

ZAGADNIENIA ZDROWIA UCZNIÓW

TERESA OLEŃSKA-PAWLAK

Wpływ środowiska rodzinnego na stan zdrowia i sytuację szkolną uczniów z wybranych grup dyspanseryjnych

WPROWADZENIE

W wyniku upowszechnienia w Polsce w połowie lat siedemdziesiątych, nowoczesnej metodyki opieki zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym coraz powszechniej wiadomo, iż odsetek dzieci w wieku szkolnym z różnymi nieprawidłowościami w stanie zdrowia i rozwoju sięga od 40 do 60 %, w zależności od wieku i środowiska geograficznego¹. Na tak wysoki procent uczniów, którzy winni być objęci opieką medyczną i paramedyczną składają się rozmaite przyczyny. Począwszy od osiągnięć nauk medycznych i biochemicznych, poprzez wzrost chorób, tak zwanych cywilizacyjnych, na braku sprzężonych działań interdyscyplinarnych o charakterze profilaktycznym kończąc.

W niniejszym artykule zostanie omówiony jeden z podstawowych czynników determinujących stan zdrowia a także sytuację szkolną uczniów chorowitych, tj. wpływ środowiska rodzinnego.

Rodzina zawsze stanowiła pierwsze i najbardziej

¹ J. Serejski i in., Stan zdrowia dzieci w świetle dotychczasowych badań nad profilem zdrowotnym populacji szkolnej, „Badania Oświatowe” 1980, nr 2; Stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej w województwie miejskim krakowskim. Dokument opracowany przez Specjalistyczny Zespół Matki i Dziecka w Krakowie, nr pisma X413-13/81.

trwałe środowisko społeczno-wychowawcze dziecka, aczkolwiek nigdy nie była środowiskiem wystarczającym dla pełnego przygotowania jednostki do życia w społeczeństwie. Wszyscy badacze tej problematyki są jednak zgodni, iż na rozwój dziecka rodzina wywiera wpływ największy. Po pierwsze bowiem, ze względu na swą biologiczną i psychiczną niedojrzałość jest ono całkowicie uzależnione od wszelkich działań podejmowanych przez rodziców /opiekunów/. Po wtóre, przyjęty w tym okresie system wartości przekazywany przez rodziców świadomie czy w sposób niezamierzony, pozostawia na ogół trwałe i trudne do zlikwidowania nawyki.

Uznaje się powszechnie, że szczególne znaczenie dla całego późniejszego rozwoju dziecka ma okres dzieciństwa. Stwierdzono, iż od wczesnych lat życia jego fizyczny, psychiczny i społeczny rozwój uwarunkowany jest nie tylko strukturą genetyczną², ale w dużym stopniu jest on funkcją zamierzonych działań opiekuńczo-wychowawczych oraz niezamierzonych wpływów wynikających z ogólnej atmosfery panującej w rodzinie³. Czynnikiem środowiska rodzinnego, wyznaczającym ogólną atmosferę i oddziaływanie wychowawcze rodziny, poświęcono wiele prac. Na podstawie analizy piśmiennictwa, jak i własnych obserwacji można przyjąć, iż zasadniczymi składnikami środowiska rodzinnego, które mogą wywierać wpływ na stan zdrowia i sytuację szkolną dzieci chorowitych są czynniki: ekonomiczno-socjalne, stan zdrowia rodzin badanych dzieci, warunki kulturowe.

W grupie warunków ekonomiczno-socjalnych przyjęto następujące wyznaczniki: sytuację materialną rodzin, ich

² N. Wolański, Rodzina a biologiczny rozwój dziecka, /w:/ Rodzina i dziecko, pod red. M. Ziemskiej, Warszawa 1979, PWN, s. 24 - 27.

³ M. Ziemska, Wpływ przemian funkcji rodziny na socjalizację dzieci, /w:/ Rodzina..., op.cit., s. 230.

warunki mieszkaniowe oraz indywidualne warunki społeczne dziecka. Stan zdrowia rodzin badanych dzieci rozpatrywano w aspekcie występowania ewentualnych przewlekłych schorzeń matki, ojca i rodzeństwa.

Do grupy czynników kulturowych zaliczono wykształcenie rodziców oraz ich kulturę pedagogiczną⁴. Poziom kultury pedagogicznej rodziców badano w aspekcie umiejętności ich oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych na dziecko z niezadowolającym stanem zdrowia, przyjmując następujące wskaźniki: organizację trybu życia dziecka, rodzaj i formy działań opiekuńczo-zdrowotnych.

Głównym celem podjętych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy - i jakiego rodzaju - czynniki środowiska rodzinnego mają niekorzystny wpływ na stan zdrowia i sytuację szkolną uczniów chorowitych?

METODY BADAŃ I CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI

Procedurę badawczą oparto na analizie indywidualnych przypadków, stosując następujące metody i narzędzia badawcze:

- metodę wywiadu: kwestionariusz wywiadu klinicznego z matką, ojcem oraz kwestionariusz rozmowy z dzieckiem /opracowanie własne/;
- metodę projekcyjną: test projekcyjny Thomas-Kugler;
- analizę dokumentacji medycznej i szkolnej.

Badaniami objęto uczniów z dwu krakowskich szkół pod-

⁴ Na kulturę pedagogiczną rodziców składa się, zdaniem J. Maciaszkowej, zdolność do reagowania w sytuacjach wychowawczych zgodnie z potrzebami dziecka; zdolność ta oparta jest na wiedzy, na świadomości celów wychowawczych, a także na umiejętności działania wychowawczego. Por. J. Maciaszkowa, Kultura pedagogiczna rodziców, /w:// Pedagogika opiekuńcza. Warszawa 1977, WSiP, s. 164.

stawowych z klas IV i V, przyjęto bowiem, iż dzieci w tym wieku stanowią odpowiednią grupę badawczą, ponieważ na aktualny stan ich zdrowia i zachowania nie nakładają się jeszcze w sposób zdecydowany zmiany fizyczne i psychiczne związane z okresem dojrzewania. Jednocześnie dzieci te mają za sobą pewien zasób doświadczeń szkolnych.

Następnym kryterium doboru grupy badawczej były aktualne schorzenia uczniów kwalifikujące ich do opieki dyspanseryjnej ⁵, przy czym nie włączono do badań uczniów mających pojedyncze schorzenia, typu: astygmatyzm, krótkowzroczność, zaburzenia widzenia barw /grupa dysp. V/, płaskostopie, odstające łopatki, okrągłe plecy, koślawość kolan, itp. /grupa X₂/. Powstała w ten sposób 59-osobowa grupa uczniów zwana w dalszej części grupą podstawową /P/, stanowiąca 18,4 % ogółu uczniów z klas IV i V zakwalifikowanych do opieki dyspanseryjnej ⁶. W grupie tej najwięcej dzieci chorowało na przewlekłe choroby jamy nosowo-gardłowej /30,5 %/ oraz schorzenia układu nerwowego /28,8 %/, w tym czynnościowe zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego /15,2 %/, a trwałe uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego - 13,6 %. Następnym w kolejności schorzeniem była choroba reumatyczna, występująca u 15,2 % badanych i przewlekła choroba oskrzeli oraz układu moczowego występująca w tych samych odsetkach, tj. 8,5 %. Natomiast najczęściej występującymi odchyleniami od prawidłowego stanu zdrowia, obok głównego schorzenia, były zaburzenia statyki ciała - 44,2 %, zaburzenia rozwoju fizycznego - 23,7 % /najczęściej w postaci harmonijnie opóźnionego rozwoju so-

⁵ Kwalifikacji dokonał lekarz szkolny na podstawie badań bilansowych.

⁶ Spośród 321 uczniów z klas IV i V do opieki dyspanseryjnej zostało zakwalifikowanych 202 uczniów, co stanowiło 62,9 %.

matycznego i otyłości, rzadziej niedoboru wzrostu/, a także wady wzroku - 20,3 %. Zdecydowana większość badanych miała podwójne (54,2 %) i potrójne (30,5 %) rodzaje schorzeń. Grupę kontrolną /K/ dobrano spośród dzieci zdrowych, uczęszczających do tych samych klas, wyłonionych w wyniku losowania proporcjonalnego. Grupa ta liczyła 62 uczniów.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

1. Warunki ekonomiczno-socjalne

1.1. Sytuacja materialna

Warunki ekonomiczno-socjalne rodzin badanych dzieci wiążą się ściśle z całokształtem życia gospodarczego, społecznego i politycznego kraju. W tym aspekcie ocena warunków materialnego bytu rodziny nastęrczała duże trudności, gdyż badania przeprowadzano w okresie pogłębiającego się kryzysu gospodarczego /1979 - 1980/. Dlatego oceny tych warunków nie oparto na powszechnie stosowanych kryteriach, takich jak: wysokość zarobków rodziców i dochód przypadający na jednego członka rodziny, a posłużono się subiektywną ich oceną wyrażoną przez matki i nauczycieli. W przeprowadzonych wywiadach zastosowano jednolitą skalę, określającą warunki materialne jako: bardzo dobre, dobre, przeciętne, niewystarczające.

Analiza otrzymanych wypowiedzi wykazała nieoczekiwaną zgodność ocen matek i nauczycieli. Należy zaznaczyć, iż żadna z badanych osób nie wystawiła warunkom materialnym najwyższej oceny. Stosując więc przeciętną skalę ocen uzyskano wyniki wskazujące na to, że warunki materialne w rodzinach dzieci zdrowych i chorowitych są

zbliżone, co ilustruje tabela 1.

Tabela 1

Warunki materialne rodzin

Badane grupy	W a r u n k i m a t e r i a l n e									
	bardzo dobre	%	dobre	%	przeciętne	%	niewystarczające	%	razem	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P	-	-	25	42,4	30	50,8	4	6,8	59	100,0
K	1	1,6	29	46,8	28	45,2	4	6,4	62	100,0

1.2. Warunki mieszkaniowe

Ponieważ rodziny badanych dzieci w zdecydowanej większości mieszkały w blokach budowanych systemem oszczędnościowym /ślepa kuchnia, mały metraż pokoi/ to też standard mieszkań uznano za w miarę ujednolicony.

Jakkolwiek wielkość mieszkania nie rzutuje w sposób bezpośredni na efekty rozwoju i wychowania dziecka, to jednak jest jednym z czynników wpływających między innymi na pełnienie przez rodzinę jej funkcji psychohygienicznej. Badacze francuscy ustalili np., że jeżeli na jedną izbę przypada więcej niż 2,5 osoby, to w rodzinach tych występują rozmaite stany zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń w zachowaniu się, zarówno dzieci jak i dorosłych ⁷.

⁷ Podaję za: A. Kamiński, Funkcje pedagogiki społecznej, Warszawa 1972, PWN, s. 87.

Do podobnych wniosków na gruncie polskim doszła Barbara Butrymowicz⁸ oraz Napoleon Wolański⁹, którzy stwierdzili, że korzystne warunki dla rozwoju biologicznego dziecka i jego zdrowia psychicznego stwarza zagęszczenie mieszkania nie przekraczające 2 osób na pokój mieszkalny.

Dlatego analizując sytuację mieszkaniową badanych dzieci przyjęto, że przez warunki bardzo dobre rozumie się sytuację, kiedy na jeden pokój przypada 1 osoba, a warunki dobre - jeżeli 2 osoby. Natomiast do rodzin mających niekorzystne warunki mieszkaniowe zaliczono te rodziny, w których gęstość zaludnienia mieszkania wynosiła ponad 2 osoby na pokój. Dane liczbowe zamieszczone w tabeli 2 wskazują na gorszą sytuację rodzin dzieci chorowitych, mających niekorzystne warunki mieszkaniowe. Jednakże z obliczeń statystycznych wynika, iż różnice jakie wystąpiły między rodzinami dzieci z grupy P i K mającymi warunki bardzo dobre i dobre oraz warunki niekorzystne nie są statystycznie istotne ($\chi^2 = 3,63$, $n - n_1$). Ilustruje to tabela 2.

Tabela 2

Warunki mieszkaniowe rodzin badanych dzieci

Badane grupy	Warunki mieszkaniowe							
	Bardzo dobre	%	Dobre	%	Niekorzystne	%	Razem	%
P	4	6,8	29	49,1	26	44,1	59	100,0
K	10	16,1	36	58,1	16	25,8	62	100,0

$$\chi^2 = 3,63$$

$$p - n_1$$

⁸ B. Butrymowicz, Poziom rodziny jako środowiska wychowawczego, /w:/ Metodologia pedagogiki społecznej, Wrocław 1974, Ossolineum, s. 384 i nast.

⁹ N. Wolański, Czynniki rozwoju dziecka, /w:/ Rodzina..., op. cit.

1.3. Indywidualne warunki mieszkaniowe dziecka

W niniejszym opracowaniu za wskaźnik indywidualnej sytuacji mieszkaniowej dziecka przyjęto warunki do wypoczynku i do nauki stosując następującą skalę:

- bardzo dobre warunki - dziecko posiada własny pokój,

- dobre warunki - dzieli pokój z jednym z członków rodziny, mając osobne łóżko do spania i wydzielone miejsce do nauki,

- warunki średnie - wspólny pokój z którymś z członków rodziny, osobne miejsce do spania, ale brak stałego miejsca do nauki albo wspólne łóżko i wydzielone miejsce do nauki,

- złe warunki - dziecko ma tylko osobne miejsce do spania i dzieli pokój z dwoma członkami rodziny albo nie ma osobnego miejsca do spania oraz stałego miejsca do nauki.

Przy zastosowaniu powyższych kryteriów okazało się, że indywidualna sytuacja mieszkaniowa dzieci chorych była znacznie gorsza od dzieci zdrowych /tabela 3/. Rozkład danych statystycznych dla dzieci mających dobre i bardzo dobre oraz średnie i złe warunki mieszkaniowe jest statystycznie istotny ($\chi^2 = 4,052$, $p < 0,05$), można więc sądzić, że indywidualna sytuacja mieszkaniowa dzieci ma wpływ na stan ich zdrowia.

Tabela 3
Indywidualne warunki mieszkaniowe badanych dzieci

Badane grupy	Warunki do pracy							
	Bardzo dobre	%	Dobre	%	Średnie	%	złe	%
P	8	13,6	17	28,1	14	23,7	20	33,9
K	13	20,9	25	40,3	12	19,4	12	19,4

$$\chi^2 = 4,052$$

$$p < 0,05$$

Obserwacje poczynione w trakcie wywiadów prowadzonych w środowisku domowym badanych dzieci pozwalają również na stwierdzenie, że nie zawsze indywidualne warunki mieszkaniowe dziecka określane jako bardzo dobre i dobre odpowiadają wymogom higieny pracy umysłowej ucznia. Chodzi między innymi o odpowiednie oświetlenie pokoju i miejsca do nauki, dobrane pod względem wysokości dziecka krzesło, a także ciszę sprzyjającą skupieniu uwagi. Jeżeli uwzględnimy powyższe dodatkowe wskaźniki można stwierdzić, że ponad 71 % dzieci z grupy podstawowej nie miało głównie korzystnego oświetlenia, bądź odpowiednio dobranego krzesła. W grupie kontrolnej odsetek ten był niższy i wynosił ponad 50 %.

Jak widać, wielu rodziców badanych dzieci nie przywiązuje należytej wagi /świadomie bądź nieświadomie/ do elementów składających się na optymalizację warunków do nauki i prawidłowego rozwoju. Jest to prawdopodobnie jedna z przyczyn tak znacznego odsetka dzieci i młodzieży mającej zaburzenia statyki ciała i wady wzroku.

2. Stan zdrowia rodzin badanych dzieci

Informacje na temat stanu zdrowia rodziców i rodzeństwa badanych dzieci uzyskano na podstawie wywiadów klinicznych z matkami. W miarę możliwości korzystano też z udostępnionych przez rodziców zaświadczeń bądź orzeczeń lekarskich.

Dane zamieszczone w tabeli 4 wskazują, że stan zdrowia członków rodzin badanych dzieci jest bardziej niekorzystny w grupie dzieci chorowitych. Aż w 15 rodzinach /25,4 %/ dzieci chorowitych obydwój rodzice cierpieli na przewlekłe schorzenia, nadto w 2 rodzinach chorowało trzech członków rodziny, tj. matka wraz z dziećmi. Natomiast wśród rodzin dzieci zdrowych nie

odnotowano tych sytuacji.

W badanej populacji stwierdzono wyraźną tendencję do występowania przewlekłych schorzeń u matek. Fakt ten znajduje potwierdzenie w wynikach badań przeprowadzonych przez Magdalenę Sokołowską¹⁰. Autorka analizując wyniki profilaktycznych badań ludności pracującej w Polsce, a także dane o absencji chorobowej stwierdziła, że kobiety chorują częściej i dłużej niż mężczyźni. Dotyczy to zwłaszcza kobiet w okresie największego nasilenia obowiązków macierzyńskich i rodzinnych. Prawdopodobnie nadmierne obciążenie kobiet w tym okresie życia /praca domowa, praca poza domem/ doprowadza do stanu przewlekłego zmęczenia, które jest powodem obniżenia odporności ustroju na różne zachorowania¹¹.

Tabela 4

Stan zdrowia członków badanych rodzin
w aspekcie istnienia przewlekłych chorób

Badane grupy	Ilość dzieci w grupie	Chorujący członkowie rodzin							
		Matka	%	Ojciec	%	Rodzeństwo	%	Razem	%
P	59	23	39,0	8	13,6	11	18,6	42	71,2
K	62	6	9,7	3	4,8	2	3,2	11	17,7

$$\chi^2 = 4,332$$

$$p < 0,05$$

¹⁰ M. Sokołowska, Kobieta pracująca, Warszawa 1963, PWN.

¹¹ Ibidem, s. 129.

3. Warunki kulturowe rodzinnego środowiska badanych dzieci

3.1. Wykształcenie rodziców

Jakkolwiek wykształcenie rodziców rzutuje na wiele dziedzin działalności rodziny, czynnik ten oddziałuje szczególnie na rozwój intelektualny dziecka, jego osiągnięcia w nauce, a także jego przystosowanie społeczne /Konopnicki 1966, Tyszkowa 1964, Ziemska 1979/.

W grupie uczniów chorowitych dominowali ojcowie z wykształceniem zasadniczym zawodowym (44,1 %), natomiast w grupie kontrolnej najwięcej ojców miało wykształcenie średnie (30,6 %) i wyższe (30,6 %). Różnice te okazały się istotne statystycznie - $\chi^2 = 9,42$, $p < 0,05$. Analizując poziom wykształcenia matek nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między matkami z grupy P i K.

Niemniej jednak dane procentowe wskazują na to, iż więcej matek (40,7 %) dzieci chorowitych miało wykształcenie podstawowe, w porównaniu z matkami z grupy kontrolnej (27,4 %). W obydwu grupach wykształcenie matek było znacznie niższe niż wykształcenie ojców.

3.2. Kultura pedagogiczna rodziców

Bardzo ważnym czynnikiem dla kształtowania kulturowej pozycji rodziny, w tym i kultury pedagogicznej, jest wykształcenie matek /Tyszkowa 1964/. Dzieci chorowite miały pod tym względem mniej korzystną sytuację niż dzieci zdrowe. Należy również mieć świadomość zdecydowanie gorszego stanu zdrowia matek tych dzieci, jak i tego, że większość z nich (około 85 %) pracowała na

całym etacie poza domem. Jeżeli do powyższych faktów dołączymy i to, że w badanych rodzinach obowiązek zajmowania się domem i wychowaniem dzieci spoczywał głównie lub wyłącznie na matkach, to wobec istniejącej sytuacji złego stanu zdrowia dziecka niezwykle ważnego znaczenia nabiera zagadnienie prawidłowej, świadomie kształtowanej organizacji jego trybu życia.

ORGANIZACJA TRYBU ŻYCIA DZIECI Z NIEZADOWALAJĄCYM STANEM ZDROWIA W ŚRODOWISKU DOMOWYM

Przy analizie organizacji życia codziennego dziecka chorowitego szczególną uwagę zwrócono na regularność snu, posiłków i odrabiania zadań domowych. Interesowano się także sposobem spędzania czasu pozalekcyjnego dziecka, tj. ilością czasu poświęcanego na odrabianie zadań domowych, rodzajem otrzymywanej pomocy w nauce, jego pracą na rzecz domu, jak i formami wypoczynku, rekreacji w tak zwanym wolnym czasie.

Analizując rytm podstawowych czynności dziecka chorowitego okazało się, że najczęściej przestrzegany element życia codziennego tych dzieci była regularna pora ich posiłków, obejmująca 69,5 % badanych. Regularnej pory snu przestrzegano w rodzinach około 65 % dzieci. Informacja ta wydawać by się mogła optymistyczna, gdyby nie stwierdzenie, iż blisko połowa tej grupy dzieci udawała się na spoczynek nocny najczęściej po godzinie 22⁰⁰, a nawet później. Uzależnione to było - jak najczęściej określali to sami badani - od długości oglądania programu telewizyjnego. Regularnej pory snu nie przestrzegało ponad 35 % dzieci, a matki ich nie widziały w tym nic złego.

W sumie okazało się, że w badanej populacji 71,2 % sypia około 7 - 8 godzin na dobę, co z higienicznego

punktu widzenia w tym wieku życia jest bardzo niekorzystne¹². W grupie tej /42/ u 21 dzieci - na podstawie poczynionych obserwacji w szkole, jak i wypowiedzi samych dzieci - stwierdzono objawy zmęczenia, rozdrażnienia oraz niechętny stosunek do obowiązków szkolnych i domowych. Spostrzeżenie to, jak się wydaje, jest o tyle istotne, że uświadamia, iż zbyt mała ilość godzin snu i jego nieregularna pora nie stanowią prawidłowej formy wypoczynku dla organizmu, w tym szczególnie dla ośrodkowego układu nerwowego.

W organizacji życia codziennego dzieci chorowitych najbardziej zaniedbana była pora odrabiania zadań domowych. Aż 66,1 % badanych określało ją jako „różną”. Dzieci te odrabiały zadania domowe albo w późnych godzinach popołudniowych /około 18-ej/, albo w godzinach wieczornych /19⁰⁰ - 21⁰⁰/. W grupie tej znalazły się wszystkie dzieci mające niedostateczne wyniki w nauce i większość dzieci uczących się dostatecznie. Dzieci, które miały odpowiednio ustaloną i w miarę przestrzeganą porę odrabiania zadań domowych, stanowiły zaledwie 1/3 badanych. W grupie tej znalazła się zdecydowana większość uczniów bardzo dobrych i dobrych, a tylko 5 dzieci z ocenami dostatecznymi.

Co prawda, dane z badań nad budżetem czasu rodzin wielkomiejskich wskazują, iż lekcje odrabia o ustalonej porze niecałe 50 % uczniów¹³, to jednak w przypadku dzieci chorowitych brak rytmiczności tej czynności wydaje się bardzo niepokojący. Wobec tych dzieci rodzice

¹² Specjaliści twierdzą, że w wieku 7 - 18 lat prawidłowe zapotrzebowanie organizmu na sen waha się w granicach 10 - 12 godzin na dobę. Patrz: J. Leowski, Higiena osobista, /w:/ Higiena i ochrona zdrowia, Pod red. C. H. Korczaka, Warszawa 1980, PZWL, s. 234.

¹³ M. Grochociński, Kultura pedagogiczna rodziców, /w:/ Rodzina i dziecko..., op. cit., s. 310.

winni szczególnie przestrzegać racjonalnego trybu życia, stwarzając niezbędne warunki dla ogólnej wydolności psycho-fizycznej dziecka mającego odchylenia od prawidłowości w stanie zdrowia.

Zagadnieniem ściśle związanym z prawidłową bądź nieprawidłową organizacją życia codziennego dziecka jest także sposób spędzania czasu pozalekcyjnego. Obejmuje on zarówno czynności związane z odrabianiem lekcji, pomocą w gospodarstwie domowym, jak i czynności mieszczące się w kategorii czasu wolnego /uczestnictwo w różnego rodzaju kołach zainteresowań, organizacjach i zabawach na powietrzu/. Ponieważ do podstawowych obowiązków dziecka należy nauka szkolna, zatem rozpatrzmy najpierw zagadnienie czasu poświęcanego na odrabianie lekcji przez dzieci chorowite.

Jeśli przyjąć za higienistami, że norma, którą dziecko winno przeznaczać na naukę wynosi od 1 - 1,5 godziny dziennie, to opierając się na danych uzyskanych w niniejszych badaniach należy stwierdzić, że blisko połowa (49,2 %) badanych dzieci czas ten znacznie przekraczało, poświęcając na odrabianie lekcji co najmniej od 2 do 4 godzin dziennie. W grupie tej mieściła się zdecydowana większość dzieci osiągających w nauce wyniki bardzo dobre i dobre i ponad połowa dzieci uczących się dostatecznie. Spośród całej badanej populacji dzieci chorowitych tylko 17 % pracowało nad lekcjami od 1 do 2 godzin; byli to głównie uczniowie bardzo dobrzy i dobrzy.

U pozostałych 20 dzieci (33,8 %) czas poświęcony na przygotowanie się do lekcji, tj. 1 do 2 godzin dziennie, nie był wystarczający, czego dowodem były nie tylko same dostateczne i niedostateczne wyniki w nauce, ale także duże zaległości w materiale programowym /widoczne na podstawie przeprowadzonych badań testowych/.

Zdecydowanie inne dane procentowe otrzymano w wy-

niku badań /przeprowadzonych w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Gdańskiego/ dotyczących wspomnianego już budżetu czasu rodzin wielkomiejskich, w tym ilości czasu poświęconego na odrabianie zadań domowych przez dzieci w średnim wieku szkolnym. Otóż stwierdzono, że zgodnie z normą higieniczną pracowało 66,7 % badanych, osiągając dobre wyniki w nauce, a tylko niewielki procent dzieci /9,3/ odrabiało lekcje przez 2 do 3 godzin¹⁴. Niewątpliwie z ilością czasu przeznaczanego na naukę, jak i efektywnością jego wykorzystania, wiąże się sprawa pomocy w nauce dzieciom chorowitym. Zagadnienie to okazało się niezwykle istotne w przypadku tych dzieci, ponieważ stwierdzono, iż na przestrzeni ich lat nauki szkolnej zasięg i formy pomocy organizowanej przez szkołę były niedostateczne, pomimo dużych potrzeb w tym zakresie. Z danych zamieszczonych w tabeli 5 wynika, iż zdecydowanej większości dzieciom z grupy „P” uzyskującym oceny bardzo dobre i dobre pomagali systematycznie rodzice, począwszy od I klasy. Zaś wśród tak samo uczących się dzieci zdrowych znacznie przeważała pomoc o doraźnym charakterze. Natomiast te dzieci, którym rodzice pomagali w sposób doraźny miały najczęściej oceny dostateczne. Bardzo charakterystyczne były wypowiedzi matek dzieci chorowitych. Twierdziły one, że gdyby ich dzieci nie miały systematycznej pomocy w nauce - i to od klasy I - otrzymywane przez nie oceny szkolne byłyby znacznie gorsze. Potrzebę systematycznie udzielanej pomocy, jak i świadomość niesienia tej pomocy w dalszym ciągu nauki szkolnej, tłumaczyły częstymi nieobecnościami dziecka w szkole, bardzo wolnym tempem pracy, a także trudnościami w skupieniu uwagi i dużą skłonnością do męczenia się. Opinia wyrażona przez matki była zgodna w tym względzie z opinią nauczycieli -

¹⁴ Tamże, s. 308 - 310.

- wychowawców. W stosunku do zdecydowanej większości dzieci z grupy „P”, uczących się dobrze i bardzo dobrze, nauczyciele stwierdzali, że osiągnane przez nie wyniki są rezultatem ich bardzo dużego wkładu pracy, jak i systematycznie udzielanej pomocy ze strony rodziny.

Tabela 5

Charakter udzielanej pomocy
w środowisku rodzinnym a wyniki w nauce
/na zakończenie roku szkolnego - obli-
czenia procentowe/

Uczniowie mający przewagę ocen	Częstotliwość pomocy						R a z e m	
	systema- tyczna		dorywcza		brak pomocy			
	Grupa P	Grupa K	Grupa P	Grupa K	Grupa P	Grupa K	Grupa P	Grupa K
bardzo dobrych	11,9	4,8	6,8	32,3	-	8,1	18,7	45,2
dobrych	15,2	12,9	11,9	12,9	1,7	6,4	28,8	32,0
dostatecz- nych	8,5	-	20,3	11,3	6,8	9,7	35,6	21,0
niedosta- tecznych *	-	-	1,7	-	15,2	1,7	16,9	1,6
R a z e m	35,6	17,7	40,7	56,4	23,7	25,8	100,0	100,0

* W grupie tej 5 dzieci przeszło do następnej klasy z 1 lub 2 ocenami niedostatecznymi, a 5 nie otrzymało promocji.

Analizując kolejny element organizacji czasu pozalekcyjnego, tj. sposób zagospodarowania czasu wolnego dzieci chorowitych, stwierdzono, że najwyższy procent -

- 61,0 % - stanowiły dzieci, które najczęściej spędzały ten czas na podwórku bawiąc się z kolegami oraz oglądając telewizję. Pozostałe dzieci - 39,0 % - oprócz zabaw „pod blokiem”, uczestniczyły w różnego typu zajęciach zorganizowanych przez szkołę, bądź przez instytucje pozaszkolne.

W grupie kontrolnej /K/ do różnego rodzaju kół zainteresowań i klubów sportowych należała zdecydowana większość dzieci (69,3 %). Pozostałe (30,7 %) spędzały wolny czas podobnie jak większość dzieci chorowitych.

Zofia Giereluk-Lubowicz prowadząc badania na ten temat wśród mieszkających w mieście dzieci w wieku szkoły podstawowej stwierdziła również, że stosunkowo mało dzieci nie uczestniczy w zorganizowanych formach spędzania czasu wolnego. Tylko 21,8 % ogółu badanych nie należało bowiem do żadnych zespołów zainteresowań, jak również nie brało udziału w zajęciach organizowanych przez placówki wychowania pozaszkolnego¹⁵.

U większości dzieci chorowitych nie tylko brak było zorganizowanej formy aktywności w czasie wolnym, ale też spostrzeżono zdecydowany brak zorganizowanej aktywności ruchowej¹⁶, włączając w to również uczestnictwo w zajęciach gimnastyki korekcyjnej /tylko 4 dzieci uczęszczało na tego rodzaju ćwiczenia/. Ten stan rzeczy matki najczęściej tłumaczyły dużym wkładem czasu i pracy dziecka w przygotowanie się do lekcji, bądź jego słabymi wynikami w nauce lub złym stanem zdrowia. Stąd w rozmowach z dziećmi nierzadko natrafiano na sytuację,

¹⁵ Z. Giereluk-Lubowicz, Wychowanie w rodzinie wielkomiejskiej, Warszawa 1979, WSiP.

¹⁶ Aktywność /działalność/ ruchowa w zajęciach rekreacyjnych traktowana jest współcześnie jako ważny czynnik zapewniający młodemu pokoleniu prawidłowy rozwój. Patrz: R. Wroczyński, Wprowadzenie do pedagogiki społecznej, Warszawa 1966, PWN.

kiedy wyrażona przez nie chęć uczestniczenia w kołach zainteresowań, nie spotykała się z aprobatą rodziców.

RODZAJ I FORMY DZIAŁAŃ OPIEKUNCZO-ZDROWOTNYCH PODEJMOWANYCH PRZEZ RODZICÓW W STOSUNKU DO DZIECI CHOROWITYCH

Dla oceny kultury pedagogicznej rodziców, a w konsekwencji środowiska rodzinnego dzieci chorowitych - jako środowiska, które pełniąc różnorodne funkcje powinno jednocześnie oddziaływać terapeutycznie - przyjęto, że pierwszoplanowe znaczenie, obok organizacji rytmizowanego trybu życia dziecka, mają dwa zagadnienia:

- opieka zdrowotna nad dziećmi, w tym szczególnie czasokres podejmowanych przez rodziców działań leczniczo-rehabilitacyjnych;
- atmosfera wychowawcza panująca w rodzinie.

Wyniki przeprowadzonej analizy materiału badawczego pozwalają na wyodrębnienie trzech wyraźnie zarysowujących się kategorii oddziaływań rodziców w stosunku do badanych dzieci:

- działania w pełni zaspokajające potrzeby dziecka wynikające z jego stanu zdrowia;
- działania dorywcze, niewystarczające;
- brak działań opiekuńczo - zdrowotnych.

Najliczniejszą, bo 29-osobową grupę (49,2 %) stanowili rodzice - głównie matki - którzy w odpowiednim czasie zgłosili się do specjalisty stosując jednocześnie zalecenia wynikające z procesu leczenia /farmakologicznego, korekcyjno-terapeutycznego czy klimatycznego/. Rodzice ci starali się otoczyć dziecko systematyczną opieką profilaktyczno-terapeutyczną, która wyrażała się

najczęściej w zrytmizowanym trybie życia dziecka, stosowaniu jednolitych oddziaływań wychowawczych i wymagań dostosowanych do jego możliwości, a także przestrzeganiu systematyczności ćwiczeń korekcyjnych lub rehabilitacyjnych, wykonywanych przez dziecko w domu oraz w stosowaniu leczenia klimatycznego.

Następną grupę tworzyli rodzice 14 dzieci (23,7%), których oddziaływanie w aspekcie opiekuńczo-zdrowotnym określono jako dorywcze, gdyż było ono podejmowane w razie pogorszenia się stanu zdrowia dziecka lub też wskutek interwencji nauczyciela, psychologa czy lekarza szkolnego. Rodzice ci nie zapewniali dziecku wymaganej ciągłości procesu leczniczo-rehabilitacyjnego.

Wreszcie tacy rodzice, którzy nie podejmowali w stosunku do własnego dziecka żadnych lub prawie żadnych działań dotyczących opieki zdrowotnej¹⁷ mimo widocznych objawów złego stanu zdrowia. Stanowili oni 27,1 % badanych. W tej 16-osobowej grupie uderzały dwie charakterystyczne postawy matek wobec dzieci. Część z nich nie widziała powiązania między ujemnym stanem zdrowia a kłopotami dydaktycznymi czy wychowawczymi, tłumacząc istniejący stan rzeczy wyłącznie lenistwem i roztargnieniem. Inne matki, po kilkakrotnych wizytach z dzieckiem u specjalisty /lekarza, psychologa/, nie widząc szybkich efektów, zaniechały leczenia czy rehabilitacji sądząc - jak to najczęściej same określały - że dziecko z tego wyrośnie.

Informacje uzyskane na podstawie wywiadów klinicznych z matkami oraz analiza „Książeczki zdrowia” badanych pozwoliły stwierdzić, że 67,8 % /40/ dzieci, których obecny stan zdrowia określano jako niezadowolają-

¹⁷ Mam tu na uwadze takie sytuacje, kiedy matka zgłosiła się z dzieckiem do specjalisty ale po uzyskaniu diagnozy i odpowiednich zaleceń nie stosowała się do nich.

cy, już w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa wymagał systematycznej opieki leczniczo-rehabilitacyjnej. U pozostałych 19 dzieci niezadowolający stan zdrowia wystąpił w okresie przedszkolnym - 10,1 % i w początkowych latach nauki szkolnej - 22,1 %. Wydało się zatem rzeczą istotną zorientować się, czy rodzice badanych dzieci podjęli odpowiednio wcześnie działania, które jak wiadomo stanowią podstawę efektywności procesu leczniczo-rehabilitacyjnego. Otóż okazało się, że w stosunku do dzieci, których wady bądź przewlekłe schorzenia uwidoczniły się już w pierwszych trzech latach życia /40/ tylko 18 z nich, co stanowi 45,5 % tej grupy, rodzice zapewnili wczesną, a także systematyczną opiekę zdrowotną. Wśród dzieci, u których zły stan zdrowia wystąpił w okresie szkolnym, opiekę tego rodzaju miało również mało dzieci - 38,5 % tej grupy. Natomiast w najmniej licznej grupie, z punktu widzenia okresu pogorszenia się stanu zdrowia u dziecka to jest u 6 dzieci w wieku przedszkolnym, wszystkie z nich otoczone zostały przez rodziców prawidłowymi działaniami opiekuńczo-zdrowotnymi.

Jak bardzo istotne znaczenie dla wyników osiągniętych w nauce przez dzieci chorowite ma charakter podejmowanych działań opiekuńczo-zdrowotnych ilustrują dane zamieszczone w tabeli 6. Spośród badanej populacji dzieci chorowitych bardzo dobre i dobre wyniki w nauce miało 29 dzieci (49,2 %), z czego aż 24 uczniów objętych było ze strony rodziców systematyczną działalnością opiekuńczo-zdrowotną. Analiza danych z tabeli 6 wskazuje, że wraz ze zmniejszającym się zakresem omawianych działań rodziców wzrasta liczba dzieci mających oceny dostateczne i niedostateczne. Szczególnie uwidocznione to jest w rubryce „Brak działań”, gdzie znalazły się prawie wszystkie dzieci osiągające niedostateczne wyniki w nauce.

Charakter działań opiekuńczo-zdrowotnych rodziców
w stosunku do dzieci chorowitych a ich wyniki w nauce

Wyniki w nauce badanych dzieci	Działania opiekuńczo-wychowawcze							
	Systematyczne	%	Dorywcze		Brak działań		Razem	
				%		%		%
Przewaga ocen bardzo dobrych	11	18,8	-	-	-	-	11	18,6
Przewaga ocen dobrych	14	23,7	4	6,8	-	-	18	30,5
Przewaga ocen dostatecznych	4	6,8	9	15,2	7	11,9	20	33,9
Oceny niedostateczne w tym repetenci	-	-	1	1,7	9	15,2	10	17,0
R a z e m	29	49,1	14	23,7	16	27,1	59	100,0

3.3. Atmosfera wychowawcza rodziny

Jak wiadomo atmosferę wychowawczą - tzw. „klimat” - tworzy szereg czynników, z których część ma charakter świadomych oddziaływań wychowawczych, część natomiast jest konsekwencją uwarunkowań sytuacyjnych życia danej rodziny. Większość z nich została omówiona. Obecnie dla pełniejszego obrazu scharakteryzowana zostanie struktura rodziny oraz panująca w niej atmosfera wychowawcza. Przyjęto bowiem za M. Tyszkową, że te właśnie czynniki wywierają bardzo istotny wpływ na rozwój dziecka¹⁸.

¹⁸ M. Tyszkowa, Czynniki determinujące pracę szkolną dziecka, Warszawa 1964, PWN.

Dane dotyczące struktury rodzin dzieci zdrowych i chorowitych wskazują na bardzo zbliżony procent badanych mających obydwoje rodziców. Równie nieduże różnice między badanymi wystąpiły wśród dzieci z rodzin niepełnych.

Natomiast istotne różnice odnotowano we współżyciu rodziców badanych dzieci, objawiającym się najczęściej długotrwałymi, jawnymi konfliktami między matką i ojcem. Sytuację taką stwierdzono w 14 pełnych rodzinach dzieci chorowitych, co stanowiło 23,7 % tej grupy. Wśród dzieci zdrowych była tylko jedna taka rodzina.

W sumie, w badanej populacji, na podstawie analizy indywidualnych przypadków stwierdzono, że w rodzinach, w których wystąpiło niezgodne współżycie między rodzicami /częste kłótnie, wyzwiska i bójki/, gdzie dzieci na przestrzeni lat były nie tylko świadkami ale często ofiarami owych konfliktów, było 21 dzieci z grupy P (35,6 %), a tylko 8 z grupy K (12,8 %).

Analizując z kolei rodzaje wad i schorzeń u dzieci chorowitych stwierdzono, iż wśród tych samych 21 dzieci, których środowisko rodzinne miało wybitne nerwicogeny charakter, większość posiadało orzeczenia lekarskie stwierdzające trwałe lub czynnościowe zaburzenia o.u.n., oprócz innych współwystępujących schorzeń /patrz tabela 7/.

Na niekorzystną atmosferę domu rodzinnego składało się nie tylko niezgodne pożycie małżeńskie rodziców ale także - równoległe występujące - jawne nieporozumienia między rodzicami, wynikające z niezgodności w podejściu wychowawczym do dziecka. Źródłem tych informacji były wywiady z matką oraz dane uzyskane od dziecka, w wyniku zastosowania testu projekcyjnego Thomas-Kugler.

Ogólnie można stwierdzić, że wypowiedzi zdecydowanej większości dzieci chorowitych wskazują, iż główną

przyczyną kłótni rodziców bywa spór o sposób wychowania dziecka i stopień odpowiedzialności za to wychowanie.

Tabela 7

Rodzaje wad i schorzeń
występujące u dzieci
ze środowisk o nerwicogennym charakterze

Lp.	Badane dzieci	Rodzaje występujących schorzeń i wad	Kwalifikacja lekarska do grupy dyspanseryjnej
1	2	3	4
1	Sławomir K.	encefalopatia, nadpobudliwość, zez, skrzywienie kręgosłupa, nieżyty górnych dróg oddechowych	IV ₃ , V ₂ , x ₂ , VI ₁
2	Paweł R.	epilepsja, moczenia nocne, krótkowzroczność, koślawość kolan i stóp	IV ₃ , V ₁ , x ₂
3	Andrzej B.	encefalopatia, niedorozwój dłoni, skrzywienie kręgosłupa	IV ₃ , x ₁ , x ₂
4	Roxana B.	epilepsja, częste choroby zakaźne, moczenia nocne	IV ₃
5	Dorota S.	epilepsja, nawracające zakażenie układu moczowego, przewlekłe nieżyty górnych dróg oddechowych	IV ₃ , IX, VI ₁
6	Norbert K.	nadpobudliwość psychoruchowa, nieżyty górnych dróg oddechowych, skrzywienie kręgosłupa	IV ₄ , VI ₁ , x ₂

Op.	Badania dzieci	Rodzaje występujących schorzeń i wad	Kwalifikacja lekarska do grupy dyspanseryjnej
1	2	3	4
7	Marian B.	nerwica, pęknięcie podstawy czaszki, jąkanie, niewyraźna mowa	IV ₄ , VI ₁
8	Piotr P.	nerwica, częste przeziębienia, anginy	IV ₄ , VI ₁
9	Marian W.	nerwica reaktywna, niedorozwój nerwu twarzowego, moczenia nocne	IV ₄
10	Kinga T.	nerwica, silna anemia, bóle głowy	IV ₄
11	Marta P.	nerwica, zaburzenia hormonalne, nieżyty górnych dróg oddechowych	IV ₄ , IV ₁ , VI ₁
12	Kaludia S.	wypadanie włosów, moczenie nocne i dzienne na tle nerwicowym	IV ₄
13	Wojciech D.	choroba reumatyczna, częste choroby gardła i uszu	VIII ^o , VI ₁
14	Bożena K.	choroba reumatyczna, okrągłe plecy, anemia	VIII ^o , x ₂
15	Renata P.	nieżyty górnych dróg oddechowych, niedobór ciężaru ciała, silna anemia	V ₄ , IV ₁

Ep.	Badane dzieci	Rodzaje występujących schorzeń i wad	Kwalifikacja lekarska do grupy dyspanseryjnej
1	2	3	4
16	Dariusz S.	jąkanie, skłonności alergiczne, płaskostopie, częste zapalenie gardła	VI ₃ , x ₂ , VI ₁
17	Ryszard B.	jąkanie, częste anginy i katary	VI ₃ , VI ₁
18	Piotr G.	niedobór wysokości i ciężaru ciała, zez, okrągłe plecy, nieżyty górnych dróg oddechowych	IV ₁ , V ₂ , x ₂ , V ₁
19	Mirosław H.	nieżyty górnych dróg oddechowych, płaskostopie	VI ₁ , x ₂
20	Janusz P.	wada mowy, różnowzroczność, okrągłe plecy, nie słyszy na zmianę pogody	VI ₃ , V ₁ , x ₂ , VI ₂
21	Bożena S.	przykurcz ręki, niedobór ciężaru ciała, częste przeziębienia	x ₁ , IV ₁ , VI ₁

Taki stan rzeczy wynika zapewne ze stylu wychowawczego panującego w badanych rodzinach¹⁹. W środowisku ro-

¹⁹ Termin „styl wychowawczy” przyjęłam za M. Przetacznikową zamiast często używanego w literaturze przedmiotu terminu „systemy wychowania”. Patrz: M. Przetacznikowa, Z. Włodarski, Psychologia wychowawcza, Wyd. 2, Warszawa 1980, PWN.

dzinnym badanych dzieci przeważało wychowanie niekonsekwentne - 54,2 %. Następną pod względem liczebności grupę (20,3 %) tworzyli rodzice, u których w postępowaniu wychowawczym wobec dzieci przeważały zdecydowanie cechy charakterystyczne dla liberalnego stylu wychowania. Najmniej rodziców w swoim postępowaniu wychowawczym przejawiało cechy świadczące o autokratycznym (15,3 %) i demokratycznym (10,2 %) stylu wychowania. Jak wiadomo wymienione style wychowania zdecydowanie różnią się między sobą. Za najlepszy dla rozwoju osobowości dziecka uznawany jest styl demokratyczny, który w niniejszej populacji wystąpił jedynie w rodzinach sześciorga dzieci chorowitych.

PODSUMOWANIE

Analiza zgromadzonego materiału badawczego pozwoliła zorientować się, które z analizowanych czynników środowiska rodzinnego miały niekorzystny wpływ na sytuację szkolną dzieci z niezadowolającym stanem zdrowia. W grupie rozpatrywanych warunków ekonomiczno-socjalnych nie stwierdzono, aby takie jej wyznaczniki, jak: sytuacja materialna oraz warunki mieszkaniowe rodzin badanych dzieci różnicowały w sposób statystycznie istotny grupę dzieci chorowitych od ich zdrowych rówieśników. Natomiast okazało się, że dzieci chorowite miały znacznie gorsze indywidualne warunki mieszkaniowe. Różnica między badanymi grupami okazała się statystycznie istotna ($\chi^2 = 4,05$, $p < 0,05$). Także stan zdrowia członków najbliższej rodziny badanych dzieci /głównie matek/ był bardziej niekorzystny w grupie podstawowej ($\chi^2 = 4,33$, $p < 0,05$).

Analiza warunków kulturowych środowiska rodzinnego pod kątem podejmowanych przez rodziców działań opiekuń-

czo-zdrowotnych wobec dzieci z niezadowolającym stanem zdrowia wykazała, że w stosunku do 50,8 % badanych rodzice nie zapewnili wczesnej, specjalistycznej i systematycznej opieki tak o charakterze profilaktyczno-terapeutycznym, jak i leczniczo-rehabilitacyjnym. Stwierdzono, iż charakter podejmowanych działań opiekuńczo-zdrowotnych miał bardzo duże znaczenie dla wyników osiągniętych przez te dzieci w nauce. Wraz ze zmniejszającym się zakresem działań /działania dorywcze lub zupełny ich brak/ wzrastała liczba dzieci mających oceny dostateczne i niedostateczne. Nadto charakter działań opiekuńczo-zdrowotnych uwarunkowany był poziomem wykształcenia rodziców, w tym głównie matek. Przy średnim i wyższym wykształceniu matek wszystkie dzieci miały zapewnioną wczesną i systematyczną opiekę zdrowotną. Natomiast w tych rodzinach, w których stosowano wobec dziecka dorywczą formę działań opiekuńczo-zdrowotnych lub nie stosowano ich w ogóle przeważały matki o podstawowym i zasadniczym wykształceniu.

Bardzo istotny wpływ na powodzenie szkolne dzieci chorowitych miał charakter udzielonej im pomocy w nauce. W zdecydowanej większości dzieciom z grupy podstawowej, uzyskującym oceny bardzo dobre i dobre, pomagali systematycznie rodzice, począwszy od klasy pierwszej. Zaś wśród tak samo uczących się dzieci zdrowych znacznie przeważała pomoc o doraźnym charakterze. Natomiast te dzieci chorowite, którym rodzice pomagali w sposób doraźny miały najczęściej oceny dostateczne oraz niedostateczne.

U większości dzieci chorowitych stwierdzono nieprawidłową organizację trybu życia. Ponad 71,2 % dzieci nie przestrzegało odpowiedniej pory i ilości godzin snu, a 66,1 % regularnej i odpowiedniej pory odrabiania zadań domowych. Stwierdzono także, iż 61 % badanych nie brało udziału w zorganizowanych formach aktywności

w czasie wolnym od zajęć szkolnych oraz zauważono prawie zupełny brak udziału dzieci w zorganizowanej aktywności ruchowej /z gimnastyką korektywną na terenie szkoły włącznie/. Matki ich uważały, że z powodu wkładu czasu i pracy dziecka w przygotowanie się do lekcji, bądź słabych wyników w nauce lub złego stanu zdrowia dziecko nie powinno być obciążone dodatkowymi zajęciami.

Niekorzystną atmosferę wychowawczą odnotowano u ponad 35 % rodzin dzieci chorowitych. W grupie kontrolnej rodziny takie stanowiły 12,9 %. Najprawdopodobniej nerwicogenny charakter środowiska rodzinnego przyczynił się do tego, że większość z tych dzieci miała trwałe lub czynnościowe zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, oprócz innych współwystępujących schorzeń.

W rodzinach dzieci chorowitych panował głównie niekonsekwentny styl wychowania (54,2 %). Styl demokratyczny, jako najlepszy dla prawidłowego rozwoju osobowości dziecka, odnotowano jedynie w rodzinach 6 dzieci, co stanowiło 10,2 % badanej grupy.

W sumie można przyjąć, iż środowisko rodzinne ponad 50 % badanych dzieci z niezadowolającym stanem zdrowia miało niekorzystny wpływ na ich sytuację szkolną i zdrowotną.

BIBLIOGRAFIA

B u t r y m o w i c z B . , Pomiar rodziny jako środowiska wychowawczego, /w:/ Metodologia pedagogiki społecznej, Wrocław 1974, Ossolineum.

G i e r e l u k - L u b o w i c z Z . , Wychowanie w rodzinie wielkomiejskiej, Warszawa 1979, WSiP.

K o n o p n i c k i J . , Powodzenie i niepowodzenia szkolne, Warszawa 1966, PZWS.

L e o w s k i J . , Higiena osobista, /w:/ Korczak C.W. /red./ Higiena i ochrona zdrowia, Wyd. IX, Warszawa 1980, PZWL.

M a c i a s z k o w a J . , Kultura pedagogiczna rodziców /w:/ Pedagogika opiekuńcza, Materiały z Krajowej Konferencji Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN, Warszawa 1977, WSiP.

P r z e t a c z n i k o w a M . , W ł o d a r s k i Z . , Psychologia wychowawcza, Wyd. 2, Warszawa 1980, PWN.

S e r e j s k i J . i i n . , Stan zdrowia dzieci w świetle dotychczasowych badań nad profilem zdrowotnym populacji szkolnej, „Badania oświatowe” 1980, nr 2.

S o k o ł o w s k a M . , Kobieta pracująca, Warszawa 1963, PWN.

T y s z k o w a M . , Czynniki determinujące pracę szkolną dziecka, Warszawa 1964, PWN,

W o l a ń s k i N . , Rodzina a biologiczny rozwój dziecka, /w:/ Ziemska M. /red./, Rodzina i dziecko, Warszawa 1979, PWN.

W r o c z y ń s k i R . , Wprowadzenie do pedagogiki społecznej, Warszawa 1966, PWN.

Z i e m s k a M . , Wpływ przemian funkcji rodziny na socjalizację dzieci, /w:/ Ziemska M. /red./, Rodzina i dziecko, Warszawa 1979, PWN.