że chciałem popełnić samobójstwo”, „były chwile, kiedy czułem nienawiść do samego siebie”, „w bezsilnej złości zdarza mi się wyłamywać sobie ręce” itp.). Uzyskane w tym projekcie współczynniki r -Pearsona między samotnością społeczną a autoagresją emocjonalną wskazały na niezbyt silną, ale znaczącą korelację (odpowiednio dla dziewcząt / chłopców: $0,27 / 0,36$, $p < 0,05$) z samotnością emocjonalną (odpowiednio: $0,32 / 0,32$, $p < 0,01$) oraz z samotnością egzystencjalną ($0,42 / 0,41$, $p < 0,001$ i $p < 0,01$). Siła związku nie jest wprawdzie imponująca, wskazuje jednak, że zwłaszcza wyobcowanie szkolne i brak integracji, odczuwane w samotności egzystencjalnej, mogą powodować skłonności do autoagresji o jawnym i ukrytym charakterze. Warto jednak pamiętać, że pomiar korelacji nie pozwala jednoznacznie rozstrzygnąć, czy przeżywana samotność wywołuje wzrost tendencji autoagresywnych, czy też raczej ujawniająca się ostro lub bardziej subtelnie agresja jest powodem trudności w relacjach społecznych i przyczyną wzrostu poczucia samotności.

Sytuacja szkolna obejmuje całokształt warunków, osób i zjawisk związanych z realizacją przypisanej uczniowi i jednocześnie konstruowanej przez niego roli. Obejmuje także sposób, w jaki szkoła wypełnia zadania wychowawcze i psychoprofilaktyczne (J a r o s z, W y s o c k a, 2006). Zgodnie z przyjętym interakcyjnym modelem teoretycznym należy założyć, że działania zaradcze, jakie uczniowie podejmują w obliczu licznych na terenie szkoły trudności, są efektem interakcji pomiędzy różnymi elementami sytuacji szkolnej a dostępnym uczniom repertuarem sposobów ra-

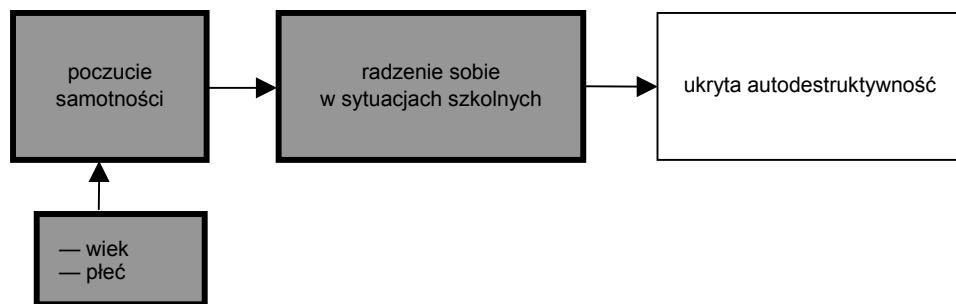
dzenia sobie z nimi. Repertuar ten uwarunkowany jest właściwościami rozwojowymi uczniów oraz ich indywidualnymi doświadczeniami emocjonalno-społecznymi i egzystencjalnymi.

Sposoby radzenia sobie, zwłaszcza ze stresem, są obecnie przedmiotem licznych opracowań teoretycznych i badań empirycznych. Analizy prowadzone z perspektywy odmiennych psychologicznych nurtów teoretycznych kładą nacisk na różne — poznawcze, emocjonalne, społeczne, zadaniowe, instrumentalno-organizacyjne, aspekty radzenia sobie. Koncentrują się na obiektywnych warunkach radzenia sobie i subiektywnych aspektach tego procesu (por. H e s z e n - N i e j o d e k, 1991, 1996). W odniesieniu do analizowanego tu problemu warto zwrócić uwagę na następujące sposoby radzenia sobie ze stresem:

- ukierunkowane na zewnątrz, skoncentrowane na sytuacji trudnej, na zadaniu wywołującym stres, konfrontujące jednostkę z problemem lub unikowe, polegające na poszukiwaniu wsparcia społecznego;
- ukierunkowane na podmiot, polegające na przeżywaniu negatywnych emocji i innych stanów intrapsychicznych, niedopuszczające do jawnej konfrontacji z zadaniem, skłaniające do obronnego radzenia sobie z problemem, o charakterze dystrakcyjnym (odwracające uwagę podmiotu, który np. zajmuje się czymś innym niż rozwiązanie sytuacji trudnej).

Można postawić hipotezę, że przeżywana w warunkach szkolnych samotność skłania uczniów do korzystania raczej z niekonfrontacyjnych sposobów radzenia sobie niż z konfrontacyjnych. Te pierwsze mogą stanowić podłoże ukrytej autodestruktywności.

Rysunek 1. przedstawia, uproszczony z konieczności, model badań nad związkiem poczucia samotności uczniów z radzeniem sobie w sytuacjach szkolnych jako mechanizmem pośredniczącym między stanami samotności psychologicznej a przejawami ukrytej autodestruktywności.



Rys. 1. Model badań własnych (pole penetracji empirycznych — pogrubione)

Nawiązując do prostoty modelu, warto zatem postawić główne pytanie badawcze: Czy analizując uczniowskie sposoby radzenia sobie, moż-

na zweryfikować prawdopodobny, pośredni związek poczucia samotności z tendencjami do ukrytej autodestruktywności?

Należy również postawić pytania robocze dotyczące uczniów we wczesnej fazie dorastania (w wieku 13—15 lat), uczęszczających do gimnazjum, którzy będą przedmiotem prezentowanych tu analiz empirycznych:

Czy poczucie samotności zależy od wieku i płci uczniów w okresie gimnazjalnym?

Czy wiek uczniów i uczennic gimnazjum różnicuje strategie radzenia sobie w sytuacjach szkolnych?

Czy poczucie samotności uczniów ma związek z określonymi sposobami radzenia sobie w sytuacjach szkolnych?

Metoda

W badaniu wzięło udział 158 uczniów, w tym 78 dziewcząt i 80 chłopców w wieku 13—15 lat. Byli uczniami dwóch pierwszych klas (K = 25, M = 27), dwóch drugich klas (K = 26, M = 27) oraz dwóch trzecich klas (K = 27, M = 26) jednego z gimnazjum w Tychach. Dobór szkoły do badań był incydentalny i wynikał z dostępności terenu badań, natomiast dobór klas w szkole był losowy. Badania, które miały dobrowolny i anonimowy charakter, przeprowadzono grupowo w trakcie trwania godzin wychowawczych w październiku 2004 roku. Zadaniem uczniów było wypełnienie dwóch kwestionariuszy — najpierw Skali do Badania Samotności *SBS* (Dołęga, 2003), następnie, po odpowiednim zmodyfikowaniu instrukcji, Inwentarza do Badania Strategii Radzenia Sobie *CISS* (*The Coping Inventory for Stressful Situations*). Chodziło o to, aby wzbudzić gotowość do zinterpretowania samotności jako problemu, z którym uczniowie jakoś sobie próbują radzić. Uczniowie chętnie uczestniczyli w badaniu, które nie miało ograniczenia czasowego.

Skala do Badania Samotności jest trafnym, rzetelnym, znormalizowanym narzędziem do pomiaru trzech następujących aspektów poczucia samotności wśród osób w wieku 11—19 lat:

- samotność społeczna (*SBS / sp*) — dotyczy poczucia izolacji, marginalizacji społecznej oraz braku możliwości zidentyfikowania swojej roli w określonym układzie społecznym; to przeżywanie braku pewności własnego znaczenia dla partnerów relacji społecznych;
- samotność emocjonalna (*SBS / se*) — charakteryzuje się emocjonalnym osamotnieniem wynikającym z negatywnej oceny siebie w aspekcie kontaktów społecznych; to również przekonanie o własnych, niskich

kompetencjach psychologicznych i społecznych, któremu towarzyszą obniżony nastrój i różne negatywne, niezbyt intensywne emocje lub uczucia;

- samotność egzystencjalna (*SBS / seg*) — to przekonanie podmiotu o niemożności identyfikowania się z pewnymi wartościami, dezorientacja w normach i zasadach istotnych w życiu oraz niemożność realizacji celów ważnych z punktu widzenia jednostki; jest to więc odczuwanie braku zakotwiczenia się społecznego i integracji z otaczającym światem;
- samotność globalna (*SBS / glob*) — stanowi operacyjną miarę poczucia samotności we wszystkich wymienionych aspektach.

Empiryczny wskaźnik zgodności wewnętrznej (α Cronbacha) dla skali globalnej *SBS* wyniósł 0,71, a dla izolowanych aspektów samotności w poszczególnych podskalach *SBS* od 0,50 do 0,75. Ze względu na duże zróżnicowanie zgodności wewnętrznej w podskalach zdecydowano, że kolejne etapy analizy obejmą jedynie samotność globalną, którą potraktowano jako sumaryczną miarę samotności.

Inwentarz do Badania Stylu Radzenia Sobie *CISS* N.S. Endlera i J.D. Parkera (Endler, Parker, 1990) to polska wersja *CISS* trafnego i rzetelnego narzędzia do badania radzenia sobie ze stresem. Sprawdzona w warunkach polskich skala zasadniczo może mierzyć trzy strategie radzenia. Pierwsza określa zachowania skoncentrowane na zadaniu (*s_zad*). Uczniowie uzyskujący wysokie wyniki w tej skali, w sytuacjach stresowych są skłonni podchodzić do problemów, poznawczo przekształcając i planując ich rozwiązanie lub próbując zmienić sytuację. Najczęściej uważa się, że strategia zadaniowa jest konstruktywna, tj. pomaga w sensownym radzeniu sobie z trudnościami, choć ma swoje ograniczenia w sytuacjach, gdy podmiot nie ma pełnej możliwości kontroli źródła stresu. Wówczas omawiana strategia nie tylko nie musi przynieść spodziewanych efektów, ale może być źródłem przewlekłego stresu.

Skala druga określa radzenie sobie ze stresem przez koncentrację na przeżywanych emocjach (takich jak: złość, poczucie winy, napięcie). Osoba przeżywająca stres ma skłonność do koncentracji na sobie, myślenia życzeniowego i fantazjowania (*s_emoc*). Warto dodać, że chociaż strategia ta ma na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego, może czasem zwiększać stres z powodu wzrostu napięcia lub przygnębienia.

Skala trzecia określa radzenie sobie za pomocą unikania (*s_unik*). Uczniowie posługujący się tą strategią mają skłonność do niemyślenia o sytuacji trudnej i nieprzeżywania jej, a także do wypierania trudności lub tłumienia ich. Spośród unikowych sposobów można wyodrębnić takie szczególne reakcje, zachowania i działania, jak: angażujące czynności zastępcze (*s_zastęp*), np. oglądanie telewizji, objadanie się, ekspery-

mentowanie ze środkami psychoaktywnymi; oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich (s_towarz). Oba sposoby nie muszą się oczywiście wykluczać.

Empiryczne α Cronbacha dla wyników pomiaru CIS wyniosło we wszystkich skalach łącznie 0,75, a dla poszczególnych par podskal od 0,25 do 0,85. Oznacza to, że strategie radzenia sobie należy traktować jako względnie niezależne zjawiska psychologiczne.

Aby ocenić, czy czynnik wieku i płci jest istotny, zastosowano analizę wariancji (ANOVA) po wcześniejszym ustaleniu jej homogeniczności (test Levene'a). Stopień predykcji sposobu radzenia sobie z sytuacjami trudnymi ustalono z zastosowaniem analizy regresji liniowej (MR enter i krokowa). Za poziom istotności odrzucen hipotez zerowych przyjęto $p < 0,05^4$.

Wyniki

Tabele 1., 2., 3., 4. pokazują dane empiryczne. Odwołując się do pierwszego i drugiego pytania roboczego, można powiedzieć, że zasadniczo wiek nie okazał się czynnikiem ważnym w przeżywaniu samotności (zob. tabela 2., $F = 1,93$, $p < 0,14$), istotnie natomiast różnicował badaną grupę pod względem strategii poszukiwania towarzystwa (zob. tabela 2., $F = 5,56$, $p < 0,00$). Okazało się, że 15-latkowie rzadziej ją stosują niż grupy młodsze. Ponadto uczniowie przeżywają samotność globalną bardziej niż uczennice (zob. tabela 4., $F = 4,03$, $p < 0,05$). Uczennice nieco częściej niż uczniowie sięgają natomiast po strategię poszukiwania towarzystwa (zob. tabela 4., $F = 3,82$, $p < 0,05$).

Tabela 1

Statystyki opisowe dla trzech grup wiekowych

Zmienne	Grupy wiekowe*	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy
1	2	3	4	5	6
s_zad	1	52	51,69	14,47	2,01
	2	53	55,30	10,80	1,48
	3	53	51,77	10,95	1,50
	r a z e m	158	52,93	12,22	0,97

*Grupy wiekowe: 1 — 13. rok życia; 2 — 14. rok życia; 3 — 15. rok życia.

⁴ Obliczenia w pakiecie statystycznym SPSS+.

cd. tab. 1

1	2	3	4	5	6
s_emoc	1	52	44,65	11,00	1,52
	2	53	40,03	11,55	1,58
	3	53	43,67	11,01	1,51
	r a z e m	158	42,77	11,29	0,89
s_unik	1	52	47,25	9,90	1,37
	2	53	48,94	9,53	1,31
	3	53	45,96	9,02	1,24
	r a z e m	158	47,38	9,51	0,75
s_zastęp	1	52	23,44	5,54	0,76
	2	53	23,62	6,16	0,84
	3	53	23,50	6,27	0,86
	r a z e m	158	23,52	5,96	0,47
s_towarz	1	52	18,92	4,48	0,62
	2	53	18,98	4,48	0,61
	3	53	16,39	4,57	0,62
	r a z e m	158	18,09	4,64	0,36
sbs_glob	1	52	125,32	26,17	3,63
	2	53	116,56	26,75	3,67
	3	53	125,39	26,75	3,67
	r a z e m	158	122,41	26,72	2,12

Tabela 2

Jednoczynnikowa ANOVA dla trzech grup wiekowych

Zmienne	Porównanie	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istotność
1	2	3	4	5	6	7
s_zad	między grupami	448,70	2	224,35	1,51	0,22
	wewnątrz grup	22 997,53	155	148,37		
	r a z e m	23 446,23	157			
s_emoc	między grupami	624,01	2	312,00	2,49	0,08
	wewnątrz grup	19 421,24	155	125,29		
	r a z e m	20 045,24	157			

cd. tab. 2

1	2	3	4	5	6	7
s_unik	między grupami	236,94	2	118,47	1,31	0,27
	wewnątrz grup	13 972,501	155	90,14		
	r a z e m	14 209,44	157			
s_zastęp	między grupami	0,87	2	0,43	0,01	0,99
	wewnątrz grup	5 592,52	155	36,08		
	r a z e m	5 593,39	157			
s_towarz	między grupami	230,22	2	115,11	5,65	0,00
	wewnątrz grup	3 157,35	155	20,37		
	r a z e m	3 387,57	157			
sbs_glob	między grupami	2 725,11	2	1 362,56	1,93	0,14
	wewnątrz grup	109 383,14	155	705,69		
	r a z e m	112 108,25	157			

Tabela 3

Statystyki dla grupy dziewcząt i chłopców

Zmienne	Płeć*	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
s_zad	1	78	51,29	10,05	1,13
	2	80	54,52	13,89	1,55
s_emoc	1	78	43,42	10,07	1,14
	2	80	42,15	12,40	1,38
s_unik	1	78	47,88	9,29	1,05
	2	80	46,90	9,75	1,09
s_zastęp	1	78	23,58	5,91	0,66
	2	80	23,46	6,06	0,67
s_towarz	1	78	18,82	4,62	0,52
	2	80	17,38	4,58	0,51
sbs_glob	1	78	118,12	23,98	2,71
	2	80	126,58	28,68	3,20

*Płeć: 1 — dziewczęta; 2 — chłopcy.

Tabela 4

Jednoczynnikowa ANOVA dla dziewcząt i chłopców

Zmienne	Porównanie	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istotność
s_zad	między grupami	412,06	1	412,06	2,79	0,09
	wewnątrz grup	23 034,16	156	147,65		
	r a z e m	23 446,23	157			
s_emoc	między grupami	64,01	1	64,01	0,50	0,48
	wewnątrz grup	19 981,23	156	128,08		
	r a z e m	20 045,24	157			
s_unik	między grupami	38,28	1	38,28	0,42	0,51
	wewnątrz grup	14 171,16	156	90,84		
	r a z e m	14 209,44	157			
s_zastęp	między grupami	0,63	1	0,63	0,02	0,89
	wewnątrz grup	5 592,75	156	35,85		
	r a z e m	5 593,39	157			
s_towarz	między grupami	81,10	1	81,10	3,82	0,05
	wewnątrz grup	3 306,47	156	21,19		
	r a z e m	3 387,57	157			
sbs_glob	między grupami	2 826,15	1	2 826,15	4,03	0,05
	wewnątrz grup	109 282,11	156	700,52		
	r a z e m	112 108,25	157			

Odwołując się do trzeciego pytania roboczego, przetestowano wpływ samotności globalnej na strategie radzenia sobie ze stresem, z uwzględnieniem czynnika wieku i płci badanych. Okazało się, jak przewidywano, że samotność nie jest predyktorem strategii zadaniowej. Oznacza to generalnie, że konfrontacyjny zadaniowy sposób reagowania uczniów na sytuacje trudne nie ma związku z poziomem samotności globalnej.

Jest tylko jeden wyjątek, który dotyczy najstarszej grupy gimnazjalnej (zob. tabela 5. i 6.). Osoby z tej grupy, przeżywając samotność, próbują rozwiązać trudności, sięgając właśnie po strategie zadaniowe. Znacząco częściej niż pozostali uczniowie usiłują zmierzyć się z problemem, traktując go raczej jako wyzwanie niż zagrożenie; opierają się na własnych możliwościach i kompetencjach lub próbują usunąć stres, reinterpreterując wagę problemu. Im większy odczuwa się dyskomfort samotności, tym częściej stosuje się tego typu próby zaradcze (14% wyjaśnionej wariancji).

Tabela 5

Samotność globalna jako predyktor strategii zadaniowej w grupie 15-latków

Model	R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania	F	Istotność
1	0,35	0,14	0,12	10,26	8,28	0,006

Tabela 6

Współczynnik β samotności globalnej jako predyktora strategii zadaniowej w grupie 15-latków

Model	Predyktor	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynnik standaryzowany β	t	Istotność
		B	błąd standardowy			
1	(stała)	32,58	6,82		4,78	0,000
	sbs_glob	0,15	0,05	0,37	2,88	0,006

Strategię skoncentrowaną na emocjach w ciągu całego okresu gimnazjalnego stosują zarówno uczniowie, jak i uczennice. W każdym wypadku im bardziej przeżywają samotność, tym większą mają skłonność do koncentrowania się na własnych emocjach, niezależnie od wieku (zob. tabele 7. i 8.).

Tabela 7

Samotność globalna jako predyktor strategii emocjonalnej

Model	R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania	F	Istotność
1	0,25	0,63	0,57	10,98	10,41	0,002

Tabela 8

Współczynnik β samotności globalnej jako predyktora strategii emocjonalnej

Model	Predyktor	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynnik standaryzowany β	t	Istotność
		B	błąd standardowy			
1	(stała)	29,83	4,11		7,27	0,002
	sbs_glob	0,106	0,03	0,25	3,23	0,000

W odniesieniu do strategii unikowej tabele 9. i 10. przedstawiają efekt zastosowania regresji krokowej w wypadku poszukiwania towarzystwa. Czynniki płci okazał się nieistotny, natomiast wiek i samotność globalna wyjaśniają skłonność do sięgania po tę strategię (od 7% do 12% wyjaśnionej wariancji). Im młodsi są uczniowie i im wyższy jest stopień ich samotności, tym mniejszą mają oni skłonność do poszukiwania towarzystwa.

Tabela 9

**Wiek, płeć i samotność globalna jako predyktory
strategii poszukiwania towarzystwa (MR krokowa)**

Model	R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania	F	Istotność
1	0,255(a)	0,07	0,059	4,50542	10,87	0,001
2	0,339(b)	0,12	0,103	4,39841	10,05	0,000

Tabela 10

**Współczynniki β wieku i samotności globalnej jako predyktorów
strategii poszukiwania towarzystwa**

Model	Predyktor	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynnik standardyzo- wany β	t	Istotność
		B	błąd standardowy			
1	(stała)	23,53	1,68		13,95	0,000
	sbs_glob	0,04	0,01	-0,255	-3,29	0,001
2	(stała)	26,05	1,85		14,04	0,000
	sbs_glob	0,04	0,01	-0,255	-3,37	0,001
	wiek	-1,26	0,42	-0,223	-2,94	0,004

Tabele 11. i 12. pokazują z kolei efekt zastosowania analizy regresji wobec strategii koncentrującej się na działaniach i zachowaniach zastępczych. Początkowo za predyktor uznano jedynie samotność globalną, gdyż w badanej grupie ani wiek, ani płeć nie różnicowały tej strategii zaradczej. Gdy jednak do modelu regresji wprowadzono płeć jako zmienną filtrującą, poziom samotności globalnej okazał się ważny dla uczniów (7% wyjaśnionej wariancji), ale w dalszym ciągu nie miał znaczenia dla uczniów. Im większe poczucie samotności mieli uczniowie, tym częściej sięgali po strategię zastępczą.

Tabela 11

Samotność globalna jako predyktor strategii zastępczej uczniów

Model	R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania	F	Istotność
1	0,27	0,07	0,06	5,87	6,26	0,014

Tabela 12

Współczynnik β samotności globalnej jako predyktor strategii zastępczej uczniów

Model	Predyktor	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynnik standaryzo- wany β	t	Istotność
		B	błąd standardowy			
1	(stała)	16,16	2,99		5,41	0,000
	sbs_glob	0,06	0,02	0,27	2,51	0,014

Efekt zastosowania regresji w ogólnej strategii unikowej pokazują tabele 13. i 14. Początkowo, podobnie jak w strategii czynności zastępczych, za predyktor uznano jedynie samotność globalną, gdyż w badanej grupie ani wiek, ani płeć nie były źródłem zróżnicowania. W modelu regresji, bez uwzględnienia czynników wieku i płci, samotność globalna zasadniczo nie stanowiła predyktora uczniowskich strategii unikowych. Gdy natomiast potraktowano wiek i płeć jako zmienne filtrujące, to wiek okazał się znaczący, i to w swoisty sposób. Otóż samotność globalna okazała się predyktorem omawianej strategii wśród 13-latków (11% wyjaśnionej wariancji), co oznacza, że im większe mieli poczucie samotności, tym rzadziej stosowali strategię unikania, tym więcej było zatem jawnych oznak tego problemu.

Tabela 13

Samotność globalna jako predyktor strategii unikowej 13-latków

Model	R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania	F	Istotność
1	0,34	0,11	0,10	9,42	6,39	0,015

Tabela 14

**Współczynnik β samotności globalnej
jako predyktor strategii unikowej 13-latków**

Model	Predyktor	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynnik standaryzowany β	t	Istotność
		B	błąd standardowy			
1	(stała)	63,21	6,45		9,80	0,000
	sbs_glob	-0,13	0,05	-0,34	-2,53	0,015

Płeć jako zmienna filtrująca ma istotne znaczenie — wzrost bowiem poczucia samotności skłania uczennice do rezygnacji ze strategii unikowej (5% wyjaśnionej wariancji, zob. tabele 15. i 16.). Są one wówczas otwarte na problem, poszukują rozwiązania, koncentrując się na sytuacji trudnej. Jeśli rozwiązanie trudności je satysfakcjonuje, prawdopodobnie zmniejsza się ich dyskomfort psychiczny, nie wiadomo jednak, czy lepiej się przystosowują. U chłopców nie występuje tego rodzaju mechanizm.

Tabela 15

Samotność globalna jako predyktor strategii unikowej uczennic

Model	R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania	F	Istotność
1	0,26	0,07	0,05	9,04	5,37	0,023

Tabela 16

**Współczynnik β samotności globalnej
jako predyktor strategii unikowej uczennic**

Model	Predyktor	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynnik standaryzowany β	t	Istotność
		B	błąd standardowy			
1	(stała)	59,65	5,17		11,52	0,000
	sbs_glob	-0,10	0,43	-0,26	-2,32	0,023

Dyskusja

Uzyskane rezultaty badań mogą być źródłem szczegółowych wniosków dotyczących uczniów gimnazjalnych oraz bardziej ogólnych konstatacji na temat wpływu poczucia samotności na tendencje autodestruktywne. Tabela 17. pokazuje zbiorczo uzyskane dane empiryczne.

Tabela 17

Związki między samotnością a rodzajami strategii zaradczych z uwzględnieniem wieku i płci

Predyktory strategii zaradczych	Strategia zadaniowa	Strategia skoncentrowana na emocjach	Strategia poszukiwania towarzystwa	Strategia czynności zastępczych	Strategia unikowa
Samotność globalna	zależność prosta, istotna tylko u 15-latków	zależność prosta, istotna u wszystkich badanych	zależność odwrotna, istotna tylko u 13-latków	×	×
Wiek		×		×	zależność odwrotna, istotna tylko u 13-latków
Płeć	×	×	×	zależność prosta, istotna tylko w wypadku uczniów	zależność odwrotna, istotna w wypadku uczennic

× — brak istotnej zależności.

Generalnie można powiedzieć, że analiza uczniowskich sposobów radzenia sobie może wskazywać na pośredni związek poczucia samotności z tendencjami do ukrytej autodestruktywności. Istnieje zależność między strategiami uczniów w radzeniu sobie w sytuacjach szkolnych a ich poczuciem samotności. Jak przewidywano, samotność skłania uczniów, niezależnie od wieku i płci, do sięgania zwłaszcza po strategię skoncentrowaną na emocjach. Brakuje natomiast potwierdzenia generalnego wpływu poczucia samotności na skłonności do posługiwania się strategiami unikowymi i zastępczymi. Są one charakterystyczne dla repertuaru zachowań albo uczniów, jeśli chodzi o czynności zastępcze, albo uczennic, jeśli chodzi o strategię unikową. Nie zmienia to jednak podejrzania o zależności między niekonfrontacyjnymi strategiami uczniów radzenia sobie ze stre-

sem szkolnym a ich skłonnością do ukrytej autodestruktywności. Jej przejawami mogą być bowiem u dziewcząt np. marzenia na jawie czy objadanie się, a w wypadku chłopców np. nawykowe oglądanie telewizji ze scenami przemocy (co wynika ze szczegółowej analizy odpowiedzi w itemach *CISS*).

Gdy poczucie samotności staje się poważnym problemem gimnazjalistów, koncentracja na stanach intrapsychicznych, w szczególności na negatywnych emocjach w obliczu przeżywanego stresu, nie tylko utrudnia bieżące radzenie sobie z aktualną trudną sytuacją, ale w ciągu dłuższego czasu może prowadzić do negatywnej autoweryfikacji, wynikającej z ogólnych mechanizmów uzyskiwania spójnego obrazu siebie. Do poznawczych mechanizmów wyjaśniających potencjalną autodestruktywność należą:

- skłonność do stereotypowego etykietowania zdarzeń i ludzi;
- samosprawdzająca się przepowiednia;
- dysonans poznawczy i sposoby radzenia sobie z nim;
- obronny mechanizm złudzeń w służbie *ego*.

Zastosowanie takich mechanizmów pozwala niektórym uczniom uzyskiwać lub odzyskiwać niezbędne dla przetrwania w szkole poczucie minimum bezpieczeństwa i spójność obrazu „ja”, charakteryzującego się negatywną świadomością siebie. Po mechanizmy te nieświadomie sięgają uczniowie, by działać obronnie w wymiarze przetrwanie — zagrożenie oraz by ujawnić siebie w wymiarze ekspansja — zablokowanie. Mechanizmy ukrytej, negatywnej obronności mogą być wzmacniane przez konieczność zaprzeczenia własnym pozytywnym skłonnościom i zasobom osobistym. Maria Oleś (1997) zwraca uwagę, że ukrytą autodestrukcyjność wiąże się w okresie adolescencji z wysokim samokrytycyzmem i perfekcjonizmem, tendencją do samoobwiniania się, ascetyzmem, nadmierną potrzebą aprobaty, ze skrajnym konformizmem, z błędnym etykietowaniem zachowań, np. myleniem agresji z asercją⁵.

Zgodnie z tymi mechanizmami uczniowie tak się zachowują, by potwierdziła się ich negatywna koncepcja siebie. Autowaloryzacja negatywna przebiega np. przez piętrzenie przeszkód na drodze realizacji celów. Porażka ratuje wówczas samoocenę⁶. Jak uważa Roy Baumeister (1990, za: Suchańska, 1998), gdy poważna porażka bardzo obniża samoocenę (np. uczeń zostaje z jakiegoś powodu odrzucony przez klasę, gra w niej rolę kozła ofiarnego, permanentnie nęka go niepowodzenia szkolne, jest poniżany przez nauczyciela, doznaje upokorzeń z innych źró-

⁵ Przekonanie towarzyszące sądom wydanym w odróżnieniu od jedynie pomysłów (Tokarski, red., 1980).

⁶ Autowaloryzacja pozytywna polega np. na łatwiejszym przypominaniu sobie sukcesów niż porażek, poszukiwaniu przyczyn niepowodzeń w czynnikach zewnętrznych.

deł), prawdopodobnie sposobem poradzenia sobie z nieznosną rzeczywistością jest skonstruowanie negatywnej samoświadomości. Zgodnie z mechanizmem samopotwierdzania blokuje ona energię rozwojową ucznia, przejawiając się w postaci ukrytej autodestruktywności.

Ukryta autodestruktywność uczniów może wiązać się z problemami rozwojowymi opartymi na takich poznawczych mechanizmach, jak: egocentryzm, fantazjowanie, marzenia na jawie, nadmierne marzycielstwo, niewinne kłamstwa oraz tworzenie wyobraźniowych, fikcyjnych przyjaciół jako personifikacji ja-idealnego⁷.

Podłożami późnodziecięcego i młodzieńczego egocentryzmu bywają: poczucie niższości lub nierealistyczne, zbyt wysokie aspiracje, a karą społeczną za egocentryzm jest społeczne odrzucenie lub ignorowanie, powodujące silne poczucie samotności. Uczniowie tacy są podatni na sugestie, łatwi do prowadzenia przez innych, skrajnie konformistyczni, ponieważ uważają, że nie mają niczego wartego zaoferowania grupie. Dlatego często są przez nią ignorowani i jednocześnie skłonni zrobić wszystko, by zdobyć jej poklask. To potencjalne ofiary różnego rodzaju manipulacji, wymuszeń i przemocy. Jeśli podłożem egocentryzmu jest poczucie krzywdy, uczniowie tacy uważają się za traktowanych w sposób krzywdzący, czują urazę czasem do całego świata. Wystarczy wówczas jedno negatywne zdarzenie, aby skłonić ich do zachowania jawnie (łącznie z próbą samobójczą) autodestrukcyjnego. Warto zauważyć, że system szkolny, skoncentrowany na osiągnięciach dydaktycznych, raczej zachęca uczniów do egocentryzmu.

Fantazjowanie jest mechanizmem obronnym polegającym na ucieczce od rzeczywistości lub na ekspansji wyobraźni, pozwalającej żyć iluzjami spełnionych życzeń i pragnień, a także stwarzającej pozory uwolnienia się od niedobrej rzeczywistości. Podobnie „towarzysze fikcyjni nie są w żadnym razie zadowalającym rozwiązaniem problemu samotności dziecka. Mogą oni wprowadzić złagodzić jego samotność, lecz nie pomagają mu w osiągnięciu dobrego przystosowania psychicznego i społecznego” (Hurlock, 1985, s. 94–95). Elizabeth Hurlock uważa, że o ile wyimaginowani towarzysze i fantazjowanie to zjawiska typowe i raczej tolerowane w okresie dzieciństwa, o tyle marzenia o rzekomym kalectwie, wymyślonych chorobach i cierpieniu, oraz kłamstwa, dość powszechne w okresie dorostania, mogą być powodem odrzucenia przez otoczenie, a nawet głównymi przyczynami absencji szkolnej, określanej jako „nieobecność nieuzasadniona”. Problem ten wymaga pogłębionych badań.

⁷ Według E. Hurlock (1985), kiedyś byli nimi fikcyjni towarzysze, np. bohaterzy zwycięzcy (np. mistrzowie sportowi) lub bohaterowie cierpiący i kalecy (np. bohaterzy narodowi), dziś są to raczej gwiazdy popkultury i show-biznesu.

Warto dodać, że Brian Parkinson (1995, za: Strelau, red., 2000) i Carroll Izard (1993, za: Strelau, red., 2000) podważają zasadę pierwotności procesów orientacyjno-poznawczych w przebiegu stresu i wtórności procesów emocjonalnych w poznawczym opracowaniu różnych życiowych trudności. A to właśnie podkreśla m.in. znana teoria Richarda Lazarusa (1986), według której poznawcza konfrontacja wydaje się bardziej funkcjonalna w trudnościach niż emocjonalne przeżycie. Parkinson wskazuje na współzależność, co najmniej, oceny poznawczej i emocjonalnej, a nawet na pierwotność emocji jako procesów „gorących”, pojawiających się niezależnie od intencji osoby oraz bez świadomości ewentualnych zagrożeń. Jeśli kwestie te rozważyć pod kątem rozwoju strategii zaradczych gimnazjalistów, to stanowisko Parkinsona i Izarda wydaje się bardziej trafne niż stanowisko Lazarusa. Brak dojrzałości emocjonalnej, wysoka reaktywność, nieplanowanie działań, ograniczona zdolność do samokontroli wskazują na dużą informacyjno-regulacyjną rolę emocji w strategiach zaradczych dzieci i młodzieży (por. Tysocka, 1986)⁸.

W okresie gimnazjalnym emocjonalne pobudzenie może inicjować destruktywność. Takie symptomy, jak: uporczywa przekora w sytuacjach konfliktowych; porzucanie ścieżki osiągnięć szkolnych; zerwanie dobrego związku koleżeńskiego czy przyjacielskiego na rzecz takiego, który zrazu pociąga niezwykłością, ale już za chwilę budzi frustrację, a nawet zagrożenie i cierpienie; kontakty z destrukcyjnymi grupami kultowymi, mogą być przykładem autodestruktywności. Pocieszeniem jest to, że na drodze rozwoju emocjonalno-społecznego gimnazjalistów pojawiają się jednak bardziej konstruktywne strategie zadaniowe, świadczące o lepszym, być może, radzeniu sobie z trudnościami i stresem. Częstsze sięganie po nie w ostatniej fazie wieku gimnazjalnego (przez 15-latków, zob. tabela 17.) pozwala skuteczniej zmagać się z obciążeniami stresowymi, a w szczególności lepiej radzić sobie z samotnością. Trzeba jednak przyznać, że strategie zadaniowe nie zawsze służą dobrze zdrowiu psychicznemu (nie tylko uczniów).

Grupą szczególnego zainteresowania wychowawców powinni stać się 13-latkowie, którzy znacząco częściej niż pozostałe grupy wiekowe zmagają się z samotnością w niekorzystny sposób — rezygnując z poszukiwania towarzystwa (wsparcia społecznego) i przejawiając jawną autodestrukcję, zauważaną w praktyce życia szkolnego. Niechęć do rozwijania relacji rówieśniczych i samoizolowanie się wzmacniają samotność 13-latków (por. Vasta, Haith, Miller, 1995; Dołęga, 2003). Z niepublikowanych innych badań autorki wynika, że częstą strategią radzenia sobie z sa-

⁸ Powszechny wśród wychowawców jest pogląd, że dzieci często najpierw coś zrobią, a dopiero potem nad tym się zastanowią.

motnością w tej grupie jest nie tylko jeszcze większe odsuwanie się od ludzi ($\beta = 0,19$), ale „umawianie się, by coś wypalić lub wypić” ($\beta = 0,11$). Zachowanie takie można interpretować jako przykład „mieszanki” strategii unikowej i zastępczej ze skłonnościami autodestruktywnymi. Jeśli do tego dodać fakt, że 13-latkowie im bardziej są samotni, tym rzadziej stosują strategie unikowe (zob. tabele 13. i 14.), to można sądzić, że w tej grupie wiekowej bardziej niż w pozostałych możliwa staje się jawna agresja. Uczniowie pierwszych klas gimnazjalnych stanowią więc grupę szczególnego ryzyka. Polega ono na swoistej konwergencji negatywnych konsekwencji gwałtownego dojrzewania biologicznego we wczesnej fazie adolescencji, niedostatku kompetencji psychologicznych i społecznych w radzeniu sobie ze stresem oraz konieczności dostosowania się uczniów do wymagań nowego środowiska edukacyjnego.

Podsumowanie

Autodestruktywność jest przejawem patologii tendencji rozwojowych. Można ją uznać za symptom niebezpiecznego w swej naturze procesu autonegacji, ujawniającego się np. w poczuciu samotności. Karen Horney (1980) nazwała ten proces samoalienacją.

Uczniowie zwykle nie są świadomi swych skłonności samoniszczących (podobnie jak ludzie dorośli), co w dużej mierze utrudnia ich rozpoznanie. Analiza poczucia samotności uczniów i związanych z nią strategii radzenia może zatem przynajmniej pośrednio ułatwić zrozumienie złożonego i trudnego do diagnozowania problemu uczniowskiej autodestruktywności. Może zmniejszyć ryzyko nie tylko otwartych aktów destrukcji (agresji i autoagresji), ale również dyskretnych, autodestruktywnych jej form. Jak pokazują badania empiryczne, ma to znaczenie zwłaszcza w odniesieniu do wczesnej fazy dorastania — 13-latków. Niestety, nauczyciele i wychowawcy, a także inne osoby odpowiedzialne za kierowanie rozwojem dzieci i młodzieży rzadko zdają sobie sprawę, że uczniowie mogą trwale rozwijać negatywne pojęcie własnego ja. Jeśli dostrzegają nawet takie zagrożenie, to traktują je jako przejściowe, zwykle związane z sytuacją niepowodzenia dydaktycznego, która przecież nie ma charakteru permanentnego, albo — co gorsza — uważają, że dobre („zbyt dobre”) mniemanie uczniów o sobie jest wyrazem braku skromności, który zaburza „właściwą” relację między nauczycielem a uczniem.

Literatura

- Asher S.R., Hymel S., Renshaw P.D., 1984: *Loneliness in children*. „Child Development”, vol. 55, s. 1456—1464.
- Bee H., 2000: *The developing child*. Boston—Toronto—Sydney—Tokyo—Singapore: Allyn and Bacon.
- Brennan T., 1982: *Loneliness in adolescence*. In: *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. Ed. L. Peplau, D. Perlman. New York: John Wiley and Sons.
- Dołęga Z., 1999: *Poczucie samotności a zachowania agresywne uczniów*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 2, s. 146—153.
- Dołęga Z., 2000: *Zastosowanie pomiaru wsparcia społecznego w okresie dorastania do ewaluacji przemian oświatowych*. „Forum Oświatowe”, nr 2 (23), s. 71—84.
- Dołęga Z., 2003: *Samotność młodzieży — analiza teoretyczna i studia empiryczne*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Doroszewski W., Kurkowska H., red., 1980: *Słownik poprawnej polszczyzny*. Warszawa: PWN.
- Endler N.S., Parker D.A., 1990: *Multidimensional assessment of doping. A critical evaluation*. „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 58, s. 544—854.
- Frankl V.E., 1993: *Problem sensu*. „W drodze”, nr 11, s. 43—49.
- Gmitrowicz A., 2005: *Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży*. „Suicydologia”, nr 1, s. 171—176.
- Heszen-Niejodek I., 1991: *Radzenie sobie z konfrontacją stresową (wybrane zagadnienia)*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 1/2, s. 13—26.
- Heszen-Niejodek I., 1996: *Podstawowe zagadnienia psychologicznej teorii stresu i radzenia sobie*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 8/9, s. 7—20.
- Horney K., 1980: *Nerwica a rozwój człowieka*. Warszawa: PIW.
- Horney K., 1993: *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Hurlock E., 1985: *Rozwój dziecka*. Warszawa: PWN.
- Januszevska E., 1997: *Przymus jedzenia jako syndrom autodestrukcji w okresie wczesnej adolescencji*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*. Red. P. Oleś. Lublin: TN KUL, s. 145—162.
- Jarosz M., 1980: *Samozniszczenie. Samobójstwa. Alkoholizm. Narkomania*. Wrocław—Warszawa—Kraków—Gdańsk: Ossolineum.
- Jarosz E., Wysocka E., 2006: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- John-Borys M., Dołęga Z., red.: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Lazarus R.S., 1986: *Paradygmat stresu i radzenia sobie*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 3—4, s. 2—39.
- Marcoen A., Brumagne M., 1985: *Loneliness among children and young adolescents*. „Developmental Psychology”, vol. 21, No. 6, s. 1025—1031.
- Mąka I., 2001: *Poczucie samotności a zachowania agresywne młodzieży licealnej*. Praca magisterska. Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Białostockiego. Białystok, maszynopis.
- McGraw J., 2000: *Samotność*. Warszawa: Wydawnictwo PTHP.

- Niewiadomska I., 1997: *Analiza osobowościowych przyczyn osamotnienia w świetle teorii atrybucji B. Weinera*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*. Red. P. Oleś. Lublin: TN KUL, s. 190—200.
- Obuchowska I., 2000: *Adolescencja*. W: *Psychologia rozwoju człowieka*. Red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała. Warszawa: PWN, s. 163—201.
- Oleś M., 1997: *Elementy autodestrukcji w zachowaniach nieasertywnych i asertywnych u dzieci i młodzieży*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*. Red. P. Oleś. Lublin: TN KUL, s. 163—175.
- Page R.M., 1988: *Adolescent loneliness: A priority for school health education*. „Health Education”, vol. 6—7, s. 20—21.
- Page R.M., 1990: *Loneliness and adolescent health behaviour*. „Health Education”, vol. 9—10, s. 14—17.
- Pervin L., John O.P., 2002: *Osobowość. Teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Pilecka B., 2004: *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Płużek Z., 1981: *Osobowościowe korelaty prób samobójczych u młodzieży*. Rzeszów: WSP.
- Płużek Z., 1997: *Samobójstwo jako wyraz autoagresji*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*. Red. P. Oleś. Lublin: TN KUL, s. 11—39.
- Stawicka M., 2004: *Autodestruktywność dziecięca w świetle teorii przywiązania*. Rozprawa doktorska. Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Adama Mickiewicza. Poznań, maszynopis.
- Strelau J., red., 2000: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskie.
- Suchańska A., 1995: *Teoretyczne i kliniczne problemy ukrytej autodestruktywności*. W: *Elementy psychologii klinicznej*. T. 4. Red. B. Waligóra. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Suchańska A., 1998: *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Szczepaniak D., 2004: *Stres szkolny a objawy depresyjne*. Praca magisterska. Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego. Katowice, maszynopis.
- Szczurkiewicz P., 1998: *Rozwój psychospołeczny a tożsamość*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Tokarski J., red., 1980: *Słownik wyrazów obcych*. Warszawa: PWN.
- Tyszkowa M., 1986: *Zachowanie się dzieci w sytuacjach trudnych*. Warszawa: PWN.
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A., 1995: *Psychologia dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Weiss R., 1989: *Reflections on the present state of loneliness research*. In: *Loneliness. Theory, research, and applications*. Ed. M. Hojat, R. Crandall. Newbury Park—London—New Delhi: Sage Publications.

Część III

Uczniowskie reprezentacje poznawcze choroby

Yvona Woźniaková

Rozumienie choroby przez dzieci w wieku szkolnym — badania pilotażowe

Wprowadzenie

Z pewnością trudno byłoby znaleźć człowieka, który w swoim życiu nie doświadczył choć krótkotrwałego pogorszenia kondycji zdrowotnej. Z perspektywy biologii choroba oznacza zaburzenie funkcjonowania organizmu, wynikające z osłabienia jego struktury lub ataku drobnoustrojów, z perspektywy zaś psychologii mówi się o chorobie jako o zachwianiu dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego (por. P e c y n a, 2000).

Dzieci mają subiektywną wiedzę na temat choroby czy zdrowia. Subiektywizm ten wynika z ogromnej liczby niepowtarzalnych doświadczeń każdego dziecka. Subiektywne koncepcje zdrowia i choroby stanowią indywidualną poznawczą reprezentację na temat zdrowia i choroby (S ę k, 1997). W literaturze przedmiotu często podkreślany jest fakt korespondowania subiektywnych koncepcji zdrowia i choroby z teoretycznymi modelami zdrowia. Część osób utożsamia bowiem zdrowie z brakiem choroby i odwrotnie, gdyż nie widzi możliwości własnej ingerencji w te stany, co odpowiada treściowo modelowi biomedycznemu. Pozostali traktują zdrowie jako cenny potencjał oraz jako stan harmonii, który można aktywnie chronić lub do którego można aktywnie dążyć. Ten rodzaj potocznej wiedzy zgadza się z holistyczno-funkcjonalnym modelem zdrowia, według którego zdrowie i choroba pozostają w stanie dynamicznej równowagi, a człowiek może w sposób odpowiedzialny i racjonalny kształtować ten proces (por. np. S ę k i in., 1992; S ę k, 1997; S h e r i d a n, R a d m a c h e r, 1998).

Doświadczenia związane z chorobą — te bezpośrednie, gdy dziecko samo choruje lub gdy choruje ktoś z bliskich mu osób, oraz pośrednie, np. przekazy rówieśników, przekazy medialne, film, literatura itd. — układają się w złożony treściowo obraz, koncepcję, wyobrażenie choroby. Sposób, w jaki dziecko rozumie chorobę oraz porządkuje i aktualizuje doświadczenia w tym względzie, determinowany jest przez możliwości poznawcze dziecka na danym etapie jego rozwoju (por. Bonner, Finney, 1996).

Rozwój poznawczy dzieci w wieku szkolnym odpowiada, według Jeana Piageta, stadium operacji konkretnych. Osiągnięcia związane z tym okresem rozwoju dziecka pozwalają na budowanie koncepcji dotyczących otaczającego świata, w tym również koncepcji zdrowia i choroby. I tak, decentracja, czyli branie pod uwagę wszystkich widocznych cech czy aspektów rzeczy i zjawisk, czyni myślenie dziecka coraz bardziej logicznym i spójnym. Odwracalność operacji umysłowych sprawia, że dziecko potrafi rozpoznawać i różnicować skutki zachowań zarówno własnych, jak i innych dzieci oraz osób dorosłych. Kształtowanie się intelektualnej autonomii wyznacza kierunek własnych dociekań; dziecko polega na swych przemyśleniach i spostrzeżeniach, nie przyjmuje bezkrytycznie opinii innych, ale ocenia je i porównuje z tym, co już wie, by wyciągnąć własne wnioski. Z kolei dostrzeżenie transformacji zjawisk pozwala dziecku lepiej zrozumieć związki między kolejnymi fazami przekształceń i zmian. W odniesieniu do obszaru zdrowia wydaje się, że dziecko już dobrze pojmuje znaczenie nawet niewielkich zmian samopoczucia oraz zmian w wyglądzie czy zachowaniu, które wiążą się np. z zapadaniem na określone schorzenia, z procesem odzyskiwania pełni sił witalnych itd. Wreszcie efektem stopniowego uwalniania się od egocentryzmu jest między innymi zastanawianie się nad różnymi cechami ludzi i ich zachowaniem, uwzględnianie poglądów innych niż własne oraz przyjmowanie perspektywy innego człowieka (Wadsworth, 1998; por. też Schaffer, 2005).

Dzieci w wieku szkolnym osiągają możliwości poznawcze, które sprzyjają konstruowaniu koncepcji dotyczących wielorakich elementów otaczającej je rzeczywistości. A zatem pojmowanie zdrowia i choroby, jako zjawisk wprawdzie nienamacalnych, ale przejawiających się na różne konkretne sposoby, powinno znaleźć swój wyraz w dziecięcych opisach konkretnych zachowań, emocji czy symptomów, towarzyszących człowiekowi w sytuacji choroby.

Badania nad rozumieniem choroby przez dzieci

Interesującego przeglądu badań nad rozumieniem zdrowia i choroby przez dzieci dokonali L.R. Schmidt i G. Lehmkuhl (1994). W konkluzji autorzy wskazali, że wśród prac empirycznych podejmujących tę problematykę przeważają prace poświęcone pojmowaniu choroby przez dzieci chore. Istotnie, większa dynamika zdarzeń i zachowań, poddających się obserwacji, towarzyszy sytuacji choroby, z którą każdy — dorosły czy dziecko — musi sobie w jakiś sposób poradzić. Podobny pogląd wyrażają np. J. Rodin i P. Salovey, stwierdzając, że „największy wpływ behawioralnych i psychospołecznych zmiennych na zdrowie i chorobę można zaobserwować w momencie, gdy system zostanie sprowokowany do działania” (Rodin, Salovey, 1997, s. 64). Zarówno długotrwała choroba dziecka, jak i sytuacja choroby kogoś bliskiego dziecku wpływać mogą na kształtowanie się koncepcji choroby u dziecka. Dzieci z takim doświadczeniem częściej niż inne pojmują chorobę jako rodzaj kary za niewłaściwe zachowanie, a ich wypowiedzi na ten temat nierzadko formułowane są w sposób sugerujący wcześniejsze, niż wskazywałby na to ich wiek, stadium rozwoju poznawczego (por. John-Borys, 2002).

Na gruncie polskim ciekawy przykład badań stanowi praca K. Puchalskiego (1997). W badaniach nad pojmowaniem zdrowia i choroby brały udział zdrowe dzieci i młodzież w trzech przedziałach wiekowych. Dzieci przedszkolne (pięcio- i sześciolatek) wykonały 43 rysunki zatytułowane „choroba”, które następnie były z nimi omawiane. Na rysunkach widać chorujące dzieci, leżące w łózkach, w zamkniętych pomieszczeniach, w towarzystwie bliskich osób; dalej pojawiał się motyw gabinetu lekarskiego lub apteki, a także osoby starszej, chodzącej o lasce. Autor zauważył, że już małe dzieci zdecydowanie łatwiej wypowiadają się na temat choroby aniżeli zdrowia, podając najczęściej wiele objawów i skutków choroby: różne przykre dolegliwości, obniżenie nastroju, ograniczenie aktywności, konieczność przestrzegania zaleceń lekarskich itd. W grupie dzieci szkolnych (w wieku 11—13 lat) przeanalizowano 51 rysunków oraz 129 krótkich pisemnych odpowiedzi na pytanie „Co to jest choroba?”. Rysunki w większości ukazują wybrany aspekt działalności służby zdrowia: karetkę, szpital, lekarza, pielęgniarkę. Wypowiedzi dzieci szkolnych skupiały się wokół umiejscowienia choroby w ciele człowieka, rozróżniania chorób (podawanie nazw konkretnych schorzeń albo stopniowanie choroby: lżejsza — cięższa, groźna — mniej groźna, podział na choroby fizyczne i psychiczne) oraz wskazywania przyczyn (lekceważenie zasad zdrowego trybu życia i higieny, zakażenie, zarażenie się), a także objawów i skutków chorób (złe

samopoczucie, wyczerpanie, ból, ograniczenie funkcjonowania). Dzieci dostrzegały też, że niektórych schorzeń nie można wyleczyć, co prowadzić może do trwałego osłabienia zdrowia, a nawet do śmierci. W wypowiedziach przeważała negatywna ocena choroby (por. Puchalski, 1994, 1997). Podobnych wyników dostarczają badania nad koncepcją zdrowia i choroby u dorastających, które przeprowadziła M. John-Borys (2002). Analizie poddano wypowiedzi 120 uczniów klas V, VI i (podówczas) VII w wieku 12—14 lat, zebrane przy użyciu wywiadu strukturalizowanego, który zawierał pytania dotyczące wyglądu i zachowania osób zdrowych i chorych, znajomości chorób i ich przyczyn, przeżyć osób chorych oraz sposobów oraz rodzicielskich przekazów na temat dbania o dobry stan zdrowia. W obrazie choroby u dorastających na pierwszy plan najczęściej wysuwały się takie symptomy, jak: dolegliwości somatyczne i bólowe, wyczerpanie sił vitalnych, smutek, przygnębienie i brak zainteresowania ludźmi, a następnie zmiany w wyglądzie zewnętrznym i spadek aktywności, niekiedy lęk i poczucie zagrożenia. Dowiedziono także, że płeć badanych uczniów oraz typ rodziny w znaczący sposób wpływają na koncepcje zdrowia i choroby u dorastających (por. John-Borys, 2002).

Problem

Prezentowane dalej analizy stanowią próbę zastosowania techniki „Draw and Write” w badaniach nad rozumieniem czy też, inaczej, koncepcją choroby, jaką mają młodsze dzieci. Uwzględniając charakterystyki rozwojowe dzieci w młodszym wieku szkolnym, zwłaszcza ich możliwości i osiągnięcia w zakresie rozwoju poznawczego, jak również dostępne dane empiryczne, sformułowano założenie, że koncepcja zdrowia oraz koncepcja choroby, jaką mają dzieci winna mieć zbliżoną strukturę. Badania autorki nad koncepcją zdrowia pokazały, że młodsze dzieci opisują zdrowie, odwołując się do własnej wiedzy na temat wyglądu, samopoczucia i aktywności człowieka, który jest zdrowy, do wiedzy o zasobach pomagających zachować dobre zdrowie oraz o zachowaniach sprzyjających zdrowiu (Woźniaková, 2006). Analizowano, co dzieci wiedzą o zdrowiu, jakie zasoby uważają za ważne dla zdrowia, a w konsekwencji — jak wiedza ta przejawia się w konkretnych zachowaniach. Pokazano, że zdrowie psychiczne stanowi nieodłączny aspekt dziecięcej wiedzy o zdrowiu, a wśród wymienianych zachowań służących zdrowiu niektóre dzieci podkreślają też konieczność świadomego podejmowania pewnych wysiłków będących wraz z dbałością o dobre samopoczucie psychiczne.

W podjętych aktualnie poszukiwaniach badawczych zakłada się więc, że zdrowie i choroba, jako dwa krańce jednego kontinuum, będą miały w koncepcjach dzieci podobną strukturę. Zgodnie z tym przypuszczeniem postanowiono zapytać dzieci, jak, ich zdaniem, wygląda, jak się czuje, co robi człowiek chory, oraz co można zrobić, by nie chorować. Na koncepcję choroby, jaką mają dzieci będą składały się zatem cztery elementy: wiedza dotycząca wyglądu, samopoczucia oraz zachowań osoby chorej, a także znajomość sposobów, które pozwalają uniknąć choroby bądź szybciej wrócić do zdrowia.

Metoda

W badaniach pilotażowych wzięło udział 57 dzieci ze szkół podstawowych z terenu Górnego Śląska: 34 dziewczynki i 23 chłopców. Dwoje dzieci miało 6 lat (klasa zerowa), kolejna dwójka 11 lat, pozostałe zaś mieściły się w przedziale wiekowym od 7 do 10 lat. Materiał zebrano przy współudziale studentów V roku psychologii Uniwersytetu Śląskiego w ramach zajęć ze specjalizacji wychowawczo-klinicznej dzieci i młodzieży.

Planując badania, zdecydowano się sięgnąć kolejny raz po wielokrotnie sprawdzoną w praktyce badawczej technikę „Draw and Write”. Główną — w mniemaniu autorki — zaletę tejże techniki stanowi możliwość przyjemnego i nieskrępowanego wyrażenia przez dziecko właśnie tych pierwszych skojarzeń z podjętym tematem, które pojawiają się w jego myślach w trakcie rysowania. Ten prosty zabieg — aktywizowanie poznawcze dziecka za pośrednictwem ekspresji plastycznej — umożliwia zarejestrowanie i dalszą analizę pisemnej wypowiedzi dziecka. Wypowiedź ta, wolna od sugestii badacza, stanowi cenną esencję pewnego fragmentu subiektywnej, niepowtarzalnej wiedzy dziecka. Technikę tę wprowadził w życie prawie 20 lat temu zespół psychologów brytyjskich (por. Williams i in., 1989a, 1989b), w Polsce posłużyli się nią Ostaszewski, pracując nad ewaluacją programu profilaktycznego (Ostaszewski, 1995), oraz autorka, badając koncepcję zdrowia dzieci (Woźniaková, 2006). Dziecko proszone jest o wykonanie rysunku na podany temat, a po zakończeniu rysowania poleca się mu sporządzenie krótkiej pisemnej wypowiedzi na zadane pytanie. Należy powstrzymać się od jakiejkolwiek ingerencji, od komentarzy czy od pomagania dziecku w trakcie rysowania i pisania, gdyż zachowania takie mogłyby zakłócić myślenie dziecka o danej sprawie. Technikę wykorzystać można zarówno w badaniach indywidualnych, jak i grupowych.

Należy pamiętać, że rysowanie spełnia jedynie funkcję aktywizującą, prace plastyczne nie podlegają ocenie. Analizie poddawane są wyłącznie pisemne wypowiedzi dzieci — są one kategoryzowane, a indywidualne prace ocenia się pod kątem frekwencji występowania. Tym razem w badaniu od każdego dziecka uzyskano dwa rysunki, których treść korespondowała z podanym wcześniej założeniem o czteroelementowej strukturze dziecięcej koncepcji choroby. Dzieci pracowały przez około 50 minut. Zastosowano następującą instrukcję:

Rysunek 1: *Chory człowiek*

Pomyśl proszę i narysuj człowieka, który jest chory. Obok rysunku napisz, jak wygląda, jak się czuje, co robi człowiek chory.

Rysunek 2: *Żeby nie chorować*

Pomyśl proszę i narysuj siebie, i co Ty robisz, żeby nie chorować. Obok rysunku napisz, co robisz, żebyś nie chorował.

Wyniki badań i wnioski

W procesie opracowywania uzyskanego materiału postępowano zgodnie z procedurą porządkowania danych jakościowych (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). Rozpoczęto od analizy ilościowej, czyli od sklasyfikowania pisemnych wypowiedzi wszystkich dzieci — każdą wypowiedź przyporządkowano do jednej z kilkunastu kategorii opisowych. Następnie obliczono frekwencje wypowiedzi w każdej z kategorii, co pozwoliło na ułożenie kategorii w porządku hierarchicznym. W kolejnej fazie porównano frekwencje występowania poszczególnych kategorii opisowych w zależności od płci badanych dzieci. Wyłonione w ten sposób różnice stanowiły podstawę jakościowej interpretacji.

W tabeli 1 przedstawiono frekwencje kategorii opisowych dotyczących chorego człowieka w porządku malejącym. Tabela 2 obrazuje frekwencje kategorii opisowych porządkujących wypowiedzi dzieci do rysunku *Żeby nie chorować*. Liczba kategorii opisowych może wydawać się duża. Jeżeli jednak zamiarem badacza jest poznanie dziecięcego spojrzenia na sprawy otaczającego świata, to wszystkie wypowiedzi są dla niego cenne, zatem kategorii opisu musi być tyle, by „wchłonać” każdą niepowtarzalną wypowiedź dziecka. Redukcja kategorii oznaczałaby redukcję informacji.

W trakcie prac nad kategoryzacją dziecięcych wypowiedzi nie sposób było oprzeć się wrażeniom, jakie wywoływały w większości rysunki dzieci przedstawiające chorego człowieka. Nadmieniono już, że plastyczna strona zastosowanej techniki nie odgrywa żadnej roli w interpretacji, trudno

Tabela 1

**Frekwencje kategorii opisu chorego człowieka
(w porządku malejącym)**

Rysunek <i>Chory człowiek</i> — kategorie opisowe	Frekwencja
Ograniczenie aktywności człowieka	45
Zmienione samopoczucie	38
Zmieniony wygląd	38
Dolegliwości somatyczne	33
Wizyty u lekarza (badania, leczenie)	30
Zmienione zachowanie	15
Ból	14
Przykre emocje	12
Konkretne schorzenia i ich objawy	6
Lęk, poczucie zagrożenia	0

Tabela 2

**Frekwencje kategorii opisu podawanych przez dzieci sposobów,
by nie chorować (w porządku malejącym)**

Rysunek <i>Żeby nie chorować</i> — kategorie opisowe	Frekwencja
Zdrowe odżywianie i napoje	43
Leki, witaminy, zioła	28
Ruch, aktywność fizyczna, sport, gimnastyka	17
Utrzymanie temperatury	11
Odpoczynek	9
Spacery i przebywanie na świeżym powietrzu	7
Wizyty u lekarza (badania, leczenie, profilaktyka)	6
Wizyty u stomatologa (badania, leczenie, profilaktyka)	2
Umiar w korzystaniu z telewizji lub komputera	2
Higiena	1
Dbałość o dobre samopoczucie (np. dobry humor)	0

jednak nie wspomnieć w tym miejscu o przygnębiającej kolorystyce, jaka pojawiła się w większości prac. Chorzy ludzie przedstawiani byli jako osoby bardzo brzydkie, ponure lub smutne. Wrażenia te znalazły potwierdzenie w pisemnych komentarzach dzieci.

Wśród kategorii opisowych, które odzwierciedlały treści podawane przez dzieci w komentarzach do rysunków przedstawiających chorobę, dominowały opisy choroby jako rodzaju ograniczenia aktywności człowieka. Dzieci uważały, że chory musi przede wszystkim leżeć w łóżku (ten atrybut choroby pojawiał się najczęściej), nie może wychodzić na podwórko, nie może się bawić. Wymieniały też inne ograniczenia, takie jak: usztywnienie kończyny szyną lub gipsem, konieczność jeżdżenia na wózku, chodzenia o lasce, trudności ze wstawaniem, niemożność poradzenia sobie „z niczym”. Choroba to też ograniczenia snu, niewyspanie. Dzieci wskazywały również często zmiany w wyglądzie zewnętrznym oraz pogorszenie samopoczucia. Zmieniony wygląd oznaczały: zaczerwienienie twarzy bądź bladość skóry, opuchlizna, bąble, zapadnięte policzki. Inny rodzaj zmian w wyglądzie dzieci łączyły ze spadkiem atrakcyjności — stąd określenia: nieładny, brzydki, paskudny, chudy, zmizerniały, łysawy, brzydko pachnie, chodzi w piżamie, w ciemnym ubraniu. Pozostałe opisy dotyczące wyglądu były bardziej ogólne, np.: chory człowiek wygląda choro, niezdrowo, niezbyt dobrze, słabo, marnie, niewyraźnie lub po prostu źle. Nienajlepsze samopoczucie dzieci opisywały też albo w sposób ogólnikowy (np. ktoś chory czuje się źle, niedobrze, słabo, okropnie, ciężko), albo bardziej szczegółowo (osoba chora czuje się nieszczęśliwa, pokrzywdzona, skrzywdzona przez los, zmęczona, osłabiona, ponura, często płacze). W kategorii opisów dolegliwości somatycznych przeważały katar i kaszel, gorączka, pojawiały się także wymioty i nudności, szczypanie oczu, złamanie. Kategoria kolejna to opisy związane z osobą lekarza i jego zaleceniami — gdy człowiek chory chodzi do lekarza, czasem do szpitala (leżeć lub na operację), chodzi na kontrole, jeździ do sanatorium i wreszcie — leczy się, czyli zażywa tabletki, bierze lekarstwa, syropy, zastrzyki, których się nie lubi. Zmiany w zachowaniu dzieci oceniały jako ospałość, zaniedbywanie higieny, brak chęci do jedzenia, nicnierobienie, brak motywacji do działania (nic się nie chce). Ból w opinii dzieci to na ogół doznanie ściśle umiejscowione — może boleć głowa, nos, gardło, mogą boleć nogi, może tak po prostu boleć, boleć bardzo, często, można być aż czerwonym z bólu, cierpieć. Z chorobą wiążą się przykre emocje — dla dzieci związane w jedną: choroba oznacza smutek. Dziewczynki wymieniały jeszcze konkretne choroby i ich objawy — astmę, ospę, raka.

W komentarzach do rysunku drugiego frekwencje wypowiedzi w poszczególnych kategoriach były znacznie zróżnicowane. Większość dzieci w odpowiedzi na pytanie, co robić, by nie chorować, zaleciła spożywanie zdrowych produktów. Zakres kategorii „zdrowe odżywianie” okazał się szeroki — począwszy ogólnie od warzyw i owoców, przez marchewki, jabłka, zupy, mleko, syrop z malin, a na cieplej herbacie z cytryną skończywszy.

Wiele dzieci zażywa witaminy, syropy uodparniające i inne, herbatki ziołowe, tran. Stosunkowo często pojawiały się opisy jakiej formy aktywności fizycznej oraz zalecenia przebywania na świeżym powietrzu. W kilku wypowiedziach zapobieganie chorobie łączyło się z ubieraniem się zgodnie z panującymi warunkami pogodowymi oraz z odpoczynkiem, natomiast pozostałe kategorie, włącznie z profilaktyką, nie były reprezentowane wcale lub prawie wcale. Szczególnie niepokojące jest to, że żadne z dzieci nie dostrzegło związku między dobrym samopoczuciem, energią, a zapobieganiem chorobie.

Wyniki badania pilotażowego zachęcają do podjęcia szerszej zakrojonych badań na dużej grupie dzieci. W porównaniu z wnioskami płynącymi z badań innych autorów, przedstawione tu wyniki pokazują jednak nieco odmienny obraz choroby, jaki mają uczniowie początkowych klas szkoły podstawowej. Badane dzieci najczęściej kojarzyły chorobę z ograniczeniem któregoś z istotnych dla nich wymiarów codziennego funkcjonowania, z wyrazistą zmianą wyglądu zewnętrznego lub z pogorszeniem samopoczucia. Dopiero dalsze miejsca hierarchii opisowych zajęły: dolegliwości fizyczne i konieczność udania się do placówki służby zdrowia. W przytaczanych już badaniach Puchalskiego (1997) dzieci szkolne często opisywały chorobę, łącząc ją z jakimś konkretnym schorzeniem (grypą, rakiem itd.) oraz z dolegliwościami bólowymi; niemożność bycia w pełni aktywnym jako korelat choroby pojawiała się rzadziej. Z kolei nieco starsze dzieci, jak pokazała John-Borys, za objawy chorobowe uznały przede wszystkim dolegliwości somatyczne oraz przygnębienie, natomiast zmiany w wyglądzie i zachowaniu, do których autorka zaliczyła również ograniczenia w aktywności, pośrednio bądź bezpośrednio związane z chorobą, zajęły w ich obrazie choroby dalsze miejsca (por. John-Borys, 2002). Wniosków zbliżonych do tych, jakie wynikały z badań pilotażowych, dostarczyli między innymi L.R. Schmidt i H. Fröhling (2000) w swoich badaniach nad koncepcją zdrowia i choroby. W ich studium dzieci w wieku 8–12 lat przedstawiały opisy świadczące o utożsamianiu choroby najczęściej z niemożliwością bycia aktywnym, z koniecznością leżenia w łóżku, a następnie ze złym nastrojem i doświadczaniem bólu (Schmidt, Fröhling, 2000).

Podsumowanie

Otrzymane wyniki badań własnych pokazały, że dzieci w młodszym wieku szkolnym łączą chorobę z określonymi deficytami dobrostanu za-

równie fizycznego, jak i psychicznego oraz społecznego. Można powiedzieć, że według badanych dzieci ograniczenia natury cielesnej pociągają za sobą ograniczenia w funkcjonowaniu, np. uniemożliwiają zabawę, kontakt z rówieśnikami, korzystanie z przyjemności, jakie daje zdrowy sen i dobry apetyt. Gdy ciało odmawia posłuszeństwa, boli albo w inny przykry sposób daje o sobie znać, zawężeniu ulega także świat uczuć i doznań — obniżony jest nastrój, chce się płakać lub spać albo nie chce się nic. W obrazie choroby badanych dzieci wyraźnie obecne są trzy elementy składające się na ich wiedzę o chorobie: zmiany w przejawianej aktywności (w zachowaniach), zmiany dotyczące wyglądu i funkcjonowania ciała oraz zmiany samopoczucia, świadczące o czasowym pogorszeniu kondycji psychicznej. Jeżeli natomiast przyjrzymy się wymienianym przez dzieci zachowaniom, które miałyby sprzyjać wyleczeniu lub wręcz zapobiegać chorobom, kilka faktów zastanawia. Silne okazało się przekonanie badanych dzieci, że wystarczy jeść lekarstwa oraz witaminy, czy to w postaci warzyw, owoców, soków czy też tabletek, syropu, aby zapewnić zdrowie ciała. Znacznie rzadziej dzieci akcentowały jedno z ważnych zachowań profilaktycznych — jakąś formę aktywności fizycznej. Wydaje się że zaspokajanie naturalnej potrzeby ruchu ustępuje powoli realizowaniu potrzeb i rozrywek nie wymagających wysiłku mięśni. Ruch zresztą wpływa pozytywnie nie tylko na kondycję fizyczną, ale daje wiele radości, zadowolenia, poprawia nastrój itd. Zastanawiające jest także, że wśród wielu wypowiedzi nie znalazła się żadna, wskazująca na jakiegokolwiek działanie, aktywność, staranie, które zmierzałyby do wzmocnienia, chronienia dobrego samopoczucia psychicznego. W badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi podejmowanymi przez dzieci kategoria taka zajęła wysokie miejsce. Być może fakt ten powinien stanowić sygnał dla pedagogów szkolnych, nauczycieli pracujących na co dzień z uczniami początkowych klas szkoły podstawowej. Analiza treści przekazanych przez dzieci świadczy o tym, że rozumieją one dobrze pojęcie dobrostanu fizycznego, potrafią nazwać różne zjawiska towarzyszące zachwianiu tego dobrostanu, podają wielu sposobów przywrócenia równowagi. Być może małe dzieci nie rozumieją jeszcze dobrze dobrostanu w sensie psychicznym, warto zatem poświęcić temu zjawisku więcej uwagi, uwzględniając zwłaszcza w programach profilaktycznych elementy uczące dzieci rozpoznawania, nazywania oraz wzmacniania własnego dobrostanu psychicznego.

Literatura

- Bonner M., Finney J., 1996: *A Psychosocial Model of Children's Health Status*. In: *Advances in Clinical Child Psychology*. Eds. T.H. Ollendick, R. J. Prinz. Vol. 18. New York: Plenum Press.
- Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., 2001: *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.
- John-Borys M., 2002: *Koncepcje zdrowia i choroby u dorastających*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ostaszewski K., 1995: *Zastosowanie techniki „Draw and Write” do oceny skuteczności szkolnego programu profilaktyki uzależnień „Spójrz inaczej”*. „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2(19).
- Pecyna S.M.B., 2000: *Dziecko i jego choroba*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Puchalski K., 1994: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, R. 1, nr 1—2.
- Puchalski K., 1997: *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.
- Rodin J., Salovey P., 1997: *Psychologia zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. J. Heszen-Niejodek, H. Sęk. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schaffer R.H., 2005: *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schmidt L.R., Fröhling H., 2000: *Lay Concepts of Health and Illness from a Developmental Perspective*. „Psychology and Health”, vol. 15, s. 229—238.
- Schmidt L.R., Lehmkühl G., 1994: *Krankheits-Konzepte bei Kindern. Literaturübersicht*. „Fortschritte — der Neurologie — Psychiatrie”, Februar, Vol. 62 (2), s. 50—65.
- Sęk H., 1997: *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna, a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sęk H., Ścigała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., 1992: *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*. „Przegląd Psychologiczny”, R. 35, nr 3, s. 351—363.
- Sheridan C.L., Radmacher S.A., 1998: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Wadsworth B.J., 1998: *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Williams T., Wetton N., Moon A., 1989a: *A Picture of Health. What do You do that Makes You Healthy and Keeps You Healthy?* [Southampton]: Health Education Authority.
- Williams T., Wetton N., Moon A., 1989b: *A Way in Five Key Areas of Health Education*. [Southampton]: Health Education Authority.
- Woźniaková Y., 2006: *Zdrowie psychiczne jako ważny aspekt subiektywnych koncepcji zdrowia w wieku szkolnym*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Bernadeta Bulla
Alina Płonka

Koncepcja choroby psychicznej u dorastających

Osobowość, w ujęciu Milтона Rokeacha (1973, za: Brzozowski, 1989, s. 3), jest systemem przekonań, w którym można wyodrębnić podsystemy — „przekonania na własny temat, system wartości ostatecznych i instrumentalnych, system postaw oraz pojedyncze postawy, przekonania o własnych zachowaniach, przekonania o postawach, wartościach, potrzebach i zachowaniach osób znaczących oraz przekonania o zachowaniu się obiektów niespołecznych”. System przekonań człowieka składa się z ogromnej liczby pojedynczych sądów — są one informacją, jaką osoba ma o danym obiekcie, prostym twierdzeniem, który akceptuje. Pewna grupa przekonań może dotyczyć różnych aspektów zdrowia psychicznego — będącego jednym z wymiarów zdrowia, podlegającego rozwojowi i zmianom w ciągu życia i rozpatrywanego w interakcjach ze środowiskiem — oraz choroby psychicznej.

Człowiek nie rodzi się z ustalonymi przekonaniami na temat tego, czym jest zdrowie psychiczne, jaka jest przyczyna chorób psychicznych, na czym polega podatność na chorobę psychiczną, jakie są metody leczenia i zapobiegania chorobom psychicznym, ani nie rodzi się z gotowymi postawami wobec chorych psychicznie. Dziecko, będąc czynnym i aktywnym psychicznie, w sposób naturalny dąży do **wiem**, do poznania i zrozumienia samego siebie i tego, co je otacza (Grzywka-Kaczyńska, 1975). Myśląc, odzwierciedla rzeczywistość bezpośrednio — za pomocą zmysłów, i pośrednio — pojęciowo, odkrywając różne powiązania, współzależności, stosunki między przedmiotami, zdarzeniami i zjawiskami oraz prawidłowości rozwoju tego, co istnieje. **Wiem** dziecka, dotyczące zdrowia i choroby psychicznej, powstaje:

- w wyniku gromadzenia przez niego w domu rodzinnym informacji, których źródłem są przekonania członków rodziny na ten temat; rodzina jako grupa odniesienia wyznacza perspektywę poznawczą dziecka: doświadczenia rodzinne wpływają na sposób rozumienia, definiowania przez dzieci i dorastających pojęć związanych ze zdrowiem i chorobą psychiczną (por. J o h n - B o r y s, 2002);
- za pośrednictwem systemu przekonań przekazywanych przez nauczycieli w trakcie realizowania treści programów nauczania (przekazywanie odpowiedniej wiedzy, podejmowanie określonych działań w obszarze zdrowia i choroby, w tym choroby psychicznej);
- w rezultacie jego własnych doświadczeń w tym zakresie, zwłaszcza zdobytych w bezpośrednich kontaktach z osobami chorymi psychicznie;
- w efekcie doświadczeń zdobytych dzięki kontaktom pośrednim z osobami chorymi psychicznie, czyli dzięki oddziaływaniom szeroko rozumianej kultury, zwłaszcza mediów, propagujących obraz chorych psychicznie i modelujących postawy wobec nich (telewizja — programy naukowe, publicystyczne, filmy dokumentalne i fabularne, kino, literatura, teatr, czasopisma).

Wiedza na temat zdrowia i choroby psychicznej, którą dzieci i dorastający zgromadzili w wyniku podlegania — w sposób świadomy i nieświadomy — opisanym wcześniej wpływom, tworzy ich subiektywną wizję zdrowia i choroby psychicznej, zgodnie z którą funkcjonują. Z zasobem ich wiedzy, zarówno aktualnej, jak i potencjalnej, wiąże się — według Mirosława K o w a l s k i e g o (2006, s. 59) — odpowiedzialność za zdrowie. Wiedza ta pogłębia stopień ich refleksji nad zdrowiem psychicznym, mobilizuje do kreowania rzeczywistości sprzyjającej zdrowiu psychicznemu, uaktywnia wyobraźnię, intuicję, wolę i decyzje dotyczące bycia zdrowym. Również postawy dzieci i dorastających — aktualne i przyszłe — wobec chorych psychicznie zależą od ich indywidualnych poglądów i wiedzy na temat zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych. Uznana jest bowiem zależność między świadomością człowieka, traktowaną jako istotny element rozumienia, wyjaśniania, a nawet przewidywania działań, a jego zachowaniem. Istnienie tej zależności pozwala, przez oddziaływanie na treści świadomości, podejmować próby kształtowania pożądanych zachowań ludzi (D o l i Ń s k a - Z y g m u n t, 2001, s. 45). Przekonania dotyczące zdrowia i choroby psychicznej formowane są na styku wiedzy i uczuć (por. G a w e ł, 2006, s. 131):

- wiedza obejmuje informacje o determinantach choroby, możliwościach poddania ich kontroli, przyczynach i przebiegu chorób, o działaniach prewencyjnych i profilaktycznych;

- komponent emocjonalny można uznać za nastawienie do zdrowia i choroby psychicznej oraz związanej z nimi aktywności; nastawienie to kształtowane jest w związku z hierarchią wartości preferowaną przez danego człowieka.

Problem

Koncepcja zdrowia i choroby psychicznej dorastających uczniów jest wynikiem ich doświadczeń „na płaszczyźnie biologicznej, emocjonalnej i społecznej, zasymilowanej w schematy poznawcze w procesie rozwoju” (M. John-Borys, 2002, s. 19). Pojmowanie zdrowia i choroby psychicznej ma charakter podmiotowy i zależy — według Marii John-Borys (2002, s. 9) — od spostrzegania tych zjawisk przez konkretne jednostki, które ujmują te pojęcia w kontekście swego indywidualnego doświadczenia. Pojmowanie zdrowia i choroby, w tym psychicznej, nie może być oderwane od indywidualnych właściwości osób: płci i wieku.

Przekonania uczniów na temat zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych nie pozostają bez wpływu na ich postawy wobec własnego zdrowia psychicznego i wobec jego zaburzeń, oraz na postawy wobec chorych psychicznie. Zgromadzone przez uczniów informacje i przekonania o chorobie psychicznej mogą — według Bogdana Wojciszke (1999, s. 28) — mieć charakter wiedzy ogólnej (o istocie choroby psychicznej, przyczynach chorób psychicznych, o pewnych rodzajach zaburzeń psychicznych) bądź wspomnień (o konkretnych, spotkanych przez siebie osobach chorych psychicznie, o chorych bohaterach filmów dokumentalnych, fabularnych itp.). Rozróżnienie to nawiązuje do podziału pamięci na semantyczną — pamięć znaczeń, i pamięć epizodyczną — wspomnienia zdarzeń z własnej biografii (Tulving, 1972, za: Wojciszke, 1999, s. 28). Schemat poznawczy „choroba psychiczna” to podstawowy element wiedzy ogólnej ucznia, rozumiany jako rezultat jego uprzednich doświadczeń z chorobą psychiczną i z osobami chorymi psychicznie. Okres dorastania, sprzyjający zainteresowaniu zdrowiem i procesami zachodzącymi w organizmie, uznawany jest (por. John-Borys, 2002, s. 9) za stadium rozwoju operacji formalnych, które warunkują zdolność dorastającego do tworzenia opisów i wyjaśnień zjawisk rzeczywistości, wyprowadzania ogólnych konkluzji ze szczegółowych faktów. Płeć dorastających z kolei, jak to potwierdzają wyniki badań Marii John-Borys (2002, s. 136), wpływa na przypisywanie znaczeń emocjom i uczuciom w obrazie zdrowia i choroby. Dziewczęta znacznie częściej przywiązują wagę do tego czynnika niż chłopcy.

Dorastający uczniowie w wyniku dotychczasowych doświadczeń gromadzą wiedzę o chorobie psychicznej oraz o osobach chorych psychicznie. Celem autorek pracy jest wstępna próba odpowiedzi na pytanie o to, jaka jest koncepcja choroby psychicznej wśród dorastających uczniów.

Wyróżniono następujące szczegółowe pytania badawcze:

Jakie znaczenie uczniowie przypisują zdrowiu fizycznemu i zdrowiu psychicznemu? Czy znaczenie przypisywane obu rodzajom zdrowia różni się?

Jak uczniowie rozumieją pojęcie „zdrowie psychiczne”?

Jaka jest ich wiedza na temat:

- genezy chorób psychicznych;
- objawów choroby psychicznej;
- rodzajów chorób psychicznych;
- form leczenia osób chorych psychicznie i możliwości ich wyleczenia.

Czy wiedza o chorobie psychicznej dorastających uczniów ma związek z ich płcią i wiekiem?

Metoda badań

W badaniach wykorzystano ankietę „Człowiek i jego choroby” oraz próbę „Ja wobec zdrowia fizycznego i psychicznego”.

By udzielić odpowiedzi na postawione pytanie badawcze, dotyczące zakresu wiedzy uczniów na temat choroby psychicznej oraz stosunku badanych wobec chorych psychicznie zastosowano, skonstruowaną na potrzeby badań, ankietę „Człowiek i jego choroby”. Ankieta składała się z 7 pytań, za których pośrednictwem zwrócono się do badanych uczniów z prośbą o przedstawienie swoich przekonań na temat choroby psychicznej i chorych psychicznie, prosząc o:

- zdefiniowanie pojęcia „choroba psychiczna”;
- wymienienie przyczyn prowadzących do zachorowania na chorobę psychiczną;
- wskazanie okoliczności zwiększających podatność na chorobę psychiczną;
- opisanie objawów choroby psychicznej;
- podanie przykładów znanych sobie chorób psychicznych;
- przedstawienie swoich poglądów na możliwość wyleczenia się z choroby psychicznej;
- wyliczenie znanych sobie form pomocy chorym psychicznie.

Aby poznać znaczenie przypisywane przez dorastających takim wartościom, jak zdrowie fizyczne i zdrowie psychiczne, posłużono się skonstruowaną na potrzeby badań próbą „Ja wobec zdrowia fizycznego i psychicznego”. W próbie tej proszono badanych o uporządkowanie podanych wartości według ich ważności dla siebie. Wśród wartości były i te, które Milton Rokeach (Brzozowski, 1989) zaliczył do grupy wartości ostatecznych (autotelicznych), a także wartości ważne ze względu na cel badania: zdrowie i zdrowie psychiczne. Oto lista wartości, stanowiących podstawę tworzonej przez badanych indywidualnej hierarchii wartości: bezpieczeństwo rodziny, dojrzała miłość, dostatnie życie, mądrość, poczucie dokonania, poczucie własnej godności, pokój na świecie, prawdziwa przyjaźń, przyjemność, równowaga wewnętrzna, równość, szczęście, świat piękna, uznanie społeczne, wiara, wolność, zdrowie, zdrowie psychiczne, życie pełne wrażeń. Przyjęto, że wskaźnikiem znaczenia, które badani przypisują wartościom **zdrowie i zdrowie psychiczne**, jest deklarowane przez nich miejsce tych wartości w ich hierarchii wartości.

Badania przeprowadzono w kwietniu i maju 2005 roku. Badania odbywały się w szkole podstawowej (klasa V, wiek około 12 lat), gimnazjum (klasa II, wiek około 15 lat), liceum oraz technikum (klasa II, wiek około 18 lat), w jednym z miast województwa małopolskiego, za zgodą dyrekcji każdej z wymienionych szkół. Doboru grup dokonano losowo.

Badania przeprowadziła magistrantka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego Alina Płonka, w ramach seminarium magisterskiego, pod kierunkiem Bernadety Bulli. Charakterystykę wieku i płci badanych przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Charakterystyka osób badanych

Płeć	Typ szkoły			Razem
	SP	G	LO / Tech	
Dziewczeta	17	33	26	76
Chłopcy	18	30	33	81
O g ó ł e m	35	63	59	157

Wyniki badań

Koncepcja choroby psychicznej badanych uczniów to ich wiedza o chorobie psychicznej i chorych psychicznie, konstruowana w kontekście ich

życiowego doświadczenia (Resenick, 1987, za: John-Borys, 2002, s. 19). System przekonań uczniów dotyczących choroby psychicznej i chorych psychicznie składa się z wielu pojedynczych przekonań. Przekonania te mogą dotyczyć znaczenia, które uczniowie przypisują zdrowiu fizycznemu i zdrowiu psychicznemu. Przekonania owe mogą stanowić — według Milтона Rokeacha (1973, za: Brzozowski, 1989, s. 3) — wartość podsystemu wartości autotelicznych lub też być elementami systemu postaw — poglądów, uczuć i zachowań przejawianych przez uczniów wobec choroby psychicznej i chorych psychicznie. Zebrane w wyniku przeprowadzonych badań dane oraz ich analiza stanowią podstawę do podjęcia wstępnej próby:

- omówienia i porównania znaczenia przypisywanego przez badanych uczniów zdrowiu i zdrowiu psychicznemu;
- opisanie stanu wiedzy badanych uczniów na temat przyczyn utraty zdrowia psychicznego, objawów choroby psychicznej, podatności na zachorowanie psychiczne, metod leczenia chorych psychicznie i ich skuteczności.

Znaczenie przypisywane przez dorastających uczniów zdrowiu fizycznemu i zdrowiu psychicznemu

W potocznej świadomości zdrowotnej uczniów (por. Dolińska-Zygmunt, 2001, s. 52—63) wyróżnić można obszar wartościowania zdrowia i szczegółowo zdrowia psychicznego. Zdrowie jako jedna z wartości egzystencjalnych odgrywa istotną rolę w życiu człowieka, ponieważ (Kowalski, 2006, s. 55):

- nie odnosi się wartości zdrowia tylko do aspektów teoretycznych, ale i żyje się nią, gdyż zdrowie jako wartość konkretyzuje się na płaszczyźnie ludzkiego życia;
- istnienie tej wartości bezpośrednio wiąże się z poczuciem odpowiedzialności i z podejmowaniem określonych decyzji w obszarze zdrowia;
- służy twórczemu byciu jednostki — poczucie wartości zdrowia stabilizuje funkcjonowanie oraz poprawia jakość życia (w aspekcie życia uporządkowanego według określonych zasad — przyjęcie wymagań stawianych sobie i kierowanie życiem);
- jest czynnikiem motywującym, który określa — w ujęciu temporalnym — stosunek do otaczającego świata, inspiruje do działania, ukierunkowuje ku podmiotowości;
- uaktywnia wyobraźnię, skojarzenia oraz intuicję, wzmacnia wolę i gotowość do podejmowania decyzji przez jednostkę, co sprzyja tworzeniu modeli zdrowia;

— nadaje życiu znaczenie oraz sens — staje się drogą do odkrywania, realizowania i utrwalania sensu.

Zgodnie z założeniami koncepcji Milтона Rokeacha (1973, za: Brzozowski, 1989, s. 5) wszyscy ludzie, niezależnie od miejsca i czasu, w którym żyją, cenią te same wartości, chociaż w niejednakowym stopniu, stąd zdrowie i zdrowie psychiczne może w hierarchiach wartości różnych osób, w zależności od przypisywanego im przez nich znaczenia, zajmować różne miejsca.

Aby udzielić odpowiedzi na pytanie, jakie znaczenie dorastający przypisują zdrowiu i zdrowiu psychicznemu, oraz na pytanie, czy znaczenie przypisywane przez badanych zdrowiu fizycznemu i psychicznemu różni się, dokonano analizy wyników uzyskanych za pomocą stworzonej na potrzeby pracy próby „Ja wobec zdrowia fizycznego i psychicznego”. Poszczególne wartości zdobywały określone rangi — zestawiono je, stworzono sumy rang, które również porangowano, tworząc hierarchie wartości badanych dorastających: dziewcząt i chłopców oraz uczniów w wieku 12 lat (klasa V szkoły podstawowej), 15 lat (klasa II gimnazjum), 18 lat (klasa II liceum, technikum).

Znaczenie, które badani dorastający przypisali wartościom, szczególnie zdrowiu i zdrowiu psychicznemu, przedstawiono w tabeli 2.

Analiza danych przedstawionych w tabeli 2. pozwala zauważyć, że badani uczniowie, niezależnie od płci i wieku (rodzaju szkoły), przypisywali duże znaczenie zdrowiu, umieszczając je centralnie w swych hierarchiach wartości, tuż za bezpieczeństwem rodziny.

Zdrowiu psychicznemu uczniowie przypisali mniejsze znaczenie (7 ranga). Dziewczeta ceniły zdrowie psychiczne nieco bardziej (7 ranga) niż chłopcy (8 ranga). Uwzględniając wiek badanych, zauważamy, że znaczenie przypisywane tej wartości maleje (SP — 5 ranga, gimnazjum — 8 ranga, LO / Tech — 9 ranga).

Można więc przypuszczać, że znaczenie, które dorastający uczniowie przypisali zdrowiu i zdrowiu psychicznemu zależało od tego, czy wartości te cenili członkowie systemów, do których należeli — systemu rodzinnego, szkolnego. Na przejmowanie przez dorastających wartości cenionych w rodzinie ma wpływ poziom postrzeganej spójności ich systemu rodzinnego (Bulla, 2004; Płonka, 2006). Również system szkolny, za pośrednictwem propagowanych informacji, ustosunkowań i zachowań, może sprzyjać poszerzaniu się schematów poznawczych uczniów o nowe przekonania dotyczące zdrowia i choroby psychiczne.

Podjmując próbę wyjaśnienia różnic w znaczeniu przypisywanemu zdrowiu i zdrowiu psychicznemu, można te różnice rozpatrzeć w perspektywie medialno-edukacyjnego ujmowania zdrowia jako wartości, które za-

Tabela 2

**Znaczenie przypisywane przez dorastających zdrowiu
i zdrowiu psychicznemu z uwzględnieniem ich płci i wieku**

Wartości	Rangi					Σ
	Typ szkoły			Płeć		
	SP	G	LO / Tech	dz	chl	
Bezpieczeństwo rodziny	1	1	1	1	1	1
Dojrzała miłość	6	6	2	6	2	4
Dostatnie życie	10	9	18	12	5	11
Mądrość	9	5	6	8	7	8
Poczucie dokonania	16	16	14	16	16	16
Poczucie własnej godności	15	12	8	10	11	9
Pokój na świecie	8	10	19	11	10	13
Prawdziwa przyjaźń	4	4	5	4	6	5
Przyjemność	14	15	13	15	13	15
Równowaga wewnętrzna	12	14	11	13	15	12
Równość	17	13	12	14	14	14
Szczęście	7	7	4	5	9	6
Świat piękna	19	18	17	19	19	19
Uznanie społeczne	18	17	15	17,5	18	18
Wiara	2	2	7	2	4	3
Wolność	11	11	10	9	12	10
Zdrowie	3	3	3	3	3	2
Zdrowie psychiczne	5	8	9	7	8	7
Życie pełne wrażeń	13	19	16	17,5	7	17

proponował Mirosław Kowalski (2006, s. 71–87). Zgodnie z zaproponowanym ujęciem, można przyjąć, że tak duże znaczenie przypisywane zdrowiu i zdrowiu psychicznemu dałoby się wyjaśnić m.in. wpływem na przekonania uczniów trwałych elementów ich środowiska życia — telewizji i internetu, rozumianych jako czynniki socjalizacyjne. Media te występują często jako czynnik tworzący, a nie dopełniający informację — rola obrazu ulega wyraźnemu rozszerzeniu, a jego znaczenie rośnie dopiero w połączeniu z wiedzą, odczuciami i warunkami, w których dokonuje się jego odbiór. Mediatyzacja życia codziennego sprawia, że zmienia się kierunek indywidualnego rozumienia kultury zdrowotnej. Zwiększa się zakres wiedzy o zdrowiu i jego zagrożeniach. Współczesna rzeczywistość pro-

cesów socjalizacyjnych i inkulturacyjnych w obszarach odnoszących się do zdrowia jako wartości, przyczyniać się może do wzrostu deklarowanego znaczenia przypisywanego zdrowiu. Reklamowanie zachowań sprzyjających zdrowiu — przez kreowanie poczucia winy — może utwierdzać w przekonaniu o słuszności traktowania ludzi jako „konsumentów”, a zdrowia jako „towaru”. Postawy te, związane z obowiązującą i propagowaną w mediach ideą utrzymania zdrowia w dobrym stanie, mogą sprawiać, że odbiorca odczuwa przymus przyjęcia określonego stylu i rytmu życia. Nakazy, zakazy, porady profesjonalistów z zakresu medycyny, zawarte w medialnym przekazie, dotyczą przede wszystkim zdrowia w wymiarze fizycznym. Rzadziej odnoszą się do zagadnień związanych z funkcjonowaniem w obszarze zdrowia psychicznego, duchowego, z wyjątkiem sytuacyjnych przekazów związanych np. z dniem poświęconym depresji, schizofrenii.

Wiedza dorastających o chorobach psychicznych

Koncepcję, jaką mają dorastający na temat choroby psychicznej, można analizować, opisując, jak rozumieją oni pojęcie choroby psychicznej, oraz próbując scharakteryzować ich przekonania o przyczynach i specyfice objawów tej choroby, czynnikach podatności na nią, o rodzajach chorób psychicznych, możliwościach wyleczenia i skuteczności udzielanej chorym psychicznie pomocy.

Rozumienie przez dorastających pojęcia „choroba psychiczna”

Źródłem wiedzy o rozumieniu przez dorastających pojęcia choroby psychicznej była analiza definicji, jakie oni utworzyli. Badani, definiując to pojęcie, wymienili 56 różnych desygnatów. Definicje pogrupowano i wyróżniono następujące ich kategorie:

- przyczyny, źródła choroby psychicznej — to choroba związana z zaburzeniami mózgu, choroba umysłu, choroba oparta na zniszczonej psychice, choroba na tle psychicznym, choroba człowieka, który nie doświadczył miłości, choroba wywołana przez trudne problemy, konflikty, wypadki losowe, stan nabyty lub przekazany w genach, choroba duszy, upośledzenie mózgu, zmiany w postępowaniu i w myśleniu na skutek silnych przeżyć psychicznych, zespół chorób wpływających na stan rozumu, inteligencji oraz świadomości;
- jednostki chorobowe i ich symptomy psychiczne — opóźnienie w rozwoju, człowiek z zespołem Downa, obłąkany, z depresją, urojeniami, zaburzeniami emocjonalnymi, zaburzeniami osobowości, świadomości, z zaburzeniami psychicznymi, załamany nerwowo / psychicznie;

- specyfika, nietypowość zachowań osoby chorej psychicznej — robienie czegoś innego niż normalni ludzie, inne zachowanie się, niezrównoważenie psychiczne, napady złości (znęcanie się), niepanowanie nad emocjami, nad sobą, niekontrolowanie tego, co się robi, nieumiejętność podjęcia decyzji, skłonność do wszystkiego, brak świadomości swych czynów, zapatrzenie w siebie, brak zainteresowania czymkolwiek, nadpobudliwość, poczucie niepotrzebności, wielka nerwowość, stan rozdwojenia jaźni, nieprzewidywalność czynów, posiadanie swego odrębnego, zamkniętego świata, nienormalne irracjonalne postępowanie, podenerwowanie;
- konsekwencje choroby psychicznej — unikanie kontaktu z otoczeniem, stres, niezdolność do samodzielnego życia, upośledzenie funkcjonowania społecznego, nieumiejętność zachowania się w większości sytuacji, poradzenia sobie z sobą, przeżywanie cierpienia, lęku i zahamowania, brak tolerancji ze strony innych;
- specyfika leczenia — choroba, którą można wyleczyć u psychologa, chorey psychicznie powinien zażywać leki, jest to choroba nieuleczalna.

Pojawiło się również 7 odpowiedzi „nie wiem”, a 36 badanych nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Częstotliwość występowania wyróżnionych kategorii definicji choroby psychicznej, z uwzględnieniem wieku i płci badanych, przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3

**Sposoby definiowania przez dorastających choroby psychicznej
(w procentach)**

Kategorie definicji	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Przyczyny, źródło choroby psychicznej	41,4	31,8	34,0	32,5	37,3	34,5
Jednostki chorobowe i ich symptomy psychiczne	17,2	7,9	8,0	8,4	11,9	9,9
Specyfika, nietypowość zachowań osoby chorej psychicznie	24,0	52,4	48,0	45,8	44,1	45,1
Konsekwencje choroby psychicznej	6,9	7,9	10,0	10,8	5,1	8,5
Specyfika leczenia	10,3			2,4	1,7	2,1
Σ	29	63	50	83	59	142

Analizując uzyskane wyniki, można zauważyć, że:

- chorobę psychiczną najczęściej (45,1%) definiowano — niezależnie od płci badanych — opisując specyfikę i nietypowość zachowań osoby chorej, a także wskazując przyczyny choroby psychicznej (34,5%); wymieniano również znane przykłady chorób psychicznych (9,9%) oraz konsekwencje choroby psychicznej; tylko niewiele spośród podanych definicji sprowadzało się do opisu specyfiki leczenia;
- definicje dziewcząt częściej (10,8%) niż chłopców (5,1%) koncentrowały się wokół konsekwencji chorób psychicznych oraz zawierały opis specyfiki leczenia chorych (dziewczęta — 2,4%, chłopcy — 1,7%); definicje chłopców częściej niż dziewcząt dotyczyły genezy choroby psychicznej (chłopcy — 37,5%, dziewczęta — 32,5%), jednostek chorobowych i symptomów choroby (chłopcy — 11,9%, dziewczęta — 8,4%); wszystkie te różnice nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności statystycznej;
- wraz z wiekiem badanych spośród kategorii definicji choroby psychicznej częściej akcentowano nietypowość zachowań osób chorych psychicznie (SP — 24,0%, G — 52,4%, LO / Tech — 48,0%), a także konsekwencje choroby (SP — 6,9%, G — 7,9%, LO / Tech — 10,0%); z wiekiem badanych mniej było natomiast definicji opisujących genezę choroby psychicznej (SP — 41,4%, G — 31,8%, LO / Tech — 34,0%) oraz zawierających przykłady chorób psychicznych i ich symptomów (SP — 17,2%, G — 7,9%, LO / Tech — 8,0%); wszystkie wymienione różnice nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności statystycznej.

Obraz choroby psychicznej utworzony na podstawie definicji, które sporządzili badani uczniowie, składa się z:

- informacji posiadanych przez nich na temat istoty choroby psychicznej;
- dowodów prób zrozumienia przez nich czynników wewnętrznych i zewnętrznych, sprzyjających powstaniu zaburzeń, i ich przemyśleń na temat podatności na zachorowanie (pojawily się dowody rozumienia przez nich działania praw torowania i tła);
- zestawu objawów fizycznych i psychologicznych, świadczących o toczącym się procesie chorobowym;
- inwentarza konsekwencji bliższych i dalszych choroby;
- zespołu tych konsekwencji choroby, które, w opinii badanych, dowodzą jej specyficzności.

Można przyjąć, iż informacje uczniów na temat choroby psychicznej poszerzają i pogłębiają ich świadomość społeczną. Pozwalają zajmować bardziej tolerancyjne postawy wobec grup w jakiś sposób innych. Taką grupą są osoby chore psychicznie, których liczba w społeczeństwie rośnie. Wiedza w tym szczególnym zakresie może ograniczyć zakres stereotypów spo-

łecznych, które utrudniają ludziom porozumiewanie się, i ułatwiać dorastającym odpowiedzialne zachowanie.

Objawy choroby psychicznej w percepcji dorastających

By poznać kryteria, na których podstawie dorastający badani uznawali konkretne postępowanie za wskaźnik choroby psychicznej, poproszono ich o odpowiedź na następujące pytanie: Po czym można poznać, że ktoś jest chory psychicznie? Opisz, jak taka osoba wygląda, jak się zachowuje. W odpowiedzi badani wymienili 97 różnych wskaźników, symptomów, objawów, oznak choroby psychicznej, które pogrupowano i utworzono 4 kategorie: objawy psychologiczne, objawy dotyczące zachowania, objawy fizyczne, inne.

Wśród objawów psychologicznych wyróżniono następujące symptomy świadczące o chorobie psychicznej danej osoby:

- niepokój, lęk, strach, obawy — odczuwa strach przed niektórymi wspomnieniami, rozgląda się dookoła, boi się, odczuwa lęk i niepokój;
- konfliktowość — zaczepia wszystkich, jest problemowa, dokucza innym;
- załamanie się — jest załamana;
- smutek — jest smutna, oswiała, może często płakać, bez poczucia humoru;
- bierność emocjonalna, izolowanie się — jest cicha, milcząca, zamyślona, flegmatyczna, zamknięta w sobie, nie reaguje, obojętna, nieobecna, zmęczona, unika rozmów o swych problemach, ma swój własny świat, na niczym jej nie zależy, niczym się nie interesuje, nie ma chęci do życia, nie chce nigdzie wychodzić, nic jej się nie chce, zagubiona w świecie, nie chce jej się rozmawiać, nie chce nic mówić;
- urojenia, mania prześladowcza — czuje się prześladowana, ma przewidzenia, urojenia;
- niezrównoważenie, — zachwiana równowaga psychiczna — ma zmiany nastroju, nie panuje nad swymi emocjami;
- rozdrażnienie, denerwowanie się — szybko i prawie w każdej sytuacji denerwuje się, jest nerwowa, nadpobudliwa, niespokojna, wszystko ją drażni;
- zaburzenia procesów poznawczych; zaburzenia świadomości — jest nie logiczna, nie myśli, mówi głupstwa, dziwne rzeczy, mówi „od rzeczy”, jest roztrzępana, nie potrafi przewidzieć konsekwencji swego zachowania, nie myśli racjonalnie, jest lekkomyślna, rozkojarzona, ma problemy z koncentracją, ma zaburzenia świadomości, jest nieświadoma sytuacji, czasami nie pozwala sobie pomóc, nie wie, co robi, słabo się uczy, robi wszystko bezmyślnie, nie kontaktuje;

- odrzucenie, osamotnienie — nie ma przyjaciół, żyje w odosobnieniu, izoluje się, przeważnie jest odrzucana, ma problemy z nawiązaniem kontaktu, jest wyśmiewana i poniżana;
- nieetyczność — zachowuje się nieetycznie, niemoralnie, nie potrafi odróżnić dobra od zła, nie zważa na słowa, jest wulgarna;
- skłonność do uzależnień — z nerwów pali więcej papierosów, szybko wpada w nałóg, ma nałogi, pije alkohol, zażywa narkotyki;
- poczucie niskiej wartości — czuje się niedowartościowana, niepotrzebna, ma niską samoocenę, jest wrażliwa na krytykę otoczenia;
- agresywność — rzuca przedmiotami, bywa agresywna, ma skłonności samobójcze.

Wśród objawów dotyczących specyficznych zachowań, osoby chorej psychicznie wyróżniono:

- nieadekwatność zachowań — zachowuje się dziwnie, irracjonalnie, niemoralnie, mówi do siebie, ma dziwne pomysły, śmieje się ze wszystkiego, ośmiesza się, zachowuje się inaczej, nieodpowiednio do sytuacji, ubiera się nieodpowiednio, źle się zachowuje, ma dziwne problemy;
- nieprzewidywalność, nieobliczalność — jest zdolna do wszystkiego, krzyczy bez powodu, ma napady szału, jest wybuchowa, ma napady złości, jest nieobliczalna, nieprzewidywalna;
- zaniedbanie zewnętrzne — jest nieuczesana, brudna, niezadbana.

Do specyficznych objawów fizycznych zaliczono: dziwny, charakterystyczny wygląd, kiwanie się, obgryzanie paznokci, przewracanie oczami, podwyższony poziom adrenaliny, niejedzenie, lenistwo, opóźnienie w rozwoju, senność; taka osoba dużo śpi, słaba, jest spięta, ma inny układ czaszki, ma zwolnioną reakcję, mówi niewyraźnie, ma specyficzne, niekontrolowane odruchy, tiki, cierpi na bezsenność, wydaje dziwne odgłosy.

Wśród innych cech osoby chorej psychicznie uczniowie wymienili: czasem nie odróżnia się wyglądem od innych, wygląda normalnie, jest ufna, nie potrafi wykonać prostych czynności, potrzebuje opieki społecznej.

Badani odpowiadali również „nie wiem” — 5 osób, a 32 osoby nie udzieliły żadnej odpowiedzi. Częstotliwość występowania wymienionych przez badanych symptomów choroby psychicznej zestawiono w tabeli 4.

Analizując otrzymane wyniki, można zauważyć, że badani najczęściej wśród symptomów choroby psychicznej wskazywali na objawy psychologiczne (66,3%), rzadziej oceniali specyfikę zachowania osoby chorej (21,3%), najrzadziej (9,5%) wskazywali fizyczne, zewnętrzne oznaki jej zachowania. Z porównania danych zawartych w tabeli wynika, że objawy, które wskazywały dziewczęta, różnią się od tych wymienianych przez chłopców (Chi kwadrat — 6,89, $p < 0,05$). I tak objawy psychologiczne były częściej wskazywane przez dziewczęta (71,1%) niż przez chłopców (58,3%).

Tabela 4

Objawy choroby psychicznej (w procentach)

Objawy		Typ szkoły			Płeć		Σ
		SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Psychologiczne	niepokój, lęk, strach, obawy	2,4	7,1	3,5	3,3	8,1	4,9
	konfliktowość	4,9	3,1	1,2	2,7	2,7	2,7
	załamanie się		1		0,7		0,5
	smutek	7,3	4,1	4,7	6,0	2,7	4,9
	bierność emocjonalna, izolowanie się	17,1	20,4	23,5	21,3	20,3	21,0
	urojenia, mania prześladowcza	2,4	3,1	1,2	1,3	4,1	2,2
	niezrównoważenie		2,0	3,5	2,7	1,4	2,2
	rozdrażnienie, denerwowanie się	9,8	20,4	25,9	17,3	27,0	20,5
	zaburzenia procesów poznawczych; zaburzenia świadomości	26,8	13,3	21,2	22,7	10,8	18,8
	odrzućcie, osamotnienie		13,3	8,2	8,7	9,5	8,9
	nieetyczność	2,4		5,9	2,0	4,1	2,7
	skłonność do uzależnień	12,2	3,1	1,2	4,0	4,1	4,0
	poczucie niskiej wartości	4,9	2		2,8		1,8
	agresywność	9,8	7,1		4,7	45,4	4,9
	Σ	57,8	65,8	72	71,1	58,3	66,3
Dotyczące zachowania	nieadekwatność zachowań	93,3	65,7	72,7	70,3	77	73,6
	nieprzewidywalność, nieobliczalność	6,7	20,0	27,3	21,6	17	19,4
	zaniedbanie zewnętrzne		14,3		8,1	5,7	6,9
Σ		21,1	23,5	18,6	17,5	27,6	21,3
Specyficzne objawy fizyczne		18,3	7,4	6,8	8,1	11,8	9,5
Inne		2,8	3,4	2,5	3,3	2,4	3,0
O g ó ł e m		71	149	118	211	127	338

Specyficzne zachowania osób chorych psychicznie pojawiały się częściej wśród objawów choroby, które wymieniali chłopcy (27,6%) niż dziewczęta (17,5%). Uwzględniając wiek badanych, stwierdzono istotne statystycznie różnice (Chi kwadrat — 9,584, $p < 0,05$). I tak możemy zauważyć, że wraz z wiekiem badanych wśród wymienianych przez nich objawów choroby

częściej pojawiały się objawy psychologiczne (SP — 57,8%, G — 65,8%, LO / Tech — 72,0%), a rzadziej — szczególnie na poziomie szkoły ponadgimnazjalnej — objawy dotyczące nieprzewidywalności zachowania chorego (G — 23,5%, LO / Tech — 18,6%) czy objawy fizyczne (SP — 18,3%, G — 7,4%, LO / Tech — 6,8%).

Spośród objawów psychologicznych choroby psychicznej najczęściej wymieniano bierność emocjonalną i tendencję do izolowania się chorych (21,0%), rozdrażnienie i skłonność do denerwowania się (20,5%), zaburzenia procesów poznawczych i zaburzenia świadomości (18,8%), odrzucenie chorych przez innych i ich osamotnienie (8,9%). Wśród objawów choroby dziewczęta częściej niż chłopcy wyróżniały smutek, niezrównoważenie, zaburzenia funkcjonowania poznawczego chorych i zaburzenia ich świadomości, natomiast chłopcy częściej wymieniali takie objawy psychiczne, jak: rozdrażnienie i zdenerwowanie, lęk i strach, urojenia. Z wiekiem badani rzadziej do objawów choroby zaliczali konfliktowość, smutek, osamotnienie i odrzucenie, skłonność do uzależnień i agresywność, częściej natomiast — rozdrażnienie i skłonność do denerwowania się, bierność emocjonalną i skłonność do izolowania się, niezrównoważenie. Częstotliwość wymieniania niektórych objawów choroby przez badanych, wraz z ich wiekiem, rosła i malała (lęk i strach) lub malała i rosła (zaburzenie funkcjonowania poznawczego i świadomości).

Wśród objawów choroby psychicznej związanych ze specyficznym zachowaniem chorych najczęściej wymieniano nieadekwatność (73,6%). Częściej wyróżniali ją chłopcy (77,0%) niż dziewczęta (70,3%), a z wiekiem badanych częstotliwość jej występowania wykazywała tendencję rosnąco-malejącą (SP — 93,3%, G — 65,7%, LO / Tech — 72,7%). Nieprzewidywalność (19,4%) częściej wymieniały dziewczęta (21,6%) niż chłopcy (17,0%), a jej częstotliwość występowania wzrastała wraz z wiekiem badanych (SP — 6,7%, G — 20,0%, LO / Tech — 27,3%).

Większość zaburzeń funkcji psychicznych czy zaburzeń zachowania definiuje się za pomocą opisów społecznych zachowań jednostki, które odnoszone są do norm, a odstępstwo od nich można nazwać patologią (Czabała, 1999, s. 561). Taką normą są również normy etyczne — stąd dla pewnej grupy badanych objawem choroby psychicznej bywały te zaliczone do kategorii nieetyczność. Wybór przez dorastających określonych objawów choroby psychicznej może świadczyć o tym, że są oni świadomi, iż choroba uniemożliwia osobom nią dotkniętym regulowanie swych relacji z otoczeniem (Lewicki, 1978, za: Sęk, 2001, s. 74). Wiedzą, że choroba, zaburzająca zachowania w aspekcie poznawczym (orientacja w otoczeniu i samoorientacja) i motywacyjno-emocjonalnym, nie pozwala chorym psychicznie na zaspokojenie ich potrzeb, wywiązywanie się z zadań rozwojowych i na rozwiązywanie kryzysów rozwojowych. Rodzaj wymienionych

objawów wskazuje, że dorastający, oceniając chorego psychicznie, koncentrują się nie tylko na nieracjonalności, dziwaczności i nieprzewidywalności zachowań chorego psychicznie, ale również na możliwych do dostrzeżenia trudnościach chorych w przystosowaniu, a także potrafią wczuć się w ich sytuację i uświadomić sobie bezmiar cierpienia, będący udziałem chorych — lęk, smutek, osamotnienie.

Poglądy dorastających na genezę chorób psychicznych

Wyjaśniając przyczyny choroby psychicznej, można przyjąć perspektywę genetyczną (Brzezińska, 2000, Sęk, 2001, s. 197). Zgodnie z nią każdy rodzaj zaburzeń stanowi wynik współdziałania czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Powstaniu różnego rodzaju patologii (jednostkowych — patologia „Ja”, interakcyjnych — patologia więzi, grupy, lub systemu — patologia małżeństwa, rodziny) sprzyjają wzajemne interakcje między ludźmi, sposoby zaspokajania potrzeb i realizacji zadań życiowych. Rzadko można znaleźć współcześnie choroby, których genezą jest jeden czynnik etiologiczny, całkowicie warunkujący powstanie choroby oraz jej przebieg (Sęk, 2001, s. 51). Czynniki te w różny sposób oddziałują na siebie, a interakcja ta dodatkowo może podlegać zmianom w toku rozwoju ontogenetycznego jednostki.

By poznać stan wiedzy dorastających na temat złożonych okoliczności poprzedzających ujawnienie się zaburzonego zachowania, a także ich przekonań o mechanizmie współwystępowania czynników warunkujących zachorowanie, poproszono ich o odpowiedź na pytanie: Jak myślisz, co może być przyczyną zachorowania na chorobę psychiczną?

Udzielając odpowiedzi na pytanie o przyczyny zachorowania na chorobę psychiczną, dorastający wymienili łącznie 66 różnych okoliczności. Przyczyny te pogrupowano i utworzono dwie główne kategorie: biologiczne i psychologiczne.

- W kategorii biologicznych wyróżniono następujące rodzaje przyczyn:
- genetyczne — dziedziczenie, wady genetyczne;
 - choroby i uszkodzenia mózgu — niewłaściwa budowa mózgu, niedotlenienie mózgu, nieprawidłowości w mózgu, uraz głowy, mózgu, wstrząs lub guz mózgu;
 - konsekwencje innych chorób — powikłania po chorobie, wylew, zły stan zdrowia;
 - wypadki;
 - niewłaściwy tryb życia — brak odpoczynku, przepracowanie;
 - inne — wszystko, zarażenie się chorobą psychiczną, zażywanie anaboliów.

W kategorii psychologicznych wyodrębniono następujące rodzaje przyczyn:

- niezaspokojenie potrzeby miłości i przynależności (w rodzinie — brak kontaktu z rodziną, brak miłości, wsparcia i opieki, patologia rodziny, problemy rodzinne, relacje z rodzicami, rozpieszczanie, rozwód rodziców, trudne dzieciństwo, uraz z dzieciństwa, tragedia rodzinna; w grupie rówieśników — brak bliskich przyjaciół, brak rozmów, odrzucenie i poniżanie ze strony innych, odrzucenie przez ukochaną osobę, otoczenie, inne osoby, relacje z rówieśnikami, rozstanie z bliską osobą, samotność, śmierć bliskiej osoby, zły wpływ otoczenia); potrzeby bezpieczeństwa (brak pieniędzy, brak pracy, niebezpieczeństwa, zastraszanie przez osoby starsze); potrzeby samorealizacji (niskie poczucie własnej wartości);
- stresy i nieradzenie sobie z nimi — kłopoty w szkole / pracy, częste martwienie się, dręczenie się myślami, kłótnie, problemy, nagłe wydarzenia, nieradzenie sobie z problemami i ze stresem, wiele złych rzeczy, zagubienie się w świecie realnym (szybki postęp techniki), zmęczenie psychiczne, częste przeżywanie trudnych sytuacji życiowych, stres, traumatyczne przeżycia;
- konsekwencja uzależnienia — częste chodzenie do dyskotek, nadmierne spożywanie alkoholu, sekty, uzależnienie, zażywanie narkotyków;
- konsekwencja depresji i nerwicy — długotrwałe przygnębienie, depresja, nerwica, wyolbrzymianie problemów, prowadzące do depresji;
- konsekwencja błędnej socjalizacji — zły przykład starszych, niewychowanie przez rodziców;
- konsekwencja doświadczania agresji fizycznej i psychicznej — przemoc fizyczna, psychiczna, przemoc seksualna (gwałt, molestowanie);
- czynniki psychiczne — słaba psychika, załamanie się, zamknięcie się w sobie, wstrząsy psychiczne, urazy psychiczne.

Na pytanie o przyczyny zachorowania na chorobę psychiczną 37 osób nie udzieliło odpowiedzi. Wymienione przez badanych szczegółowe przyczyny chorób psychicznych zestawiono w tabeli 5.

Analizując przedstawione dane, można zauważyć, że badani częściej za przyczynę zachorowania na chorobę psychiczną uznawali czynniki psychologiczne (81%) niż biologiczne (19,1%). Uwzględniając płeć badanych, możemy zauważyć różnice istotne statystycznie (Chi kwadrat — 4,256, $p < 0,05$). Przyczyny biologiczne wskazywały częściej dziewczęta (21,3%) niż chłopcy (15,1%), którzy z kolei przyczyny psychologiczne wymieniali częściej (84,9%) niż dziewczęta (78,7%). Uwzględniając wiek badanych, stwierdzono różnice, które nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności ($p > 0,05$), jednak zauważono, że wraz z wiekiem badanych rzadziej wska-

Tabela 5

Przyczyny zachorowania na chorobę psychiczną (w procentach)

Przyczyny		Typ szkoły			Płeć		Σ
		SP	G	LO / Tech	dz	chł	
biologiczne	genetyczne	27,3	34,8	31,8	30,0	37,5	32,1
	choroby, uszkodzenia mózgu	36,4	21,7	4,6	15,0	25,0	17,9
	konsekwencje innych chorób		21,7		10,0	6,3	8,9
	wypadki	18,2	13	22,7	20,0	12,5	17,9
	niewłaściwy tryb życia			31,8	17,5		12,5
	inne	18,2	8,7	9,1	7,5	18,8	10,7
Σ		32,4	17,4	17,2	21,3	15,1	19,1
psychologiczne	niezaspokojenie potrzeby miłości i przynależności w rodzinie	13	18,4	15,1	18,2	13,3	16,4
	niezaspokojenie potrzeby przynależności w kontaktach z rówieśnikami	26,1	21,1	23,6	23	22,2	22,7
	niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa		3,7	1,9	2	3,3	2,5
	niezaspokojenie potrzeby samorealizacji		1,8		1,35		0,8
	stresy i nieradzenie sobie z nimi	30,4	22,9	31,1	27	27,8	27,3
	konsekwencje uzależnienia	4,4	15,6	13,2	12,2	15,6	13,5
	konsekwencje depresji i nerwicy	4,4	1,8	1,9	2,7	1,1	2,1
	konsekwencje błędnej socjalizacji	8,7				2,2	0,8
	konsekwencje doświadczania agresji fizycznej i psychicznej	8,7	7,3	4,7	5,4	7,8	6,3
Σ		67,7	82,6	82,8	78,7	84,9	81,0
O g ó ł e m		34	132	128	188	106	294

zywano przyczyny natury biologicznej (SP — 32,4%, G — 17,4%, LO / Tech — 17,2%), częściej natomiast — przyczyny natury psychologicznej (SP — 67,7%, G — 82,6%, LO / Tech — 82,8%).

W grupie biologicznych przyczyn chorób psychicznych najczęściej były wymieniane uwarunkowania genetyczne (32,1%), choroby i uszkodzenia mózgu (17,9%), konsekwencje powypadkowych uszkodzeń (17,9%), nie-

właściwy tryb życia (12,5%), powikłania towarzyszące innym chorobom (8,9%). Chłopcy częściej (37,5%) niż dziewczęta (30,0%) wskazywali na uwarunkowania genetyczne, dysfunkcje mózgu (25%, 15%). Dziewczęta z kolei częściej (20,0%) niż chłopcy (12,5%) wskazywały na konsekwencje powikłań powypadkowych i tylko one (uczennice szkół ponadgimnazjalnych) podkreśliły znaczenie niewłaściwego trybu życia w genezie chorób psychicznych. Uwzględniając wiek badanych, można zauważyć, iż z czasem rzadziej uznawano za przyczyny choroby psychicznej — choroby i uszkodzenia mózgu (SP — 36,4%, G — 21,7%, LO / Tech — 4,6%), częściej natomiast — w deklaracjach uczniów szkół ponadpodstawowych — wymieniano czynniki genetyczne.

W grupie przyczyn zachorowań natury psychologicznej najczęściej wskazywano na stresy i nieradzenie sobie z nimi (27,3%), brak satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami (22,7%), z rodzicami (16,4%), na konsekwencje uzależnień (13,5%), skutki doświadczonej agresji (6,3%). Dziewczęta częściej (18,2%) niż chłopcy (13,3%) poszukiwały przyczyn choroby w wadliwych relacjach rodzinnych, natomiast chłopcy (15,5%) — w konsekwencjach uzależnień (dziewczęta — 12,2%) czy reperkusjach doświadczonej agresji (chłopcy — 7,8%, dziewczęta — 5,4%). Z wiekiem badanych rzadziej do przyczyn choroby psychicznej zaliczano doświadczoną agresję (SP — 8,7%, G — 7,3%, LO / Tech — 4,7%), konsekwencję depresji lub nerwicy (SP — 4,4%, G — 1,8%, LO / Tech — 1,9%). Rosła i malała częstotliwość wskazywania wśród przyczyn choroby niesatysfakcjonujących relacji rodzinnych (SP — 13,0%, G — 18,4%, LO / Tech — 15,1%), konsekwencji uzależnień (SP — 4,4%, G — 15,6%, LO / Tech — 13,3%), natomiast malała i rosła częstotliwość wymieniania wśród przyczyn choroby złych relacji z rówieśnikami (SP — 26,1%, G — 21,1%, LO / Tech — 23,6%).

Z wiekiem badani mniejsze znaczenie przypisywali czynnikom biologicznym w powstawaniu zaburzeń psychicznych, a większe — czynnikom psychologicznym. Może to dowodzić, że z wiekiem uczniowie coraz lepiej dostrzegają związki między przestrzenią, w której żyje człowiek, a jego zachowaniami i stanem zdrowia psychicznego (por. S t e m b e r i in. 1987, za: J o h n - B o r y s, 2002, s. 23). Prawdopodobnie właśnie dzięki nowym możliwościom, u których podstaw leżą operacje formalne, dorastający chłopcy, wyjaśniając genezę chorób psychicznych, potrafią uwzględnić wielość przyczyn natury psychologicznej i zależności pomiędzy nimi. Stają się zatem bardziej zdolni, by rozpatrując genezę chorób psychicznych, brać pod uwagę czynniki psychiczne — stres, kryzysy, rozwojowe i sytuacyjne, daleko idące konsekwencje uzależnień. Potrafią też wyjaśnić związki przyczynowo-skutkowe, posługując się wnioskowaniem hipotetyczno-dedukcyj-

nym (por. John-Borys, 2002, s. 24). Dorastające dziewczęta częściej niż chłopcy wyróżniały biologiczne przyczyny chorób psychicznych, co może dowodzić ich większej koncentracji na własnym ciele i na fizycznych aspektach choroby. Może wiązać się to ze skłonnością dziewcząt do poszukiwania niepokojących objawów i interpretowania ich jako zagrażających (Roldin, Salovey, 1997, za: John-Borys, 2002, s. 23).

Osoby spostrzegane przez dorastających jako podatne na zachorowanie na chorobę psychiczną

By uzyskać informacje, jakie osoby dorastająca młodzież uznawała za szczególnie podatne na utratę zdrowia psychicznego, poproszono ją o odpowiedź na pytanie: Czy, Twoim zdaniem, pewne osoby, grupy osób są bardziej, niż inne, narażone na zachorowanie na chorobę psychiczną?

W odpowiedzi na to pytanie dorastający wymienili 73 różne grupy, typy osób podatnych na zachorowania. Wyróżniono wśród nich takie kategorie osób:

- uzależnieni — alkoholicy, pracoholicy (biznesmeni), hazardziści, narkomani, osoby, które łatwo wpadają w uzależnienia, osoby odchudzające się;
- sprawcy przemocy — awanturnicy, osoby agresywne i niezrównoważone, sadyści;
- ofiary przemocy — dzieci i osoby molestowane seksualnie, dzieci bite przez rodziców;
- grupy zawodowe — lekarze, maklerzy, nauczyciele, osoby pracujące w zakładach zamkniętych, policjanci, snajperzy, politycy, posłowie, psychiatrzy, psychoanalitycy, sportowcy, żołnierze, którzy byli na wojnie;
- ludzie sukcesu — osoby sławne, ciężko pracujące, osoby, na których spoczywa duża odpowiedzialność;
- specyficzne typy psychologiczne — osoby ciche, zagubione, zamknięte w sobie, osoby, które odrzucają pomoc, osoby o niskim poczuciu wartości, uległe, wrażliwe, delikatne, osoby otyłe lub chude;
- samotni — osoby, które nie doznały opieki, miłości, wsparcia, które nie mają nikogo bliskiego, nie potrafią porozumieć się z innymi, osoby odrzucane i dyskryminowane;
- osoby (dzieci) z traumatycznymi przeżyciami — dzieci porzucone, wychowywane bez rodziców, z domu dziecka i domów poprawczych, z rodzin patologicznych, osoby, które miały nieszczęśliwe dzieciństwo, które nie miały prawdziwej rodziny, z rozbitych rodzin, osoby, które przeżyły tragedię, które straciły kogoś bliskiego, sieroty, wdowy, osoby, które mają problemy rodzinne;

- osoby nieradzące sobie — osoby, które często się martwią, którym nie powodzi się w życiu i mają wiele problemów, osoby nerwowe, z problemami finansowymi, bezrobotne, bezdomne, ludzie bez środków do życia;
- osoby wyróżnione ze względu na właściwości rozwojowe — dzieci, uczniowie, młodzież, osoby dorosłe, starsze, młode, które nie radzą sobie z problemami, kobiety w ciąży;
- osoby żyjące w specyficznych warunkach — osoby żyjące pod presją psychiczną, żyjące w strachu, w stresie, należące do sekt i subkultur;
- ciężko chorzy;
- nerwowi;
- słabi psychicznie;
- osoby kontaktujące się z chorymi psychicznie — jeśli np. w rodzinie był ktoś chory.

Na pytanie dotyczące podatności na zachorowanie na chorobę psychiczną 2 osoby udzieliły odpowiedzi „nie wiem”, natomiast 38 badanych nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Częstotliwość wymieniania różnych kategorii osób, szczególnie narażonych na zachorowanie na chorobę psychiczną przedstawiono w tabeli 6.

Z analizy uzyskanych danych, zamieszczonych w tabeli 6., wynika, że badani uznawali za najbardziej podatnych na zachorowanie: uzależnionych (16,4%), osoby mające za sobą traumatyczne doświadczenia (15,1%), samotnych (9,6%), żyjących w specyficznych warunkach (8,6%), wykonujących określone zawody (8,2%), oraz osoby o specyficznych właściwościach rozwojowych (7,5%).

Dziewczęta częściej niż chłopcy wskazywały jako bardziej skłonnych do chorób psychicznych osoby samotne (dz — 11,4%, chł — 6,1%), ofiary przemocy (dz — 5,7%, chł — 1,0%), osoby o specyficznych właściwościach: zagubione, uległe, otyłe (dz — 9,8%, chł — 3,0%). Chłopcy natomiast częściej niż dziewczęta wymieniali przedstawicieli określonych grup zawodowych — lekarzy, maklerów, nauczycieli, polityków, sportowców, żołnierzy (chł — 14,1%, dz — 5,2%), uzależnionych (chł — 18,2%, dz — 15,5%), osoby, które doświadczyły traumy — porzucone, z patologicznych rodzin, które przeżyły tragedię (chł — 20,2%, dz — 12,4%). Różnice te są istotne statystycznie (Chi kwadrat — 18,2, $p < 0,05$).

W odniesieniu do wieku badanych również zauważamy różnice istotne statystycznie (Chi kwadrat — 26,38, $p < 0,05$). Wraz z wiekiem badani częściej wskazywali jako bardziej podatnych na zachorowanie osoby uzależnione (SP — 6,5%, G — 15,7%, LO / Tech — 19,8%), sprawców przemocy (SP — 3,2%, G — 3,6%, LO / Tech — 6,6%), przedstawicieli określonych grup zawodowych (SP — 0%, G — 6,4%, LO / Tech — 12,4%), osoby żyjące w niesprzyjających warunkach (SP — 0%, G — 8,6%, LO / Tech

Tabela 6

Osoby podatne na zachorowanie na chorobę psychiczną (w procentach)

Osoby	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Uzależnieni	6,5	15,7	19,8	15,5	18,2	16,4
Sprawcy przemocy	3,2	3,6	6,6	4,7	5,1	4,8
Ofiary przemocy	16,1	2,1	3,3	5,7	1,0	4,1
Ofiary wypadków		1,4	0,8	1,55	0	1,0
Grupy zawodowe		6,4	12,4	5,2	14,1	8,2
Ludzie sukcesu		0,7	1,7	1	1,0	1,0
Specyficzne typy psychologiczne	22,6	3,6	8,3	9,8	3,0	7,5
Samotni	6,5	13,6	5,8	11,4	6,1	9,6
Osoby (dzieci) z traumatycznymi doświadczeniami	12,9	18,6	11,6	12,4	20,2	15,1
Osoby nieradzące sobie	6,5	5,7	4,1	6,2	3,0	5,1
Osoby ze względu na właściwości rozwojowe	12,9	8,6	5,0	6,7	9,1	7,5
Osoby żyjące w specyficznych warunkach		8,6	10,7	9,3	7,1	8,6
Ciężko chorzy	3,2			0,5		0,3
Nerwowi			1,7	1,0		0,7
Słabi psychicznie	6,5	6,4	3,3	4,7	6,1	5,1
Osoby kontaktujące się z chorymi psychicznie		5,0	5,0	3,6	6,1	4,5
Inne	3,2			0,5		0,3
Σ	31	140	121	193	99	292

— 10,7%), ludzi sukcesu (SP — 0%, G — 0,7%, LO / Tech — 1,7%), osoby kontaktujące się z chorymi psychicznie (SP — 0%, G i LO / Tech — po 5,0%). Coraz rzadziej natomiast wskazywali ofiary przemocy (SP — 16,1%, G — 2,1%, LO / Tech — 3,3%), osoby doświadczające kryzysów rozwojowych (SP — 12,9%, G — 8,6%, LO / Tech — 5,0%), nieradzące sobie (SP — 6,5%, G — 5,7%, LO / Tech — 4,1%), słabe psychicznie (SP — 6,5%, G — 6,4%, LO / Tech — 3,3%). Gimnazjaliści częściej niż pozostali uczniowie za podatnych na zachorowanie uznawali osoby samotne (SP — 6,5%, G — 13,6%, LO / Tech — 5,8%), osoby z traumatycznymi doświadczenia-

mi (SP — 12,9%, G — 18,6%, LO / Tech — 11,6%). Tylko uczniowie szkoły podstawowej uważali, że osoby ciężko chore są bardziej niż zdrowe narażone na zachorowanie na chorobę psychiczną.

Dorastający, wskazując okoliczności zwiększające prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę psychiczną, dowiedli, iż są świadomi, że do zaburzeń funkcjonowania psychicznego może dochodzić na skutek interakcji wielu czynników — sprawczych i usposabiających (Sę k, 2001, s. 53, 54). Dorastający wiedzą, że ludzie są w różnym stopniu uwrażliwieni i podatni na działanie czynników uszkadzających czy to ośrodkowy układ nerwowy, czy to struktury osobowości. Stresory i krytyczne wydarzenia mogą nadmiernie obciążyć mechanizmy regulacji psychicznej człowieka. Wzory zachowań antyzdrowotnych, związane ze specyfiką wykonywanego zawodu lub preferowanego stylu życia czy specyfiką warunków życia, stanowią w percepcji dorastających poważny czynnik sprzyjający zachorowaniu psychicznemu.

Wiedza dorastających o rodzajach chorób psychicznych

Dorastający w odpowiedzi na pytanie o znane im przykłady chorób psychicznych wymienili 53 różne choroby, które pogrupowano i utworzono z nich, na podstawie klasyfikacji DSM-4, następujące kategorie:

- zaburzenia nastroju — samookaleczanie się, depresja poporodowa, depresja, zamykanie się w sobie, mania, obsesja maniackalna;
- zaburzenia lękowe — stany lękowe, fobie, nerwica, stres, klaustrofobia, obsesja, załamanie nerwowe;
- zaburzenia somatomorficzne — hipochondria;
- zaburzenia odżywiania — anoreksja, bulimia, zagłodzenie się;
- zaburzenia osobowości — nie zrównoważenie;
- schizofrenia i symptomy psychotyczne — schizofrenia, urojenia, obłąkanie, rozdwojenie jaźni, psychoza, omamy;
- dysfunkcje seksualne — pedofilia;
- parafilie — ekshibicjonizm, masochizm, sadyzm;
- zaburzenia kontroli impulsów — kleptomania,
- uzależnienia — alkoholizm, narkomania, pracoholizm;
- zaburzenia umysłowe spowodowane ogólnym stanem zdrowia — zapalenie opon mózgowych, padaczka, porażenie mózgowe, epilepsja, guz mózgu;
- zaburzenia diagnozowane zwykle po raz pierwszy w dzieciństwie — ADHD, choroba sieroca, autyzm, zespół Downa, niepełnosprawność umysłowa;
- tiki — tiki nerwowe, zespół Tourette’a;
- zaburzenia snu — lunatykowanie.

Pojawiły się również odpowiedzi nieprawidłowe — anemia, AIDS, 4 odpowiedzi „nie wiem”. Częstotliwość występowania wymienionych przez dorastających chorób psychicznych przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7

Choroby psychiczne wymienione przez dorastających (w procentach)

Choroby psychiczne	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Zaburzenia nastroju	3,6	15,9	19,9	18,6	12,0	16,2
Zaburzenia lękowe	7,0	17,6	21,1	14,8	23,9	18,0
Zaburzenia somatomorficzne		1,1			1,7	0,6
Zaburzenia odżywiania	3,6	15,9	15,5	20,5	4,3	14,7
Zaburzenia osobowości		0,6		0,5		0,3
Schizofrenia i symptomy psychotyczne	3,6	17,6	17,1	17,1	14,5	16,2
Dysfunkcje seksualne		1,7	0,8	1,4	0,9	1,2
Parafilie		5,7		0,5	7,7	3,1
Zaburzenia kontroli impulsów			0,8	0,5		0,3
Uzależnienia		10,8	13,8	11	11,1	11,0
Zaburzenia umysłowe spowodowane ogólnym stanem zdrowia	21,4	2,8		3,8	2,6	3,4
Zaburzenia diagnozowane zwykle po raz pierwszy w dzieciństwie	50,0	7,4	9,8	8,6	18,0	11,9
Tiki	3,6	1,7	0,8	1	2,6	1,5
Zaburzenia snu			0,8	0,5		0,3
Odpowiedzi nieprawidłowe	7,1	1,1		1,4	0,9	1,2
Σ	28	176	123	210	117	327

Analizując przedstawione dane, można stwierdzić, że dorastający najczęściej wymieniali choroby zaliczone do kategorii zaburzeń lękowych (18%), zaburzeń nastroju (16,2%), schizofrenię i symptomy psychotyczne (16,2%), zaburzenia odżywiania (14,7%), zaburzenia diagnozowane zwykle po raz pierwszy w dzieciństwie — ADHD, zespół Downa (11,9%), uzależnienia (11,0%).

Dziewczęta częściej niż chłopcy wymieniały choroby zaliczone do kategorii zaburzeń nastroju (dz — 18,6%, chł — 12,0%), zaburzeń odżywia-

nia (dz — 20,5%, chł — 4,3%), schizofrenię i symptomy psychotyczne (dz — 17,1%, chł — 14,5%). Chłopcy z kolei częściej niż dziewczęta wymieniali zaburzenia lękowe (chł — 23,9%, dz — 14,8%), zaburzenia diagnozowane zwykle po raz pierwszy w dzieciństwie (chł — 18,0%, dz — 8,6%) oraz parafilie (chł — 7,7%, dz — 0,5%). Różnice te są istotne statystycznie (Chi kwadrat — 21,83, $p < 0,05$).

Z wiekiem badani częściej wymieniali, jako przykład choroby psychicznej, zaburzenia nastroju (SP — 3,6%, G — 15,9%, LO / Tech — 19,5%), zaburzenia lękowe (SP — 7%, G — 17,6%, LO / Tech — 21,1%) oraz uzależnienia (SP — 0%, G — 10,8%, LO / Tech — 13,8%). Rzadziej natomiast wskazywali tiki (SP — 3,6%, G — 1,7%, LO / Tech — 0,8%), zaburzenia diagnozowane po raz pierwszy w dzieciństwie (SP — 50%, G — 7,4%, LO / Tech — 9,8%) oraz zaburzenia wiążące się z ogólnym stanem zdrowia (SP — 21,4%, G — 2,8%, LO / Tech — 0%). Stwierdzone różnice nie osiągnęły jednak wymaganego poziomu istotności.

Częstotliwość wymieniania określonych chorób ma związek z wiekiem badanych. Uczniowie szkoły podstawowej wymieniali najczęściej choroby zaliczone do kategorii zaburzeń diagnozowanych w dzieciństwie — nadpobudliwość autyzm, chorobę Downa — być może dotknęły one ich rówieśników. Podobnie często wymieniali zaburzenia umysłowe spowodowane ogólnym stanem zdrowia — zapalenie opon mózgowych, padaczkę, porażenie mózgowe, guz mózgu, chorobę Alzheimera.

Przekonania dorastających o możliwościach wyleczenia osób chorych psychicznie

Na pytanie dotyczące możliwości wyleczenia osób chorych psychicznie uzyskano 38 różnych odpowiedzi. Wyróżniono wśród nich takie, które zawierały argumenty za możliwością wyleczenia osoby chorej psychicznie (TAK), oraz takie, które wykluczały taką możliwość (NIE).

Warunki sprzyjające wyleczeniu osoby chorej psychicznie:

- dostępność specjalistycznej pomocy — wyleczenie dzięki psychoterapii, hipnozie, oddaniu się w ręce specjalisty, wizycie u psychologa, dzięki lekom;
- doświadczanie wsparcia i pomocy ze strony bliskich — ograniczenie stresu, miłość i pomoc bliskich osób, rozmowa z tą osobą, zajęcie się czymś (sport, rozrywka, wycieczki), osoba chora potrzebuje spokoju, nie można jej denerwować;
- wola zdrowienia osoby chorej i jej wiara w wyzdrowienie — osoba chora musi uwierzyć w siebie, trzeba na to dużo wysiłku, osoba chora musi chcieć wyzdrowieć;

- stadium choroby — jeśli szybko się ją wykryje, w początkowym stadium; choroby zaawansowanej nie da się wyleczyć;
- rodzaj choroby — np. depresja jest uleczalna;
- inne — rehabilitacja, nagły zwrot w życiu, nie powinno się podawać psychotropów.

Warunki niesprzyjające wyleczeniu:

- choroba zostawia „ślad” w psychice chorego i może się ponownie uaktywnić — zawsze zostaje uszczerbek na psychice, jakiś ślad, mogą nastąpić nawroty, osoba zawsze będzie w jakimś stopniu chora, upośledzenie mózgu zostaje na całe życie;
- chorego powinno się hospitalizować — należy zamknąć taką osobę w szpitalu dla chorych psychicznie;
- inne — poważnej choroby psychicznej nie da się wyleczyć, trzeba chodzić do psychologa przez całe życie, można zmniejszyć jedynie objawy, można tylko zahamować jej rozwój lekami.

Na pytanie o możliwość wyleczenia choroby psychicznej 26 badanych nie udzieliło odpowiedzi. Częstotliwość udzielania odpowiedzi typu „TAK” i „NIE” przedstawia tabela 8.

Tabela 8

**Przekonania dorastających o możliwościach wyleczenia osób
chorych psychicznie (w procentach)**

Możliwość wyleczenia	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO/ Tech	dz	chl	
TAK	69,6	49,0	34,3	49,5	41,6	46,2
NIE	30,4	51,0	65,7	50,5	58,4	53,8
Σ	23	96	67	109	77	186

Analizując przedstawione dane, można stwierdzić:

- badani nieco częściej byli przekonani, że choroby psychicznej nie można wyleczyć (53,8%), niż że jest uleczalna (46,2%);
- dziewczęta częściej (49,5%) niż chłopcy (41,6%) uważały, że chorobę psychiczną można wyleczyć, jednak stwierdzona różnica nie osiągnęła wymaganego poziomu istotności;
- wraz z wiekiem słabło przekonanie dorastających, że chorobę psychiczną można wyleczyć (SP — 69,6%; G — 49%; LO / Tech — 34,3%), różnica ta była istotna statystycznie (Chi kwadrat — 9,22, $p < 0,05$).

Można przypuszczać, że wraz z wiekiem badani byli coraz bardziej świadomi trudności w przywróceniu choremu utraconej równowagi psychicznej. Badani wiedzieli już, jak trudno osobie chorej psychicznie odzyskać utracone poczucie zrozumienia siebie i otaczającego świata.

Wiara dziewcząt — większa niż chłopców — w możliwość wyleczenia osoby chorej psychicznie budzi nadzieję, że mogą one — w razie konieczności — udzielić wsparcia osobom chorym psychicznie, podejmującym próbę powrotu do zdrowia. Przekonanie i wiara dziewcząt, że wyleczenie jest możliwe, mogą udzielić się osobom chorym psychicznie, wzmacniając ich nadzieję w wyzdrowienie.

Wiedza dorastających o możliwych formach pomocy osobom chorym psychicznie

Odpowiadając na pytanie dotyczące form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, badani dorastający wymienili 45 różnych sposobów pomagania chorym psychicznie. Odpowiedzi te pogrupowano i wyróżniono następujące rodzaje pomocy:

- wspieranie psychiczne chorego — należy być miłym i wyrozumiałym, nie zadawać niepotrzebnego bólu, nie denerwować tej osoby, opiekować się nią i pomagać jej, otoczyć ją miłością, dać jej dużo ciepła, pomagać w codziennych czynnościach, rozmawiać z nią, otoczyć bliskimi i normalnymi ludźmi, mieć cierpliwość do takich osób, wspierać, pocieszać, być z tą osobą, zaakceptować jej chorobę, zapewnić jej poczucie bezpieczeństwa, zaspokajać jej potrzeby, zbliżyć się do tej osoby, zmniejszyć jej cierpienie, sprawić radość, zorganizować jej czas (spacery, wycieczki);
- traktowanie chorego psychicznie jak innych chorych, zwyczajnie — nie należy przypominać jej o chorobie, trzeba traktować ją normalnie, poważnie, pozwoli wdrażać w realia życia codziennego, sprawić, aby czuła się potrzebna;
- niepozostawianie jej samej sobie, nieizolowanie jej;
- budowanie wiary osoby chorej w wyzdrowienie — należy przekonać ją, że może się wyleczyć, że są osoby, które mogą jej pomóc, sprawić, aby uwierzyła w siebie;
- opieka farmakologiczna — leki, pilnować, aby brała leki;
- hospitalizacja — odizolować chorego od innych, zamknąć w szpitalu, pójść z nią do ośrodka dla osób chorych psychicznie;
- kontakt ze specjalistą — wizyta u psychologa, wizyta u specjalisty psychiatry;
- psychoterapia;
- stymulowanie osoby chorej — ćwiczenia umysłowe, np. przez zabawę;
- rehabilitacja;
- modelowanie zachowania osoby chorej — dawanie przykładu swoim zachowaniem;

- umożliwianie uczestnictwa w grupie wsparcia — pomoc innych chorych, terapia grupowa;
- pomoc jest możliwa, ale niewiadoma;
- pomoc jest niemożliwa — samemu nie można pomóc osobie chorej psychicznie;
- inne — można wyleczyć osobę chorą, ale nie do końca, to wymaga czasu, zależy, co było przyczyną jej zachorowania.

Spółród badanych 5 osób udzieliło odpowiedzi „nie wiem”, a 37 dorastających nie udzieliło odpowiedzi. Częstość wymieniaania przez dorastających form pomocy osobom chorym psychicznie przedstawia tabela 9.

Tabela 9

Sposoby pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi (w procentach)

Sposoby pomocy	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Wsparcie psychiczne	44,4	42,4	41	37,8	48,4	42,2
Zwyczajne traktowanie		7,6	1,6	4,4	3,1	3,9
Niepozostawianie ich samych, nieizolowanie ich		4,6	3,3	5,6		3,3
Budowanie wiary w wyzdrowienie		3		2,2		1,3
Opieka farmakologiczna	3,7	9,1	11,5	11,1	6,25	9,1
Hospitalizacja		9,1	21,3	11,1	14,1	12,3
Kontakt ze specjalistą	11,1	15,15	8,2	10	14,1	11,7
Psychoterapia		6,1	6,6	6,7	3,1	5,2
Ćwiczenia	11,1	1,5		3,3	1,6	2,6
Rehabilitacja	3,7				1,6	0,7
Modelowanie zachowań			1,6	1,1		0,7
Uczestnictwo w grupie wsparcia			1,6	1,1		0,7
Można pomóc, ale nie wiadomo jak	14,8			2,2	3,1	2,6
Nie można pomóc	7,4			2,2		1,3
Inne	3,7	1,5	3,3	1,1	4,7	2,6
Σ	27	66	61	90	64	154

Zamieszczone w tabeli dane pozwalają stwierdzić, że badani najczęściej jako formę pomocy osobom chorym psychicznie wymieniali wsparcie psychiczne (42,0%), hospitalizowanie ich (12,3%), zapewnianie im kontaktu z specjalistą (11,7%), opiekę farmakologiczną (9,1%), psychoterapię (5,2%).

Chłopcy częściej niż dziewczęta podkreślali, że dla procesu zdrowienia osób chorych psychicznie duże znaczenie ma dostarczanie im wsparcia psychicznego (chł — 48,4%, dz — 37,8%), kontakt ze specjalistą (chł — 14,1%, dz — 10%), hospitalizacja (chł — 14,1%, dz — 11,1%). Dziewczęta natomiast, częściej niż chłopcy, podkreślały rolę leczenia farmakologicznego (dz — 11,1%, chl — 6,3%), psychoterapii (dz — 6,7%, chl — 3,1%) i stymulowania osoby chorej (dz — 3,3%, ch — 1,6%). Tylko dziewczęta zaznaczały, że osoby chorej psychicznie nie należy pozostawiać samej i izolować jej, tylko one wskazały, jakie znaczenie ma w procesie leczenia uczestniczenie osoby chorej psychicznie w grupie wsparcia oraz modelowanie jej właściwego zachowania przez dostarczenie wzorów właściwych zachowań. Omówione różnice nie osiągnęły jednak wymaganego poziomu istotności statystycznej ($p > 0,05$).

W odniesieniu do wieku badanych można zauważyć, że wraz z jego wzrostem coraz mniejsze znaczenie przypisywali oni wsparciu, jako formie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi (SP — 44,4%, G — 42,4%, LO / Tech — 41,0%), oraz stymulacji chorych za pomocą ćwiczeń (SP — 11,1%, G — 1,5%, LO / Tech — 0%), natomiast coraz większe znaczenie przypisywali farmakoterapii (SP — 3,7%, G — 9,1%, LO / Tech — 11,5%) i hospitalizacji (SP — 0%; G — 9,1%, LO / Tech — 21,3%). Tylko uczniowie szkoły podstawowej stwierdzili, że można pomóc osobie chorej psychicznie, ale nie wiedzieli, jak to należy uczynić. Również te różnice nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Badani podkreślali znaczenie form pomocy zaliczonych do kategorii wsparcia psychologicznego, czyli potwierdzili, że są świadomi procesów poradności w naturalnych grupach, do których przynależy osoba chora psychicznie (por. Sęk, 2001, s. 265). Celem interakcji wspierającej jest zmniejszenie stresu lub kryzysu przez towarzyszenie, wymianę emocji, kształtowanie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei — i takie formy pomocy zaproponowali również badani. Należy podkreślić, że były to częściej propozycje chłopców niż dziewcząt. Z wiekiem rośnie przekonanie badanych o roli profesjonalnej pomocy medycznej — podkreślali oni znaczenie hospitalizacji i kontaktów ze specjalistami oraz leczenia farmakologicznego.

Tak częste wskazywanie przez dorastających wsparcia, jako formy pomocy, mogło również wynikać z faktu, że badani odnieśli pytanie o formy pomocy osobom chorym — do siebie, czyli, nieświadomie poszukując od-

powiedzi na zadane pytanie, czynili refleksję nad swoimi kompetencjami w tym zakresie. Wśród wskazanych przez badanych sposobów pomocy możemy odnaleźć i te, które przyczyniałyby się do zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa osób chorych oraz potrzeby miłości i przynależności.

Podsumowanie

W artykule podjęto próbę przedstawienia koncepcji choroby psychicznej — jej przyczyn, objawów, a także sposobów i możliwości leczenia zaburzeń psychicznych u uczniów i uczennic w różnym wieku.

Tworząc reprezentacje poznawcze choroby psychicznej oraz podając jej objawy, dorastający chłopcy częściej wskazywali na źródła choroby psychicznej oraz wymieniali jednostki chorobowe, symptomy psychiczne i objawy fizyczne, również częściej oceniali zachowanie osoby chorej, odnosząc je do norm. Dziewczęta natomiast raczej wymieniały konsekwencje choroby psychicznej oraz sposoby jej leczenia. Częściej także wskazywały na psychologiczne (zaburzenia procesów poznawczych) i emocjonalne (obniżenie nastroju i poczucie niskiej wartości) aspekty zaburzeń psychicznych. Chłopcy wśród czynników psychologicznych częściej wskazywali na takie emocje, jak agresja, rozdrażnienie, denerwowanie się.

Badania nie potwierdziły założenia, że dziewczęta miałyby częściej wskazywać na psychologiczne czynniki powodujące zachorowanie na chorobę psychiczną. Jak wskazują wyniki, czynniki te częściej wymieniali chłopcy. Dziewczęta większą wagę przywiązywały do niezaspokojenia potrzeby miłości i przynależności w rodzinie oraz potrzeby samorealizacji, jako czynników sprzyjających zachorowaniu. Dziewczęta częściej wskazywały również na niewłaściwy tryb życia, chłopcy natomiast na uzależnienia (por. J o h n - B o r y s, 2002).

Wskazując osoby bardziej podatne na zachorowanie, dziewczęta częściej wymieniały osoby doznające przemocy, nieradzące sobie ze stresem, osoby samotne i odznaczające się specyficznymi właściwościami. Chłopcy z kolei częściej wymieniali przedstawicieli zawodów szczególnego ryzyka oraz osoby, które doświadczyły traumatycznych przeżyć.

Wymieniając znane sobie choroby psychiczne, dziewczęta częściej wyróżniały choroby określone jako zaburzenia nastroju oraz odżywiania. Większa wiedza dziewcząt o zaburzeniach odżywiania może wynikać z faktu, że zaburzenia te częściej dotyczą dziewczęta i stanowią przedmiot ich zainteresowania. Dziewczęta bowiem przywiązują dużą wagę do wyglą-

du zewnętrznego, podejmują w związku z tym próby odchudzania się, co może powodować zaburzenia odżywiania. Chłopcy z kolei częściej wymieniali zaburzenia lękowe.

Analiza porównawcza uzyskanych wyników, wskazuje na pewną zależność między wiekiem dorastających a sposobem postrzegania choroby psychicznej. I tak młodsi dorastający (uczniowie szkoły podstawowej) w opisie osoby chorej bardziej koncentrowali się na jej stanach wewnętrznych oraz zewnętrznych oznakach fizycznych i jej aktywności. Opierali się oni głównie na obserwowalnych oznakach choroby bądź na znanych im z doświadczenia odczuciach wewnętrznych. Starsi uczniowie z kolei zwracali większą uwagę na zachowanie osoby, jej „pasowanie” do ogólnych norm społecznych oraz charakter utrzymywanych relacji z otoczeniem. Konfrontowali oni to, co obserwowali, z tym, co jest im znane, odwoływali się do obowiązujących kanonów wyglądu i zachowania oraz kontaktów interpersonalnych, co pośrednio może wiązać się z ich większym (w porównaniu z młodszymi) doświadczeniem, mieli zatem szersze spojrzenie na problem.

Poszukując przyczyn utraty zdrowia, uczniowie szkoły podstawowej częściej wskazywali na biologiczne czynniki, natomiast starsi dorastający — czynniki psychologiczne. Różnice te mogą wynikać z wiedzy i doświadczeń, jakie mają dorastający w różnym wieku.

Definiując chorobę psychiczną, młodsi dorastający częściej opisywali źródła chorób psychicznych oraz wymieniali jednostki choroby i ich symptomy, starsi natomiast częściej koncentrowali się na oznakach wykazujących „niepasowanie” do normy społecznej i kulturowej, a także przedstawiali konsekwencje choroby psychicznej. Wymieniając objawy choroby psychicznej, starsi dorastający większą wagę przywiązywali do psychologicznych jej wskaźników. Uczniowie ze szkoły podstawowej z kolei bardziej skupiali się na specyficznych oznakach fizycznych. Nie było znaczących różnic w ocenie zachowania osób chorych psychicznie, której dokonali dorastający w różnym wieku.

Można zauważyć związek pomiędzy wiekiem badanych a sposobem określania przez nich podatności zachorowania na chorobę psychiczną. Młodsi dorastający częściej zwracali uwagę na uwarunkowania biologiczne, starsi natomiast na czynniki psychologiczne. Wymieniając grupy osób podatnych na zachorowanie, młodsi uczniowie częściej wskazywali na osoby, które cechują się pewnymi właściwościami (rozwojowymi oraz osobowościowymi), starsi z kolei — na osoby uzależnione, przedstawicieli określonych grup zawodowych oraz na osoby prowadzące określony tryb życia.

Wymieniając znane sobie choroby psychiczne, młodsi badani częściej udzielali błędnych odpowiedzi i równocześnie częściej niż starsi deklaro-

wali, że znają osobę chorą psychicznie. Należy przypuszczać, że ich niewystarczająca znajomość zaburzeń psychicznych może sprawiać, że częściej uznają oni za chore psychicznie osoby, które w rzeczywistości zaburzone nie są. Również częściej wskazywali na zaburzenia umysłowe spowodowane ogólnym stanem zdrowia oraz diagnozowane w dzieciństwie. Może to wynikać z tego, że koncentrowali się oni bardziej na czynnikach biologicznych. Starsi dorastający natomiast częściej wymieniali choroby, które można uznać za zaburzenie psychiczne lub jego przejaw (gdyż zwykle pojawiały się określenia potoczne, a nie fachowe nazewnictwo). W swych odpowiedziach najczęściej podawali zaburzenia nastroju, lękowe, schizofrenię i symptomy psychotyczne.

Młodszy dorastający częściej uważali chorobę psychiczną za uleczalną i podawali formy pomocy, np. oparte na rehabilitacji. Z kolei starsi zwykle byli zdania, że nie można wyleczyć choroby psychicznej, a metody leczenia, jakie proponowali, to farmakologia i hospitalizacja.

Zgodnie z założeniami teorii rozwoju psychicznego Jeana Piageta (1996; John-Borys, 2002) z wiekiem dorastający konstruują bardziej prawidłowe koncepcje choroby psychicznej i zdrowia. Nabierają większego doświadczenia, potrafią spojrzeć na problem z różnych perspektyw i łączyć informacje pochodzące z rozmaitych źródeł (Hurluck, 1985). Ich myślenie staje się bardziej elastyczne i rzeczowe.

Można przyjąć na podstawie przeprowadzonych badań, że zaobserwowane różnice w tworzeniu koncepcji zdrowia i choroby psychicznej przez dorastających wynikają z przyrostu wiedzy ogólnej i większej złożoności schematów poznawczych oraz doświadczeń społecznych.

Literatura

- Brzezińska A., 2000: *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzozowski P., 1989: *Skala Wartości (SW). Polska adaptacja Value Survey M. Roakea*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP.
- Bulla B., 2004: *Spójność rodziny a stosunek dorastających do wartości*. W: *Spójność rodziny a jej obraz w oczach dorastających*. Red. M. John-Borys. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 125—145.
- Czabała J.Cz., 1999: *Norma a patologia*. W: *Psychologia*. Red. J. Strelau. T. 3. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 560—565.
- Czabała J.Cz., 2000: *Zdrowie psychiczne — zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychologii i Neurologii.
- Dąbrowski K., 1979: *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: PIW.

- Dolińska-Zygmunt G., 2001: *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Gaweł A., 2006: *Zdrowie w perspektywie pedagogicznej. Indywidualne wybory i społeczne interesy*. W: *Zdrowie. Wartość. Edukacja*. Red. M. Kowalski, A. Gaweł. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 109—219.
- Grzywak-Kaczyńska M., 1975: *Psychologia dla każdego*. Warszawa: PAX.
- Hurlock E., 1985: *Rozwój dziecka*. Warszawa: PWN.
- John-Borys M., 2002: *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kowalski M., 2006: *Zdrowie i kultura zdrowotna – różne perspektywy poznawcze*. W: *Zdrowie. Wartość. Edukacja*. Red. M. Kowalski, A. Gaweł. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 15—109.
- Płonka A., 2006: *Doświadczenia rodzinne dorastających i ich wpływ na rozumienie zdrowia psychicznego i choroby psychicznej*. Praca magisterska. Uniwersytet Śląski. Katowice, maszynopis.
- Sęk H., 2001: *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wojciszke B., 1999: *Człowiek w relacji z innymi*. W: *Psychologia*. Red. J. Strelau. T. 3, s. 25—77. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wyczęsany J., 2002: *Wartości jako źródło poglądów młodzieży na temat osób niepełnosprawnych*. Dostępne: <http://www.Wsp.Krakow.pl/konspekt>

Bernadeta Bulla
Alina Płonka

Dorastający wobec osób chorych psychicznie

Człowiek nie rodzi się z gotowym systemem przekonań na temat tego, czym jest zdrowie psychiczne, jaka jest przyczyna chorób psychicznych, na czym polega podatność na chorobę psychiczną, jakie są metody leczenia i zapobiegania chorobom psychicznym. Nie rodzi się również z gotowymi postawami wobec osób chorych psychicznie. Postawa wobec chorych psychicznie, rozumiana jako złożona struktura psychofizyczna nabyta, czyli wyuczona, wyraża stosunek emocjonalny jednostki do osoby chorej psychicznie i stanowi fundament jej gotowości do charakterystycznego dla niej zachowania się wobec osoby chorej (G r z y w a k - K a c z y ń s k a, 1975, s. 112). Na wytworzenie się postawy wobec osób chorych psychicznie składają się różnorodne przeżycia i doświadczenia osobiste oraz wiedza o osobach dotkniętych chorobą psychiczną.

Mimo że postawa wobec chorych psychicznie jest złożoną strukturą poznawczo-emocjonalno-działaniową, to zgodnie z poglądami Marii G r z y w a k - K a c z y ń s k i e j (1975, s. 113) podstawowy jest jej składnik emocjonalny, który ujawnia się w postaci przekonań wartościujących, opinii, a nawet uprzedzeń. System przekonań człowieka składa się z ogromnej liczby pojedynczych przekonań, są one informacją, jaką ma on o osobach psychicznie chorych, prostym twierdzeniem akceptowanym przez niego (R o k e a c h, 1973, za B r z o z o w s k i, 1989, s. 3). Postawy wobec chorych psychicznie są strukturami nabytymi, wyuczonymi pod wpływem otoczenia — rodzinnego, szkolnego kościelnego i medialnego. Oddziaływane to następuje przez naśladownictwo, identyfikację i modelowanie. Wiedza na temat zdrowia i choroby psychicznej, zgromadzona przez dorastających, w wyniku opisanych tu wpływów, którym w sposób świadomy i nieświadomy podlegali, tworzy ich subiektywną wizję zdrowia i choroby psychicz-

nej, zgodnie z którą funkcjonują w kontaktach z osobami chorymi psychicznie.

Ustosunkowanie się dorastających do osób chorych psychicznie — aktualne i przyszłe — zależy od ich indywidualnych poglądów i wiedzy na temat zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych. Uznana jest bowiem zależność między świadomością człowieka, traktowaną jako istotny element rozumienia, wyjaśniania a nawet przewidywania ludzkich działań a jego zachowaniem (Dolińska-Zygmont, 2001, s. 45).

Problem

Koncepcja zdrowia i choroby psychicznej, jaką mają dorastający uczniowie, wynika z ich doświadczeń na płaszczyźnie biologicznej, emocjonalnej i społecznej, zasymilowanych w schematy poznawcze w procesie rozwoju (John-Borys, 2002, s. 19). Przekonania uczniów na temat zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych nie pozostają bez wpływu na ich postawy wobec chorych psychicznie. Przekonania te formowane są na styku wiedzy i uczuć (por. Gaweł, 2006, s. 131). Zgromadzone przez uczniów informacje, przekonania o chorobie psychicznej, o osobach chorych psychicznie mogą — według Bogdana Wojciszke (1999, s. 28) — mieć charakter wiedzy ogólnej (o istocie choroby psychicznej, o przyczynach chorób psychicznych, o pewnych rodzajach zaburzeń psychicznych i ich wpływie na osobowość osoby dotkniętej chorobą) bądź też wspomnień (o konkretnych, spotkanych przez siebie osobach chorych psychicznie, o osobach chorych — bohaterach filmów dokumentalnych, fabularnych). Rozróżnienie to nawiązuje do podziału pamięci na semantyczną — pamięć znaczeń, i epizodyczną — wspomnienia zdarzeń z własnej biografii (Tulving, 1972, za: Wojciszke, 1999, s. 28). Schemat poznawczy „osoba chora psychicznie” to element wiedzy ogólnej ucznia, rozumiany jako organizacja jego uprzednich doświadczeń z chorobą psychiczną i z osobami chorymi psychicznie.

Przyjmując założenie, że dorastający uczniowie, w wyniku dotychczasowych doświadczeń, zgromadzili wiedzę o chorobie psychicznej oraz o osobach chorych psychicznie, w rozdziale tym podjęto próbę odpowiedzi na pytanie o to, jakie dorastający uczniowie deklarują postawy wobec chorych psychicznie.

Metoda badań

By udzielić odpowiedzi na postawione pytanie badawcze, dotyczące stosunku badanych do chorych psychicznie, zastosowano skonstruowaną na potrzeby badań ankietę „Człowiek i jego choroby”. Ankieta zawierała 3 pytania otwarte. Za ich pośrednictwem zwrócono się do badanych uczniów z prośbą o podzielenie się swoimi dotychczasowymi doświadczeniami z osobami chorymi psychicznie i o sporządzenie charakterystyki swoich odczuć w kontaktach z tymi osobami.

Badania przeprowadzono w kwietniu i maju 2005 roku. Badania odbywały się w szkole podstawowej (klasa V, wiek około 12 lat), gimnazjum (klasa II, wiek około 15 lat), liceum oraz technikum (klasa II, wiek około 18 lat), w jednym z miast województwa małopolskiego, za zgodą dyrekcji każdej z wymienionych szkół. Doboru grup dokonano losowo. Badania przeprowadziła magistrantka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego Alina Płonka w ramach seminarium magisterskiego pod kierunkiem Bernadety Bulla. Charakterystykę badanych pod względem wieku i płci przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Charakterystyka osób badanych

Płeć	Typ szkoły			Razem
	SP	G	LO / Tech	
Dziewczęta	17	33	26	76
Chłopcy	18	30	33	81
O g ó ł e m	35	63	59	157

Omówienie wyników badań

Wiedza uczniów o osobach chorych psychicznie składa się z wielu pojedynczych przekonań. Przekonania te, jako element systemu postaw, systemu przekonań o własnych zachowaniach oraz o postawach i zachowaniach osób znaczących, stanowią podstawę poglądów, uczuć i zachowań dorastających wobec osób chorych psychicznie; powstają one w kontekście ich życiowego doświadczenia (Resenick, 1987, za: John-Borys, 2002, s. 19). Zebrane w wyniku przeprowadzonych badań dane oraz ich anali-

za stanowią podstawę próby przedstawienia specyfiki deklarowanego przez dorastających uczniów stosunku do chorych psychicznie.

Okoliczności towarzyszące pierwszym doświadczeniom dorastających w kontaktach z osobami chorymi psychicznie

By poznać okoliczności dotychczasowych kontaktów dorastających z osobami chorymi psychicznie, zwrócono się do nich z prośbą o ujawnienie, czy znają kogoś, kto jest chory psychicznie, i o podanie okoliczności, w jakich do spotkania z tą osobą doszło. Uzyskane odpowiedzi pogrupowano, przyjmując jako kryterium podziału rodzaj grupy, do której chorzy psychicznie mogli przynależeć, i wyróżniono:

- członkowie najbliższej rodziny osoby badanej;
- członkowie dalszej rodziny — spokrewnieni, spowinowaceni — kuzynka, dziadek bratowej;
- członkowie grupy rówieśniczej oraz ich bliscy — brat kolegi / koleżanki, mama przyjaciółki, kolega w szkole, na podwórku, w dzieciństwie, kolega, który jest opóźniony umysłowo, była przyjaciółka, kolega, który ma problemy w domu i ma inny program nauczania;
- sąsiedzi;
- osoby z najbliższego otoczenia, ze środowiska lokalnego — przez przypadek, jako wolontariuszka, pracowałam w świetlicy terapeutycznej, w pobliżu szkoły był szpital psychiatryczny i pacjenci nas odwiedzali, ktoś kogo znam z widzenia / słyszenia, w klubie sportowym, mieszka w mojej miejscowości i jeździmy tym samym autobusem.

Jedna spośród osób badanych ujawniła, że sama korzystała z pomocy psychologicznej, kiedy jej rodzice się rozwodzili. Odpowiedzi „nie wiem” udzieliły 4 osoby, natomiast 22 badanych nie odpowiedziało w ogóle na to pytanie. Liczbę odpowiedzi potwierdzających kontakty z osobami chorymi psychicznie (Tak) oraz odpowiedzi zaprzeczających tym kontaktom (Nie) przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

Kontakty badanych z osobami chorymi psychicznie (w procentach)

Czy znasz kogoś chorego psychicznie?	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Tak	90,9	69,6	46,9	73,8	54,9	65,2
Nie	9,1	30,4	53,1	26,2	45,1	34,8

Analizując przedstawione dane, zauważamy, że większość badanych (65,2%) miała okazję osobiście poznać osobę chorą psychicznie; były to częściej dziewczęta (73,8%) niż chłopcy (54,9%) — różnica jest istotna statystycznie (Chi kwadrat — 6,1, $p < 0,05$). Wraz z wiekiem maleje liczba badanych deklarujących kontakty z osobami chorymi (SP — 90,9%, G — 69,6%, LO / Tech — 46,9%) — również te różnice są istotne statystycznie (Chi kwadrat — 20,59, $p < 0,05$).

Stosunek dorastających do osób chorych psychicznie

Wiedza, którą dorastający zdobyli w trakcie kontaktów z osobami chorymi psychicznie (i tych bezpośrednich, o których była mowa wcześniej, i tych pośrednich — za pośrednictwem filmów, literackich obrazów choroby psychicznej i chorych psychicznie) oraz dzięki przekazom rodzinnym, szkolnym czy też religijnym, dotyczącym tej szczególnej grupy osób, oraz uczucia, których dorastający w kontakcie z osobą chorą psychicznie doświadczyli, stały się bazą, na której budują oni behawioralny wyraz swych postaw wobec osób chorych psychicznie. By poznać uczucia, które stanowią ważny komponent postaw dorastających wobec chorych psychicznie, poproszono badanych uczniów o dokończenie następujących zdań:

- boję się, osób chorych psychicznie, gdyż...;
- współczuję im, bo...;
- unikam ich, gdyż...;
- traktuję ich jak innych chorych, ponieważ...;
- nie zwracam na nich uwagi, bo...

Uzyskane odpowiedzi zestawiono, uwzględniając w analizie twierdzeń dopisywanych przez badanych do niedokończonych zdań, proporcję sądów potwierdzających tezę wyjściową (potwierdzano doświadczenie lęku i współczucia) i zaprzeczających wyjściowej tezie niedokończonego zdania. Na tej podstawie oceniono, jaki jest najczęstszy stosunek dorastających do osób chorych psychicznie. Następnie zbadano, jakie uzasadnienia danego ustosunkowania podawali badani. W tym celu pogrupowano odpowiedzi kończące każde z twierdzeń i wyróżniono następujące ich kategorie.

Przyczyny lęku doświadczanego w kontaktach z osobami chorymi psychicznie:

- lęk przed doznaniem krzywdy z ich strony — zrobią mi lub komuś krzywdę, mogą mnie zaatakować, są niepoczytalni, będą mnie straszyć, nie wiem, czego mogę się spodziewać po takiej osobie, może narazić mnie na niebezpieczeństwo, zarazi mnie tą chorobą;

- obawa, że osoba chora sama robi sobie krzywdę — robi sobie krzywdę, może popełnić samobójstwo;
- inne — ta choroba może spotkać bliską mi osobę, nikt nie może im pomóc, też mogę zachorować na tą chorobę, mogę sprawić im przykrość, powiem coś, co ich obrazi, nikt nie może im pomóc.

Przyczyny współczucia okazywanego osobom chorym psychicznie:

- cierpią, a ich cierpienie jest specyficzne — czują się obco, często są wyśmiewani, wytykani palcami, cierpią, nie mogą korzystać z radości, są zamknięci w sobie, skrzywdzeni przez los, trudno im osiągnąć szczęście, krzywdzą siebie, trudno im z tym żyć;
- są odrzucani i nieakceptowani — są nielubiani, odrzucani, inni się ich boją, nie mają przyjaciół, nie mają nikogo, kto by ich kochał, ludzie unikają ich;
- choroba uniemożliwia im takie funkcjonowanie jak zdrowym — prze-ważają w szpitalu psychiatrycznym, nie wiedzą, co robią, są inaczej trak-towani, nie mogą normalnie żyć, mają ograniczone możliwości, nie mogą za siebie decydować, mają zmarnowane życie i nic już nie zrobią, mają problem z panowaniem nad sobą, nie mogą korzystać z nowości, rozwo-ju technologii, nie mogą korzystać z miłości, nie mogą być tacy jak inni;
- ich choroba jest poważna i nieuleczalna — są chorzy, nie da się im po-móc, do końca wyleczyć, to poważny problem, ciężka choroba, z tej cho-roby ciężko się wyleczyć;
- są inni — są inaczej nastawieni do świata, zachowują się inaczej, na pewno czują swą inność;
- inne — są chorzy na skutek jakiegoś przeżycia, nie chciałabym być na ich miejscu, sami nie wiedzą, co im dolega (sądzą, że są zdrowi), to może spotkać także moich bliskich, to nie ich wina, że są chorzy, jest mi ich żal, ta choroba mogła dotknąć każdego z nas, wiem, co przeżywają.

Powody unikania przez osoby badane osób chorych psychicznie:

- stanowią zagrożenie — boję się ich, mogą zrobić mi krzywdę, nie pa-nują nad sobą, są niebezpieczni, mogą zrobić coś nieodpowiedzialne-go, boję się kontaktu z nimi, bo mogłabym przypadkiem sprowokować ich agresję, nie można przewidzieć ich zachowania;
- są chorzy, dziwni i inni — są dziwni, nienormalni, są inni niż ja;
- nieradzenie sobie w kontaktach z osobami cierpiącymi — nie lubię pa-trzeć, jak ktoś inny ma gorzej, nie umiem się zachować wobec tych osób, myślę, że nie umiałabym nawiązać z nimi kontaktu, napawa mnie to smutkiem, mogłabym ich niechcący urazić, mogą poczuć się urażeni, wolę porozumiewać się z kimś, kto mnie zrozumie;
- inne — wstyd mi kontaktować się z takimi osobami, nie znam takich osób i nie chcę poznać, psują moją ocenę wśród znajomych.

Powody traktowania osób chorych psychicznie jak innych chorych:

- chorzy psychicznie są jak inni chorzy — choroba psychiczna to choroba jak każda inna, choroba psychiczna to tylko rodzaj choroby, to choroba, z którą możemy się zetknąć na co dzień, są chorzy i trzeba im pomóc;
- są jak inni ludzie i mają prawo do normalnego traktowania — zasługują na to, aby ich traktować jak innych, wcale nie są tacy źli, też są ludźmi jak inni, traktuję ich jak normalnych ludzi, nie powinni być traktowani jak odmieńcy, każdy powinien być akceptowany, są prawie normalni;
- inne — tak mnie nauczono, to nie ich wina, że są chorzy, choroba nie wybiera, każdy może zachorować, osoba chora powinna się leczyć bez względu na to, jaka to choroba, najczęściej są zamknięci w specjalistycznych zakładach, nie chcę, aby czuli się gorzej, każdy człowiek ma w sobie coś dobrego.

Przyczyny niezwracania uwagi na osoby chore psychicznie i ignorowania ich:

- są tacy jak inni — są przecież ludźmi, lubię ich tak jak innych, to prawie tacy sami ludzie jak inni, nie powinno się ich inaczej traktować, są normalnymi ludźmi, na swój sposób są normalni i chcą żyć normalnie, też są ludźmi;
- to nie moja sprawa, nie interesuje mnie to — nie są interesujący, nie będę się z nich śmiał, to nie mój problem, nie moja sprawa, nie interesuje mnie to, to nie jest żadna sensacja;
- nie lubię ich i nie rozumiem — nie potrafiłbym ich zrozumieć, takich nie lubię, nie przepadam za kontaktem z tymi ludźmi, są dziwni, nie warto zwracać sobie nimi głowy;
- wzbudzają lęk — boję się ich, boję się, że mogę nabawić się tej choroby od nich, są nieźrównoważeni i nieobliczalni, będą mnie zaczepiać;
- inne — jestem tolerancyjny, oni tego nie lubią, nie chcę ich urazić, czuję się wtedy niezręcznie, jest mi to obojętne, mogą poczuć się dziwnie, wiem, że są chorzy, nigdy takiej osoby nie spotkałem, jeśli nie znam kogoś, to nie zwracam uwagi.

Zdania dotyczące lęku przed chorymi psychicznie nie dokończyło 58 badanych (38,9% wszystkich badanych), dotyczącego współczucia — 35 badanych (23,5%), odnoszącego się do unikania osób chorych psychicznie 69 (46,3%) dorastających, a dotyczącego traktowania chorych psychicznie jak innych chorych nie dokończyły 83 (59,7%) osoby. Wśród badanych 94 (69,1%) nie ustosunkowało się do twierdzenia mówiącego o niezwracaniu uwagi na osoby chore psychicznie.

Różnorodność stosunku dorastających do osób chorych psychicznie przedstawiono w tabeli 3. Z kolei uzasadnienia tego stosunku deklarowanego przez dorastających przedstawiają tabele: 4., 5., 6., 7. i 8.

Tabela 3

**Stosunek dorastających do osób chorych psychicznie
(wyniki surowe i procentowe)**

Rodzaj stosunku	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Brak odpowiedzi	13	23	22	22	36	58
a. Lęk	17 85,0	31 86,1	31 93,9	49 90,7	30 85,7	79 22,0
A. Nie boję się ich	3 15,0	5 13,9	2 6,1	5 9,3	5 14,3	10
Σ (a + A)	20	36	33	54	35	89
Brak odpowiedzi	10	14	11	12	23	35
b. Współczucie	26 100	46 97,9	48 98,0	72 100	48 96,0	120 33,4
B. Nie współczuję im	0	1 2,1	1 2,0	0	2 4,0	2
Σ (b + B)	26	47	49	72	50	122
Brak odpowiedzi	14	30	25	30	39	69
c. Unikanie	11 61,1	22 66,7	22 78,6	32 65,3	23 76,7	55 15,3
C. Nie unikam	7 38,9	11 33,3	6 21,4	17 34,7	7 23,3	24
Σ (c + C)	18	33	28	49	30	79
Brak odpowiedzi	19	37	27	29	54	83
d. Traktowanie ich jak innych chorych	11 100	20 90,9	26 100	41 95,3	16 100	57 15,9
D. Nie traktuję ich jak innych chorych	0	2 9,1	0 9,1	2 4,7	0	2
Σ (d + D)	11	22	26	43	16	59
Brak odpowiedzi	19	41	34	40	54	94
e. Niezwracanie na nich uwagi	11 84,6	14 93,3	23 100	30 93,8	18 94,7	48 13,4
E. Należy zwracać na nich uwagę	2 15,4	1 6,7	0	2 6,3	1 5,3	3
Σ (e + E)	13	15	23	32	19	51
Razem (a + b + c + d)	76	113	150	224	135	359
Ogółem	88	153	159	250	150	400

Analizując otrzymane dane, możemy zauważyć:

- dorastający w kontaktach z chorymi psychicznie najczęściej odczuwali współczucie (33,4%), i to niezależnie od ich płci i wieku, lękali się ich (22,0%), starali się traktować ich tak jak innych chorych (15,9%), starali się ich unikać (15,3%), nie zwracali na nich uwagi bądź ich ignorowali (13,4%);
- lęk przed osobami chorymi psychicznie odczuwały częściej dziewczęta (90,7%, chłopcy — 85,7%); wraz z wiekiem badani częściej odczuwali lęk (SP — 85%, G — 86,1% LO / Tech — 93,9%);
- tendencję do unikania chorych psychicznie deklarowali częściej chłopcy (76%, dziewczęta — 65,3%); z wiekiem dorastający częściej przyznawali, że unikają chorych psychicznie (SP — 61,1%, G — 66,7%, LO / Tech — 78,6%);
- niezwracanie uwagi na chorych psychicznie deklarowali częściej chłopcy (94,7%, dziewczęta — 93,8%); z wiekiem dorastający częściej przyznawali, że nie zwracają uwagi na osoby chore psychicznie (SP — 84,6%, G — 93,3%, LO / Tech — 100,0%).

Tabela 4

Powody odczuwanego przez dorastających lęku w kontaktach z osobami chorymi psychicznie (wyniki surowe i procentowe)

Powody lęku	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Obawa przed krzywdą z ich strony	11 64,7	27 87,1	25 86,2	40 81,6	23 82,1	63 81,8
Chorzy sami dla siebie stanowią zagrożenie	2 11,8	2 6,5	1 3,4	3 6,1	2 7,1	5 6,5
Inne	4 23,5	2 6,5	3 10,3	6 12,2	3 10,7	9 11,7
Σ	17	31	29	49	28	77

Z analizy otrzymanych danych wynika, że najczęstszą przyczyną doświadczanego przez dorastających lęku (niezależnie od ich płci — stwierdzone różnice nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności) w kontaktach z chorymi psychicznie było poczucie zagrożenia z ich strony (81,8%), rzadziej dorastający lękali się o samych chorych, że sami się skrzywdzą (6,5%). Zauważamy — chociaż różnice nie są istotne statystycznie ($p > 0,05$) — że wraz z wiekiem maleje obawa dorastających, że sami chorzy mogą zrobić sobie krzywdę (SP — 11,8%, G — 6,5%, LO / Tech — 3,4%), a zarazem rośnie poczucie własnego zagrożenia ze strony osoby zaburzanej (SP — 64,7%, G — 87,1%, LO / Tech — 86,2%).

Tabela 5

Powody odczuwanego przez dorastających współzucia dla chorych psychicznie (wyniki surowe i procentowe)

Powody współzucia	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chl	
Cierpią, a ich cierpienie jest specyficzne	10 40,0	3 6,5	9 20,0	17 23,9	5 11,1	22 19,0
Są odrzucani i nieakceptowani	3 12,0	8 17,4	2 4,4	8 11,3	5 11,1	13 11,2
Choroba uniemożliwia im takie funkcjonowanie jak zdrowym	2 8,0	12 26,1	7 15,6	11 15,5	10 22,2	21 18,1
Ich choroba jest poważna i nieuleczalna	2 8,0	13 28,3	10 22,2	10 14,1	15 33,3	25 21,6
Są inni	3 12,0	1 2,2	2 4,4	4 5,6	2 4,4	6 5,2
Inne	5 20,0	9 19,6	15 33,3	21 29,6	8 17,8	29 25,0
Σ	25	46	45	71	45	116

Analizując przedstawione dane, można stwierdzić, że źródłem doświadczanego przez dorastających współzucia dla chorych psychicznie było na ogół postrzeganie ich choroby jako poważnej i nieuleczalnej (21,6%). Fakt ten częściej akcentowali chłopcy (33,3%, dziewczęta — 14,1%) oraz uczniowie szkół ponadpodstawowych (SP — 8,0%, G — 28,3%, LO / Tech — 22,2%). Współzucie to wynikało również ze świadomości cierpienia, które, zdaniem badanych, jest udziałem chorych psychicznie (19%). Tę przyczynę podają częściej dziewczęta (23,9%, chłopcy — 11,1%). Z wiekiem współzucie badanych malało i rosło (SP — 40,0%, G — 6,5%, LO / Tech — 20,0%). Badani za przyczynę swego współzucia uznali też konsekwencje choroby psychicznej, uniemożliwiające osobom nią dotkniętym takie funkcjonowanie, jak osób zdrowych (18,1%). Taką motywację współzucia podawali częściej chłopcy (22,2%, dziewczęta — 15,5%). Spostrzeganie chorych psychicznie jako odrzuconych jest przyczyną doświadczanego współzucia raczej przez gimnazjalistów niż uczniów pozostałych szkół (SP — 12,0%, G — 17,4%, LO / Tech — 4,4%).

Analiza danych w tabeli 6. dowodzi, że najczęściej deklarowanym powodem unikania przez dorastających kontaktu z osobami chorymi psychicznie była ich obawa przed zagrożeniem ze strony osób chorych (69,1%). Częściej taką obawę odczuwały dziewczęta (71,9%, chłopcy — 65,2%; różnica nie była istotna statystycznie: $p > 0,05$). Wraz z wiekiem obawa bada-

Tabela 6

**Powody unikania przez dorastających kontaktu z osobami
chorymi psychicznie (wyniki surowe i procentowe)**

Powody unikania	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chl	
Obawa przed zagrożeniem z ich strony	7 63,4	17 77,3	14 63,6	23 71,9	15 65,2	38 69,1
Inność chorych psychicznie	0	3 13,6	3 13,6	3 9,4	3 13,0	6 10,9
Nieradzenie sobie w kontaktach z osobami cierpiącymi	3 27,3	1 4,5	2 9,1	3 9,4	3 13,0	6 10,9
Inne	1 9,1	1 4,5	3 13,6	3 9,4	2 8,7	5 9,1
Σ	11	22	22	32	23	55

nych to narastała, to malała (SP — 63,4%, G — 77,3%, LO / Tech — 63,6%; i ta różnica nie osiągnęła wymaganego poziomu istotności statystycznej). Inność chorych psychicznie (10,9%) była deklarowanym powodem unikania z nimi kontaktu raczej przez chłopców (13,0%) niż dziewczęta (9,4%) i tylko uczniów szkół ponadpodstawowych. Jako motyw unikania chorych podawano również nieradzenie sobie w kontaktach z osobami cierpiącymi (10,9%). Ten powód częściej wskazywali chłopcy (13,0%, dziewczęta — (9,4%). Z wiekiem badani częściej lub rzadziej wymieniali ten motyw (SP — 27,3%, G — 4,5%, LO / Tech — 9,1%).

Tabela 7

**Powody traktowania chorych psychicznie przez dorastających
jak innych chorych (wyniki surowe i procentowe)**

Powody	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chl	
Chorzy psychicznie są tacy jak inni chorzy	4 36,4	7 33,3	11 45,8	14 34,1	8 53,3	22 39,3
Są tacy jak inni ludzie i mają prawo do normalnego traktowania	7 63,6	7 33,3	6 25,0	15 33,6	5 33,3	20 35,7
Inne	0	7 33,3	7 29,2	12 29,3	2 13,3	14 25,0
Σ	11	21	24	41	15	56

Analizując dane przedstawione w tabeli 7., możemy zauważyć, że badani, wymieniając powody traktowania osób z zaburzeniami psychicznymi-

mi tak jak innych chorych, zwykle twierdzili, że jest to choroba jak każda inna (39,3%). Taki powód podawali częściej chłopcy (53,3%, dziewczęta — 34,1%), a szczególnie uczniowie szkół ponadgimnazjalnych (SP — 36,4%, G — 33,3%, LO / Tech — 45,8%). Podkreślano również, że chorzy psychicznie są takimi samymi ludźmi jak inni (35,7%). Uważały tak zwłaszcza dziewczęta (36,6%, chłopcy — 33,3%). Z wiekiem badani coraz rzadziej podawali taką argumentację (SP — 63,6%, G — 33,3%, LO / Tech — 25,0%).

Tabela 8

Powody niezwracania uwagi na osoby chore psychicznie przez dorastających (wyniki surowe i procentowe)

Powody ignorowania	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Są tacy jak inni	3 25,0	1 6,7	4 19,0	8 27,6	0	8 16,7
To nie moja sprawa, nie interesuje mnie to	2 16,7	4 26,7	7 33,3	6 20,7	7 36,8	13 27,1
Nie lubię ich i nie rozumiem	2 16,7	3 20,0	3 14,3	6 20,7	2 10,5	8 16,7
Odczuwam lęk przed nimi	2 16,7	0	5 23,8	2 6,9	5 26,3	7 14,6
Inne	3 25,0	7 15,0	2 9,5	7 24,1	5 26,3	12 25,0
Σ	12	15	21	29	19	48

Dane tabeli 8. świadczą, że dorastający jako powód ignorowania osób chorych psychicznie najczęściej podawali brak zainteresowania tą sprawą (27,1%). Taką przyczynę podawali częściej chłopcy (36,8%, dziewczęta — 20,7%). Z wiekiem badani coraz częściej podawali ten właśnie powód niezwracania uwagi na osoby chore psychicznie (SP — 16,7%, G — 26,7%, LO / Tech — 33,3%). Nierozumienie chorych oraz niechęć do nich (16,7%) to kolejny powód ignorowania osób chorych psychicznie, który wskazywały częściej dziewczęta (20,7%, chłopcy — 10,5%). Z wiekiem badani częściej, a później rzadziej wymieniali ten powód (SP — 16,7%, G — 20,0%, LO / Tech — 14,3%). Niezwracanie uwagi na chorych wynikało czasem z lęku (14,6%). Należy podkreślić, że motyw ten podawali częściej chłopcy (26,3%, dziewczęta — 6,9%). O lęku nie mówili tylko gimnazjaliści (SP — 16,7%, LO / Tech — 23,8%). Badani nie zwracali uwagi na chorych psychicznie również dlatego, że uważali, że są oni tacy jak inni (16,7%). Taki powód podały tylko dziewczęta. Z wiekiem był on wymie-

niany początkowo częściej, później rzadziej (SP — 25,0%, G — 6,7%, LO / Tech — 19,0%).

Poglądy dorastających na możliwość prowadzenia przez chorych psychicznie takiego trybu życia, jaki prowadzą osoby zdrowe

W odpowiedzi na pytanie, czy osoba chora psychicznie może żyć tak jak osoba zdrowa, dorastający wymienili 55 różnych argumentów, zarówno za, jak i przeciw. Wśród argumentów potwierdzających prawo chorego do życia takiego, jakie prowadzą zdrowi, wyróżniono następujące warunki, umożliwiające osobie chorej normalne funkcjonowanie:

- to jej prawo — jest człowiekiem, ma prawo żyć jak inni ludzie i kochać;
 - przy pomocy innych, dzięki ich wsparciu i akceptacji — jeśli będzie przebywać w gronie zdrowych ludzi, którzy będą ją traktować poważnie i normalnie, to zależy od rodziny i jej otoczenia, od środowiska, w jakim żyje, jeśli nie będzie się jej unikać, ale przebywać z nią i rozmawiać oraz wspierać, nie powinno się narażać jej na dodatkowy stres, należy ją zaakceptować;
 - jeśli ma taką wolę — może starać się wyzdrowieć, musi uwierzyć w siebie, w to, że może normalnie żyć, jeśli zechce się wyleczyć;
 - pozostaje pod opieką specjalisty — musi zażywać leki i być pod opieką specjalisty;
 - potrzeba na to czasu;
 - w warunkach hospitalizacji — w odpowiednim ośrodku.
- Wyszczególniono też stopień możliwości prowadzenia normalnego życia:
- gdy wyzdrowieje — choroby często ustają;
 - jeśli choroba nie jest nasilona — w tym wypadku chory powinien sobie poradzić;
 - tylko w pewnym stopniu — jeśli chorobę psychiczną częściowo wyleczono, chory wie, że może stracić kontrolę;
 - to trudne — życie chorego będzie o wiele trudniejsze, może być inaczej traktowany;
 - musi uważać na siebie — inni powinni uważać na czyny chorego;
 - inne — chory może żyć jak zdrowy, ale nie będzie się zachowywał jak zdrowa osoba.

Wśród odpowiedzi negujących prawo osoby chorej psychicznie do stylu życia osoby zdrowej, wyróżniono następujące uzasadnienia:

- zmiany w psychice — jej psychika jest bardzo zniszczona, ma inne nastawienie psychiczne, inaczej myśli;

- wymaga stałej opieki — nie można zostawić jej samej w domu, musi być pod stałą opieką i mieć wyznaczony plan zajęć, sama sobie nie poradzi i poturbuje kogoś, kto będzie jej pomagał i opiekował się nią, nikt jej nie kontroluje i nie może ograniczyć jej dostępu do używek;
- jest nieobliczalna i może zagrażać innym — jest niebezpieczna i nieobliczalna, źle działa na otoczenie, może zrobić krzywdę sobie lub innym, spowodować nieumyślnie nieszczęście, dopóki nie rozpocznie leczenia, jest niebezpieczna dla otoczenia, powinna być odizolowana;
- jest społecznie naznaczona — ma wpis w papierach i inni na to reagują, nie będzie akceptowana, ale napiętnowana i budziła lęk;
- nie potrafi zapomnieć o chorobie — zawsze w jej pamięci zostaje uraz, zdaje sobie sprawę, że jest chora / ma nałóg, jest zestresowana, rzeczywistość jest dla niej inna, nie potrafi normalnie funkcjonować w społeczeństwie;
- nie potrafi nawiązać udanych związków — trudno znaleźć jej przyjaciół, nie potrafi otworzyć się na innych i nawiązać kontaktu, otoczenie traktuje ją inaczej;
- jest obojętna — nic jej nie obchodzi i nie interesuje;
- powinna być hospitalizowana — powinna być w szpitalu pod nadzorem lekarza;
- inne — nie jest to raczej możliwe, ale może się starać.

Na pytanie o możliwość „normalnego” funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi 44 osoby udzieliły odpowiedzi „nie wiem”.

Częstotliwość występowania odpowiedzi popierających i negujących prawo osób chorych psychicznie do życia takiego, jakie prowadzą osoby zdrowe, przedstawia tabela 9.

Tabela 9

**Prawo osób chorych psychicznie do funkcjonowania takiego,
jak funkcjonują osoby zdrowe psychicznie w opinii dorastających
(wyniki surowe i procentowe)**

Czy osoby chore psychicznie mogą żyć jak inni zdrowi ludzie?	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chl	
Tak	14 50,0	31 66,0	22 43,1	38 58,5	29 47,5	67 53,2
Nie	14 50,0	16 34,0	29 56,9	27 41,5	32 52,5	59 46,8
Σ	28	47	51	65	61	126

Większość badanych dorastających (53,2%) była zdania, że osoba chora psychicznie może żyć tak, jak zdrowi ludzie. Częściej uważały tak dziew-

częta (58,5%, chłopcy — 47,5%). Z wiekiem badanych liczba takich poglądów początkowo wzrastała, później malała (SP — 50,0%, G — 66,0%, LO / Tech — 43,1%). Stwierdzone różnice nie osiągnęły jednak wymaganego poziomu istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Dorastający spotkali już w swym życiu osoby chore psychicznie. Na podstawie tego doświadczenia i własnych przekonań na ich temat współczuli im, czynili starania, by traktować je tak, jak osoby zdrowe. W kontakcie z osobami chorymi odczuwali również lęk, być może powstały w wyniku doświadczanego przez nich stresu. Poziom doznanego stresu zależał od dokonanej przez dorastających oceny poziomu potencjalnego niebezpieczeństwa, którego źródłem byli chorzy, oraz oceny swej zdolności do poradzenia sobie w kontakcie z osobami chorymi (Lazarus, za: Pervin, 2002, s. 103). W związku z mitami dotyczącymi choroby psychicznej (nagłaśnianymi przez poszukujące sensacji informacje prasowe, reportaże telewizyjne czy rozpowszechnianymi w filmach fabularnych, wykorzystujących motyw choroby i chorego, by straszyć lub rozśmieszać widza) i funkcjonującymi uprzedzeniami oraz istniejącymi stereotypami, przekonania na temat osób chorych mogą mieć charakter irracjonalny.

Postawa dorastających wobec chorych psychicznie — według Bogdana Wojciszke (2002, s. 209) — wpływa na przebieg ich kontaktów z osobami chorymi „na mocy co najmniej dwóch mechanizmów — przez automatyczne kształtowanie sposobu spostrzegania przez nich osób chorych psychicznie i poprzez kontrolowane kształtowanie ich świadomych intencji kierowanych na chorych psychicznie”.

Przeprowadzone badania wykazały pewną zależność między wiekiem i płcią badanych a deklarowanymi przez nich postawami wobec osób chorych psychicznie.

Dziewczęta częściej, niż chłopcy, przyznawały, że znają osoby chore psychicznie. Dlatego prawdopodobnie częściej były zdania, że osoby chore psychicznie też mają prawo i mogą żyć, jak inni, oraz twierdziły, że traktują chorych tak, jak osoby zdrowe. Może to mieć związek z większą wrażliwością dziewcząt, z ich postawami bardziej altruistycznymi i prospołecznymi niż postawy chłopców. Przypuszczenia te może potwierdzać również fakt, że dziewczęta częściej twierdziły, że współczują osobom chorym psychicznie z powodu ich cierpienia. Chłopcy natomiast częściej przyznawali się do unikania osób chorych psychicznie z powodu nieradzenia sobie w kontaktach z cierpiącymi, a także do niezwracania na chorych uwagi ze względu na brak zainteresowania nimi. Może to wynikać z mniejszych zdolności empatycznych chłopców. Chłopcy rzadziej, niż dziewczęta, twierdzili, że chorobę psychiczną można wyleczyć.

Daje się również zauważyć zależność między częstotliwością kontaktów z osobami chorymi psychicznie a stosunkiem do nich. Być może dlatego

dziewczęta deklarowały bardziej pozytywny stosunek do osób chorych psychicznie niż chłopcy (por. Wy c z e s a n y, 2002).

Można przyjąć, na podstawie przeprowadzonych badań, że zaobserwowane różnice w deklarowanych przez dorastających postawach wobec osób chorych wiążą się z ich koncepcją genezy choroby psychicznej i jej konsekwencji dla funkcjonowania osoby nią dotkniętej. Koncepcja ta ma związek z wiekiem dorastających, z posiadanymi schematami poznawczymi, podejmowaną przez nich aktywnością w otoczeniu oraz ich doświadczeniami.

Podsumowanie

W artykule próbowano opisać stosunek dorastających do osób chorych psychicznie.

Mieczysław R a d o c h o Ń s k i (2001, s. 9) przywołuje badania nad zdrowiem psychicznym współczesnego człowieka, z których wynika, iż wśród 10 najważniejszych zaburzeń upośledzających sprawność osób w wieku powyżej 5. roku życia, aż 4 należą do kategorii chorób psychicznych. Postęp w neurobiologii, genetyce, psychiatrii i psychologii umożliwił głębsze poznanie złożonych czynności mózgu i umożliwił lepsze zrozumienie podstawowych mechanizmów leżących u ich podstaw. Zmieniły się też postawy wobec osób cierpiących na choroby psychiczne, a w efekcie mniej jest mitów i uprzedzeń związanych z chorobą psychiczną i z chorymi psychicznie. Osoby zdrowe powinny zwrócić większą uwagę na potrzeby osób chorych psychicznie oraz ich najbliższych, wspierać ich i tworzyć dla nich odpowiednie formy pomocy, które ułatwiłyby im przede wszystkim funkcjonowanie w społeczeństwie. Dlatego takie znaczenie ma edukacja prozdrowotna dotycząca również zdrowia psychicznego, w rodzinie, szkole, mediach i kościele. Rodzice, nauczyciele, księża i twórcy mogą przyczynić się, każdy w obszarze swojego działania, do współtworzenia podstaw edukacji w zakresie podstawowej wiedzy o psychopatologii i sposobach radzenia sobie w kontaktach z osobami chorymi psychicznie. Życie niejednokrotnie pokazuje, co potwierdzają wyniki badań, że ludzie na ogół nie radzą sobie w kontaktach z chorymi psychicznie i nie mają wystarczającej wiedzy, jak można lub należy pomóc osobom chorym psychicznie. Często staje się to powodem ich lęku przed osobami chorymi psychicznie, ich niechęci i nietolerancji wobec osób zaburzonych. Dorastający powinni zdobywać ogólną wiedzę na temat chorób psychicznych, która pozwoliłaby im zrozumieć

problemy, z jakimi te osoby się borykają w codziennym życiu. Wiedza ta pozwoliłaby im kształtować własną postawę tolerancji wobec osób zaburzonych psychicznie, a także zmniejszyć lęk przed kontaktami z osobami chorymi psychicznie. Mając rzetelną wiedzę o specyfice funkcjonowania osób chorych psychicznie, umiejętność radzenia sobie w kontakcie z nimi, nie stosowałiby strategii unikania, ucieczki jako jedynej możliwej formy postępowania w czasie spotkania z osobą chorą psychicznie.

Literatura

- Brzozowski P., 1989: *Skala Wartości (SW). Polska adaptacja Value Survey M. Rokeacha*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP.
- Dolińska-Zygmunt G., 2001: *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Gaweł A., 2006: *Zdrowie w perspektywie pedagogicznej. Indywidualne wybory i społeczne interesy*. W: *Zdrowie. Wartość. Edukacja*. Red. M. Kowalski, A. Gaweł. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Grzywak-Kaczyńska M., 1975: *Psychologia dla każdego*. Warszawa: PAX.
- John-Borys M., 2002: *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Pervin L.A., 2002: *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Płonka A., 2006: *Doświadczenia rodzinne dorastających i ich wpływ na rozumienie zdrowia psychicznego i choroby psychicznej*. Praca magisterska. Uniwersytet Śląski, Katowice, maszynopis.
- Radochoński M., 2001: *Podstawy psychopatologii dla pedagogów*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Wojciszke B., 1999: *Struktura wiedzy i rozumienie świata społecznego*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. T. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 27—45.
- Wojciszke B., 2002: *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wyczasany J., 2002: *Wartości jako źródło poglądów młodzieży na temat osób niepełnosprawnych*. Dostępne: <http://www.wsp.krakow.pl/konspekt/>

Część IV

Projekty programów terapeutycznych

Joanna Durkalec

Wpływ zajęć terapeutycznych na radzenie sobie ze stresem i poczucie własnej skuteczności u dzieci z dysleksją rozwojową

Wstęp

Dysleksja istnieje prawdopodobnie od czasu, kiedy ludzie zaczęli posługiwać się pismem w porozumiewaniu się między sobą (Bogdanowicz, 1994, s. 19). W Polsce wiedza o specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu zaczęła się szerzyć w okresie międzywojennym (Bogdanowicz, 2003, s. 9). Do tej pory bliska współpraca i wspólne badania przedstawicieli rozmaitych dyscyplin naukowych, tj. neurologów, psychiatrów, psychologów i pedagogów, z różnych krajów świata doprowadziły do zgody co do polietologii tego zaburzenia oraz niemal jednomysłności w zakresie terminologii: poza krajami niemieckojęzycznymi (gdzie używa się pojęcia „legastenia”), najpopularniejszym terminem na oznaczenie specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci jest „dysleksja rozwojowa” (Bogdanowicz, 1994, s. 21).

Najnowszą i obowiązującą obecnie definicję dysleksji rozwojowej opublikowało w 1994 roku Towarzystwo Dysleksji im. Ortona. Brzmi ona następująco: „Dysleksja jest jednym z wielu różnych rodzajów trudności w uczeniu się. To specyficzne zaburzenie o podłożu językowym, uwarunkowanym konstytucjonalnie. Charakteryzuje się trudnościami w dekodowaniu pojedynczych słów, co najczęściej odzwierciedla niewystarczające zdolności przetwarzania fonologicznego. Trudności te są zazwyczaj nie-

współmierne do wieku życia oraz innych zdolności poznawczych i umiejętności szkolnych, nie wynikają z ogólnego zaburzenia rozwoju, ani z zaburzeń sensorycznych. Dysleksja manifestuje się różnorodnymi trudnościami w odniesieniu do różnych form komunikacji językowej, często oprócz trudności w czytaniu dodatkowo pojawiają się poważne trudności w opanowaniu sprawności w zakresie czynności pisania i poprawnej pisowni” (Bogdanowicz, 1996, s. 13—22). Innymi słowy przez dysleksję rozwojową rozumie się „wyłącznie takie trudności w czytaniu i pisaniu, które są spowodowane deficytami rozwoju funkcji percepcyjno-motorycznych, obliczanymi w stosunku do wieku dziecka, a ocenianymi również w relacji do jego ogólnego poziomu umysłowego” (Spionek, 1965, s. 222).

Coraz częściej prowadzi się badania naukowe nad tym zaburzeniem, obecnie bowiem bywają szkoły, w których nawet ponad 25% uczniów w klasie ma opinię poradni, stwierdzającą u nich różnego typu zaburzenia dyslektyczne (Baranowska, 2000, s. 82). W dużej mierze taka sytuacja może być wynikiem tego, że wokół procesu diagnozy dysleksji rozwojowej narosło wiele kontrowersji. Kwestionuje się nawet realność dysleksji, co podważa zasadność jej diagnozowania (Bogdanowicz, 2003, s. 29). Kontrargument dla takiego podejścia stanowi jednak fakt, że specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu zostały wyodrębnione jako zespół zaburzeń o określonych objawach, przyczynach i sposobach postępowania terapeutycznego (ćwiczenia usprawniające), a także umieszczone w międzynarodowych klasyfikacjach medycznych (por. Bogdanowicz, 2001; DSM — IV, 1994; ICD — 10, 2000). Należy jednak dodać, że wciąż jeszcze brakuje standardowego programu badań diagnostycznych oraz wystandardyzowanych i znormalizowanych metod diagnozowania wszystkich funkcji istotnych dla dysleksji rozwojowej (por. Bogdanowicz, 2003). Taki stan rzeczy utrudnia postawienie diagnozy specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu. Faktem jest natomiast, iż dysleksja rozwojowa nierozpoznana na czas powoduje powstawanie widocznych wtórnych zaburzeń emocjonalnych i motywacyjnych (Bogdanowicz, 2001, s. 37).

Dodatkowy problem stanowi kwestionowanie rozpoznawania zaburzeń dyslektycznych w sytuacji, gdy uczeń nie popełnia tzw. specyficznych błędów. Wynika to z niedostrzegania bardzo istotnego zjawiska, które Bogdanowicz określa „dynamiką zmian” objawów dysleksji rozwojowej — inne są bowiem symptomy specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu u dziecka 6-letniego, rozpoczynającego naukę czytania, i tego samego dziecka po dwóch latach intensywnej edukacji i terapii pedagogicznej (Bogdanowicz, 2003, s. 32). Wydaje się zatem istotne kontynuowanie badań, których wyniki pozwoliłyby na ustalenie jasnych reguł postępowania diagnostycznego w dysleksji rozwojowej i przyczyniły się do wyjaśnienia

wielu nieporozumień, które wokół niego powstały. Najważniejsze jednak, aby w praktyce każda diagnoza przekładana była na indywidualny plan edukacji i terapii dziecka dyslektycznego (Bogdanowicz, 2003, s. 35). Jest to możliwe, ponieważ w ostatnich dziesięcioleciach zaczęto skupiać się przede wszystkim na metodach i formach pomocy dzieciom dyslektycznym (Mickiewicz, 1997, s. 13). Jako pierwszy zebrał wokół siebie pedagogów i zainspirował do stworzenia pierwszych programów terapeutycznych amerykański psychiatra Samuel Orton, uważany dziś za ojca terapii pedagogicznej w tym zakresie. Obecnie udział w zajęciach terapeutycznych bądź praca samokształceniowa pod opieką pedagoga szkolnego lub polonisty jest zazwyczaj jednym z głównych zaleceń w trakcie trwania, a szczególnie już po zakończeniu postępowania diagnostycznego.

Narzędzia i techniki badawcze

Prezentując zastosowane narzędzia pomiaru, należy dodać, że Kwestionariusz CISS N.S. Endlera i J.D. Parkera przeznaczony jest w zasadzie dla osób powyżej 18 roku życia (Wrześniewski, 1996, s. 58). Decyzję o jego wyborze winna uzasadnić co najmniej przeciętna (w większości ponadprzeciętna) sprawność intelektualna uczestników badań, zapewniająca właściwe zrozumienie instrukcji i sposobu odpowiadania na pytania, a także niedostępność wersji stosownej dla wieku osób badanych oraz to, że — jak piszą autorzy adaptacji — „według naszej wiedzy, CISS jest aktualnie jedynym polskim narzędziem służącym do pomiaru stylu radzenia sobie ze stresem metodą »papier — ołówek«” (Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski, 1996, s. 208). Istotne jest również to, że zawarte w nim stwierdzenia tworzą trzy skale, odpowiadające trzem stylom radzenia sobie ze stresem, takim jak:

- styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) — charakteryzuje osoby, które w sytuacjach stresowych skłonne są podejmować wysiłki zmierzające do rozwiązania problemu, poznawczo przekształcając lub próbując zmienić sytuację;
- styl skoncentrowany na emocjach (SSE) — charakteryzuje osoby, które w sytuacjach stresowych mają tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych (takich, jak złość, poczucie winy, napięcie), a także tendencję do fantazjowania i myślenia życzeniowego;

— styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) — charakteryzuje osoby, które w sytuacjach stresowych starają się wystrzegać myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji; może przyjmować dwie formy: angażowania się w czynności zastępcze (SSU ACZ), np. oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen; poszukiwania kontaktów towarzyskich (SSU PKT) — unikanie stresu przez intensywne szukanie kontaktów z innymi ludźmi (por. Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski, 1996).

Wyróżnienie tych stylów stało się podstawą analizowania uzyskanych w badaniach wyników. Z kolei Skala Kompetencji Osobistej — KompOs Zygfrieda Juczyńskiego, złożona z dwóch podskal, mierzy uogólnione poczucie własnej skuteczności oraz dwa jego elementy, tj. przekonania dotyczące dysponowania siłą, konieczną do zainicjowania działania (podskala A), oraz przekonania związane z wytrwałością, niezbędną do kontynuowania działania (podskala B). Instrukcja w obu podskalach została nieco zmieniona — przykłady kłopotliwych sytuacji oraz ważnych do zrobienia rzeczy rozszerzono o te bezpośrednio związane z dysleksją rozwojową. Przy porównywaniu wyników brano pod uwagę zarówno wynik ogólny (tj. poziom uogólnionego poczucia własnej skuteczności), jak i wyniki w obu podskalach. Podstawą do wypełnienia Arkusza Oceny Prac Pisemnych było dyktando pt. „Szkoła czarów”, natomiast Sprawdzian Znajomości Podstawowych Zasad Pisowni Języka Polskiego polegał na wyjaśnieniu pisowni wyrazów zawierających ó — u, rz — ż, ch — h. Zarówno do Arkusza, jak i do Sprawdzianu zostały opracowane zasady punktacji, umożliwiające przedstawienie wyników pre- i posttestów w formie ilościowej, a następnie wyciągnięcie z nich wniosków.

Charakterystyka badanej populacji oraz organizacja przebiegu badań

Badania, na których podstawie można podjąć próbę odpowiedzi na postawione pytanie badawcze, przeprowadzono od września 2005 do marca 2006 roku w dwóch szkołach podstawowych na terenie Czechowic-Dziedzic, w jednej szkole podstawowej w Sosnowcu oraz w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (SPPP) w Katowicach.

Badana populacja została dobrana przy współudziale nauczycieli polonistów, pedagoga i psychologa szkolnego oraz pracowników SPPP i obejmowała uczniów V i VI klasy szkoły podstawowej. Podzielono ją na trzy grupy:

- dzieci dyslektyczne, które wzięły udział w preteście, 15-tygodniowym programie terapeutycznym „Z dysleksją da się żyć”, oraz postteście i tworzyły grupę eksperymentalną;
- dzieci dyslektyczne, które od chwili wydania opinii o dysleksji rozwojowej nie uczestniczyły w zajęciach terapeutycznych i tworzyły grupę kontrolną — byli to chłopcy objęci opieką SPPP w Katowicach, którzy od momentu postawienia diagnozy (marzec 2005) nie uczestniczyli w zajęciach terapeutycznych (zwykle bowiem kwalifikacja do grup terapeutycznych odbywa się na początku nowego roku szkolnego) — wobec nich zastosowano jedynie posttest (we wrześniu 2005 — przed rozpoczęciem wobec chłopców oddziaływania terapeutycznego, więc okres od marca do września można uznać za czas, w którym postępowanie eksperymentalne przybrało wartość „0”, co wykluczyło konieczność przeprowadzania pretestu), zakładając, że od momentu diagnozy, wskutek braku uczestnictwa w terapii, nie zaszły znaczące zmiany w ich funkcjonowaniu; uzasadnienie takiego postępowania stanowi również fakt, iż po wydaniu opinii stwierdzającej dysleksję rozwojową — jeżeli to tylko możliwe — dzieci dyslektyczne kieruje się na zajęcia terapeutyczne, ze szkodą dla nich byłoby więc odwołanie podjęcia postępowania terapeutycznego wobec nich na 15 tygodni (bo tyle trwało postępowanie eksperymentalne);
- dzieci niedyslektyczne, uznane za grupę porównawczą w stosunku do grupy eksperymentalnej i kontrolnej.

W sumie grupę badawczą tworzyło 48 dzieci: 24 uczniów klasy V lub VI ze zdiagnozowaną dysleksją rozwojową (12 uczestniczących w programie: 4 uczennice, 8 uczniów, tworzących grupę eksperymentalną, oraz 12 nieuczestniczących w zajęciach programowych: 12 chłopców stanowiących grupę kontrolną) oraz 22 uczniów klasy VI (11 chłopców i 11 dziewcząt), u których to zaburzenie wykluczono.

Procedura badawcza polegała przede wszystkim na ewaluacji programu terapeutycznego „Z dysleksją da się szczęśliwie żyć”. Ewaluację rozumiano jako narzędzie, dzięki któremu możliwa jest odpowiedź na pytanie „Czy to [przygotowany program — J.D.] rzeczywiście coś daje?” (por. Hawkins, Netherhood, 1994, s. 13). W ewaluacji zastosowano model eksperymentalny, który zaproponował Brzezinski (1996, s. 325). W modelu tym porównuje się wyniki pre- i posttestów w grupie eksperymentalnej i kontrolnej. Dzięki temu możliwe było porównanie i interpretacja wyników uzyskanych w obu grupach, jak i sprawdzenie skuteczności ewaluowanego programu — zanalizowano jedynie wyniki uzyskane przez uczestników zajęć przed ich rozpoczęciem i po ich zakończeniu. Wiązało

się to z odpowiedzią na pytanie o różnice między średnimi wynikami poszczególnych zmiennych. Ponieważ liczebność każdej z wyróżnionych grup badawczych nie przekroczyła 30 osób, w prowadzonych badaniach do testowania istotności różnic wykorzystano Test *t* dla prób niezależnych (przy porównywaniu grup dzieci dyslektycznych i bez dysleksji rozwojowej oraz eksperymentalnej i kontrolnej), a także Test *t* dla prób zależnych (przy analizie efektów programu w grupie jego uczestników; por. Brzezinski, 1996, s. 150). Przyjęty poziom istotności wyniósł 0,05 i był zgodny z wykorzystywanym w praktyce przy ocenianiu wyników badań (por. Ferguson, Takane, 2002, s. 202).

Charakterystyka programu „z dysleksją da się szczęśliwie żyć”

Program opracowała autorka niniejszego artykułu i można go umieścić na drugim poziomie systemu pomocy dla dzieci dyslektycznych, któremu odpowiada zespół korekcyjno-kompensacyjny w szkole (por. Bogdanowicz, 1999).

Tworzy go piętnaście 60-minutowych jednostek zajęciowych, w czasie których działania terapeutyczne starano się ukierunkować na wszystkie sfery życia dziecka, zachowując jednocześnie zabawowy i zróżnicowany styl każdej z nich. Było to możliwe dzięki nielicznym, bo 6-osobowym grupom zajęciowym oraz wyróżnieniu trzech zasadniczych części w czasie trwania każdego spotkania:

- część wstępna polegała na wywołaniu pozytywnego nastawienia do zajęć za pomocą różnego rodzaju ćwiczeń ruchowych i przez przypomnienie tematyki z poprzedniego tygodnia (ok. 10 minut);
- część zasadnicza poświęcona była utrwalaniu konkretnych zasad ortograficznych na materiale literowym i bezliterowym (ok. 35 minut);
- część końcowa, czyli pogadanka na temat poczucia własnej wartości (od 3. do 6. spotkania), własnych kompetencji (od 7. do 10. spotkania) lub stresu i radzenia sobie z nim (od 11. do 14. spotkania) (ok. 15 minut).

Odstępstwem od wspomnianego planu był przebieg pierwszego i drugiego spotkania, poświęconych głównie zapoznaniu się uczestników grupy, określeniu motywacji do udziału w programie i oczekiwań co do jego efektów, a także przedstawieniu organizacji pracy na zajęciach i w domu oraz zaprezentowaniu systemu motywacyjnego do pokonywania kolejnych etapów. To odstępstwo miało spełnić wymogi wstępnego etapu oddziaływań terapeutycznych, opisanego w literaturze (por. Czajkowska, Her-

da, 1989). Tematyka spotkań następnych odpowiadała natomiast wymogom etapu właściwego, poświęconego kompleksowemu usprawnianiu umiejętności czytania i pisanie z wykorzystaniem różnorodnych metod, technik i modeli ćwiczeń.

W omawianym programie spośród ogromnej liczby tych materiałów wykorzystano m.in. takie, jak: „Gimnastyka mózgu” Paula i Gaili Dennison, seria *Ortografiti* Jolanty Studnickiej (wybierano ćwiczenia łatwiejsze, dostosowane do umiejętności uczestników programu), ćwiczenia, które zaproponowała Anna Kaszuba-Lizurej (2001), propozycje Zdzisławy Saduś i Aurelii Omiecińskiej (2000), zadania opracowane przez Agnieszkę Łuszczak i Barbarę Kopicką-Trębacz (2001), a także krzyżówki i wierszyki z cyklu *Dyktanda i zabawy ortograficzne* Barbary Włodarczyk (oraz ćwiczenia zaproponowane przez Ewę Małgorzatę Skorek w *Terapii pedagogicznej*). Na potrzeby programu dostosowano także zasady gry *Memory*, *Kalambury* oraz *Państwa — Miasta*. Wykorzystano także różnego rodzaju mnemotechniki, elementy oddziaływania polisensorycznego oraz arteterapii w postaci rysunku i minisztuki teatralnej. W czasie pogadanek o stresie i radzeniu sobie z nim oraz w czasie ćwiczeń, mających na celu podnoszenie poczucia własnej wartości i skuteczności, skorzystano z propozycji zawartych w artykułach z czasopism, z publikacji Denise Chapman Weston i Marka S. Westona (1998), a także Jadwigi Jastrzab (2002) oraz z własnych pomysłów, będących przekształceniami znanych mi wcześniej technik.

Przy dobieraniu wymienionych metod i modeli ćwiczeń zadbano o to, by miały one charakter korekcyjno-kompensacyjny, a więc realizowały sześć zasad terapii pedagogicznej dysleksji rozwojowej, które przyjęto za Czajkowską i Herdą (1989). Aby osiągnąć to zamierzenie, monitorowano postępy każdego uczestnika programu za pomocą ustnych, swobodnych pytań oraz opisowej oceny jego prac domowych, zwracając uwagę na to, co już udało mu się osiągnąć, a nad czym jeszcze musi popracować, ponieważ niemożliwa była całkowita indywidualizacja oddziaływania terapeutycznego ze względu na to, że zajęcia odbywały się w grupie. Z kolei zalecenie powolnego stopniowania trudności w zakresie opracowywanego materiału oraz jego przystępności dla dziecka realizowano, wydłużając czas przeznaczony na ćwiczenia trudniejsze w czasie zajęć oraz umożliwiając dziecku oddanie pracy domowej w terminie późniejszym. Praca domowa bowiem, określana jako „ćwiczenia pięciodniowe”, była integralną częścią opisywanego programu. Jak nazwa wskazuje, rozłożona była na 5 dni w tygodniu (z wyjątkiem niedzieli oraz dnia, w którym odbywały się zajęcia), a jej wykonanie zajmowało około 20 minut dziennie. Rozkład ćwiczeń na każdy dzień zawiera tabela 1.

Tabela 1

Rozkład „ćwiczeń pięciodniowych”

Dzień	Rodzaje ćwiczeń			
	materiał literowy			materiał bezliterowy
	przepisywanie	pisanie ze słuchu	ćwiczenia utrwalające zasady z zajęć grupowych	
Pierwszy	tak	—	tak	—
Drugi	—	tak	—	ćwiczenie percepcji wzrokowej
Trzeci	tak	—	tak	—
Czwarty	—	tak	—	ćwiczenie grafomotoryczne
Piąty	tak	—	tak / ćwiczenia „zbierające” zasady z danego tygodnia	—

Ćwiczenia przeznaczone do wykonania w domu stanowiły kontynuację tematyki podjętej na spotkaniu grupy, co umożliwiało w miarę stałe dozowanie oddziaływania terapeutycznego. Przez cały czas trwania programu starano się także tworzyć atmosferę bezpieczeństwa, zaufania, i akceptacji. Zwłaszcza w odniesieniu do tych uczestników programu, którzy otwarcie wyrażali swoją niezgodę na świadomość bycia uczniem dyslektycznym, co bardzo obrazowo wyrażają słowa, jakie padły na jednych z zajęć: „Dlaczego właśnie nam się to przytrafiło?” Uczestników programu zachęcano do aktywności i współdziałania w usuwaniu własnych kłopotów, chwalono oraz zachęcano do osiągania kolejnych „szczytów górskich” w przyjętym systemie motywacyjnym. System ten opierał się bowiem na zdobywaniu kolejnych wierzchołków gór od Magurki Wilkowskiej po Mount Everest, co było możliwe po spełnieniu dwóch warunków: uczestniczenia w zajęciach oraz oddania wykonanej pracy domowej z danego tygodnia. Podążanie za propozycjami uczestników programu i uwzględnianie ich zainteresowań sprzyjało wyzwalamu w nich postawy twórczej i prezentowaniu swych uzdolnień. Pozwoliło to m.in. na zorganizowanie konkursu plastycznego z zasadami ortograficznymi, będącego jednym z elementów pracy domowej.

Pracę nad wzmocnieniem poczucia własnej wartości, świadomości własnych kompetencji oraz zastanawianie się nad skutecznymi sposobami radzenia sobie ze stresem — podobnie jak wszystkie inne wymienione tu sposoby realizowania programu — zastosowano po to, by „po pierwsze nie szkodzić”, a przede wszystkim, zgodnie z zasadą ciągłości oddziaływań terapeutycznych, służyć uczestnikom programu.

Wszystkie wymienione wcześniej zamierzenia oddziaływały w czasie kolejnych spotkań, których tematy zawiera tabela 2 (część wyróżniona kursywą stanowi zapowiedź treści każdej z jednostek zajęciowych z wykorzystaniem mnemotechnik własnego pomysłu).

Tabela 2

**Tematy jednostek zajęciowych w programie
„Z dysleksją da się szczęśliwie żyć”**

Spotkanie	Tematy
1	2
Pierwsze	<i>Co ja tu robię?</i> Określenie motywacji do udziału w programie, ustalenie zasad grupy oraz podpisanie deklaracji o uczestnictwie w zajęciach
Drugie	<i>Ruch jest zdrowy i dla ciała, i dla głowy</i> Gimnastyka mózgu na dobry początek — zapoznanie z wybranymi ćwiczeniami
Trzecie	<i>Moje pozytywne strony, które przydać się mogą w osiągnięciu mistrzostwa w wielu dziedzinach</i> Pisownia rz wymiennego na r oraz w zakończeniach: -arz, -erz; -mistrz, -mierz; praca nad wzmocnianiem poczucia własnej wartości
Czwarte	<i>Wołała babka Tadka: „daj kawalek gnatka, prosiła jeszcze chrzanu”. A Tadek był troskliwy, ambitny, dobry, empatyczny i koleżeński</i> Pisownia rz po spółgłoskach: w, b, t, d, k, g, p, j, ch; wyjątki i rz niewymienne; próba określenia siebie — moje pozytywne cechy w literach mojego imienia
Piąte	<i>Opowiem wam o sukcesie drużyny w sprzedaży kolorowych wstążek</i> Pisownia ż wymiennego na g, dz, h, z, ź, s oraz w zakończeniach -aż, -eż rzeczowników rodzaju żeńskiego i partykułach -że, -ź; mój sukces
Szóste	<i>Jestem w porządku, bo potrafię opowiadać żarty o żółtej i różowej oranżadzie</i> Pisownia ż po spółgłoskach n, l, ł, r i w wyrazach rozpoczynających się od cząstek: ża-, żo-, żu-, ży- (+wyjątki); „ż” w cząstkach żur- i róż-; „ż” niewymienne; jestem w porządku, bo... — kończenie zdania
Siódme	<i>Ola z miejscowości Kraków, Ala Zerówka i Ela Nowakówna dobrze gospodarowały czasem i wróciły do domów z nowymi wsuwkami</i> Pisownia ó wymiennego na o, a, e oraz w zakończeniach -ów, -ówka, -ówna; wyjątki od reguły: skuwka, zasuwka, wsuwka; jakim jestem gospodarzem swojego czasu?
Ósme	<i>Tu i ówdzie są specjaliści od „ó” niewymiennego</i> Pisownia ó na początku wyrazu i wyrazy z ó niewymiennym; opowiem grupie, w jakiej „dziedzinie” uważam się za specjalistę

cd. tab. 2

1	2
Dziewiąte	<i>Fundamentem jest zasada, że -uje się nie kreskuje – opiekun powiada</i> Pisownia u w zakończeniach -un, -unek, -ulec, -usia, -utki, -uszek oraz końcówkach: -uję, -uje, -ujesz itd.; doskonalenie umiejętności komunikacyjnych
Dziesiąte	<i>Z Urszulą i Mateuszem autostopem po Europie w celach naukowych</i> Pisownia u na początku i końcu wyrazu oraz w częstkach auto, wyrazach Europa, nauka i im pokrewnych; moje hasło życiowe
Jedenaste	<i>Druh biegł z wahadłem wokół hangaru</i> Pisownia h wymiennego na g, ż, z oraz wyrazy z h niewymiennym; co to jest stres?
Dwunaste	<i>Hiperaktywny stres w pobliżu hałasu</i> Pisownia h w częstkach hipo, -hiper, -hydro oraz w wyrazach hałaśliwych; o stresie ciąg dalszy
Trzynaste	<i>W archiwum schowane są skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem spowodowanym strachem przed ropuchami</i> Pisownia ch wymiennego na sz, po spółgłosce s oraz częstce arch- w połączeniu ze sposobami radzenia sobie ze stresem
Czternaste	<i>W schronisku był hrabia, który pomógł turystom zapomnieć o problemach</i> Pisownia ch na końcu wyrazów (wyjątek druha) oraz przed spółgłoskami: c, l, ł, m, n, r, rz, t, w (wyjątek: hrabia); skuteczne radzenie sobie ze stresem
Piętnaste	<i>Koniec już bliski — pakowanie walizki</i> Zebranie zasad ortograficznych i praktyczne ich wykorzystanie w grze „Uno”; pakowanie walizki — co chcę zabrać z tego programu dla siebie?

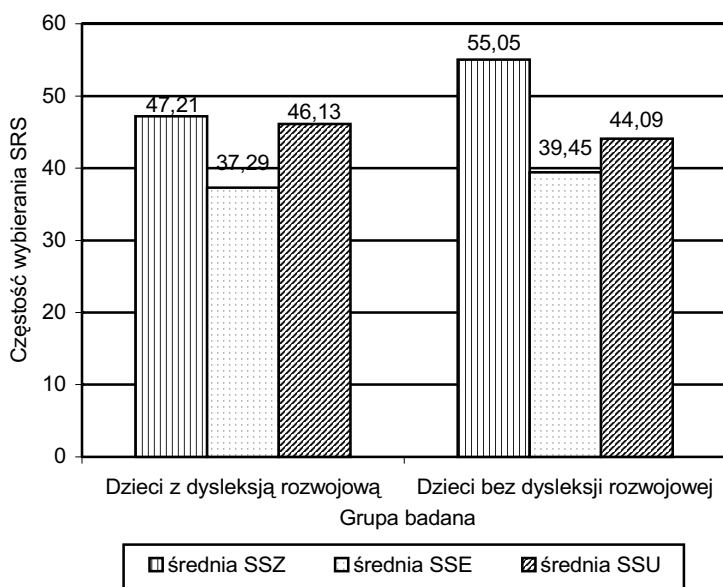
Podsumowując charakterystykę programu „Z dysleksją da się szczęśliwie żyć” nie można zapomnieć, że jego celem była poprawa funkcjonowania dzieci dyslektycznych, przede wszystkim w zakresie:

- poprawnego stosowania zasad pisowni z rz, ż, ó, u, ch, h na co dzień;
- samokontroli i samodzielnego korygowania popełnionych błędów w czasie pisania ze słuchu;
- radzenia sobie w sytuacjach stresowych;
- poczucia własnej skuteczności.

W tych obszarach należałoby oczekiwać pozytywnych efektów omawianego programu.

Wyniki badań i ich interpretacja

Główny problem badawczy, poruszony w niniejszym artykule, dotyczy tego, czy udział w zajęciach terapeutycznych wpływa na zmianę: stylu radzenia sobie ze stresem, poziomu poczucia własnej skuteczności oraz stopnia poprawności pisania u dzieci z dysleksją rozwojową. Uwzględnienie natomiast dodatkowej grupy badawczej — uczniów niedyslektycznych — pozwoliło na wprowadzenie do badań wyników sondażu, dotyczącego tego, czy między dziećmi ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu oraz ich rówieśnikami występują różnice w zakresie dominującego stylu radzenia sobie ze stresem i poziomu poczucia własnej skuteczności. Te interesujące dane zostały przytoczone poniżej. Analiza uzyskanych w sondażu wyników pokazała, że dominującym stylem radzenia sobie ze stresem w obu grupach dzieci jest styl zadaniowy (por. rys. 1).



Rys. 1. Średnia częstotliwość wybierania stylu radzenia sobie ze stresem (SRS) w grupie dzieci z dysleksją rozwojową i bez dysleksji rozwojowej

Różnica średnich częstotliwości wybierania stylu zadaniowego okazała się istotna na poziomie statystycznym i wskazuje, że częściej stosują go uczniowie bez dysleksji rozwojowej (zob. tabela 3.).

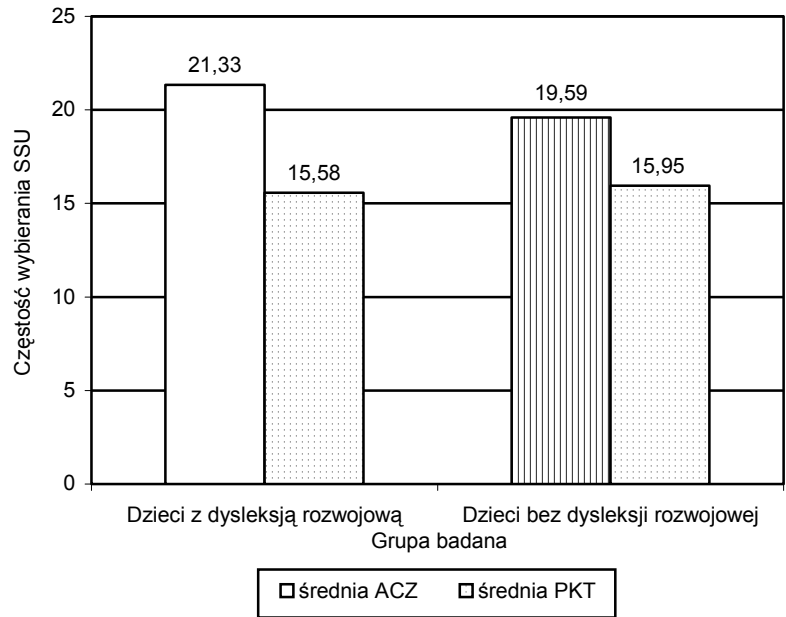
Wynik przedstawiony w tabeli 3. dowodzi, że osoby niedyslektyczne, częściej niż ich rówieśnicy ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pi-

Tabela 3

Wyniki uzyskane w kwestionariuszu CISS w skali SSZ
w grupie eksperymentalnej i kontrolnej

Badana zmienna	Badana grupa dzieci	Średnia częstość wybierania	df	t	Istotność (p)	Wniosek
Styl skoncentrowany na zadaniu	bez dysleksji rozwojowej (N = 22)	55,05	44	2,567	0,014	różnica istotna
	z dysleksją rozwojową (N = 24)	47,21				

saniu, angażują się w czynne rozwiązywanie problemów i poszukują konstruktywnych sposobów ich pokonywania. Za prawdziwością takiego stwierdzenia przemawia też fakt, że w grupie osób bez dysleksji rozwojowej średnia częstość wybierania unikającego stylu radzenia sobie ze stresem, wynosząca jedynie 44,09 punktu, jest o ponad 10 punktów niższa od średniej częstości wybierania stylu zadaniowego, podczas gdy wśród dzieci dyslektycznych średnia ta wynosi 46,13 i nie odbiega znacznie, jak już wcześniej wspomniano, od średniej wybierania stylu radzenia sobie zorientowanego na zadaniu (por. rys. 2. i tabela 4.).



Rys. 2. Średnia częstość wybierania dwóch form unikającego stylu radzenia sobie ze stresem w grupie dzieci z dysleksją rozwojową i bez dysleksji rozwojowej

Tabela 4

**Wyniki uzyskane w kwestionariuszu CISS w skali SSU,
SSU ACZ, SSU PKT w grupie eksperymentalnej i kontrolnej**

Badana zmienna	Badana grupa dzieci	Średnia częstość wybierania	df	t	Istotność (p)	Wniosek
Styl skoncentrowany na emocjach	bez dysleksji rozwojowej (N = 22)	39,45	44	0,823	0,415	różnica nieistotna
	z dysleksją rozwojową (N = 24)	37,29				
Styl skoncentrowany na unikaniu	bez dysleksji rozwojowej (N = 22)	44,09	44	-0,705	0,485	różnica nieistotna
	z dysleksją rozwojową (N = 24)	46,13				
Angażowanie się w czynności zastępcze	bez dysleksji rozwojowej (N = 22)	19,59	44	-1,042	0,303	różnica nieistotna
	z dysleksją rozwojową (N = 24)	21,33				
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	bez dysleksji rozwojowej (N = 22)	15,95	44	0,267	0,791	różnica nieistotna
	z dysleksją rozwojową (N = 24)	15,58				

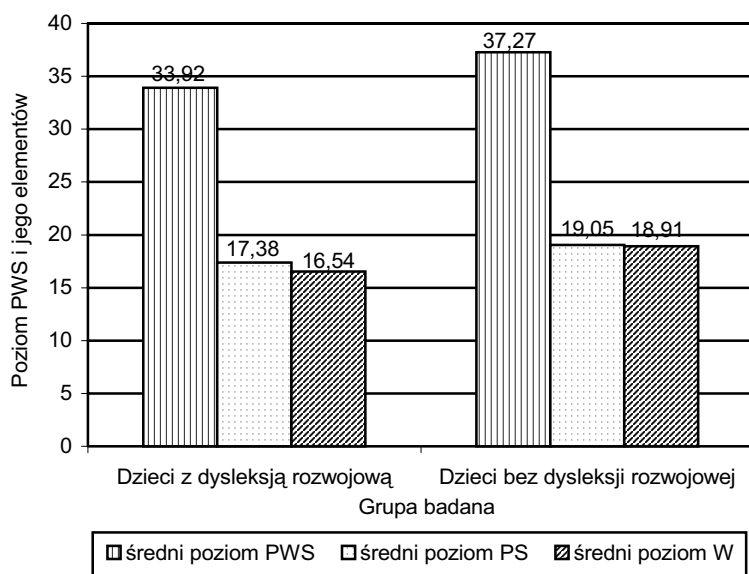
Nie ma natomiast różnic istotnych statystycznie w częstości wybierania stylu skoncentrowanego na emocjach i unikaniu przez dzieci dyslektyczne i zdrowe. Przeprowadzenie badań na liczniejszych grupach pozwoliłoby na dokładniejsze wnioski dotyczące opisanych tutaj różnic.

Mimo że średnie wyborów stylu unikającego przez dzieci dyslektyczne i niedyslektyczne nie różnią się istotnie, cenna dla praktycznych wniosków jest uwaga o ich rozbieżnościach, gdy chodzi wybieranie zadaniowego stylu radzenia sobie. Można bowiem powiedzieć, iż dzieci dyslektyczne mniej więcej z taką samą częstotliwością wybierają styl zadaniowy jak i unikający. Ponieważ doświadczanym przez nie trudnościami z czasem mogą towarzyszyć także wtórne zaburzenia psychiczne w postaci m.in. niechęci do podejmowania wyzwań, lenistwa i niskich aspiracji, wynikające z niskiej motywacji do działania (por. B o g d a n o w i c z K., 2006, s. 77), zadaniowe sposoby radzenia sobie ze stresem mogą przerodzić się w styl unikania za wszelką cenę zmierzania się z sytuacją trudną. Wydaje się, że styl skoncentrowany na unikaniu częściej przybiera postać angażowania się w czynności zastępcze niż poszukiwania kontaktów towarzyskich. O takiej tendencji świadczy wyższa, bo wynosząca 21,33, średnia częstotliwość

wybijania pierwszego z wymienionych stylów, w porównaniu ze średnią drugiego, równą 15,58. Oznacza to z kolei, że dzieci dyslektyczne wolą np. oglądać telewizję, zjeść ulubioną potrawę lub zasnąć od szeroko pojętego przebywania z innymi ludźmi. Warto tutaj zaznaczyć, że w swoich wyborach nie różnią się zasadniczo od swoich kolegów i koleżanek bez dysleksji rozwojowej. Jak pokazują wyniki badań, dzieci niedyslektyczne także częściej angażują się w czynności zastępcze niż poszukują kontaktów z innymi ludźmi w ramach stylu zorientowanego na unikanie trudnych sytuacji. Potwierdza to też brak istotnych statystycznie różnic pod tym względem między obiema grupami. Interesująca jest natomiast niemal identyczna średnia częstość wybierania stylu polegającego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, wynosząca odpowiednio 15,58 w grupie dzieci dyslektycznych i 15,95 w grupie ich zdrowych rówieśników. Fakt ten inspirowa do badań z liczniejszymi grupami. Przede wszystkim dlatego, że u dzieci dyslektycznych można zaobserwować tendencje do izolacji od innych ludzi (por. Brejnak, 2003, s. 107). Ciekawe jest także to, że nie ma znaczących różnic między obiema grupami dzieci pod względem częstości wybierania emocjonalnego stylu radzenia sobie. Zarówno dzieci zdrowe, jak i dyslektyczne płaczą, martwią się lub skarżą na ból brzucha czy głowy porównywalnie często.

Poczucie własnej skuteczności także ma istotne znaczenie dla funkcjonowania dzieci w wieku szkolnym, jeżeli bierze się pod uwagę uczniów z dysleksją rozwojową i ich kolegów bez tego typu trudności. Jest ono bowiem jedną z wypadkowych, warunkujących, obok wiedzy i określonych czynników zewnętrznych, skuteczne działanie w różnych sytuacjach, nie wyłączając tych, które wiążą się z przeżywaniem stresu (por. Zakrzewski, 1987). Jak pokazują przeprowadzone badania, uczniowie niedyslektyczni osiągają wyższy poziom poczucia własnej kompetencji w porównaniu ze swymi rówieśnikami, u których specjalistyczna diagnoza potwierdziła dysleksję rozwojową (por. rys. 3. i tabela 5.).

Różnica średnich poziomów w zakresie poczucia własnej skuteczności wynosi 3,35 punktu i przy założonej równości wariancji okazała się statystycznie istotna (gdy $\alpha = 0,05$). Przy przełożeniu uzyskanych wyników surowych na wyniki standaryzowane, okazało się, że średni poziom poczucia własnej skuteczności u dzieci bez dysleksji rozwojowej odpowiada wynikowi wysokim, natomiast u dzieci dyslektycznych — wynikowi przeciętnym. Oznacza to, że brak trudności wynikających z dysleksji, dysgrafii bądź dysortografii znacząco wpływa na wkładanie większego wysiłku w działanie i kontynuowanie go mimo porażek aż do osiągnięcia pożądanego rezultatu (por. Bąbel, 2006). Wynika to zapewne z „mocnych” elementów poczucia własnej skuteczności u dzieci niedyslektycznych. Ich śred-



Rys. 3. Średni poziom poczucia własnej skuteczności i jego elementów u dzieci dyslektycznych i niedyslektycznych

Tabela 5

**Wyniki uzyskane w Skali Kompetencji Osobistej KompOs
w grupie eksperymentalnej i kontrolnej**

Badana zmienna	Badana grupa dzieci	Średnia poziom	df	t	Istotność (p)	Wniosek
Poczucie własnej skuteczności (wyniki surowe)	bez dysleksji rozwojowej (N = 22)	37,27	44	2,147	0,037	różnica istotna
	z dysleksją rozwojową (N = 24)	33,92				
Poczucie własnej skuteczności (steny)	bez dysleksji rozwojowej (N = 22)	6,91	44	2,375	0,022	różnica istotna
	z dysleksją rozwojową (N = 24)	5,50				
Poczucie siły (PS)	bez dysleksji rozwojowej (N = 22)	19,05	44	1,809	0,077	różnica nieistotna
	z dysleksją rozwojową (N = 24)	17,38				
Wytrwałość (W)	bez dysleksji rozwojowej (N = 22)	18,91	44	2,702	0,010	różnica istotna
	z dysleksją rozwojową (N = 24)	16,54				

nie wynoszą 19,05 punkta w odniesieniu do poczucia siły, koniecznej do zainicjowania działania, oraz 18,91 punktów w odniesieniu do wytrwałości, niezbędnej do kontynuowania działania. Wyniki te zdecydowanie przewyższają te, które uzyskały dzieci dyslektyczne, osiągające odpowiednio 17,38 i 16,54 punktów. Należy tu jeszcze zaznaczyć, że różnica w średnich, dotyczących poziomu wytrwałości, jest istotna na poziomie statystycznym (gdy $\alpha = 0,05$), co dodatkowo podkreśla jej wagę i mówi o mniejszej konsekwencji w kontynuowaniu działania i doprowadzaniu go do końca wśród dzieci z dysleksją rozwojową.

Omawiane wyniki pozwalają sformułować wniosek, że dzieci dyslektyczne, podobnie jak wszystkie osoby o niższym poczuciu własnej skuteczności, mają o wiele słabszą motywację do podjęcia działania i częściej też nękają je wątpliwości co do tego, czy potrafią właściwie wykonać postawione zadania. Potwierdzeniem tego może być, wynikające z jakościowej analizy udzielonych w Skali KompOs odpowiedzi, najczęstsze zaznaczanie „raczej tak” przy stwierdzeniu „spodziewam się niepowodzenia”. Ponadto, zgodnie z wieloma wypowiedziami słyszanyymi w czasie programowych zajęć, dzieci te dużo częściej widzą przyczyny swych porażek w sobie, sukcesy natomiast przypisują przypadkowi, dobremu humorowi nauczyciela czy innym jeszcze okolicznościom zewnętrznym.

Sytuacja uczniów dyslektycznych różni się od sytuacji prawidłowo funkcjonujących rówieśników — przytoczone zostaną wyniki wpływu uczestnictwa w programie „Z dysleksją da się szczęśliwie żyć” na zmiany w zakresie częstości wybierania określonego stylu radzenia sobie ze stresem, poziomu poczucia własnej skuteczności oraz stopnia poprawności pisanie. Skala uzyskanych danych zostanie tu zawężona jedynie do prezentacji tych, które dotyczą różnic między pre- i posttestem w grupie eksperymentalnej, czyli u uczestników programu, gdyż wydają się one szczególnie istotne. Dodatkowo zostaną one poszerzone o informacje jakościowe, które udało się zebrać w czasie pierwszego i ostatniego spotkania.

W czasie pierwszych zajęć uczestnicy zostali poproszeni o odpowiedź na dwa pytania: Dlaczego tutaj jestem? Jakie korzyści mogę uzyskać?

Odpowiedzi (każdy mógł podać kilka różnych możliwości) przedstawia tabela 6.

Oczekiwania uczestników pokrywają się w pewnym stopniu z przeznaczeniem programu, a także ukazują zróżnicowanie w zakresie ich motywacji do udziału w zajęciach.

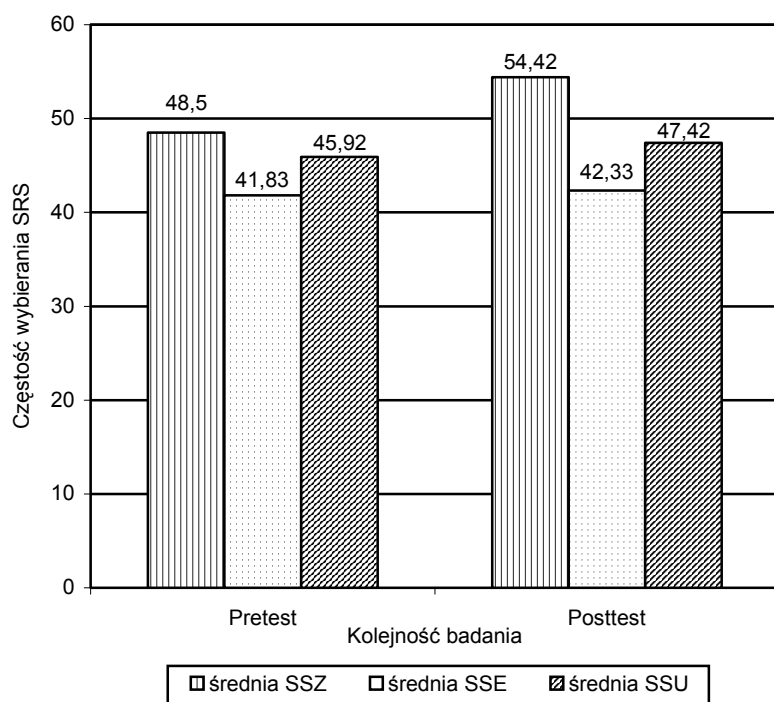
Rzeczywiste efekty uczestnictwa w zajęciach w zakresie zmian w stylu radzenia sobie ze stresem pokazuje rysunek 4. i 5.

Tabela 6

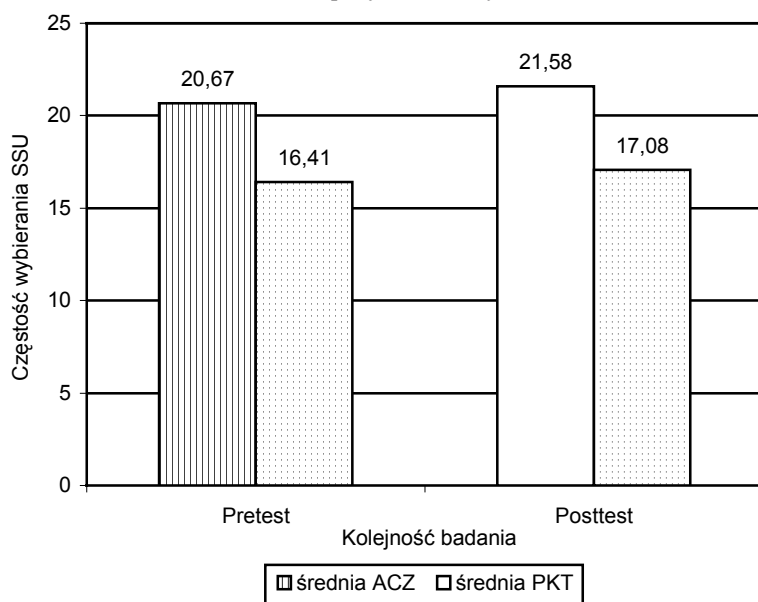
**Oczekiwania i korzyści związane z uczestniczeniem
w programie „Z dysleksją da się szczęśliwie żyć”**

Pytanie	Odpowiedzi uczestników	Liczba osób
Dlaczego tutaj jestem?	bo mama mi kazała (tata, rodzice mi kazali)	6
	bo jestem dyslektykiem (dysortografikiem), mam dysleksję	5
	bo chcę	4
	bo chcę się czegoś nauczyć	2
	bo mam kłopoty z pisanem, nie umiem pisać	2
	bo lubię tu być	1
	żeby nauczyć się polskiego	1
	bo są ciekawe zajęcia	1
Jakie korzyści mogę uzyskać?	mogę się zapoznać, co to jest dysleksja, mogę się oswoić ze słowem dysleksja, mogę się zapoznać z dysortografią	3
	będę lepiej pisał, nauczę się pisać	2
	nie będę popełniał „tylu” błędów ortograficznych, nie będę robiła błędów ortograficznych	2
	poznam nowych kolegów i koleżanki	2
	będzie mi łatwiej z dysleksją	1
	mogę być mądrzejszy	1
	nie będę kłębkiem nerwów	1
	nie wiem	1
	mogę mieć piątki z polskiego	1
	chcę być lepszy z ortografii	1

Najważniejszy i zarazem najbardziej znaczący wniosek dla autorki artykułu dotyczy różnicy między średnią częstością wybierania zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem przed i po uczestnictwie w programie terapeutycznym. Wynosi ona bowiem prawie 6 punktów i okazała się istotna statystycznie (gdy $\alpha = 0,05$). Mankamentem badań jest licząca jedynie 12 osób grupa eksperymentalna. Jednakże uzyskana różnica świadczy o zmianie stylu radzenia sobie ze stresem na bardziej konstruktywny. Polega on na podejmowaniu działania w obliczu stresu przez dzieci poddane terapii (podobną tendencję zaobserwowano po porównaniu wyników posttestu w grupie kontrolnej i eksperymentalnej). Taki kierunek zmian — częste wybieranie stylu zadaniowego — może być dowodem pozytywnego wpływu omawianego programu na jego uczestników.



Rys. 4. Średnia częstość wybierania stylu radzenia sobie ze stresem w grupie eksperymentalnej



Rys. 5. Średnia częstość wybierania dwóch form unikającego stylu radzenia sobie ze stresem w grupie eksperymentalnej

Z kolei wyniki średnich częstości wybierania stylu zorientowanego na unikanie i emocje w pre- i w postteście w grupie eksperymentalnej bardzo przypominają wyniki uzyskane przy porównaniu efektywności programu w grupie eksperymentalnej i kontrolnej. Żadna bowiem z różnic nie jest istotna statystycznie (gdy $\alpha = 0,05$), a te, które dotyczą stylu unikającego, nie wynoszą więcej niż 1,5 punktu. Udział w zajęciach terapeutycznych nie zmienił zatem znacznie częstości angażowania się w czynności zastępcze czy poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Uczestnicy programu po jego zakończeniu, mimo że ukierunkowani na aktywne pokonywanie trudności, z porównywalną częstością wybierali utrwalone już sposoby odkładania przygotowania się do odpowiedzi przy tablicy lub odrobienia zadania z języka polskiego.

Jeżeli natomiast przyjrzeć się wynikom pre- i posttestu w grupie eksperymentalnej w obrębie stylu emocjonalnego, można zaobserwować częstsze jego wybieranie jako sposobu radzenia sobie ze stresem. Może to wynikać z bardziej świadomej orientacji we własnych emocjach wtedy, gdy trzeba zmierzyć się z problemem. Jednocześnie to niejako potwierdzenie konieczności modyfikacji treści programu poświęconych tematyce stresu. Wagę tych zmian podkreślać może jeszcze fakt, że zauważone w postteście pozytywne zmiany, ukierunkowane na wzmacnianie zadaniowego stylu rozwiązywania sytuacji trudnych, gdy nie zostały „głębiej” zakotwiczone i utrwalone, mogą okazać się nietrwałe w obliczu codziennych szkolnych zadań. Może to osłabić motywację do podejmowania działań służących zażegnaniu stresu w sposób najbardziej konstruktywny i najmniej obciążający psychicznie, tzn. niewymagający stosowania mechanizmów obronnych ani angażowania innych w rozwiązywanie własnych trudności. W sprawdzeniu, czy rzeczywiście tak jest, mogłoby pomóc przeprowadzenie badań longitudinalnych, ukazujących efektywność uczestnictwa w programie po określonych odstępach czasu od jego zakończenia.

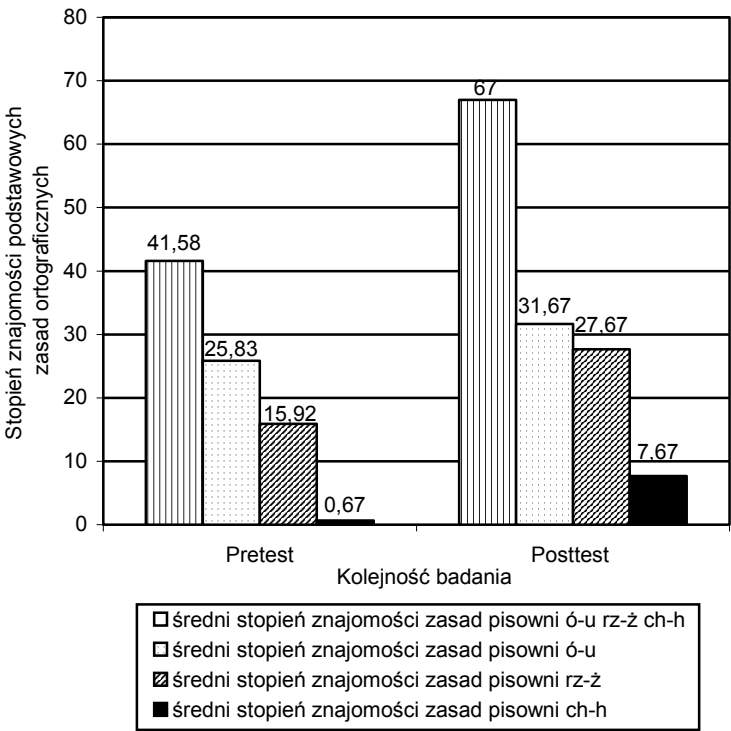
Zamykając analizę zmian dotyczącą stylu radzenia sobie ze stresem, do najistotniejszych wniosków należy ten, że poddawany ewaluacji program „Z dysleksją da się szczęśliwie żyć” wpływa pozytywnie na zwiększenie średniej częstości jego wybierania. Program ten wymaga jednak wprowadzenia zmian mających na celu zwrócenie większej uwagi na konsekwencje stosowania w „nadmiarze” stylu zorientowanego na emocje i unikanie.

Podsumowanie wyników pre- i posttestu w grupie eksperymentalnej pod kątem wpływu na poczucie własnej skuteczności pokazuje, że uczestnictwo w programie podniosło średni poziom zarówno uogólnionego poczucia własnej kompetencji, jak i jego elementów, tj. poczucia siły i wytrwałości, co prezentuje tabela 7.

Tabela 7

Wyniki uzyskane w Skali Kompetencji Osobistej KompOs
w grupie eksperymentalnej w pre- i postteście

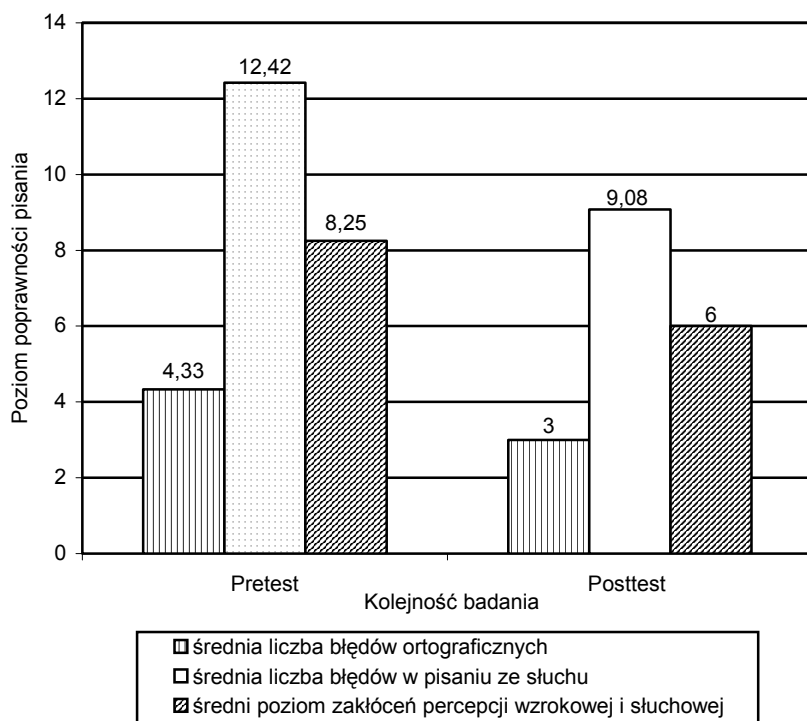
Badana zmienna	Czas badania	Średni poziom	df	t	Istotność (p)	Wniosek
Poczucie własnej skuteczności (wyniki surowe)	pretest	34,50	11	-1,887	0,086	różnica nieistotna
	posttest	37,33				
Poczucie własnej skuteczności (steny)	pretest	5,83	11	-1,817	0,097	różnica nieistotna
	posttest	6,83				
Poczucie siły	pretest	17,00	11	-2,635	0,023	różnica istotna
	posttest	19,25				
Wytrwałość	pretest	17,50	11	-0,473	0,646	różnica nieistotna
	posttest	18,08				



Rys. 6. Stopień znajomości podstawowych zasad ortograficznych — porównanie średnich wyników przed i po uczestnictwie w programie „Z dysleksją da się szczęśliwie żyć”

Pomimo różnic dotyczących wyników badań pre- i posttestowych, jedynie te odnoszące się do poziomu poczucia siły okazały się statystycznie istotne. Natomiast pewne ukierunkowanie na istotność statystyczną mają wyniki średnich poziomów poczucia własnej skuteczności, zarówno wyniki surowe, jak i przeliczone na steny. Zmiany te — moim zdaniem — przejawiały się tym, że w ciągu kolejnych spotkań ich uczestnicy wykazywali coraz więcej inicjatywy i zaangażowania w przeprowadzenie każdej kolejnej jednostki zajęciowej oraz staranniejszemu wykonywaniu pięciodniowych ćwiczeń domowych. Zmianom sprzyjać mogły również te ćwiczenia, które służyć miały wzmocnieniu poczucia własnej wartości.

Rysunek 6. i 7. pokazują natomiast, czy uczestnictwo w programie wpłynęło na stopień znajomości zasad pisowni wyrazów z rz, ż, ó, u, ch, h na co dzień (rys. 6.) oraz na kształtowanie samokontroli i samodzielnego korygowania popełnionych błędów w czasie pisania ze słuchu (rys. 7).



Rys. 7. Poziom poprawności pisanie ze słuchu u dzieci z grupy eksperymentalnej w pre- i postteście

Czy dające się zauważyć różnice w wysokościach słupków są istotne statystycznie, pokazują dane tabeli 8.

Tabela 8

Wyniki uzyskane w Sprawdzianie Znajomości Podstawowych Zasad Pisowni Języka Polskiego w grupie eksperymentalnej w pre- i postteście

Badana zmienna	Czas badania	Średni stopień	df	t	Istotność (p)	Wniosek
Znajomość podstawowych zasad pisowni ó — u, rz — ż, ch — h	pretest	41,58	11	-4,179	0,002	różnica istotna
	posttest	67,00				
Znajomość zasad pisowni ó — u	pretest	25,83	11	-1,978	0,073	różnica nieistotna
	posttest	31,67				
Znajomość zasad pisowni rz — ż	pretest	15,92	11	-4,597	0,001	różnica istotna
	posttest	27,67				
Znajomość zasad pisowni ch — h	pretest	0,67	11	-3,429	0,006	różnica istotna
	posttest	7,67				

Tabela 9. wskazuje na różnice istotne statystycznie:

Tabela 9

Wyniki uzyskane w Arkuszu Oceny Prac Pisemnych w grupie eksperymentalnej w pre- i postteście

Badana zmienna	Czas badania	Średnia liczba błędów ortograficznych	df	t	Istotność (p)	Wniosek
Praktyczne wykorzystanie znajomości zasad pisowni ó — u, rz — ż, ch — h	pretest	4,33	11	2,00	0,071	różnica nieistotna
	posttest	3,00				
Poprawność pisania ze słuchu	pretest	12,42	11	5,490	0,00	różnica istotna
	posttest	9,08				
Zakłócenia percepcji wzrokowej i słuchowej	pretest	8,25	11	4,294	0,001	różnica istotna
	posttest	6,00				

Analiza danych zawartych w tabelach 8. i 9. pozwala wnioskować, że uczestnictwo w zajęciach wpływa na wzrost poprawności pisania. Można zatem powiedzieć, iż program „Z dysleksją da się szczęśliwie żyć” oddziaływa pozytywnie na umiejętności związane z szeroko rozumianym poprawnym pisaniem, tzn. podnosi poziom poprawności pisania ze słuchu

i zmniejsza liczbę zakłóceń percepcji wzrokowo-słuchowej. Ponadto przyczynia się do praktycznego wykorzystywania utrwalanych w czasie zajęć zasad ortograficznych. Jeżeli natomiast chodzi o samą znajomość zasad pisowni ó — u, rz — z, ch — h przed i po uczestnictwie w zaproponowanych zajęciach terapeutycznych, następują zmiany istotne na poziomie statystycznym. Takiego pułapu nie osiągnęła zmiana w znajomości zasad ó — u (zob. tabela 8.), ale wynika to najprawdopodobniej z tego, że z wyjaśnianiem wymienionych zasad (zwłaszcza pisowni ó) dziecko spotyka się już od najwcześniejszych lat nauki w szkole i zwykle są mu one znane. O tym jednak, że po uczestnictwie w zajęciach znajomość owa się zwiększyła, świadczy różnica w średnich pre- i posttestu, wynosząca 5,84 punktów, oraz ukierunkowanie na istotność statystyczną. Dużym osiągnięciem jest też zmiana średniej znajomości zasad pisowni ch — h (0,67), która zwiększyła się o 7 punktów.

W podsumowaniu można zatem stwierdzić, że program „Z dysleksją da się szczęśliwie żyć” spełnił swoje zadanie i uczestnictwo w nim przyczynia się do zwiększenia poprawnego stosowania zasad pisowni z ó — u, rz — ż, ch — h na co dzień oraz kształtowania samokontroli i samodzielnego korygowania popełnionych błędów w czasie pisania ze słuchu. Jak natomiast ocenili wpływ zajęć na swoje umiejętności sami uczestnicy i co z nich wynieśli, pokazują poniższe wypowiedzi, które znalazły się w „walizkach”, pakowanych w czasie ostatniego spotkania: „ortografią można się pobawić a przed nauką poćwiczyć Dennisonem”, „pamiętam zasady ortograficzne i wyjątki, pokonuję dysleksję”, „umiem pisownię ó, u, rz, ż, ch, h [...], potrafię rozwiązywać trudne zadania z języka polskiego”, „pamiętam ortografię, polubiłam język polski, nauczyłam się systematyczności, dokładniej wykonuję swoje obowiązki, mniej się stresuję, mam lepsze oceny, mam lepsze oceny z dyktand, polubiłam dysleksję i ortografię, polubiłam się uczyć”, „fajnie było na tych zajęciach, dużo się nauczyłem, dużo się dowiedziałem, te zadania mnie uczyły, dowiedziałem się, jak zapamiętywać różne rzeczy, i się nie stresuję”, „zasady itp.”, „na tych zajęciach były ćwiczenia utrwalające, po których się dobrze mi pisało i łatwiej było pisać poprawnie”, „robię mniej błędów ortograficznych, podobały mi się prace domowe”, „najbardziej podobały mi się prace domowe, dało mi to więcej przyjemności”, „podobało mi się łączenie kropek, rysunek człowieka”.

Radością zatem napawa fakt, że nie ma większych sprzeczności między wynikami uzyskanymi na podstawie danych ilościowych, opracowanych statystycznie, oraz wymienionymi wyżej informacjami jakościowymi. Należy jednak jeszcze raz zaznaczyć, że 15-tygodniowy cykl zajęć terapeutycznych to zdecydowanie za mało. Refleksje, które nasuwały się po

każdych zajęciach, koncentrowały się przede wszystkim na tym, że warto zwracać uwagę na pomysły uczestników programu oraz szukać takich sposobów pokonywania trudności wynikających z dysleksji rozwojowej, które będą interesujące zarówno dla dzieci borykających się z nimi, jak i dla prowadzącego takie zajęcia. Ponadto zdają sobie sprawę z tego, iż ze względu na ograniczenie czasowe skuteczność programu może nie okazać się zbyt trwała. Czy tak będzie rzeczywiście, mogłoby potwierdzić przeprowadzenie ponownych badań posttestowych za jakiś czas. Nawet jeśli jednak brakuje spektakularnych efektów, to uzyskane w niniejszych badaniach wyniki pozwalają twierdzić, że jakiekolwiek oddziaływanie na dzieci z dysleksją rozwojową ma sens.

Zakończenie

Kiedy podjęłam decyzję, by zająć się problematyką dysleksji rozwojowej, nie przypuszczałam, że ewaluacja programu terapeutycznego przeznaczonego dla dzieci mających specyficzne trudności w czytaniu i pisanii przyniesie tak wiele doświadczeń i refleksji. Patrząc wstecz, zdaję też sobie sprawę, że wiele elementów programu można było przeprowadzić inaczej i być może z lepszym skutkiem. Takie myślenie dodaje jednak zapału i energii, a także inspiruje do tego, by program, który powstał, modyfikować i rozwijać. Zwłaszcza że podczas jego realizacji mogłam zaobserwować, jak z każdym kolejnym spotkaniem jego uczestnicy coraz bardziej angażowali się w wykonywanie — uważanych potocznie za nudne — ćwiczeń ortograficznych oraz sprawiających im wiele przyjemności zadań nieortograficznych, a także w zajęcia, które poświęcono wzmacnianiu poczucia własnej wartości i skuteczności oraz poszukiwaniu sposobów skutecznego radzenia sobie ze stresem. Pozwala to bowiem wierzyć, że warto podejmować wszelkie wysiłki, mające na celu poprawę funkcjonowania dzieci dyslektycznych w szkole, a także poza nią. Dodatkowo przekonanie to potwierdzają wyniki badań przedstawione w empirycznej części niniejszego artykułu oraz wypowiedź Kingi, jednej z uczestniczek programu: „Ja, chodząc na zajęcia, dużo zrozumiałam, jak pisać i jak ćwiczyć pisownię i teraz mam więcej cierpliwości i wytrwałości i będę się starać, żeby było jak najlepiej”.

O tym, że przezwyciężać trudności o charakterze dyslektycznym można na wiele różnych sposobów, a przy okazji rozwijać wyobraźnię i twórczość, świadczy wiersz, który napisała Kasia — uczennica klasy VI i razem uczestniczka programu „Z dysleksją da się szczęśliwie żyć”.

Wesoła ortografia

Patrzę przez okno i widzę piękną krainę.
Cóż za mieszkańcy tam mieszkają?
Przyglądam, wyglądam, a tam „ó” spina się na górę.

Przyglądam, wyglądam
i widzę, jak „u” uważa na lekcji,
a „ż” z dużą kropką
wymienia się z „g” książką na wielką księgę.
Cóż to „rz” jedzie na rowerze,
spotyka „r” i jedzie na rowerku.
Więc pamiętaj teraz, że „rz” na „r” się wymienia.

W hamaku leży „h”
i więc pamiętaj dziś kolego nasz,
nie rób byków na dyktandzie
i pamiętaj zasady nasze.

Powstał on z własnej inicjatywy jego autorki. Budzi nadzieję, że podjęty trud związany z opracowaniem i przeprowadzeniem kolejnych jednostek zajęciowych nie poszedł na marne, ale przyczynił się do zrozumienia, czym jest dysleksja rozwojowa i że wbrew wszystkiemu można z nią szczęśliwie żyć.

Literatura

- Baranowska B., 2000: *Miejsce dziecka z trudnościami w czytaniu i pisaniu w szkole publicznej w świetle oceniania wewnątrzszkolnego w zreformowanej szkole*. „Biuletyn Informacyjny Warszawskiego Oddziału Nr 1 PTD”.
- Bąbel P., 2006: *Skutki skuteczności*. „Charaktery”, nr 2 (109), s. 48—49.
- Bogdanowicz K., 2006: *Dyslektycy pod szczególną opieką*. „Psychologia w Szkole”, nr 1, s. 77—85.
- Bogdanowicz M., 1994: *O dysleksji, czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu — odpowiedzi na pytania rodziców i nauczycieli*. Lublin: Wydawnictwo „Linea”.
- Bogdanowicz M., 1996: *Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci — nowa definicja i miejsce w klasyfikacjach międzynarodowych*. „Psychologia wychowawcza”, nr 1, s. 13—22.
- Bogdanowicz M., 1999: *Model kompleksowej pomocy osobom z dysleksją rozwojową — ocena stanu aktualnego i propozycje zmian w świetle reformy systemu edukacji*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 3, s. 217—226.

- Bogdanowicz M., 2001: *Dysleksja — mistrzyni paradoksów*. „Charaktery”, nr 1, s. 36—38.
- Bogdanowicz M., 2003: *Diagnoza dysleksji rozwojowej w Polsce*. W: *Diagnoza dysleksji*. Red. B. Kaja. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Brejnak W., 2003: *Dysleksja*. Warszawa: PZWL.
- Brzeziński J., 1996: *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.
- Czajkowska I., Herda K., 1989: *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole*. Warszawa: WSiP.
- Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) — DSM-IV, 1994*. Washington: APA.
- Gindrich P.A., 2002: *Funkcjonowanie psychospołeczne uczniów dyslektycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ferguson G.A., Takane Y., 2003: *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: PWN.
- Hawkins J., Nederhooft B., 1994: *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych*. Warszawa—Olsztyn: IPN PTP.
- Jastrząb J., 2002: *Gry i zabawy w terapii pedagogicznej*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Kaszuba-Lizurej A., 2001: *W krainie ortografii. Materiały pomocnicze do pracy z uczniem dyslektycznym. Klasy IV—VI*. Goleiszów: Publisher — Innowacje.
- Krasowicz-Kupis G., 2005: *Funkcjonowanie psychospołeczne ucznia z dysleksją — stereotypy i fakty*. Lublin [udostępnionymi referat].
- Łuszczak A., Kopicka-Trębacz B., 2001: *Ortografia dla szkoły podstawowej i gimnazjum. Cz. 1: Pisownia wyrazów z ó i u*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Mickiewicz J., 1997: *Jedynka z ortografii? Rozpoznawanie dysleksji, dysortografii i dysgrafii w starszym wieku szkolnym*. Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Mental and Behavioural Disorders) — ICD —10, 2000*. Geneva: WHO.
- Saduś Z., Omiecińska A., 2000: *Zeszyt ćwiczeń do nauki ortografii „rz — ż”*. Opole: Wydawnictwo Oświatowe „Promyk”.
- Skorek E.M., 2005: *Terapia pedagogiczna*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Spionek H., 1965: *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*. Warszawa: PWN.
- Spionek H., 1970: *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa: PWN.
- Studnicka J., 2004: *Ortografii 1. Pisownia wyrazów z „rz” wymiennym. Zeszyt ćwiczeń dla gimnazjalistów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych*. Gdynia: Wydawnictwo Pedagogiczne „Operon”.
- Szczepaniak P., Strelau J. i Wrześniewski K., 1996: *Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera*. „Przegląd Psychologiczny”, T. 39, nr 1.
- Weston D.Ch., Weston M.S., 1998: *Co dzień mądrzejsze*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Włodarczyk B., 2004: *Dyktanda i zabawy ortograficzne. 4, 5, 6 klasa szkoły podstawowej*. Kraków: Wydawnictwo „Greg”.

- Włodarczyk B., 2004: *Dyktanda i zabawy ortograficzne. 1, 2 klasa gimnazjum*. Kraków: Wydawnictwo „Greg”.
- Wrześniewski K., 1996: *Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru*. W: *Człowiek w sytuacji stresu: problemy teoretyczne i metodologiczne*. Red. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Zakrzewski J., 1987: *Poczucie skuteczności a samoregulacja zachowania*. „Przegląd Psychologiczny”, T. 30, nr 3.

Maria John-Borys
Agnieszka Musiał

0 tolerancji i empatii wobec odmienności w profilaktyce zespołu nadpobudliwości psychoruchowej

Wprowadzenie

Rozważając obecną sytuację dzieci z nadpobudliwością psychoruchową w szkole masowej, nie sposób nie poruszyć kwestii dotyczących akceptowania odmienności i umiejętności wczucia się w sytuację drugiego człowieka. Dzieci te bowiem, często nieakceptowane, odrzucane czy izolowane przez grupę rówieśniczą, wymagają szczególnej uwagi. Liczba placówek integracyjnych jest do tej pory niewielka, a w szkołach masowych dzieci te są niechętnie „widziane” z powodu konieczności poświęcania im znacznie większej uwagi niż pozostałym dzieciom, co stwarza konieczność poszukiwania nowych rozwiązań edukacyjnych.

Wiele terapii stosowanych wobec dzieci nadpobudliwych i ich rodziców koncentruje się na korygowaniu objawów zaburzenia, czyli na pomocy w skupianiu uwagi, radzeniu sobie z nadpobudliwością czy agresją. Są to terapie indywidualne bądź skierowane do określonej nielicznej grupy dzieci, jak również obejmujące psychoedukację rodziców. Wydaje się jednak, że brakuje programów zmierzających do poprawy funkcjonowania społecznego dzieci nadpobudliwych, które realizowałyby się w ich naturalnych środowiskach rówieśniczych, a zatem w szkole, programów dostosowanych do realiów szkolnych, czyli do ram czasowych lekcji szkolnej, jak i do liczebności klasy.

Celem autorek niniejszego artykułu było przedstawienie propozycji programu, który rozwijałby u dzieci empatię i uczył postaw tolerancji wobec

odmienności, poprawiał samoocenę, kształtował ich poczucie własnej wartości oraz integrował klasę. Poprawa relacji między uczniami tworzyłaby lepszy klimat do akceptacji dzieci z problemem nadpobudliwości psychoruchowej, co przyczyniłoby się do pozytywnych zmian w ich zachowaniu na terenie szkoły.

Problem

A. Borkowska (1991) prowadziła badania, które miały na celu określenie pozycji socjometrycznych osiąganych przez dzieci nadpobudliwe w klasach szkolnych oraz ustalenie przypisywanych im przez rówieśników cech charakteru i zachowań. Badaniami objęto 191 dzieci z siedmiu klas: od 2 do 4. W badanej grupie znajdowało się 28 dzieci nadpobudliwych psychoruchowo, co stanowiło 14,6%.

Wyniki badań wskazują jednoznacznie, że dzieci nadpobudliwe psychoruchowo stanowią największy procent (68%) dzieci odrzucanych w swoich klasach, 8% dzieci akceptowanych i 6% o statusie przeciętnym. W kategorii dzieci odrzucanych można mówić o siedmiorgu dzieciach (25%) zdecydowanie odrzuconych, jedenastu uczniach (39,5%) silnie i jednym (3,5%) słabo odrzuconym.

Tolerancja i empatia są jednymi z najważniejszych umiejętności interpersonalnych, które należałoby kształtować już od najmłodszych lat życia dziecka. J. Rembowski (1989), ujmując empatię jako syndrom emocjonalno-poznawczy, badał jej rozwój w grupie dzieci od 3 do 8 lat. Wyniki jego badań wskazują na pewną tendencję rozwojową empatii i częściowo potwierdzają tezę o wzrastaniu wrażliwości wraz z wiekiem. Rembowski uważa, że wyniki jego badań mogą stanowić podstawę oddziaływań praktycznych, jak np. wprowadzenie programów zajęć dydaktyczno-wychowawczych, służących pogłębianiu życia emocjonalnego dzieci.

Wprowadzenie w życie programów treningowych rozwijających zdolności empatyczne proponują C. Ridley, S. Vaughan i S. Wittman (1982, za: Rembowski, 1989). Stworzyli oni program dla dzieci w wieku przedszkolnym, oddziałujący na dwa poziomy empatii — poznawczy i emocjonalny. Dzieci uczyły się identyfikacji uczuć innych, a następnie kształtowały w sobie zdolność wczuwania się w ich uczucia. Dziecko, które wykorzystuje emocjonalny poziom empatii, którego reakcje na bodźce są adekwatne i konsekwentne, może od innych oczekiwać zrozumienia i akceptacji. Program treningu objął 20 dzieci w wieku przedszkolnym,

a spotkania odbywały się przez 10 minut dziennie w ciągu pięciu tygodni; jego wyniki wskazują, iż dzieci poddane ćwiczeniom mają zwiększoną zdolność odczuwania emocji innych osób na obu poziomach empatii.

W szkolnictwie fińskim (K n o w s k a, 1987) zainicjowano kampanię o nazwie „Pod powierzchnią”, której celem było rozwijanie zdolności empatycznych dzieci i młodzieży uczącej się. Za główne zadanie owej akcji obrano wywieranie wpływu na codzienne zachowania się uczniów za pomocą empatii, w celu prospołecznego ich ukształtowania. Omawiano zagadnienia empatii na lekcjach, propagowano je na porannych uroczystościach szkolnych, organizowano konkursy i festiwale tematyczne, a także urządzano w szkole „tygodnie” czy „dni empatii”.

Akcja ta stała się przedmiotem badań, których celem było określenie, czy dzięki tego rodzaju oddziaływaniom można kształtować poziom zdolności empatycznych dzieci i młodzieży szkolnej. Wnioski z badań wskazują m.in., że empatia jest niezwykle cenną cechą osobowości nie tylko z jednostkowego, ale również ze społecznego punktu widzenia. Zdolności empatyczne przyczyniają się bowiem do redukowania konfliktów między członkami grupy społecznej oraz pomagają w rozwiązywaniu już powstałych konfliktów przez umiejętne uwzględnianie innych ludzi — ich punktu widzenia, potrzeb, ról, dobra.

Kwestie formowania wśród dzieci postawy tolerancji poruszają w swym artykule J a n k o w s k i i M a c i e j e w s k a (1979). Wysuwają oni postulat, iż dziecko powinno rozumieć prawo każdego do posiadania własnych poglądów, przekonań i do sposobu bycia, jeżeli nie wyrządzają one szkody innym. Taką cechę można kształtować tylko na podstawie konwencjonalizmu i relatywizmu, a więc przekonania, że normy to wynik porozumienia między ludźmi i służą one do ochrony wyróżnionych wartości.

Doskonałe narzędzie do nauczania dzieci tolerancji stanowi program „Modyfikacja stereotypów i uprzedzeń etnicznych u dzieci”, stworzony przez B. W e i g l i innych (1999). Złożony z pięciu propozycji zadań, zatytułowanych kolejno: „Fantazjowanie”, „Tożsamość”, „Podobieństwo”, „Emocje” i „Różnice”, uczy m.in. postaw tolerancji przez empatyczne wczuwanie się czy też wyobrażanie sobie określonych sytuacji (np. pomoc niewidomemu lub przyjaźń z wyznawcą innej religii). Ukazywanie podobieństw i różnic między ludźmi pozwala uświadomić dzieciom ich przynależność do wielu różnych zbiorowości.

Najbardziej odpowiednią teorią, obejmującą zarówno kwestie rozwijania tolerancji, jak i empatii, wydaje się komplementarny model empatii M. K a l l i o p u s k i e j (1994), która wysuwa postulat kształtowania „empatycznej tolerancji dla różnorodności i dwuznaczności”. Według tej teorii wysoki poziom empatii wpływa na kształtowanie się pozytywnych postaw,

ocen i emocji, jest także związany z pozytywną samooceną. Empatia zapobiega zachowaniom agresywnym, dzięki identyfikacji z osobą ofiary oraz przewidywaniu jej przykrych stanów emocjonalnych. Empatyczna osoba jest ciepła, tolerancyjna i wyrozumiała. Z szacunkiem odnosi się do siebie i akceptuje się taką, jaka jest, co z kolei stanowi warunek szanowania innych ludzi i tolerowania różnorodności.

Przedmiotem niniejszych badań jest program autorski o charakterze psychoedukacyjnym, oparty na postulatach Kalliopuskiej. Oddziaływania miały charakter globalny, miały pośrednio nauczyć dzieci bardziej otwartego spojrzenia na świat, co z kolei wpływałoby na postrzeganie nadpobudliwych kolegów. Założono, że zwiększanie poziomu empatii u dzieci, kształtowanie pozytywnej postawy tolerancji oraz wzrost poczucia własnej wartości każdego dziecka wpłyną pozytywnie na stosunek rówieśników do nadpobudliwego kolegi, którego zachowania są odmienne. Założono, że na skutek zmiany wzajemnego spostrzegania siebie przez dzieci, powinny ulec poprawie stosunki społeczne w klasie, mniej będzie wówczas dzieci izolowanych i odrzucanych, w tym również dzieci z nadpobudliwością psychoruchową¹. Przyjęto, że aby zachowanie mogło się zmienić, najpierw muszą przekształcić się struktury poznawcze, które powinny się utrwalić. Założono zatem w postawach i wiedzy (wyniki bezpośrednie programu) adekwatność zmian, przekładających się następnie na zmiany w zachowaniach (wyniki odroczone programu). Założenie to oparte zostało na obserwacjach Brunera (1978), który zauważył, że jednostka jest zdolna do zmiany swojego zachowania dopiero po uporządkowaniu już posiadanych doświadczeń poznawczych i zintegrowaniu ich z doświadczeniami nowo nabytymi. Wówczas może nastąpić zmiana wewnętrzna, która z czasem utrwała się, co oznacza możliwość zmiany zachowań.

Przyjmując wymienione założenia postawiono pytania badawcze:

Czy program wpływa na poziom empatii w klasie?

Czy program wpływa na postawę tolerancji w klasie?

Czy program wpływa na poziom integracji klasy?

Czy program wpływa na poziom poczucia własnej wartości każdego dziecka?

Czy program spowoduje poprawę stosunków społecznych w klasie?

Czy program wpłynie na pozycję społeczną dziecka nadpobudliwego w klasie?

¹ Agnieszka Musiał, jako wolontariusz w placówce Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej dla Dzieci Nadpobudliwych, uzyskała informacje o szkołach i klasach, do których uczęszczają dzieci z diagnozą lekarską i psychologiczną zespołu ADHD.

Wyniki badań

Badania miały charakter ewaluacyjny, a ich schemat określono jako *quasi*-eksperymentalny. Grupę badawczą stanowiło 48 dzieci w wieku od 9 do 12 lat (dwie klasy szkoły podstawowej), głównym kryterium wyboru klas było uczęszczanie do nich dzieci nadpobudliwych (w obydwu klasach po dwoje). Klasa trzecia, licząca 25 dzieci, stanowiła klasę eksperymentalną, natomiast klasa czwarta, licząca 23 dzieci — grupę porównawczą.

Weryfikacji hipotez dokonano na podstawie wyników uzyskanych przez dzieci w poszczególnych skalach Kwestionariusza ewaluacyjnego (empatii, tolerancji, integracji oraz poczucia własnej wartości). Poszczególne pytania dotyczyły bezpośrednio zastosowanych oddziaływań. W ewaluacji programu uwzględnione zostały wyniki uzyskane za pomocą metody socjometrycznej „Plebiscyt życzliwości i niechęci”. Każda ze skal w Kwestionariuszu ewaluacyjnym składała się z 5 pytań; maksymalnie można było uzyskać 25 punktów.

Aby otrzymać odpowiedź na pytanie o skuteczność wpływu zastosowanego programu na rozwój wybranych cech u dzieci w klasie objętej programem, porównano średnie wyniki dzieci w klasie eksperymentalnej, w preteście, postteście, z wynikami dzieci w klasie porównawczej. Dodatkowo w grupie eksperymentalnej, aby zgodnie z założeniami badań monitorować obraz zachodzącej zmiany, przeprowadzono intertest.

Wynik, jaki uzyskała grupa eksperymentalna w skali empatii w interteście (20,24), jest nieco niższy niż w preteście (20,36), jednak analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w tej skali na poziomie 0,05. Średni wynik uzyskany w skali empatii w grupie eksperymentalnej w postteście (20,68) nie różni się istotnie na poziomie 0,05 od wyniku uzyskanego w preteście (20,36), jednak jego wyższa wartość wskazuje na tendencję wzrostową tej cechy.

Analiza wyników uzyskanych w skali empatii w grupie porównawczej wykazała, iż wynik uzyskany w preteście (16,47) nie różni się istotnie od wyniku uzyskanego w postteście (18,3) na poziomie 0,05.

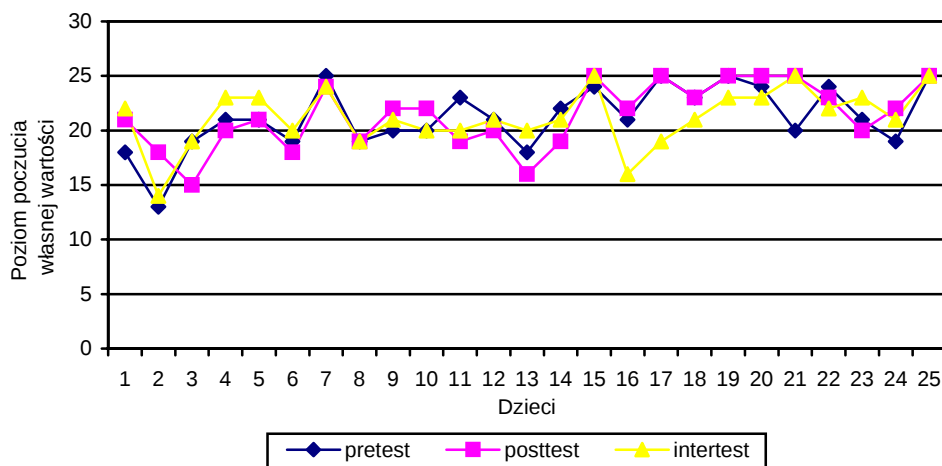
Średni wynik uzyskany w grupie eksperymentalnej w skali tolerancji w interteście (21,12) był istotnie wyższy od wyniku pretestu (20,84), na poziomie istotności 0,05. Średnia wyników uzyskanych w skali tolerancji w grupie eksperymentalnej w postteście (21,52) jest istotnie wyższa na poziomie 0,05 od średniego wyniku uzyskanego w preteście (20,84), co pozwala potwierdzić hipotezę o istotnie wyższym poziomie tolerancji w postteście.

Wyniki uzyskane w skali tolerancji w grupie porównawczej w preteście (14,73) i postteście (15,21) nie różnią się istotnie na poziomie 0,05.

Jak wykazała analiza statystyczna, wynik uzyskany w grupie eksperymentalnej w skali integracji w interteście (22,48) okazał się istotnie różny od wyniku pretestu (23,56) na poziomie 0,05. Jednak w związku z tym, że wynik w preteście jest wysoki, a jego obniżenie w interteście wyniosło tylko — 1,08, wynik na skali integracji w klasie nadal utrzymał się na wysokim poziomie. Różnica między intertestem a posttestem okazała się nieistotna statystycznie, jednak średnia w postteście (23,08) wykazuje tendencję wzrostową w porównaniu ze średnią w interteście.

Analiza wyników, uzyskanych w grupie porównawczej w skali integracji w preteście (19,0), nie różni się istotnie od wyników uzyskanych w tej skali w postteście (17,82) na poziomie istotności 0,05.

Analizy wyników, jakie uzyskały poszczególne dzieci w grupie eksperymentalnej w skali poczucia własnej wartości, dokonano na podstawie wykresu (zob. rys. 1.) przedstawiającego wyniki dzieci w preteście, interteście i postteście.



Rys. 1. Obraz zmian poczucia własnej wartości w preteście, interteście i postteście w grupie eksperymentalnej

Analiza rysunku 1., przedstawiającego zmiany poziomu poczucia własnej wartości, wykazała, że rozpiętość wyników waha się pomiędzy 13 a 25, natomiast rozpiętość zmian w obrębie poszczególnych wyników — od 6 do 5 punktów. Obraz rysunku jest raczej jednolity, bez większych różnic, z wynikami utrzymującymi się w górnych partiach. Średnia wyników w preteście wynosi 21,2, natomiast w postteście jest nieco wyższa (21,36), co wskazuje na tendencję wzrostową tej cechy w grupie. Przeprowadzona procedura normalizacyjna pozwoliła na określenie przedziałów wyników

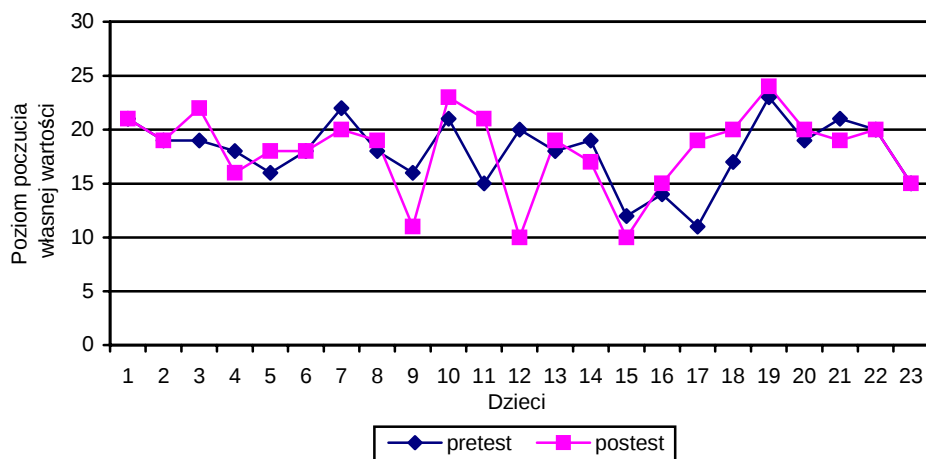
poszczególnych dzieci. Najwięcej w każdym z pomiarów było wyników średnich, nieco mniej wysokich, natomiast najmniej — wyników niskich (zob. tabela 1.).

Tabela 1

Rozkład wyników w skali poczucia własnej wartości w preteście, interteście i postteście w grupie eksperymentalnej

Wyniki	Pretest	Intertest	Posttest
Wysokie	7	4	7
Średnie	17	19	16
Niskie	1	2	2

Rysunek 2. przedstawia proces zmian w poczuciu własnej wartości u kolejnych dzieci w grupie porównawczej, z uwzględnieniem pretestu i posttestu.



Rys. 2. Porównanie wyników poczucia własnej wartości w preteście i postteście w grupie porównawczej

Analiza rysunku 2. wykazała, że rozpiętość wyników waha się pomiędzy 10 a 24, natomiast rozpiętość zmian w obrębie poszczególnych wyników — od 10 do 8 punktów. Obraz rysunku jest niejednorodny, a wahania między wynikami momentami są duże. Średnia wyników w preteście wynosi 17,91, co w porównaniu z wynikami posttestu (18,08) pozwala wnioskować o tendencji wzrostowej badanej cechy w grupie. W obydwu pomiarach najwięcej jest wyników średnich, nieco mniej niskich, natomiast wyników wysokich, oprócz jednego w postteście, nie ma (zob. tabela 2.).

Tabela 2

**Rozkład wyników w skali
poczucia własnej wartości
w preteście i postteście
w grupie porównawczej**

Wyniki	Pretest	Posttest
Wysokie	0	1
Średnie	16	17
Niskie	7	5

W grupie eksperymentalnej w preteście 12 osób cieszyło się silną sympatią, 10 — przeciętną, a 3 osoby antypatią. W postteście sytuacja ta uległa wyraźnie zmianie, gdyż aż 8 osób awansowało z pozycji przeciętnej na silną sympatię, a jedna z pozycji antypatii na przeciętną sympatię (zmianę tej pozycji da się również zaobserwować już w interteście — osoba ta awansowała na pozycję obojętności). Zmiany, jakie nastąpiły w pozycji społecznej dzieci, miały zawsze charakter awansu, natomiast spadek na niższą pozycję socjometryczną nie nastąpił. Wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3

**Porównanie stosunku emocjonalnego grupy
do jednostki w grupie eksperymentalnej
w preteście, interteście i postteście**

Stosunek emocjonalny grupy do jednostki	Pretest	Intertest	Posttest
Silna sympatia	12	13	20
Polaryzacja sympatii	0	0	0
Przeciętna sympatia	10	9	3
Obojętność	0	1	0
Antypatia	3	2	2

Podobne wyniki przedstawia tabela 4. W grupie porównawczej, tak jak w grupie eksperymentalnej, wyniki pretestu różniły się od wyników posttestu. W pomiarze początkowym zdecydowana większość dzieci odznaczała się antypatią (10 osób), nieco mniej silną i przeciętną sympatią, a tylko jedna osoba miała status obojętny. W postteście 3 osoby awansowały na pozycję silnej sympatii, natomiast pozostałe dzieci zachowały swoje statusy z pretestu (2 pozycje przeciętnej sympatii, 7 silnej sympatii oraz 3 statusy antypatii).

Tabela 4

**Porównanie stosunku emocjonalnego
grupy do jednostki w preteście
i postteście w grupie porównawczej**

Stosunek emocjonalny grupy do jednostki	Pretest	Posttest
Silna sympatia	7	10
Polaryzacja sympatii	0	0
Przeciętna sympatia	5	9
Obojętność	1	1
Antypatia	10	3

Dyskusja nad wynikami i wnioski

Podsumowując odpowiedź na pytania badawcze o skuteczność wpływu programu na poziom empatii w klasie, można wnioskować o pewnej tendencji wzrostowej tej cechy. Ukierowane na wzmacnianie empatii u dzieci — programy opisywane w literaturze, które odniosły wymierny, pozytywny skutek, trwały jednak dłużej lub też odznaczały się większą intensywnością zajęć. Aby zatem skuteczniej zwiększyć poziom empatii w grupie za pomocą programu skonstruowanego na potrzeby niniejszych badań, należałoby co najmniej wydłużyć czas oddziaływania.

Wyniki oddziaływań na wzrost poziomu tolerancji w klasie zdają się potwierdzać wnioski B. Weigl (2000), która uznała, że oddziaływania na dzieci i młodzież okazują się skuteczniejsze i rokują większe powodzenie niż w wypadku osób dorosłych. Zmiana, jaka zaszła w grupie eksperymentalnej, była większa, więcej dzieci zachowało poziom z pretestu, a zmian na niekorzyść było zdecydowanie mniej niż w grupie porównawczej. Również różnica między pretestem a posttestem w grupie porównawczej okazała się nieistotna, co tym samym potwierdziło hipotezę o braku różnic między pomiarami. Można zatem wnioskować, iż wpływanie na postawę tolerancji daje pozytywne efekty, natomiast brak jakichkolwiek oddziaływań może spowodować zahamowanie, a nawet uwstecznienie pewnych przeobrażeń.

Odpowiedź na pytanie badawcze o wzrost integracji klasy na skutek oddziaływań nie jest jednoznaczna. Średnia bowiem pomiaru początkowego (23,56) w grupie eksperymentalnej była bardzo wysoka, co mogło utrud-

nić, jeśli w ogóle nie uniemożliwić jej dalszy wzrost. Znaczny procent wy-ników zachował poziom integracji z pretestu, a zmian negatywnych było znacznie mniej niż w grupie porównawczej. Można zatem wnioskować, że program, jeśli nawet nie przyczynił się do wzrostu poziomu integracji w klasie, to wpłynął z pewnością na jego ustabilizowanie.

Analiza odpowiedzi na pytanie o wpływ programu na poczucie własnej wartości dzieci pozwala stwierdzić, że więcej zmian pozytywnych odnotowano w grupie porównawczej, a obniżenie poziomu w grupie eksperymentalnej. Jednak obniżenia te są niewielkie, jedno-, dwupunktowe, a zmiany te nie powodują przesunięcia na inny poziom poczucia własnej wartości. Fakt, że w grupie porównawczej procentowo nastąpiło więcej zmian pozytywnych, prawdopodobnie wynika ze znacznie niższego poziomu tej cechy w pomiarze początkowym. Poczucie własnej wartości to predyspozycja kształtowana w środowiskach wychowawczych, zmienia się w trakcie rozwoju, wraz z osiąganymi sukcesami i porażkami oraz pozycją społeczną w grupie. Obserwacja intertestu w grupie eksperymentalnej pozwala zauważyć liczne wahania, skoki i spadki w poziomie omawianej cechy u poszczególnych osób. Tłumaczyć to można trwającym procesem zmiany, przyswajaniem i integrowaniem nowych informacji z już nabytymi, dotyczącymi własnej osoby. Jest to prawdopodobne, ponieważ w pomiarze końcowym dzieci osiągały, z drobnymi wahaniami, poprzedni poziom.

Odpowiedzią na pytanie badawcze o wpływ programu na stosunki społeczne w klasie i zmianę pozycji socjometrycznej ucznia z nadpobudliwością psychoruchową był awans nadpobudliwego chłopca na wyższą pozycję socjometryczną (z przeciętnej na silną sympatię). Jego awans można wiązać również z podwyższeniem poczucia własnej wartości. Procent dzieci z pozycją bez zmian był duży, gdyż już w preteście była ona wysoka i nie mogła ulec dalszemu podwyższeniu. Można zatem przypuszczać, że oddziaływania na integrację klasy wpłynęły na poprawę stosunków społecznych w klasie (awans kilkorga dzieci na wyższe pozycje). Poprawa relacji, jak również wzrost poziomu tolerancji w klasie z pewnością przyczyniły się do zmiany stosunku do odmiennych zachowań nadpobudliwego kolegi. W związku z tym wzrosło jego poczucie własnej wartości i pozycja w grupie.

W grupie porównawczej również można było zaobserwować pozytywne zmiany, znaczna część dzieci awansowała na wyższe pozycje w grupie. Z pewnością zmiany w grupie porównawczej wynikały z silniejszego zintegrowania się klasy, czego dowodem był wzrost wskaźnika klimatu emocjonalnego w klasie. Pomiar początkowy przeprowadzono w momencie rozpoczęcia klasy czwartej, a zatem na etapie dokonywania się wielu zmian (zmiana wychowawcy klasy, poznanie wielu nowych nauczycieli). Zmieniło się też może zachowanie poszczególnych osób, które próbowały

odnaleźć się w nowej sytuacji, zmianie mógł ulec stosunek nauczyciela do konkretnych uczniów, co wpływa znacząco na pozycje socjometryczne w grupie (Pilikiewicz, 1963, za: Borkowska, 1992). Nastąpienie tak dużych zmian w krótkim czasie wydaje się o tyle ciekawe, że pozycja socjometryczna jest wartością względnie stałą (Ekiert-Grabowska, 1984). Należy tu jednak uwzględnić podjęte działania (niestety bez wiedzy badacza) na rzecz integracji klasy. Być może to właśnie z tego powodu tak znacznie zmieniły się relacje społeczne w klasie, a w efekcie i pozycje socjometryczne dzieci w grupie.

Podsumowując wyniki badań, trudno jednoznacznie określić wpływ programu na przyjęte zmienne, a szczególnie potwierdzić założenia o przekładaniu się zmian w strukturach poznawczych (poziom tolerancji, empatii i poczucia własnej wartości) na zmiany w zachowaniu (stosunki społeczne w klasie). Wzrost poziomu tolerancji, tendencje wzrostowe empatii, jak również utrzymujący się stały poziom integracji oraz poziom poczucia własnej wartości u dzieci można by uznać za przyczyny poprawy stosunków społecznych w klasie oraz zmiany nastawienia do nadpobudliwych dzieci. Nie można jednak jednoznacznie określić, czy czynniki te mają bezpośredni wpływ na relacje dzieci w klasie oraz czy np. same oddziaływania integracyjne nie okazałyby się wystarczające (jak w wypadku grupy porównawczej). Jeśli jednak założyć, że poprawa w zakresie tych czynników bezpośrednio przyczyniła się do poprawy stosunków społecznych w klasie, program można uznać za skuteczny, a oddziaływania za adekwatne.

Konieczność konstruowania tego typu programów do zastosowania ich właśnie w klasach szkolnych, w czasie krótkiego 45-minutowego spotkania, wydaje się bezdyskusyjna. Grupa stanowi bowiem cenne źródło zaspokajania takich potrzeb, jak akceptacja społeczna czy możliwość wymiany poglądów i myśli, jak również wzmacnia poczucie własnej wartości i uczy dostrzegania potrzeb innych. Dlatego nie można pozwolić na to, aby którekolwiek z dzieci czuło się izolowane czy nieakceptowane. Obserwacje autorek niniejszego tekstu w trakcie realizacji badań wskazują, że dzieci „odmiennych” w szkołach masowych jest więcej — dzieci niedosłyszących, z padaczką, dysleksją czy często hospitalizowanych.

Literatura

- Borkowska A., 1991: *Pozycja dziecka nadpobudliwego w klasie szkolnej*. „Życie Szkoły”, nr 8.
Brenner J., 1978: *Poza dostarczone informacje*. Warszawa: PWN.

- Jankowski Cz., Maciejewska T., 1979: *Cele wychowania dzieci w średnim wieku szkolnym do współżycia międzyjednostkowego*. „Życie Szkoły”, nr 7.
- Kalliopuska M., 1994: *Holistyczny model empatii*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 4.
- Knowska H., 1987: *Kształcenie empatii w szkole*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 2.
- Rembowski J., 1989: *Empatia*. Warszawa: PWN.
- Rembowski J., 1995: *Wrażliwość empatyczna małych dzieci*. „Problemy Rodziny”, nr 1.
- Weigl B., 2000: *Stereotypy i uprzedzenia*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. T. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Weigl B., Łukaszewski W., 1992: *Modyfikacja stereotypów i uprzedzeń etnicznych u dzieci*. W: *Stereotypy i uprzedzenia*. Red. Z. Chlewiński, J. Kurcz. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.

Program psychoedukacyjny „Każdy w naszej klasie jest ważny” — cele, tytuły zajęć i przykładowe zabawy

CELE

1. Główny: poprawa samopoczucia ucznia nadpobudliwego w klasie szkolnej oraz stosunku kolegów do jego osoby.
2. Pośrednie, za pomocą których będzie realizowany cel główny:
 - a) integracyjne:
 - kreowanie poczucia przynależności do grupy (klasy szkolnej);
 - wdrażanie do współodpowiedzialności;
 - uświadamianie uczniom, że są członkami społeczności, a klasa jest miejscem, gdzie wspólnie się bawią i pracują;
 - budowanie więzi;
 - uczenie dobrej, otwartej komunikacji;
 - b) zakładające rozwijanie empatii:
 - rozwijanie umiejętności dostrzegania i rozumienia uczuć innych ludzi;
 - nauka umiejętności rozpoznawania i wyrażania własnych uczuć;
 - uświadomienie znaczenia komunikacji niewerbalnej;
 - c) zakładające uczenie tolerancji:
 - nauka tolerancji wobec odmienności (na przykładzie zespołu klasowego), czyli dostrzeganie, rozumienie i akceptowanie odmienności;
 - uświadomienie istnienia granic tolerancji;
 - uczenie nieoceniania zachowania innych ludzi bez poznania przyczyn tego zachowania;
 - d) pomagające we wzmacnianiu poczucia własnej wartości:
 - umiejętność rozumienia własnych uczuć;
 - umiejętność dostrzegania pozytywnych aspektów swojej osoby;
 - poprawa samooceny;
 - poszukiwanie mocnych stron.

ZAJĘCIA

1. Poznajmy się — zawarcie kontraktu!

Stworzenie norm grupowych, czyli zawarcie kontraktu

Stworzenie listy reguł, które będą przestrzegane w czasie spotkań z grupą. Prowadzący proponuje pierwszą z reguł i pyta dzieci, czy zgadzają się jej przestrzegać; następnie prosi o wyjaśnienie jej znaczenia. Wymyślamy kolejne zasady kontraktu, zapraszając dzieci do wspólnego ich tworzenia. Spisujemy je na arkuszu papieru i wywieszamy w klasie.

2. Puzzle — każdy z nas jest potrzebny!

Puzzle

Rozdajemy dzieciom pociętą na kawałki układankę (może to być tytuł programu „Każdy w naszej klasie jest ważny”). Każde dziecko dostaje jeden kawałek. Należy ze sobą współpracować, aby ułożyć całość. Ułożone puzzle naklejamy na karton i zawieszamy w klasie. We wnioskach zaznaczamy, jak ważna jest obecność każdej osoby w grupie.

3. Drzewo klasowe — umiem i potrafię!

Drzewo klasowe

Prowadzący rysuje na arkuszu drzewo. Każde dziecko na kartce papieru rysuje odbicie swojej dłoni, a potem ją wycina. Na listku pisze swe imię i przyczepia je do drzewa. Drzewo symbolizuje klasę, natomiast odrysowane dłonie to listki, a więc każde dziecko z osobna. Dzieci sprawiają, że drzewo jest piękne — jego gałązki zdobią różnorodne listki.

4. Bajka *W przedziwnej krainie* — każdy z nas jest inny, ale równie ważnyBajka terapeutyczna *W przedziwnej krainie* o tolerancji

Sieć grupowa

Każde dziecko jest inne i ma pozytywne cechy, którymi może się pochwalić (niekoniecznie w nauce). Chciałabym, aby każdy z was, rzucając kłębkami wełny do kolegi, spróbował powiedzieć, za co go lubi. Postarajmy się, aby wszyscy zdążyli się wypowiedzieć. Po skończeniu ćwiczenia pokazujemy dzieciom, że stworzyliśmy silną sieć grupową, która kiedy dobrze współpracuje, może złapać dorodną muchę (np. zebrać dużą kwotę na SKO, zrobić świetną gazetkę szkolną, przygotować ciekawą akademię albo pomóc słabszemu w nauce koledze).

5. Fredek — chłopiec o wielu twarzach — o uczuciach i komunikacji niewerbalnej

Bajka *W przedziwnej krainie 2*

Rozmowa na temat treści bajki:

- Jakie były motylki w opowiadaniu? Co czuły?
- Jak to jest, kiedy my coś czujemy? Jak to wygląda?
- Jak możemy się czuć?

Wyjaśniamy dzieciom, co to są uczucia i emocje. Robimy wspólnie z dziećmi listę uczuć i emocji. Następnie tłumaczymy, że oprócz odczuwania emocji, pokazujemy je również innym mimiką twarzy i ruchami ciała, i to jest właśnie komunikacja bezsłowna. Na koniec pokazujemy dzieciom twarz przedstawiającą różne emocje (chłopiec Fredek), i wspólnie wskazujemy odpowiednią ze stworzonej wcześniej listy

6. Kiedy ktoś się ze mnie śmieje, czuję... — rozpoznajemy i nazywamy swoje uczucia.

Co czujemy, gdy...

Rozdajemy dzieciom pocięte w paski karteczki z niedokończonymi zdaniami, dotyczącymi przeżywanych przez ludzi uczuć:

— gdy ktoś mnie popycha, czuję...

— gdy ktoś się ze mnie śmieje, czuję... itd.

Następnie dzieci odczytują, co zapisały. Zauważamy, że różne osoby mogą różnie czuć się w takiej samej sytuacji.

7. To właśnie ja — czym różnię się i w czym jestem podobny do innych

To właśnie JA

Dzieci siedzą w kręgu. Prowadzący prosi dzieci, aby zastanowiły się, czym różnią się od innych osób, co sprawia, że można je rozpoznać. Zwracamy uwagę na różnicę w wyglądzie, w upodobaniach, zachowaniach itd. Jeżeli dzieci są gotowe, można porozmawiać z nimi, co to znaczy, kiedy ktoś czuje się inny od wszystkich, ponieważ jest wysoki lub niski, otyły, chudy, bardzo spokojny albo żywy, zdolny albo uczy się gorzej, ma własny styl życia itd... (możemy nawiązać do mieszkańców Stumilowego Lasu, a także do smurfów).

8. Granice tolerancji — na co można pozwolić?

Dyskusja — każdy z nas jest inny

Rozmawiamy z dziećmi o pojęciu tolerancji, jak je rozumieją. Zwracamy uwagę na różnice i podobieństwa między ludźmi oraz na to, jakie pozytywne i zalety się z tym łączą. Poruszamy także temat granic tolerancji, co to oznacza oraz jak te granice dzieci rozumieją.

9. Plejada gwiazd — jestem dumny z tego, kim jestem

Gwiazda

Krzesła ustawiamy tak, aby powstały dwa rzędy zwrócone ku sobie, a między nimi tzw. wybieg. Każde z dzieci ma na moment wcielić się w Gwiazdę i przejść po wybiegu, prezentując się reszcie klasy.

10. Rysujemy swój komiks, czyli o przyczynach różnych zachowań

Komiks

Czytamy dzieciom krótką historyjkę opowiadającą o dziecku w podobnym wieku, które zachowało się w określony sposób. Prosimy, aby każde dziecko spróbowało namalować tę historyjkę, jak doszło do omawianego zdarzenia (czyli stworzyło mały komiks, np. złożony z dwóch epizodów).

11. Przeprowadzenie przez rzekę, czyli razem można więcej

Przeprowadzenie przez rzekę

Rozdajemy duże kawałki papieru, które mają służyć jako kamienie (po jednym kawałku na 3 osoby), oznaczamy linię startu i mety. Dzieci mają za zadanie dotrzeć do linii mety bez dotykania ziemi, mogą stawiać tylko na kamieniach. Po zakończeniu zabawy mówimy dzieciom, jak ważna jest każda osoba w grupie, jak ważna jest współpraca między jej członkami.

12. Maszyna — każdy element jest tak samo ważny

Maszyna

Dzielimy dzieci na kilkuosobowe grupy. Każda z grup dostaje na kartce nazwę dziwnej maszyny. Ich wspólnym zadaniem jest jej skonstruowanie. Potem prezentuje to reszcie grupy, która zgaduje, co to może być.

13. i 14. Bawimy się w teatr — o tym, jak rozwiązywać trudne sytuacje
Scenki symulacyjne

Mają one na celu rozwój empatii na podstawie posiadanej przez dzieci wiedzy z poprzednich zabaw i ćwiczeń. Chodzi o praktyczne zastosowanie tych umiejętności, przez odgrywanie scenek przypominających sytuacje codzienne.

15. Wszystkie smurfy nasze są — podsumowanie i zakończenie zajęć
Smurfy

Dzieci otrzymują szablon smurfa. Jest on czarno-biały i niczym się nie wyróżnia. Zadaniem będzie pokolorowanie, dorysowanie postaci cech, którymi odznacza się dane dziecko: w czym jest najlepsze, co najlepiej potrafi robić, czym się wyróżnia itd. Celem ćwiczenia jest pokazanie dzieciom, że pomimo tego, że wszyscy są ludźmi, to różnią się od siebie, ale mimo różnic dzieci mogą stworzyć zgraną klasę szkolną.

Scenariusze i przebieg zajęć

ZAJĘCIA 1.

Poznajmy się — zawarcie kontraktu

Cele:

- wzajemne poznanie się i przełamanie onieśmienia;
- rozładowanie napięć.

Przebieg zajęć:

Powitanie

Podanie informacji o tym, co będziemy robić i czemu poświęcone są te zajęcia. Wyjaśnienie, dlaczego siedzimy w kręgu.

Pozwólcie, że wam przedstawię

Rozdajemy dzieciom „karty danych osobowych” (na których dzieci wpisują imię, ulubione danie, kolor i hobby), prosimy o uzupełnienie i wycięcie, a następnie przywieszenie do ubrania. Grupa dzieli się na pary; w każdej z par jedna osoba czyta to, co przywiesił do ubrania partner.

Stworzenie norm grupowych, czyli zawarcie kontraktu

Stworzenie listy reguł, które będą przestrzegane w czasie spotkań z grupą. Prowadzący proponuje pierwszą z reguł i pyta dzieci, czy zgadzają się jej przestrzegać; następnie prosi o wyjaśnienie jej znaczenia. Wymyślamy kolejne zasady kontraktu, zapraszając dzieci do wspólnego ich tworzenia. Spisujemy je na arkuszu papieru i zawieszamy w klasie.

Kontrakt:

- jesteśmy dla siebie uprzejmi i mili (nie przezywamy nikogo, nie przeklinamy, nie używamy przemocy);
- słuchamy, kiedy inni mówią (nie przeszkadzamy, nie przerywamy);
- bierzemy udział w zajęciach;
- słuchamy prowadzącego i jego poleceń;
- nie wolno oceniać innych;
- nie wolno wyśmiewać innych;
- wszystko, co dzieje się na zajęciach, pozostaje między nami (czyli tajemnica grupy).

Pożegnanie „Iskierka”

Ćwiczenie ma na celu wyciszenie dzieci po zajęciach oraz skupienie ich uwagi (dzieci stają w kręgu, trzymając się za ręce, prowadzący „puszcza” iskierkę; ma ona przejść przez cały okrąg i dotrzeć z powrotem do prowadzącego). Zabawę tę można potraktować jako rytuał i kończyć nią każde zajęcia.

ZAJĘCIA 2.

*Puzzle — każdy z nas jest potrzebny***Cele:**

- poznanie się;
- rozwój samoświadomości;
- integracja klasy, uczenie współpracy.

Przebieg zajęć:

Ja jako zwierzę

Dzieci malują, pokazują lub opowiadają o zwierzęciu, które najlepiej każdego z nich przedstawia, mówi o jego cechach charakteru. Próbują wyjaśnić, dlaczego akurat takie zwierzę wybrali. Pozostałe dzieci pytamy, czy zgadzają się, czy mają może inny pomysł na zwierzę, które by charakteryzowało kolegę.

Niech wstaną wszyscy, którzy...

Ustawiamy krzesła w kręgu tak, aby było ich o jedno mniej niż dzieci. Jedna osoba staje na miejscu i mówi: „Niech wstaną wszyscy, którzy np. lubią czekoladę”. Dzieci wstają i przesiadają się, tak, że jedna z osób znowu zostaje na środku. Zabawę prowadzimy, dopóki dzieci się nie znudzą.

Puzzle

Rozdajemy dzieciom pociętą na kawałki układankę. Każde dziecko dostaje jeden kawałek. Należy ze sobą współpracować, aby ułożyć całość. Ułożone puzzle naklejamy na karton i zawieszamy w klasie. We wnioskach zaznaczamy, jak ważna jest obecność każdej osoby w grupie.

Iskierka

ZAJĘCIA 3.

*Drzewo klasowe — umiem i potrafię***Cele:**

- umiejętność dostrzegania swoich pozytywnych cech;
- podnoszenie poczucia własnej wartości uczniów;
- kreowanie poczucia przynależności do grupy (klasy szkolnej);
- budowanie więzi między uczniami w klasie;
- rozwijanie umiejętności współdziałania w grupie.

Przebieg zajęć:

Co nowego i dobrego?

Prowadzący prosi dzieci, aby spróbowały przypomnieć sobie, czy zdarzyło się w ich życiu coś dobrego od ostatniego wspólnego spotkania. Należy wyjaśnić, że chodzi np. o dostanie od kogoś prezentu albo usłyszenie miłego komplementu, albo o ocenę w szkole czy też zrobienie dobrego uczynku itd. (trzeba więc przedstawić dzieciom rozmaite możliwości oraz podać własny przykład miłego zdarzenia z ostatniego tygodnia).

Wniosek z poprzedniego ćwiczenia

Dobre rzeczy spotykają nas z rąk innych ludzi albo są zawsze bezpośrednio związane z drugim człowiekiem (np. dobry uczynek). Klasa szkolna też jest miejscem, gdzie spotykamy się z drugim człowiekiem, lecz miejscem ważniejszym, ponieważ spędzamy tutaj znaczną część swojego dnia. Dlatego tak ważne jest, abyśmy czuli się w szkole dobrze, lubili wzajemnie, pomagali, byli dla siebie życzliwi i szanowali się. Jednak każdy z nas jest inny i czasem to może być trudne. Pamiętajmy, że choć różnimy się między sobą, każdy z nas jest tak samo ważny. Razem należymy do jednej klasy, jesteśmy jej członkami. A dzięki temu, że różnimy się między sobą, każdy z nas może wnieść do klasy coś wartościowego i oryginalnego, coś innego. Teraz spróbujmy narysować drzewo (prowadzący rysuje na arkuszu drzewo). Każde dziecko na kartce papieru rysuje odbicie swojej dłoni, a potem ją wycina. Na listku pisze swoje imię i przykleja je do drzewa. Drzewo symbolizuje klasę, natomiast odrysowane dłonie to listki, a więc każde dziecko z osobna. Dzieci sprawiają, że drzewo jest piękne — jego gałązki zdobią różnorodne listki.

Iskierka

ZAJĘCIA 4.

Bajka „W przedziwnej krainie” — każdy z nas jest inny, ale równie ważny

Cele:

- uświadomienie tego, że każdy jest inny;
- kształtowanie postawy tolerancji;
- integracja grupy.

Przebieg zajęć:

Bajka „W przedziwnej krainie”

Po przedstawieniu bajki rozmawiamy z dziećmi: Dlaczego motylki bały się wychodzić z cienia? Czego się obawiały? Czy ważne jest to, co inni o nas pomyślą? Czy warto pozostać sobą? Dlaczego? Co myślimy o innych? Czy zawsze słusznie kogoś oceniamy? Czy pozory, wygląd zewnętrzny mogą czasem zmylić? Gdzie jest prawdziwe piękno każdego z nas?

Sieć grupowa

Każde dziecko jest inne i ma zalety, pozytywne cechy, którymi może się pochwalić (niekoniecznie w nauce). Każdy uczeń, rzucając kłębkami wełny do kolegi, spróbuje powiedzieć, za co go lubi. Postarajmy się, aby wszyscy zdążyli się wypowiedzieć. Po skończeniu ćwiczenia pokazujemy dzieciom, że stworzyliśmy silną sieć grupową, która, jeżeli dobrze współpracuje, może złapać dorodną muchę (np. zebrać dużą kwotę na SKO, zrobić świetną gazetkę szkolną, przygotować ciekawą akademię albo pomóc słabszemu koledze w nauce).

Iskierka

ZAJĘCIA 5.

*Fredek — chłopiec o wielu twarzach — o uczuciach i komunikacji niewerbalnej***Cele:**

- rozpoznawanie uczuć;
- uświadomienie znaczenia komunikacji niewerbalnej.

Przebieg zajęć:

Bajka „W przedziwnej krainie 2”

Rozmawiamy na temat treści bajki: Jakie były motylki w opowiadaniu? Co czuły? Jak to jest, kiedy my coś czujemy? Jak to wygląda? Jak możemy się czuć?

Wyjaśniamy dzieciom, co to są uczucia i emocje. Robimy wspólnie z dziećmi listę uczuć i emocji. Następnie tłumaczymy im, że oprócz odczuwania emocji, pokazujemy je również innym mimiką twarzy i ruchami ciała, i to jest właśnie komunikacja bezsłowna. Na koniec przedstawiamy dzieciom obrazki z ludźmi, których twarze wyrażają emocje, i wspólnie wybieramy odpowiednie według stworzonej wcześniej listy.

Kalambury

Na kartkach zapisujemy kilka emocji. Dzieci pantomimicznie starają się pokazać klasie daną emocję, a klasa stara się zgadnąć, o jaką emocję chodzi.

Malowanie uczuć

Prosimy dzieci o namalowanie obrazka pt. „Jak się dzisiaj czuję?”. Potem każde z dzieci opowiada o swojej pracy. Podkreślamy, że różne kolory mogą symbolizować te same uczucia oraz że różne sytuacje mogą wyzwać różne emocje.

Iskierka

ZAJĘCIA 6.

*Kiedy ktoś się ze mnie śmieje, czuję... — rozpoznajemy i nazywamy swoje uczucia***Cel:**

- kształtowanie postawy tolerancji;
- uczenie empatii.

Przebieg zajęć:

Przypomnienie wiadomości o emocjach

Co czujemy, gdy...

Rozdajemy dzieciom pocięte w paski karteczki z niedokończonymi zdaniami, dotyczącymi przeżywanych przez ludzi uczuć:

- gdy ktoś mnie popycha, czuję...;
- gdy ktoś się ze mnie śmieje, czuję...;
- gdy ktoś mnie głaszcze po głowie, czuję...;

- gdy ktoś mnie kopnie, czuję...;
- gdy pani w szkole krzyczy na mnie, czuję... itd.

Następnie dzieci odczytują, co zapisały. Zauważamy, że różne osoby mogą różnie czuć się w takiej samej sytuacji.

Co czuje bohater?

Przedstawiamy dzieciom hipotetyczne sytuacje, w których bohaterowie coś odczuwają. Dzieci mają określić, jakie są to uczucia.

Iskierka

ZAJĘCIA 7.

To właśnie ja — czym różnię się i w czym jestem podobny do innych

Cel:

- zwiększenie samoświadomości;
- poprawa samooceny;
- kształtowanie postawy tolerancji.

Przebieg zajęć:

To właśnie JA

Dzieci siedzą w kręgu. Prowadzący prosi dzieci o to, aby zastanowiły się nad tym, czym różnią się od innych osób, co sprawia, że można je rozpoznać. Zwracamy uwagę na różnicę w wyglądzie ich twarzy, dłoni, w kolorze oczu, włosów, w upodobaniach, zachowaniach itd. Jeżeli dzieci są gotowe, można porozmawiać z nimi, co to znaczy, kiedy ktoś czuje się inny od wszystkich, ponieważ jest wysoki lub niski, otyły, chudy, bardzo spokojny albo żywy, zdolny albo uczy się gorzej, ma własny styl życia itd... (możemy nawiązać do Kubusia Puchatka i mieszkańców Stumilowego Lasu, a także do smurfów).

Papierowa torba, czyli osobowość zewnętrzna i wewnętrzna

Dzieci dostają papierowe torby. Prosimy, aby na zewnątrz torby narysowały, wykleiły zdarzenia, sytuacje, myśli, emocje, które zwykle pokazują innym ludziom. Do wewnątrz niech włożą to wszystko, co chcą zachować tylko dla siebie, swoje tajemnice. Opowiadamy dzieciom o osobowości wewnętrznej i zewnętrznej. Następnie pytamy, czy ktoś ma ochotę podzielić się z resztą jakimś elementem ze środka torebki.

Iskierka

ZAJĘCIA 8.

Granice tolerancji — na co można pozwolić?

Cel:

- kształtowanie postawy tolerancji;
- kreowanie poczucia przynależności do grupy (klasy szkolnej);
- budowanie zaufania i więzi między uczniami w klasie.

Przebieg zajęć:

Dyskusja — każdy z nas jest inny

Rozmawiamy z dziećmi o pojęciu tolerancji, jak je rozumieją. Zwracamy uwagę na różnice i podobieństwa między ludźmi oraz na to, jakie pozytywne i zalety się z tym łączą. Poruszamy także temat granic tolerancji, jak te granice rozumieją dzieci.

Tak — nie

Na środku sali wyznaczamy linię, po jednej stronie będą stały osoby zgadzające się, a po drugiej te, które się nie zgadzają z danymi stwierdzeniami, np.:

- lubię lody czekoladowe;
- dobrze gram w piłkę;
- ładnie maluję;
- mam ładne włosy itd.

Na zakończenie ćwiczenia pokazujemy dzieciom, że różnimy się, ale bywają osoby do nas podobne, lubiące te same rzeczy itd. Mogą też różnić się znacznie od nas, nie lubić tego, co my, ale to nie znaczy, że nie trzeba akcentować i uznać odmienności tej drugiej osoby. Można stworzyć razem świetną grupę.

Roboty

Dzieci stoją w parach — jedna osoba jest robotem, a inna mechanikiem. Robota uruchamia się przyciskiem, kładąc dłoń na głowie. Robot rusza do przodu. Dotknięcie prawego ramienia robota wywołuje skręt w prawo, lewego — skręt w lewo. Zatrzymać go można, kładąc rękę na głowie. Mechanik musi doprowadzić robota do konkretnego miejsca w sali, tak aby nie uległ on zniszczeniu ani popsuciu. Po pewnym czasie następuje zmiana ról.

ZAJĘCIA 9.

Plejada gwiazd — jestem dumny z tego, kim jestem

Cel:

- budowanie zaufania w grupie;
- wzmacnianie poczucia własnej wartości;
- nauka tolerancji.

Przebieg zajęć:

Gwiazda

Krzesła ustawiamy tak, aby powstały dwa rzędy zwrócone ku sobie, między nimi tworzy się tzw. wybieg. Każde z dzieci ma na moment wcielić się w Gwiazdę i przejść po wybiegu, prezentując się reszcie klasy.

Kiedy jestem ważny

Dzieci siedzą w kręgu. Prowadzący opowiada o sytuacji, w której czuł się ważny. Próbuje nawiązać z dziećmi rozmowę na temat: Co to znaczy czuć się ważnym? Jakie to są sytuacje? Kiedy czuję się ważny? Czy bycie ważnym jest przyjemne?

Staramy się, aby każde dziecko opowiedziało o takiej sytuacji, kiedy czuło się ważne. Należy zwrócić uwagę na różnice między „byciem ważnym” a ważniactwem i ważniakiem. Uzmysłować też trzeba dzieciom, że musi to być „zdrowa ważność”, taka, która nie sprawia nikomu przykrości.

Herb

Każde z dzieci dostaje szablon tzw. herbu, podzielonego na 3 części. W każdej z tych części dzieci mają narysować sytuacje, w których czuły się ważne.

ZAJĘCIA 10.

Rysujemy swój komiks, czyli o przyczynach różnych zachowań

Cel:

- uczenie empatii (wczuwanie się w sytuacje innych, nieocenianie zachowań innych ludzi bez poznania przyczyn danego zachowania).

Przebieg zajęć:

Jak to się stało?

Pokazujemy dzieciom postacie z bajek (około 2—3) w jakichś określonych sytuacjach. Następnie wspólnie zastanawiamy się, co mogło się stać, że właśnie w ten a nie inny sposób dana postać się zachowała bądź to lub coś innego czuła. Następnie czytamy przykłady zachowań różnych ludzi, najczęściej dzieci w podobnym wieku. Zadaniem grupy jest próba określenia przyczyn tych zachowań.

Komiks

Czytamy dzieciom krótką historyjkę o dziecku w podobnym wieku, które zachowało się w określony sposób. Prosimy, aby każde dziecko spróbowało namalować, jak doszło do tego zdarzenia (czyli stworzyło mały komiks, np. złożony z dwóch epizodów). Na zakończenie mówimy o różnych zachowaniach ludzi i o tym, że rozmaite okoliczności mogły do takiego zachowania doprowadzić. Wspominamy także o przyczynach niezależnych od ludzi, jak np. choroba, wypadek, zepsucie komputera itd.

Iskierka

ZAJĘCIA 11.

Przeprowadzenie przez rzekę, czyli razem można więcej

Cel:

- integracja klasy;
- budowanie atmosfery zaufania i sympatii w klasie;
- rozładowanie atmosfery.

Przebieg zajęć:

Salatka owocowa

Zabawa na zasadzie „niech wstaną wszyscy, którzy...”, z tą różnicą, że na karteczkach piszemy nazwy różnych owoców i dajemy dzieciom do wylosowania. Następnie osoba stojąca na środku wywołuje dzieci z danym owocem, które wstają i zamieniają się miejscami. Osoba, dla której zabraknie miejsca, wywołuje kolejnych uczniów z owocami.

Przeprawa przez rzekę

Rozdajemy duże kawałki papieru, które mają wyobrażać kamienie (po jednym kawałku na 3 osoby), oznaczamy linię startu i mety. Dzieci mają za zadanie dotrzeć do linii mety bez dotykania ziemi, mogą stawać tylko na kamieniach. Po zakończeniu zabawy mówimy dzieciom, jak ważna jest każda osoba w grupie, jak ważna jest współpraca między jej członkami.

Groszki w strąku

Uczniowie zajmują dowolne miejsca w klasie. Prowadzący zapowiada, że za chwilę przeczyta coś z listy, a dzieci natychmiast mają stworzyć grupy odtwarzające to, co zostało wyczytane, i znieruchomieć.

Lista przykładowych poleceń:

cztery ziarenka w strąku; dwie połówki orzecha w łupinie; sześć ogniw łańcucha; dziesięć mrówek na patyku; trzydzieści (tyle, ile uczniów w klasie) liści rozwianych przez wiatr.

Uczucia w podskokach

Na hasło, np. wstyd, smutek, radość, dzieci poruszają się po sali tak, aby najlepiej wyrazić to uczucie ruchem i gestami, ale bez słów.

Iskierka

ZAJĘCIA 12.

Maszyna — każdy element jest tak samo ważny

Cel:

- uczenie empatii (komunikacja niewerbalna);
- budowanie zaufania w grupie, rozładowanie atmosfery;
- integracja grupy, wdrażanie do współpracy.

Przebieg zajęć:

M a s z y n a

Dzielimy dzieci na kilkusobowe grupy. Każda z grup dostaje na kartce nazwę dziwnej maszyny. Ich wspólnym zadaniem jest jej skonstruowanie. Potem grupa prezentuje to innym, którzy zgadują, co to może być.

D y r y g e n t

Jedna z osób zostaje dyrygentem, który pokazuje różne gesty lub miny, natomiast reszta klasy ma je odtworzyć jak najwierniej.

K r z e s ł o

Dzieci siadają na krześle, jak:

- zmęczony chłop po całym dniu pracy w polu;
- modelka do wywiadu;

- dama w kawiarni;
- ksiądz na kazaniu;
- uczeń przed klasówką;
- uczeń, który spóźnił się na lekcję;
- ktoś głodny do obiadu... itd.

Iskierka

ZAJĘCIA 13. i 14.

Bawimy się w teatr — o tym, jak rozwiązywać trudne sytuacje

Cel:

- rozwijanie empatii i uczenie postawy tolerancji.

Przebieg zajęć:

Odtwarzamy scenki symulacyjne, które mają na celu rozwój empatii na podstawie zdobytej przez dzieci wiedzy z poprzednich zabaw i ćwiczeń. Chodzi tu o praktyczne zastosowanie tych umiejętności przez odgrywanie scenek przypominających sytuacje codzienne, np.:

Biegacie na przerwie po korytarzu. Nagle kolega uderza cię mocno w rękę. Co czujesz i co mówisz?

Mama daje ci na obiad coś, czego bardzo nie lubisz. Czujesz obrzydzenie. Co mówisz mamie?

Gracie z kolegą na komputerze. Ty znasz świetnie tę grę, on gra pierwszy raz. Okazuje się jednak, że przegrywasz. Co czujesz?

Okaż zrozumienie koledze, który dostał uwagę, jest smutny i boi się powiedzieć o tym mamie.

Kolega przyszedł dzisiaj do szkoły bardzo zdenerwowany. Jest naburmuszony i niemiły dla wszystkich. Co robisz?

Piszesz klasówkę. Jest bardzo trudna i musisz się mocno skupić. Jedna z koleżanek ciągle jednak rozmawia i przeszkadza. Co robisz?

Słyszysz, jak twoja przyjaciółka zdradza komuś twoje tajemnice. Co czujesz i jak reagujesz?

Masz swoją paczkę. Zawsze po lekcjach chodzicie na pizzę. Ale jeden z kolegów nie ma pieniędzy. Co robisz?

Gracie z kolegami w piłkę na szkolnym boisku. Nie macie sędziego, ale jest na boisku chłopiec na wózku inwalidzkim, który chętnie będzie sędziował. Co robicie?

Do waszej klasy przychodzi nowa koleżanka. Bardzo oryginalnie się ubiera — zawsze nosi czarne ubrania. Jak reagujesz?

W waszej klasie uwielbiacie grać w piłkę nożną. Są w waszej klasie jednak osoby, które lubią grać w kosza. Jak się zachowujecie wobec nich?

Iskierka

ZAJĘCIA 15.

Wszystkie smurfy nasze są — podsumowanie i zakończenie zajęć

Cel:

- podsumowanie spotkań, rozmowa o tym, czego nauczyliśmy się na zajęciach;
- wzmocnienie poczucia własnej wartości.

Przebieg zajęć:**Smurfy**

Dzieci otrzymują szablon smurfa. Jest on czarno-biały i niczym się nie wyróżnia. Zadaniem każdego będzie pokolorowanie, dorysowanie postaci cech, którymi odznacza się dane dziecko. Więc tego, w czym jest najlepsze, co najlepiej potrafi robić, czym się wyróżnia itd. Celem ćwiczenia jest pokazanie dzieciom, że choć wszyscy są ludźmi, to różnią się od siebie. Mimo różnic można jednak stworzyć zgraną klasę szkolną — wszyscy możemy się ze sobą dobrze porozumieć i działać wspólnie tak, jak smurfy w swojej wiosce.

Iskierka

**Szablon testu socjometrycznego
„Plebiscyt życzliwości i niechęci”**

Imię i nazwisko.....

Poniżej znajdziesz listę swoich kolegów z klasy. Chciałabym, abyś przy każdym nazwisku postawił któryś z zamieszczonych niżej znaków:

- + + bardzo lubię
- + raczej lubię
- 0 jest mi obojętny
- raczej nie lubię
- – nie lubię

Swoje nazwisko wykreśl.

1. Patryk A.	
2. Karolina C.	
3. Natalia C.	
4. Wiktoria D.	
5. Paulina Dz.	
6. Piotr F.	
7. Piotr G.	
8. Angelika H.	
9. Magdalena J.	
10. Katarzyna K.	
11. Klaudia K.	
12. Monika K.	
13. Mariusz K.	
14. Daniel M.	
15. Karol M.	
16. Paweł P.	
17. Kinga P.	
18. Tomasz P.	
19. Cezary S.	
20. Bartłomiej S.	
21. Malwina S.	
22. Adrian S.	
23. Michał T.	
24. Paweł W.	
25. Michał Z.	

Szablon testu socjometrycznego „Zgadnij kto?”

Imię i nazwisko.....

Poniżej opisano cechy 6 osób z twojej klasy, ale nie podano ich nazwisk. Spróbuj zgadnąć, o które osoby chodzi. Możesz zaznaczyć najwięcej 3 osoby przy jednym punkcie. Jeśli nie wiesz, o kogo może chodzić, postaw kreskę, a jeśli myślisz, że chodzi o Ciebie, to wpisz swoje nazwisko.

1. To jest ktoś, kogo wszyscy lubią.
2. To jest ktoś, kto zawsze ma ciekawe pomysły.
3. To jest ktoś, kto dokucza innym i nie umie się grzecznie zachować.
4. To jest ktoś, kto zawsze jest sam i nie bawi się z innymi.
5. To jest ktoś, kto jest wesoły i lubi żartować.
6. To jest ktoś, kto jest spokojny i nie lubi się kłócić.

Students' mental health — correlations and references

S u m m a r y

The work consists of the articles discussing the empirical studies dealing with the issue of the condition of the students' mental health, risky situations, as well as prevention and therapy of selected development and behaviour disorders. The students' mental health problems are analysed in the context of the tasks ascribed to the process of childhood and adolescence development. The first part of the work includes the texts covering such aspects as the teacher's support, the father's engagement in the process of their son's education, the sense of coherence, and dealing with the stress, as well as the experiences of integration of mentally-disabled children with the healthy ones in the integrated classes. The subsequent articles touch upon the analyses of situations considered to be risky or dangerous for one's mental health. These involve the problems of child's loneliness and the circumstances influencing the girls' and boys' early sexual initiation in the period of adolescence. This part of the book also comprises the articles analyzing the ways the students recognize a somatic and mental illness, and their attitudes to people suffering from it. The final part of the work contains the evaluation analysis of two educational-therapeutic programmes directed at children with developmental dyslexia and ADHD syndrome.

Die psychische Gesundheit der Schüler — Wechselbeziehungen und Bezugspunkte

Z u s a m m e n f a s s u n g

Die vorliegende Publikation besteht aus den Artikeln, in denen die psychische Gesundheit der Schüler, die gesundheitsschädliche Situationen, die Prophylaxe u. die Therapie von ausgewählten Entwicklungs- u. Benehmensstörungen anhand der durchgeführten empirischen Forschungen besprochen werden. Die genannten Probleme werden im Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben analysiert, die für die Kind- u. Jugendzeit typisch sind. Der erste Teil des Buches betrifft u. a.: die Beihilfe des Lehrers, die Beteiligung der Väter am Bildungsverlauf ihrer Kinder, das Kohärenzgefühl, das Zurechtkommen mit dem Stress, die Integration der behinderten Schüler mit ihren gesunden Kollegen in sog Integrationsklassen. In den nächsten Artikeln werden solche Situationen besprochen, die für psychische Gesundheit des Menschen riskant oder gefährlich werden können; dazu gehören die Kindereinsamkeit und die Umstände des früh initiierten Geschlechtsleben von pubertierenden Mädchen und Jungen. Hier erfahren wird auch davon, auf welche Weise somatische und psychische Krankheiten von den Schülern wahrgenommen werden, und ob die Schüler mit geisteskranken Personen umgehen können. Im Abschlussteil der Monografie werden zwei bildungstherapeutische Programme bewertet, die für legastheniekranken Kinder und Kinder mit psychomotorischer Überregbarkeit und dem Aufmerksamkeitsdefizit bestimmt sind.