

Wyniki w nauce i poziom przystosowania społecznego uczniów z wybranych grup dyspanseryjnych

Z analizy dotychczasowego piśmiennictwa pedagogiczno-psychologicznego oraz medycznego w Polsce wynika, że uczniowie z niezadowolającym stanem zdrowia uczęszczający do szkół masowych nie byli przedmiotem badań w aspekcie poziomu posiadanych wiadomości szkolnych i przystosowania społecznego.

Problem przystosowania owych dzieci, zwanych także "uczniami chorowitymi", ma istotne znaczenie dla praktyki, ponieważ stanowią one grupę szczególnie narażoną na niepowodzenia szkolne i wymagają specjalnej opieki psychoterapeutycznej i reedukacyjnej.

Wydawało się zatem celowe podjęcie badań w efekcie których można by odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Czy i jakie występują różnice między uczniami zdrowymi a chorowitymi w zakresie osiągnięć szkolnych wyrażonych ocenami oraz posiadanym poziomem wiadomości?

2. Czy i jakie występują różnice w zachowaniu się badanych uczniów, rozpatrywane w aspekcie takich czynników, jak: motywacja do nauki, uspołecznienie, zachowanie się zahamowane i zachowanie się antyspołeczne?

W doborze populacji badawczej kierowano się następującymi kryteriami: wiekiem dzieci, wynikami badań bilansowych prowadzonych w szkole przez lekarza oraz - rodzajem schorzeń uczniów. Przyjęto, że najbardziej odpowiednią grupę badawczą stanowić będą uczniowie z klas IV i V, ponieważ na ich aktualny stan 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 etap kariery szkolnej, co umożliwia zebranie informacji o jej przebiegu i stanie psychofizycznym badanych.

Kolejne kryterium stanowiła forma opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole. Od drugiej połowy lat 70-ych personel szkolnej służby zdrowia zobowiązany jest m. in. do stosowania nowoczesnej metodyki opieki zdrowotnej nad populacją uczniów, opartej na systemie kompleksowych badań lekarskich zwanych bilansami zdrowia (W. Szotowa, J. Serejski 1976). Jednym z celów jest tutaj umożliwienie orientacji w stanie zdrowia i potrzebach zdrowotnych uczniów, a w konsekwencji - zapewnienie im właściwej opieki prewencyjnej i specjalistycznej. Uczniowie, u których lekarz szkolny stwierdził odchylenia od prawidłowego stanu zdrowia, winni być objęci opieką leczniczo-rehabilitacyjną, określoną ogólnie w nomenklaturze służby zdrowia mianem poradnictwa czynnego. W środowisku szkolnym jego organizacyjnym wyrazem jest kwalifikacja takich uczniów do odpowiednich grup dyspanseryjnych. Kwalifikacja ucznia chorowitego do określonej grupy dyspanseryjnej - dokonana przez lekarza szkolnego - stanowiła zatem cel drugiego kryterium doboru badanych dzieci. Jednocześnie istniała możliwość doboru uczniów ze względu na rodzaj schorzenia, co stanowiło podstawę trzeciego kryterium.

W wyniku przyjętych kryteriów badaniami objęto uczniów w średnim wieku szkolnym, ze środowiska wielkomiejskiego, uczęszczających do klas IV i V. Na ogólną liczbę 321 uczniów z 12 klas do czynnej opieki dyspanseryjnej zostało przez lekarza szkolnego zakwalifikowanych 62,9% badanych. Na ten negatywny profil zdrowotny, sięgający średnio ponad 60% dla każdej z badanych klas, wpłynęły głównie zaburzenia w statyce ciała stwierdzone u 61,1% uczniów, w tym najczęściej stopy płaskie i koślawe, odstające łopatki, okrągłe plecy oraz skrzywienia kręgosłupa. Następną grupę pod względem występowania stanowiły zaburzenia w dynamice i harmonii

rozwoju somatycznego występujące u 19% dzieci, głównie w zakresie niedoboru wysokości i ciężaru ciała. Trzecią grupę tworzyli uczniowie mający rozpoznane wady refrakcji, takie jak krótkowzroczność, astygmatyzm, rzadziej zez. Stanowili oni 12,4% ogółu badanych.

Oczywiście dane liczbowe świadczące o tym, iż w badanej populacji około 63% uczniów wymaga różnorodnych działań leczniczo-rehabilitacyjnych nie oznaczają, aby tak znaczna część uczniów była chora. W grupie tej dało się bowiem wyróżnić uczniów mających wspomniane wyżej pojedyncze schorzenia, których to uczniów - jak twierdzą specjaliści - nie należy traktować jako chorych.

Do badań zasadniczych wydzielono zatem uczniów z przewlekłymi schorzeniami układów: oddechowego, moczowego, krążenia i ruchu. W ten sposób została utworzona 59-osobowa grupa badawcza (gr Ch), stanowiąca 18,4% ogółu uczniów z klas IV i V. W grupie tej najwięcej dzieci chorowało na przewlekłe schorzenia jamy nosowo-gardłowej (30,5%) oraz schorzenia układu nerwowego (28,8%). W dalszej kolejności wystąpiła u badanych choroba reumatyczna (15,2%), przewlekłe choroby oskrzeli i układu moczowego (8,5%), a także choroby układu krążenia i trwałe uszkodzenia narządu ruchu (3,4%). U 91,5% uczniów współistniało od dwóch do trzech i czterech rodzajów odchyień od prawidłowego stanu zdrowia. Były to najczęściej zaburzenia statyki ciała, (44,1%), rozwoju somatycznego (23,2%) oraz wady wzroku (20,3%). Grupa kontrolna (gr Z) liczyła 62 uczniów zdrowych uczęszczających do tych samych klas, wyłonionych drogą losowania proporcjonalnego.

W badaniach zastosowano metody, pozwalające na rekonstrukcję procesu rozwojowego na tle warunków jego przebiegu, a także na określenie przebiegu kariery szkolnej dzieci oraz aktualnego poziomu ich wiadomości szkolnych. Posłużono się zatem metodą analizy dokumentacji szkolnej, metodą wywiadu z matką, nauczycielem, wychowawcą i rozmową z dzieckiem, zastosowano także testy wiadomości szkolnych dla stwierdzenia ewentual-

nych opóźnień szkolnych z j. polskiego i matematyki. Poziom przystosowania społecznego badanych ustalono w oparciu o skalę "Arkusza zachowania się ucznia" B. Markowskiej. Uzyskany materiał empiryczny poddano analizie ilościowej i jakościowej z uwzględnieniem obliczeń statystycznych.

Analiza postępów szkolnych uczniów - w porównaniu z ich zdrowymi kolegami - w kolejnych latach nauki pozwoliła na sformułowanie kilku istotnych spostrzeżeń. Przede wszystkim przebieg startu szkolnego dzieci chorowitych był znacznie gorszy. Już w klasie pierwszej 78% z nich miało rozmaite schorzenia (najczęściej przewlekłe), a zdecydowana większość natrafiała na trudności w przystosowaniu się do wymagań szkolnych, głównie związane z czytaniem, pisanem i arytmetyką. Różnica w tym względzie między badanymi grupami wykazała wysoką istotność statystyczną (tab. 1). W efekcie - oceny szkolne uzyskane na zakończenie klasy I przez uczniów chorowitych były zdecydowanie gorsze w porównaniu z ocenami uczniów zdrowych. Różnica okazała się statystycznie istotna na poziomie $p < 0,001$, co ilustrują dane zamieszczone w tabeli 2.

Tabela 1

Rodzaje trudności szkolnych u badanych dzieci
w klasie pierwszej

Rodzaje trudności	Badane dzieci			
	Grupa Ch*		Grupa Z*	
	N	%	N	%
W nauce (czytania, pisanie, arytmetyki)	20	33,9	11	17,7
W przystosowaniu się do dyscypliny szkolnej	6	10,2	2	3,2
Z kłopotami w nauce i przystosowaniu się do dyscypliny szkolnej	12	20,3	1	1,6
W sumie z trudnościami	38	64,4	14	22,5
bez trudności	21	35,6	48	77,5

(chi) $x^2 = 21,42$

$p < 0,0011$

* - grupa dzieci chorych
" - dzieci zdrowych

Tabela 2

Wyniki w nauce badanych uczniów w klasie pierwszej
(na podstawie Arkusza Ocen)

Wyniki w nauce	Grupa Ch		Grupa Z	
	N	%	N	%
Bardzo dobre	17	28,8	39	62,9
Dobre	24	39,0	23	37,1
Dostateczne	18	30,5	-	-
Niedostateczne	1	1,7	-	-
Razem	59	100,0	62	100,0

$$x^2 = 27,52$$

$$p < 0,001$$

Na takim samym wysokim poziomie istotności różnicowały uczniów chorych i zdrowych wyniki w nauce (mierzone skalą ocen), uzyskane na zakończenie klas IV i V (tab. 3).

Tabela 3

Wyniki w nauce badanych uczniów z klas IV i V
na zakończenie roku szkolnego (na podstawie Arkusza Ocen)

Wyniki w nauce	Grupa Ch		Grupa Z	
	N	%	N	%
Bardzo dobre - przewaga ocen bardzo dobrych	11	18,6	28	45,2
Dobre - przewaga ocen dobrych	18	30,5	20	32,2
Dostateczne - przewaga ocen dostatecznych (bez nd)	20	33,9	13	21,0
Niedostateczne (w tym repetenci)	10	17,0	1	1,6
Razem	59	100,0	62	100,0

$$x^2 = 16,26$$

$$p < 0,001$$

Analiza zebranego materiału wykazała również, iż wśród badanych są uczniowie, którzy mimo uzyskania pozytywnych ocen na przestrzeni analizowanych lat szkolnych przeżywali długo-trwałe trudności w nauce, szczególnie z j. polskiego i z matematyki. Fakt, iż nie mieli oni ocen niedostatecznych na koniec semestru, a niektórzy wykazali się nawet ocenami dobrymi, był rezultatem ich bardzo dużego wysiłku i czasu, jaki poświęcali na przygotowanie się do lekcji, przy równoczesnej pomocy ze strony rodziców. W grupie Ch uczniów takich było 27,1% (16), zaś w grupie Z - 16,1% (10). Należy zaznaczyć, że określenie "trudności w nauce" rozumiemy tutaj w ujęciu H. Spionek (H. Spionek 1975, s. 16 - 17), która używa powyższego terminu w dwojakim znaczeniu:

1) kiedy uczeń nie potrafi przyswoić wiedzy i umiejętności przewidzianych programem nauczania w odpowiednim czasie, czego efektem były oceny niedostateczne, (w grupie Ch było ich 26, w grupie Z - 3);

2) kiedy uczeń wykazywał się (nawet dobrymi) postępami w nauce, ale czynił to kosztem niewspółmiernie dużego własnego wkładu pracy czy też wysiłku i starań rodziców (w grupie Ch było takich 16, a w grupie Z - 10).

W sumie okazało się, że wśród uczniów chorowitych aż 71,2% (42) stanowili uczniowie mający trudności w nauce, natomiast w grupie kontrolnej było ich 21,0% (13).

Wobec tak dużego odsetka dzieci chorowitych mających trudności w nauce należało ustalić czy - i w jakim stopniu - występuje u nich opóźnienie w wiadomościach szkolnych w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami. Przyjęto, iż dla powodzenia szkolnego szczególne znaczenie ma stopień opanowania wiadomości z języka polskiego i z matematyki (F. J. Schonel 1942). Dlatego zastosowano test wykrywania opóźnień szkolnych TWOS część A i B. Wyniki uzyskane tą drogą zamieściłam w tabeli 4.

Tabela 4

Poziom opanowania materiału szkolnego z języka polskiego i z matematyki u uczniów chorych i zdrowych uczęszczających do klas IV i V

Skala poziomu opanowania wiadomości	Uczniowie z klas IV						Uczniowie z klas V									
	Język polski			Matematyka			Język polski			Matematyka						
	Gr	Ch	Gr Z	Gr	Ch	Gr Z	Gr	Ch	Gr Z	Gr	Ch	Gr Z				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Duże opóźnienie (1-2 lat)	5	17,9	-	-	7	25,0	-	-	2	6,4	-	-	19	61,3	20	66,7
Wiadomości bardzo słabe i słabe	6	21,4	3	9,6	10	35,7	4	12,5	2	6,4	-	-	3	9,7	3	10,0
Dostateczną	3	10,7	-	-	4	14,3	3	9,4	2	6,4	1	3,3	2	6,4	1	3,3
Dość dobre i dobre	6	21,4	13	40,6	7	25,0	25	78,1	14	45,3	14	46,7	7	22,6	6	20,0
Bardzo dobre	8	28,6	16	49,8	-	-	-	-	11	35,5	15	50,0	-	-	-	-
Ugółem	28	100,0	32	100,0	28	100,0	32	100,0	31	100,0	30	100,0	31	100,0	30	100,0

Dane w tabeli 4 wskazują nie tylko na zdecydowanie większy odsetek uczniów chorowitych z klas IV mających opóźnienia w wiadomościach szkolnych z j. polskiego i matematyki, w porównaniu z ich zdrowymi kolegami, ale też na znacznie wyższy stopień tych opóźnień. W grupie Ch byli czwartoklasiści, których opóźnienie w wiadomościach z wymienionych przedmiotów sięgało nawet 1 - 2 lat. Natomiast w grupie Z najwyższy poziom opóźnień reprezentowali uczniowie mający wiadomości bardzo słabe i słabe.

Tak wyraźnych różnic, jakie stwierdzono między zdrowymi i chorymi czwartoklasistami nie odnotowano u uczniów z klas V. Tylko 2 uczniów chorowitych miało opóźnienie z j. polskiego sięgające 1 lub 2 lat. Zaskakujące wyniki uzyskano badając stopień opóźnień wiadomości z matematyki. Okazało się, że w obu grupach, wystąpił bardzo zbliżony a jednocześnie duży procent uczniów mających od 1 do 2 lat opóźnień (gr Ch - 61,3%, gr Z - 66,7%).

Przyjmując, że uczniowie mający opóźnienia programowe z podstawowych przedmiotów sięgające jednego czy więcej lat, bądź posiadający wiadomości na poziomie bardzo słabym i słabym nie są w stanie nadrobić ich sami, stwierdzono, iż natychmiastowej pomocy w wyrównywaniu braków z j. polskiego potrzebuje 25% badanych (15 z grupy Ch, w tym aż 11 czwartoklasistów; w grupie kontrolnej Z odnotowano 3 takich uczniów - 4,8%).

Największa jednak ilość dzieci chorowitych - zarówno z klas IV (60,7%) jak i V (61,3%) - potrzebowała tego rodzaju pomocy z matematyki. Stwierdzono ponadto, iż 23,7% (14) uczniów z grupy Ch potrzebowało natychmiastowej pomocy wyrównawczej z obydwu przedmiotów, z czego czwartoklasistów było aż 10. W grupie kontrolnej uczniów takich było 5,1% - (3).

Zastosowanie w analizie statystycznej współczynnika korelacji r_b między zmienną niezależną dychotomiczną, przyjmującą takie wartości, jak dodatni bilans zdrowia, ujemny bilans zdrowia, a zmienną zależną, to znaczy poziomem opóźnień

w wiadomościach szkolnych z języka polskiego i matematyki, pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków:

1. Uczniowie chorowici tak z klas IV jak i V mają zdecydowanie większe opóźnienia z języka polskiego niż ich zdrowi rówieśnicy; współczynnik korelacji okazał się dodatni oraz bardzo istotny i wyniósł kolejno dla klas IV - $r_b = 0,459$, $p = 0,000034$, dla V - $r_b = 0,550$, $p = 0,000072$;

2. Równie duża i istotna statystycznie zależność wystąpiła między uczniami chorowitymi a ich zdrowymi kolegami w poziomie opóźnień wiadomości szkolnych z matematyki w klasach IV, $r_b = 0,738$, $p = 0,000001$;

3. Wśród uczniów z klas V nie odnotowano zależności między stanem zdrowia a poziomem opóźnień z matematyki, $r_b = 0,032$, $p = n_1$.

Na podstawie dokonanej analizy jakościowej dotyczącej rodzaju i ilości współwystępujących schorzeń i wad u badanych dzieci można przypuszczać, iż jedną z przyczyn różnicy zaistniałej między uczniami z klas IV i V jest zdecydowanie większe nasilenie występujących schorzeń u czwartoklasistów, jak również znacznie częstsze współwystępowanie u jednego dziecka co najmniej dwóch rodzajów schorzeń. Na przykład u 64,7% uczniów z klas IV występowały wspólnie dwa rodzaje schorzeń, zaś w klasach V uczniów takich było 41,9%. Ponadto, jak wynika z zebranych informacji dotyczących przebiegu wczesnej ontogenezy u 13 uczniów chorowitych - co stanowiło 46,4% badanych z klas czwartych - wystąpiły wcześniej takie negatywne czynniki w okresie rozwoju płodu i porodu jak: przewlekłe choroby matek, doznane przez nie ciężkie urazy psychiczne i fizyczne, wcześniactwo i zamartwica. Wśród uczniów z klas piątych tak wczesne wystąpienie powyższych czynników biologicznych, o wybitnie patogennym oddziaływaniu (H. Spiołek 1975, s. 21 - 47, J. Kopczyńska-Sikorska 1.80, s. 9 - 12), dotyczyło tylko 10 dzieci, co stanowiło 32,5% tej grupy. Również w grupie dzieci z klas czwartych zły stan zdrowia wystąpił znacznie wcześniej niż u dzieci z klas piątych. Jak

wynika z analizy książeczek zdrowia dzieci oraz wywiadów z ich matkami 82,1% czwartoklasistów zaczęło chorować już od okresu niemowlęcego lub wczesnego okresu przedszkolnego. W klasach piątych uczniowie tacy stanowili 54,8%. Na bardziej niekorzystną sytuację uczniów z klas czwartych miał także wpływ brak wczesnych i właściwych działań opiekuńczo-zdrowotnych rodziców występujący u 50% dzieci z tej grupy¹, byli oni leczeni dorywczo lub nie leczeni w ogóle. Natomiast spośród uczniów klas V sytuację taką miało 25,8%. Należy przy tym zaznaczyć, że zarówno wśród uczniów klas IV, jak i V miało miejsce podobny rozkład następujących, patogenicznie działających czynników: nerwicogennej atmosfery domu rodzinnego oraz braku wczesnych, specjalistycznych poczynań korekcyjno-wyrównawczych ze strony przedszkola i szkoły.

Trudności w nauce wiążą się często u dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi i pociągają za sobą dezorganizację zachowania oraz mniejsze lub większe nieprzystosowanie do środowiska szkolnego (J. Konopnicki 1964, M. Kościelska 1967, H. Spionek 1975).

Zastanówmy się nad tym zagadnieniem analizując poziom przystosowania społecznego dzieci chorowitych w porównaniu do ich zdrowych rówieśników. Jako wskaźnik określający poziom przystosowania przyjmijmy ocenę dokonaną przez nauczyciela wychowawcę na podstawie "Arkusza zachowania się ucznia w szkole" w układzie B. Markowskiej. Dokonując analizy przystosowania się ucznia do środowiska szkolnego w opinii nauczyciela należy zdawać sobie sprawę z możliwości subiektywnego oceniania przezeń poszczególnych cech zachowań się dziecka. Problem ten akcentuje M. Przetacznikowa stwierdzając, iż poziom i rodzaj wymagań stawianych uczniom zależy od typu osobowości nauczyciela i stylu kierowania klasą. Wysokość wymagań zależy ponadto od aprobowanego przez nauczyciela wzoru osobowego ucznia "idealnego" i przeciętnego (M. Przetacznikowa, Z. Włodarski 1980, s. 584 - 585). Tego samego typu uwagi sygnalizuje autorka przyjętej w niniejszych badaniach

skali oceny zachowania się ucznia w szkole (B. Markowska 1972, s. 7 - 8).

Dla dokonania oceny przystosowania społecznego badanych uczniów przyjęto za wspomnianą autorką następujące rozumienie tego pojęcia: uczniowie dobrze przystosowani społecznie to tacy, którzy w opinii nauczyciela przejawiają następujące pozytywne cechy zachowania się w szkole: pilność, wytrwałość, koncentrację uwagi, odpowiedzialność, popularność w zespole i działalność społeczną. Wymienione cechy zostały ujęte w dwa podstawowe zespoły właściwości świadczące o dobrym przystosowaniu się - motywację do nauki i uspołecznienie. Natomiast występowanie postaw lękowych, bądź aspołecznych oraz zahamowanie aktywności świadczą o zaburzeniach przystosowania określanych jako zachowanie zahamowane i antyspołeczne. W świetle przyjętego pojęcia przystosowania sprecyzowano następujące pytania badawcze:

1. Czy i jaka korelacja występuje między zmienną niezależną, przyjmującą takie wartości, jak dodatni i ujemny bilans zdrowia, a zmienną zależną, jaką jest zachowanie się badanych uczniów rozpatrywane w aspekcie motywacji do nauki, uspołecznienia, zachowania zahamowanego i antyspołecznego?

2. Która z wymienionych wyżej cech zachowania dominuje w grupie uczniów chorowitych w porównaniu z zachowaniem ich zdrowych kolegów?

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania, w pierwszym etapie, w analizie materiału empirycznego, posłużono się w obliczeniach statystycznych współczynnikiem korelacji r_b , co pozwoliło uzyskać następujące informacje:

1. U uczniów klas IV i V wystąpiła dodatnia i bardzo istotna statystycznie zależność między stanem zdrowia a ich uspołecznieniem w środowisku szkolnym, współczynnik korelacji dla klas IV - $r_b = 0,315$, $p = 0,000029$, dla klas jeszcze wyższy - $r_b = 0,489$, $p = 0,000072$. Na tej podstawie można stwierdzić, iż zły stan zdrowia ucznia ma bardzo istotny wpływ na poziom jego uspołecznienia.

2. Zły stan zdrowia posiada również bardzo istotny wpływ na motywację do nauki, ale tylko u uczniów z klas IV $r_b = 0,427$, $p = 0,00000001$. Natomiast u uczniów z klas V zależność taka, z punktu widzenia istotności statystycznej, nie wystąpiła, $r_b = 0,0077$.

3. W badanej populacji nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między stanem zdrowia uczniów a zaburzeniami funkcjonowania społecznego wyrażającego się w formie zachowania się antyspołecznego (kl. IV - $r_b = 0,142$, kl. V - $r_b = 0,026$) oraz zachowania zahamowanego (kl. IV - $r_b = 0,196$, kl. V - $r_b = 0,193$),

W następnym etapie badań starano się uzyskać odpowiedź na pytanie, która z wymienionych cech zachowania się dominuje u dzieci chorowitych. Aby móc stwierdzić na odpowiednim poziomie istotności, że istnieje różnica między otrzymanymi wynikami w skalach czynnikowych, określających poziom przystosowania się badanych do środowiska szkolnego, oparto się na tzw. minimalnych wartościach między poszczególnymi skalami, opracowanymi przez B. Markowską. Na tej podstawie dało się zauważyć, iż u uczniów chorowitych wystąpiła wyraźna dominacja zachowania zahamowanego nad uspołecznieniem - gr Ch - 54,2%, gr Z - 24,2%. Przy czym nasilenie tego typu zachowań było znacznie większe wśród uczniów z grupy Z uczęszczających do klas IV. Stanowili oni aż 64,3% tej grupy. Dla porównania w grupie kontrolnej odsetek zdrowych rówieśników o przewadze tej cechy w zachowaniu się wynosił 21,9%. Natomiast w klasach V w grupie Ch stanowili oni 45,2%, a w grupie Z - 26,7%. Ponadto wśród uczniów chorowitych dominowało zachowanie zahamowane nad motywacją do nauki. Uczniowie o przewadze tej cechy stanowili w grupie Ch 54,2%, w grupie Z - 33,1%. Nie stwierdzono natomiast, aby wśród uczniów chorowitych, w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami, istniała dominacja zachowań o cechach antyspołecznych nad uspołecznieniem. Tak w grupie Ch jak i Z odsetek uczniów o przewadze zachowań antyspołecznych był bowiem bardzo podobny, wynosząc kolejno 45,8% oraz 46,7%.

Podsumowując wyniki uzyskane na podstawie zastosowania skali oceny zachowania się ucznia w szkole można stwierdzić, iż znacznie więcej uczniów chorowitych przejawiało cechy nieprzystosowania społecznego. W grupie Ch było ich 61,9% (36), podczas gdy w grupie Z tylko 22,6% (14).

Trzeba zatem wyraźnie stwierdzić, że tak znaczny odsetek uczniów chorowitych, przeżywających trudności w nauce (71,2%) i przystosowaniu społecznym (61,9%) powinien budzić uzasadniony niepokój o dalszy przebieg ich kariery szkolnej, a także prawidłowy rozwój osobowości. Jeżeli jeszcze zważy-
my, iż był to dopiero początkowy okres nauczania systematycznego oraz że większość owych uczniów nie otrzymała do tej pory wielospecjalistycznej i systematycznej pomocy ze strony środowiska szkolnego², a także rodzinnego, niepokój nasz musi się pogłębiać.

PRZYPISY

¹ Dokładne dane na ten temat zawarłam w artykule: Wpływ środowiska rodzinnego na stan zdrowia i sytuację szkolną uczniów z wybranych grup dyspanseryjnych, (w:) Roczn. Nauk.-Dydakt. WSP, z. 100, Prace Pedagogiczne VI, Kraków 1986, s. 7.

² Dokładnej analizy tego zagadnienia dokonałam w artykule: Profilaktyczna i terapeutyczna działalność szkoły macierzystej wobec uczniów przewlekle chorych; - w druku.

LITERATURA

1. Konopnicki J., Powodzenia i niepowodzenia szkolne, Warszawa 1966, PZWL.
2. Kopczyńska-Sikorska J., Diagnostyka rozwoju dzieci i młodzieży, Warszawa 1980, PZWL.
3. Kościelska M., Kliniczna analiza przyczyn współwystępowania zaburzeń nerwicowych i niepowodzeń szkolnych, "Psychologia Wychowawcza" 1967/72.

4. Markowska B., Arkusz zachowania się ucznia, Warszawa 1972, MOiW.
5. Oleńska-Pawlak T., Wpływ środowiska rodzinnego na stan zdrowia i sytuację szkolną uczniów z wybranych grup dyspanseryjnych, (w:) Roczn. Nauk.-Dydakt. WSP, z. , Prace Pedagogiczne VI, Kraków 1986, s.
6. Schonel F. J., Backwardnes in the Basic Subjects., Edynburgh-London 1942.
7. Spionek H., Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne, Warszawa 1975, PWN.
8. Szotowa W., Serejski J., Czynne poradnictwo w opiece zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym, Warszawa 1976, PZWL.