

Jadwiga Jedynak, Bożena Grochmal-Bach

FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE DZIECI PRZEWLEKLE CHORYCH W SANATORYJNYCH GRUPACH WYCHOWAWCZYCH

Przebieg rozwoju społecznego i jego wyniki zależą w głównej mierze od rodzaju środowiska wychowawczego i charakteru jego oddziaływań oraz biologicznych właściwości organizmu.

Niektórzy autorzy (Hurlock 1960, Power 1971) traktują rozwój społeczny jako proces zmian dokonywanych u dziecka w toku uczenia się różnorodnych form zachowań społecznych w warunkach specyfiki danego środowiska.

Istnieją dwie zasadnicze koncepcje rozwoju społecznego. Pierwsza z nich - wyrosła na gruncie psychoanalizy - zakłada, że uspołecznienie dokonuje się dzięki mechanizmom internalizacji społecznych norm współzycia i współdziałania w wyniku oddziaływań zewnętrznych na jednostkę (Miller 1981). Druga koncepcja opiera się na założeniu, że człowiek jest od urodzenia istotą społeczną wskutek wewnętrznej konieczności i w sposób uwarunkowany genetycznie, zaś uspołecznienie ujawnia się w tendencji do ujmowania siebie w łączności ze światem i ludźmi oraz w tworzeniu specyficznych więzi międzyludzkich (Zazzo 1978).

Na gruncie polskim przyjęte jest szersze ujęcie rozwoju społecznego określanego jako "szereg zmian dokonywających się w osobowości jednostki, powodujących, iż jednostka ta staje się zdolna do konstruktywnego uczestnictwa w życiu i działalności społeczeństwa" (Wołoszynowa 1975, s. 627).

W niniejszym opracowaniu oparto się na definicji, w której rozwój społeczny oznacza "ciąg zmian obejmujących wiedzę i orientację w świecie społeczno-kulturowym zachodzących w wyniku nabywania, opracowywania i asymilowania doświadczeń zdobywanych w toku interakcji z innymi ludźmi oraz życia i działalności w warunkach społecznych wyznaczonych etapem rozwoju kulturowo-historycznego danego społeczeństwa" (Tyszka 1984, s. 97).

Wielu autorów podkreśla zależność prawidłowego rozwoju dziecka od odpowiednich warunków fizycznych, biologicznych, społecznych i kulturowych stworzonych przez rodziców (Przetacznikowa, Włodarski 1979, Ziemska 1979, Rembowski 1976).

Niekorzystny układ warunków domowych powoduje u dziecka szereg nieprawidłowości w kontaktach społecznych i rozwoju uczuciowym (Lis 1979). Również zły stan zdrowia jednostki, będący przyczyną wielu sytuacji stresowych, może prowadzić do zaburzeń mechanizmów regulacyjnych (Konopnicki 1971, Spionek 1976, Adamska 1982).

Funkcjonowanie centralnego układu nerwowego wyznacza możliwości intelektualne oraz siłę, równowagę i ruchliwość procesów nerwowych jednostki. Stąd tak ważna dla przystosowania społecznego jest siła i równowaga właściwości procesów nerwowych, warunkująca odporność na stresy i - także - zachowanie równowagi pomiędzy procesami pobudzania i hamowania (Lewicki 1966).

Przewlekła choroba somatyczna prowadzi do zaburzeń dynamiki procesów nerwowych i zakłóca harmonijny przebieg rozwoju psychofizycznego i społecznego. Dysharmonie rozwojowe uwidaczniają się szczególnie często wówczas, gdy choroba rozpoczęła się we wczesnym okresie życia, a towarzyszące jej objawy i dolegliwości mają charakter narastający. Dziecko wymaga wtedy wielokrotnych hospitalizacji w placówkach szpitalnych i sanatoryjnych, co prowadzi do długotrwałego izolowania go od naturalnych warunków środowiska rodzinnego

i szkolnego uniemożliwiająca właściwe funkcjonowanie społeczne.

CEL I PRZEDMIOT BADAŃ

Celem prowadzonych badań było ustalenie poziomu i zakresu funkcjonowania społecznego dzieci z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego w grupie sanatoryjnej.

W warunkach zakładu leczniczo-wychowawczego przynależność dziecka do grup wychowawczych uwarunkowana jest rodzajem i stopniem zaawansowania choroby, z pominięciem kryterium wieku i płci. Niejednorodna i zróżnicowana struktura grupy uniemożliwia realizację indywidualnych celów rewalidacyjnych i wychowawczych oraz prowadzenie zajęć dostosowanych do możliwości i poziomu rozwojowego dzieci.

W podjętych badaniach sformułowane zostały następujące pytania szczegółowe:

1. Jak przedstawia się struktura socjometryczna wewnątrzsanatoryjnych grup wychowawczych?
2. Jakiego rodzaju stosunki interpersonalne dominują w grupie dzieci chorych z ograniczoną aktywnością fizyczną?
3. Jakie czynniki decydują o akceptacji i repulsji dziecka w grupie sanatoryjnej?
4. Jaki charakter mają kontakty interpersonalne członków grupy z otoczeniem?
5. Jak badane dzieci oceniają własne funkcjonowanie w różnych sytuacjach społecznych życia sanatoryjnego?

W hipotezie założono, że zakres funkcjonowania społecznego dziecka będzie tym większy, im bardziej intensywne, wielopłaszczyznowe i zintegrowane będą treści oraz formy wzajemnych kontaktów interpersonalnych w grupie oraz - że poziom opieki wychowawczej uwarunkowany jest nie tylko zatrudnieniem fachowych pracowników pedagogicznych, ale również charakterem ich współpracy z pracownikami medycznymi i dydaktycznymi placówki.

Badaniami objęto ogółem 176 dzieci w wieku szkolnym, w tym 78 dziewcząt i 98 chłopców leczonych w czterech różnych placówkach sanatoryjnych z powodu schorzeń układu oddechowego.

Związana z czynnikami pozapedagogicznymi przynależność dzieci do koedukacyjnych grup wychowawczych w badanych ośrodkach uniemożliwiała dokonanie podziału populacji ze względu na poszczególne okresy wieku szkolnego, gdyż w każdej grupie znajdowali się uczniowie od klas pierwszych do ósmych. Z tego też względu o doborze badanych dzieci decydował aktualny skład osobowy w ośmiu grupach wychowawczych (po dwie w każdym z czterech sanatoriów).

METODOLOGIA BADAŃ

W podjętych badaniach zastosowano rozmowę z dzieckiem, obserwację dzieci metodą próbek zdarzeń, wywiady z pracownikami pedagogicznymi i test socjometryczny.

W rozmowach nieskategoryzowanych dążono do ustalenia oceny badanych dzieci dotyczącej własnego funkcjonowania społecznego w grupach sanatoryjnych w aspekcie pełnionych w nich ról społecznych.

Wyniki obserwacji stanowiły podstawę do charakterystyki rodzajów kontaktów interpersonalnych pomiędzy członkami grupy wraz z rejestracją tych zachowań indywidualnych dzieci, które były uznawane lub nie akceptowane przez członków grupy.

Celem badania socjometrycznego techniką Moreno było określenie rodzajów struktur socjometrycznych grupy, pozycji członków w grupie oraz identyfikacja osób akceptowanych, izolowanych i odrzuconych. W dwóch pytaniach socjometrycznych na przyjęcie i odrzucenie oparto się na kryteriach realnych, indywidualnych, pozytywnych i negatywnych, a uzyskane wyniki analizowano w oparciu o Skalę Akceptacji M. Pilkiewicza.

Badanie socjometryczne przeprowadzono dwukrotnie w tych samych grupach wychowawczych w odstępach 2-tygodniowych z zastosowaniem tych samych pytań socjometrycznych.

Zestawiając wyniki uzyskane w badaniu pierwszym i drugim ustalono nazwiska dzieci, które otrzymały największą i najmniejszą ilość wyborów pozytywnych i odrzuceń oraz tych, które nie otrzymały ani jednego wyboru w dwukrotnych badaniach. Wyniki badań socjometrycznych zestawione w tabelach socjometrycznych stanowiły podstawę konstrukcji socjogramów hierarchicznych oraz obliczeń wskaźników indywidualnych i grupowych.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI

W badanej zbiorowości istniały poważne różnice dotyczące wieku, płci, rodzaju środowiska społecznego i miejsca stałego zamieszkania.

Tabela 1

Wiek i płeć badanych dzieci

Wiek w latach	Dziewczęta		Chłopcy		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
7 - 10	39	22,2	37	21,0	86	49,8
11 - 13	27	15,3	38	21,6	51	28,9
14 - 16	12	6,8	23	13,2	39	22,1
Razem	78	44,3	98	55,7	176	100,0

Badana grupa była bardzo zróżnicowana pod względem wieku, którego rozpiętość wahała się w granicach 7 - 16 lat, a więc badaniami objęto dziesięć roczników. Największy

odsetek - 49,8% stanowiły dzieci w młodszym wieku szkolnym, najmniej - 22,1% było uczniów w starszym wieku szkolnym.

Dzieci objęte badaniami pochodziły z różnych stron kraju i z różnych środowisk społecznych:

z rodzin robotniczych - 96 dzieci (55%),

z rodzin chłopskich - 33 dzieci (16%),

z rodzin inteligenckich - 47 dzieci (29%).

Dla większości (48%) dzieci miejscem stałego zamieszkania były aglomeracje miejskie, 31% dzieci mieszkało w ośrodkach wielkomiejskich, zaś najmniejszą grupę (21%) stanowiły dzieci zamieszkałe na wsi.

Spośród 176 badanych - 72% dzieci wychowywało się w rodzinach pełnych, 17,6% było wychowywanych przez samotne matki, zaś 10,4% pochodziło z rodzin rozbitych.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

W oparciu o analizę wyników pierwszego i drugiego badania socjometrycznego stwierdzono istnienie różnych struktur socjometrycznych, które rozpatrywano w powiązaniu z obowiązującym w poszczególnych sanatoriach systemem przyjęć dzieci na leczenie

Okazało się, że w placówkach o turnusowym systemie przyjęć - co oznacza, że większość dzieci wspólnie, w jednym czasie rozpoczyna i kończy swój pobyt - przeważały szersze układy społeczne, takie jak sieci, kliki i liczne podgrupy ze względu na płeć i wiek, więcej też osób uzyskiwało pozycję gwiazdy socjometrycznej. Natomiast w ośrodkach przyjmujących dzieci systemem indywidualnym dominowały struktury socjometryczne o węższym zakresie społecznym, takie jak pary i łańcuchy oraz nieliczne podgrupy jednorodne, a żadne z dzieci nie uzyskiwało pozycji gwiazdy socjometrycznej. Równocześnie w zespołach tych notowano dużą ilość osób odrzuconych i izolowanych przy zdecydowanej przewadze

i dominacji uczniów starszych - zwłaszcza chłopców - nad dziećmi młodszymi.

Stwierdzono, że pozycję dziecka izolowanego uzyskało 24% badanych, zaś pozycję odrzucenia otrzymało 21% osób, co oznacza, iż 45% chorych dzieci nie było akceptowanych w najbliższym kręgu środowiskowym, jakim jest grupa wychowawcza.

Przy obliczaniu wskaźników grupowych pominięto wskaźnik ekspansywności ze względu na ograniczoną w pytaniach socjometrycznych ilość wyborów i odrzuceń. Wskaźniki spoiści pomimo dość wysokich wartości - średnio od 0,30 do 0,60 - ze względu na występowanie dużej ilości par w grupie były dowodem na brak wewnętrznej spójności członków grupy. Równie niskie wartości przyjmowały wskaźniki zwartości grupy, gdyż liczba wyborów wzajemnych była niższa od liczby wyborów nieodwzajemnionych i jednostronnych.

W obliczeniach zwrócono szczególną uwagę na wskaźnik integracji grupy z powodu dużej ilości dzieci izolowanych w badanych zespołach. Najwyższy wskaźnik integracji wyniósł 0,50 a najniższy 0,16. Niskie wartości wskaźników grupowych świadczą o braku spoiści, zwartości i integracji w czterech grupach wychowawczych pogłębianych dodatkowo istnieniem licznych podgrup tworzonych ze względu na płeć i wiek.

Analiza różniących się zasadniczo wyników wskaźników grupowych w ośmiu odrębnych grupach wychowawczych wskazuje wyraźnie na istotną zależność ich wartości od obowiązujących w badanych placówkach systemów przyjęć dzieci do sanatorium; wartość ta jest zdecydowanie wyższa w grupach przyjmowanych systemem turnusowym.

Wskaźnikiem stanowiącym o osiągniętym przez dziecko stopniu społecznienia jest poziom jego funkcjonowania w grupie rówieśniczej wyznaczany przez zakres i treści działania w pełnionych rolach społecznych. Prawidłowe spostrzeżenie własnej pozycji społecznej rozwija się u dziecka wraz

z wiekiem przez kształtowanie umiejętności właściwego spostrzegania pozycji innych członków grupy, a sposób, w jaki inne osoby ustosunkowują się do dziecka, stanowi źródło jego orientacji o zajmowanej pozycji społecznej.

Najwłaściwszym dla harmonijnego formowania prawidłowych kontaktów społecznych dziecka rodzajem środowiska jest grupa rówieśnicza, w której płaszczyzną wielu konfiguracji stosunków interpersonalnych stają się zainteresowania, realizowane we wspólnie podejmowanych zajęciach i zabawach.

Niejednorodna pod względem wieku i płci struktura grup wychowawczych w badanych placówkach sanatoryjnych jest całkowitym zaprzeczeniem podstawowych zasad pedagogicznych dyktujących kryteria, które winny decydować o przynależności jednostek do danej grupy i stawia dzieci chore - zwłaszcza zaś młodsze - w szczególnie niekorzystnej sytuacji wymagającej przewyciężenia wielu trudności związanych z adaptacją społeczną.

Dominującą, a nie zaspokojoną potrzebą zgłaszaną przez wszystkie badane dzieci była potrzeba posiadania kogoś bliskiego. Najdotkliwiej odczuwany był brak następujących osób:

- matki: 96% dzieci,
- obojga rodziców: 61% dzieci,
- kolegi i przyjaciela: 58% dzieci.

Można było przypuszczać, że sygnalizowany przez dzieci brak osób bliskich stanie się motywem przewodnim do nawiązywania bliższych stosunków z wybranymi członkami grupy wychowawczej i wywoła aktywność w podejmowaniu nowych kontaktów społecznych. W wyniku obserwacji prowadzonych metodą próbek zdarzeń u badanych dzieci stwierdzono przeciętną i niską aktywność oznaczającą brak inicjatywy i bierność w nawiązywaniu spontanicznych kontaktów z innymi dziećmi. Kontakty interpersonalne pomiędzy członkami grup wychowawczych miały charakter rzeczowy i sformalizowany, ograniczając się głównie do wykonywania zadań grupowych i czynności narzuconych przez wychowawców.

Ocena funkcjonowania społecznego dzieci powinna być analizowana w aspekcie faktycznie pełnionych przez nie w sanatorium różnych ról społecznych, takich jak rola dziecka, pacjenta, kolegi, ucznia i wychowanka. W prezentowanych badaniach skoncentrowano się przede wszystkim na indywidualnej i grupowej samoocenie dzieci, dotyczącej pełnienia roli kolegi i przyjaciela.

Uzyskane stopnie samooceny badanych dzieci na temat pełnienia roli kolegi były zróżnicowane ze względu na wiek i płeć. Wszystkie dzieci młodsze oceniały się bardzo wysoko, bezkrytycznie i jednostronnie, co jest znamienne dla tego okresu rozwojowego. Uczniowie klas starszych demonstrowali natomiast oceny zawyżone lub zaniżone, a ich percepcja funkcjonowania społecznego była nieadekwatna do rzeczywiście zajmowanych pozycji społecznych w grupie. Inne też cechy miały znaczenie dla dziewcząt, a inne dla chłopców.

Ogółem 89% badanych wyrażało przekonanie o pozytywnym pełnieniu roli koleżanki i kolegi podając w uzasadnieniu: "zawsze chętnie pomagam innym, jestem wesoły, towarzyski, robię zawsze to, o co mnie poproszą, potrafię wymyślać ciekawe zabawy, lubię robić różne śmieszne psikusy, nigdy nie odmawiam pomocy".

11% badanych stwierdziło krytycznie, że nie są dobrymi kolegami, uzasadniając: "jestem zadziorny, biję się z innymi, robię głupie kawały, nie zależy mi na innych, wolę bawić się sam".

Z relacji dzieci wynika, że dobry kolega powinien: "chcieć pomagać innym, dobrze doradzać, dochowywać tajemnicy, pomagać w nauce, być słownym, grzecznym, sprawiedliwym, wyrozumiałym, czułym, szczerym, uczciwym, powinien bronić przed innymi, zawsze mówić prawdę i nie oszukiwać".

Zły lub niedobry kolega był charakteryzowany jako osoba rodzaju męskiego i odznaczał się następującymi cechami: "skarży, przezywa, bije innych, kłóci się, wyśmiewa, kłamie i oszukuje".

Wyniki samooceny dzieci dotyczące pełnionych przez nie ról społecznych korelowano z percepcją oceny stopnia sympatii i antypatii kontaktów koleżeńskich w sanatoryjnych grupach wychowawczych.

Tabela 2

Stopnie sympatii i antypatii w układach koleżeńskich

Samoocena kontaktów koleżeńskich	Przyjęcia turnusowe		Przyjęcia indywidualne		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Jestem bardzo lubiany	32	18,2	4	2,3	36	20,5
Lubią mnie inni	34	19,3	16	9,1	50	28,4
Traktują mnie obojętnie	10	5,7	29	16,5	39	22,1
Nie lubią mnie	6	3,4	29	16,5	35	19,9
Odnoszą się do mnie wrogo	-	-	16	9,1	16	9,1
Razem	82	46,6	94	53,4	176	100,0

Samoocena stopnia akceptacji przez badane dzieci jest wyraźnie zróżnicowana ze względu na obowiązujący w sanatoriach system przyjęć i szczególnie zaniżona u dzieci przyjmowanych na leczenie systemem indywidualnym. Tylko bowiem 48% pacjentów miało poczucie akceptacji ze strony członków grupy, a 29% dzieci oceniło stosunek kolegów do siebie w sposób negatywny.

Rodzaj samooceny ma istotne znaczenie dla społecznego funkcjonowania jednostki. Dzieci z negatywną i obniżoną samooceną percepcji kontaktów interpersonalnych w grupie miały poczucie zmniejszonej wartości i niechętnie nawiązywały

pozytywne relacje społeczne. U badanych dzieci obserwowano generalnie niechęć do stałego przebywania w większych grupach oraz tendencję do organizowania zabaw w wąskim kręgu rówieśniczym (Jedynak 1987).

Należy stwierdzić, że trudności, na jakie napotykają wychowawcy w organizowaniu pracy wynikają niejednokrotnie z braku znajomości warunków życia dzieci w ich naturalnym środowisku rodzinnym. Trzeba zatem wyłonić w grupie wychowawczej:

- dzieci ze środowisk zaniedbujących funkcje opiekuńczo-wychowawcze,
- dzieci ze środowisk patologicznych,
- dzieci sprawiające trudności wychowawcze,
- dzieci wykazujące opóźnienia dydaktyczne,
- dzieci opóźnione w rozwoju psychofizycznym,
- dzieci o złym rokowaniu co do stanu zdrowia.

Wymaga to zastosowania, w pierwszych dniach pobytu dzieci w sanatorium, skutecznych metod i technik diagnozy pedagogiczno-psychologicznej. Trafna bowiem i szybko postawiona diagnoza oraz informacje o stanie zdrowia i rozwoju dziecka muszą stanowić punkt wyjścia do właściwego planowania pracy wychowawczej, warunkując jednocześnie optymalne funkcjonowanie społeczne dziecka w grupie sanatoryjnej.

WNIOSKI

W badanych placówkach sanatoryjnych grupy wychowawcze były niejednorodne, a ich zróżnicowany skład osobowy sprzeczny z podstawowymi zasadami teorii i praktyki wychowania. Brak uwzględnienia kryterium wieku i płci dzieci w organizowaniu grup wychowawczych powoduje powstawanie nieprawidłowych struktur socjometrycznych, utrudniających prawidłowe funkcjonowanie społeczne zgodne z naturalnymi potrzebami psychospołecznymi i rozwojowymi dzieci chorych.

W badanych grupach stosunki interpersonalne miały charakter zmienny. Dominowały stosunki rzeczowe wynikające z obowiązku przestrzegania regulaminu sanatoryjnego, w którym zabrakło miejsca dla indywidualnych celów rewalidacyjnych i wychowawczych.

LITERATURA

- Adamska H., Rozwój psychoruchowy dzieci chorych na gorączkę reumatyczną a ich sytuacja rodzinna i szkolna, (w:) Materiały do nauczania psychologii, L. Wołoszyna (red.), seria II, t. 9, Warszawa 1982, PWN.
- Hurlock E. B., Rozwój dziecka, Warszawa 1960, PWN.
- Jedynak J., Integracja społeczna i stosunek do obowiązków szkolnych dzieci leczonych sanatoryjnie, (w:) Integracja społeczna ludzi niepełnosprawnych. Zadania pedagogiczne, A. Hulek (red.), Studia Pedagogiczne LI, PAN, Komitet Nauk Pedagogicznych, 1987, Ossolineum.
- Konopnicki J., Niedostosowanie społeczne, Warszawa 1971, PWN.
- Lis S., Wczesne uwarunkowania rozwoju psychicznego, Warszawa 1979, PWN.
- Lewicki A., O teorii biospołecznej przystosowania osobowości, "Nowa Szkoła" 1966, nr 5.
- Miller R., Socjalizacja, wychowanie, psychoterapia, Warszawa 1981, PWN.
- Przetacznikowa M., Włodarski Z., Psychologia wychowawcza, Warszawa 1979, PWN.
- Power F. F., Rozwój społeczny, (w:) Psychologia wychowawcza, Ch. Skinner (red.), Warszawa 1971, PWN.
- Rembowski J., Jedynactwo dzieci w domu i szkole, Wrocław - Warszawa - Kraków - Gdańsk 1975, Ossolineum.
- Spionek H., Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne, Warszawa 1975, PWN.
- Tyszka M., Uspołecznienie dzieci jedynych i mających rodzeństwo, (w:) Materiały do nauczania psychologii, L. Wołoszyna (red.), seria II, t. 11, Warszawa 1984, PWN.
- Tyszka Z., Socjologia rodziny, Warszawa 1979, PWN.

Wołoszynowa L., Młodszy wiek szkolny, (w:) Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży, M. Żebrowska (red.), Warszawa 1975, PWN.

Zazzo R., Przywiązanie. Ujęcie interdyscyplinarne, Warszawa 1978, PWN.

Ziemska M. (red.), Rodzina i dziecko, Warszawa 1979, PWN.