

III. WYBRANE ASPEKTY SPOŁECZNEGO FUNKCJONOWANIA DZIECI I MŁODZIEŻY

Teresa Oleńska-Pawlak

Percepcja środowiska rodzinnego i szkolnego przez dzieci przewlekle chore i kalekie

W literaturze psychologiczno-pedagogicznej można odnotować coraz więcej pozycji poświęconych badaniom nad funkcjonowaniem psychospołecznym dzieci i młodzieży przewlekle chorej i kalekiej. Jednak w dalszym ciągu jest niezwykle mało danych empirycznych na temat percepcji przez dzieci i młodzież niepełnosprawną ich sytuacji środowiskowej, w tym rodzinnej i szkolnej. Jak wiadomo jednostka w rezultacie kontaktów z otoczeniem społecznym, polegających między innymi na bezpośrednich obserwacjach zachowań, nastroju, wyglądu zewnętrznego innych ludzi, odbierając spostrzeżenia i wyobrażenia od osób trzecich, gromadzi informacje o drugim człowieku.

Psycholodzy zajmujący się badaniem percepcji (K. Skarżyńska 1984, T. Mądrycki 1986 i in.) nazywają ten proces subiektywną reprezentacją poznawczą innych ludzi twierdząc, że pełni on ważną funkcję w procesie regulacji stosunków z otoczeniem. Nadając procesowi percepcji funkcję regulacyjną psycholodzy mają na uwadze dwa podstawowe fakty:

- gromadzona przez jednostkę wiedza o ludziach w wyniku procesu spostrzegania otoczenia społecznego jest jej potrzebna do realizacji osobistych i pozasobistych celów i zadań,
- wyniki spostrzegania (aktualne, bądź zakodowane jako trwałe właściwości struktury poznawczej) mogą zmienić czasowo lub trwale kierunek aktywności jednostki.

Przypisując zatem spostrzeganiu funkcję regulacyjną, rozumianą jak wyżej, można z całą pewnością przyjąć, że ma ona bardzo istotne znaczenie dla efektywnego przebiegu procesu rewalidacji jednostek niepełnosprawnych.

Cel i metoda badań

Z dotychczasowych badań psychologicznych i pedagogicznych wynika, że spostrzeżenia i doświadczenia, jakie jednostka doznaje w ciągu lat życia kształtują, między innymi, jej stosunek do samego siebie, do ludzi, do otaczającej rzeczywistości. Stąd istotnym dla praktyki jest znajomość subiektywnych odczuć odnośnie do osób z najbliższego jej kręgu.

Prezentowanym badaniom przyświecały dwa cele. Pierwszym było stwierdzenie istnienia pewnej swoistości w percepcji dzieci przewlekle chorych i kalekich najbliższego im środowiska społecznego (rodzinnego i szkolnego) w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami; drugim celem było ukazanie kierunku działań psychopedagogicznych, szczególnie w aspekcie działań ułatwiających adaptację i readaptację dzieci niepełnosprawnych w środowisku społecznym.

Badaniami¹ objęto populację liczącą 306 dzieci, w wieku 12-15 lat, w tym 186 dzieci przewlekle chorych i kalekich i 120 dzieci zdrowych.

Populację dzieci przewlekle chorych i kalekich tworzyły dzieci przebywające w zakładach leczniczo-wychowawczych w Rabce, Zakopanem, Istebnej, Rymanowie-Zdroju i w Krakowie. W grupie tej było 60 dzieci (32.2%) chorych na astmę, 90 dzieci (48.4%) z dysfunkcją narządu ruchu (uszkodzenie rdzenia kręgowego, boczne skrzywienie kręgosłupa III^o) i 36 dzieci (19.4%) mających schorzenia dermatologiczne (bielactwo, łuszczyca, łysienie plackowate).

Grupę uczniów zdrowych, liczącą 120 osób, tworzyły dzieci ze szkół podstawowych w miejscowościach wyżej wymienionych.

W badaniach posłużono się metodą analizy dokumentacji, metodą wywiadu (kwestionariuszem rozmowy z dzieckiem, opracowania własne), oraz metodą projekcji (technikami werbalnymi, tj. Testem Zdań Niedokończonych, opracowania własne i testem Thomas-Kugler w modyfikacji M. Przetacznikowej i M. Susułowskiej).

¹ W badaniach własnych wykorzystałam również wyniki z badań przeprowadzonych, w ramach prac magisterskich pod moim kierunkiem w l. 1988-1992, przez J. Łuszczarczyk, M. Rozczynialskiego, E. Ciułę, N. Podgórska.

Uzyskany materiał empiryczny poddano analizie ilościowej i jakościowej. Dane uzyskane z zastosowania metody wywiadu i metody projekcji analizowano pod względem treści spostrzeżeń dotyczących następujących kategorii:²

- spostrzeżenia dotyczące rodziców i rodzeństwa,
- spostrzeżenia dotyczące stosunków koleżeńskich oraz stosunku do nauczycieli (uczących w macierzystej szkole i szkole sanatoryjnej oraz szpitalnej).

W dalszej części omówione będą kolejno wymienione zagadnienia.

Wyniki badań

Badaną populację dzieci przewlekle chorych i kalekich oraz dzieci zdrowych nie różnicuje w zasadzie pochodzenie społeczne, struktura i wielkość rodziny. Różnicuje je miejsce zamieszkania i warunki mieszkaniowe. Grupa dzieci przewlekle chorych i kalekich (gr CH) pochodziła w większości z miast i miała gorsze warunki mieszkaniowe.

Wewnątrzrodzinne stosunki w percepcji badanych dzieci

Proces gromadzenia subiektywnych reprezentacji poznawczych innych ludzi zaczyna się zawsze od osób najbliższych dziecku czyli od rodziców i rodzeństwa. W pracy przyjąłam, że istotnymi wskaźnikami związków emocjonalnych dzieci z rodzicami i rodzeństwem są:

- wybór najbardziej zaufanej i surowej osoby w rodzinie w odczuciu badanych dzieci,
- odczucia badanych odnoszące się do zachowania rodziców i rodzeństwa, które poklasyfikowano według kategorii: pozytywne, negatywne i obojętne.

Kategorie i treść wypowiedzi badanych, wraz z danymi ilościowymi ujęto w tabelach 1, 2. Zamieszczone w nich dane wskazują, że w całej badanej populacji wystąpiła tendencja silnego pozytywnego związku emocjonalnego z matką i słabszej więzi emocjonalnej z ojcem. Potwierdzają to bada-

² Treść percepcji badanych dzieci dotycząca nauki szkolnej, ich przeżyć wewnętrznych typu: radości, marzeń, smutków jest w opracowaniu.

nia M. Ziemskiej (1979), J. Rembowski (1978), J. Jedynak (1988), W. Pileckiej (1990), T. Oleńskiej (1993).

Jednak można stwierdzić, że w grupie dzieci przewlekle chorych i kalekich tendencja ta występuje zdecydowanie silniej. Uwidacznia się preferowanie, głównie matki jako osoby najbardziej znaczącej dla dziecka chorego lub kalekiego. W odczuciu tych dzieci matka jest nie tylko osobą najbardziej godną zaufania (gr Ch – 62,4%, gr Z – 49,2%), ale posiada także, prawie wszyscy badani z grupy Ch – 94,2% (gr Z – 76,7%) to podkreślają, takie walory, jak: „kochająca”, „czuła i życzliwa”, „rozumiejąca”, „cierpliwa i łagodna”, „troskliwa”.

Natomiast ojciec przez ponad 74% dzieci chorych i kalekich, w porównaniu do 48% dzieci zdrowych, spostrzegany był jako osoba surowa i karząca (patrz tab. 1). W sumie treść wypowiedzi dzieci chorych o ojcu, ujęta w kategorii spostrzeżeń: negatywnych – 20,4% (gr Z – 10,0%) i obojętnych – 43,5% (gr Z – 30,8%), stanowiła aż 63,9% tej grupy. Wśród dzieci zdrowych spostrzeżenia takie miało 40,8%.

Dalsza analiza materiału empirycznego pozwoliła ukazać, jakie cechy charakteru i zachowania się rodziców wobec dzieci są w ich odczuciu preferowane i cenione.

Tab. 1. Wybór najbardziej zaufanej i surowej osoby w rodzinie w odczuciu dzieci chorych i zdrowych

Wybór osób w rodzinie przez badane dzieci	Osoba, do której dzieci mają największe zaufanie				Osoba najbardziej surowa			
	gr. dz. chorych		gr. dz. zdrowych		gr. dz. chorych		gr. dz. zdrowych	
	N	%	N	%	N	%	N	%
– matka	116	62,4	59	49,2	14	7,5	16	13,3
– ojciec	14	7,5	25	20,8	138	74,2	58	48,3
– oboje rodzice	22	11,8	17	14,2	18	9,7	32	26,7
– rodzeństwo	14	7,5	4	3,3	–	–	–	–
– inne osoby z rodziny (głównie babcia, dziadek)	20	10,7	12	10,0	10	5,4	12	10,0
– nikt	–	–	3	2,5	6	3,2	2	1,7

**Tab. 2. Odczucia emocjonalne badanych dzieci
będące wynikiem ich percepcji środowiska rodzinnego**

Kategorie wypowiedzi badanych	Członkowie rodziny						Rodzina	
	matka		ojciec		rodzeństwo		jako całość	
	gr. Ch.	gr. Z.	gr. Ch.	gr. Z.	gr. Ch.	gr. Z.	gr. Ch.	gr. Z.
	%	%	%	%	%	%	%	%
– pozytywne *	94,2	76,7	27,4	59,2	60,2	24,1	81,7	50,5
– negatywne **	–	–	20,4	10,0	22,0	45,0	3,7	11,7
– obojętne ***	6,4	23,3	43,5	30,8	14,0	30,0	14,5	30,5
– brak wypowiedzi	0,5	–	8,6	–	3,8	5,8	–	–

* Wypowiedzi nacechowane dodatnim uczuciem emocjonalnym

** Wypowiedzi zawierające negatywne treści emocjonalne

*** Wypowiedzi nie zawierające ani zdecydowanie negatywnego, ani pozytywnego uczucia, np. moja mama ... „pracuje w kuchni”, mój tata ... „jest kierowcą”.

Tab. 3. Preferowane cechy rodziców w odczuciu badanych dzieci

Treść wypowiedzi badanych	Gr. dz. chor. (gr. Ch.)		Gr. dz. zdr. (gr. Z.)	
	N*	%*	N	%
	– kochający, czuli, darzący miłością dzieci	130	51,8	19
– troskliwi i życzliwi	53	21,1	55	28,9
– rozumiejący, wyrozumiali, tolerancyjni	31	12,3	84	44,2
– sprawiedliwi i uczciwi	12	4,8	9	4,7
– młodzi, mądrzy, zdrowi, uśmiechnięci, bez nałogów	21	8,4	22	11,6
– bogaci, majątni	4	1,6	1	0,5
Ogółem	251	100	190	100

*% obliczono od ogólnej ilości uzyskanych wypowiedzi badanych osobno z gr. Ch. i z gr. Z.

Dane w tabeli 3 wskazują na duże różnice w powyższej kwestii między badanymi grupami.

Większość dzieci chorych i kalekich – 72,9% (gr. Z. – 38,9%) preferuje i najbardziej pożąda od rodziców okazywania im miłości, czułości – 51,8% (gr. Z. – 10,0%) oraz troskliwości i życzliwości – 21,1% (gr. Z. – 28,9%).

W odczuciu dzieci zdrowych najważniejsze jest, aby rodzice byli wobec nich wyrozumiali, tolerancyjni – 44,2% wypowiedzi (gr. Ch. – 12,3%), następnie troskliwi i życzliwi – 28,9%.

Jak wiadomo serdeczne i pozytywne relacje między rodzeństwem sprzyjają prawidłowym stosunkom rodzinnym. Relacje te, szczególnie w okresie dorastania, jak stwierdza M. Przetacznikowa (1971), często nie układają się najlepiej, między innymi wzrasta wówczas nasilenie sprzeczek i kłótni.

Okazuje się, że powody sprzeczek i kłótni między rodzeństwem, które istotnie wystąpiły w badanej populacji, bardzo różnicują grupy, co ukazują dane w tabeli 4.

Tab. 4. Przyczyny nieporozumień między rodzeństwem w percepcji w badanych dzieci

Treść wypowiedzi badanych	Gr. dz. chorych (gr. Ch.)		Gr. dz. zdrowych (gr. Z.)	
	N	%	N	%
– brak akceptacji	79	42,5	15	12,5
– zazdrość i rywalizacja o rzeczy i uczucia rodziców	52	27,9	59	49,2
– agresywne zachowania typu: wyzywanie, dokuczanie, bicie	36	19,3	32	26,7
– różnica zdań	11	5,9	10	8,3
– nie kłóć się	6	3,2	1	0,8
– brak wypowiedzi	2	1,1	3	2,5

Dzieci przewlekle chore i kalekie spostrzegały jako najczęstszą przyczynę nieporozumień brak akceptacji ze strony rodzeństwa – 42,5% wypowiedzi (gr. Z. – 12,5%). Oto charakterystyczne wypowiedzi tych dzieci w teście werbalnym i w rozmowie: „nie chcą się z nim bawić i odtrącają go”, „wyrzucają ją z zabawy”, „daje jej odczuć, że jest gorsza i słabsza”, „wysmiewają się ze mnie, że jestem słabeusz i zdechłak”, wymyślają przezwiska, np. „ty duszoku”, „nie chce się bawić, bo mu opóźniam zabawę”.

Natomiast dzieci zdrowe za najczęstszą przyczynę nieporozumień z rodzeństwem uważały zazdrość, rywalizację o rzeczy i uczucia rodziców – 49,2% wypowiedzi (gr. Ch. – 26,7%) oraz agresywne zachowania rodzeństwa typu: wyzywanie, dokuczanie, niszczenie zabawek, bicie – 26,7% (gr. Ch. – 19,3%).

Pomimo konfliktów i zadrażeń między rodzeństwem blisko trzykrotnie więcej dzieci przewlekle chorych i kalekich (60,2%), w porównaniu z dziećmi zdrowymi (24,1%, tab. 2) przejawiało pozytywne odczucia emocjonalne wobec rodzeństwa, takie jak: miłość, tolerancja, ugodowość.

Oto charakterystyczne zakończenie zdań w teście projekcyjnym „Moja siostra...”, „Mój brat...”, „Moje rodzeństwo”: „nie rozumie mnie, a ja ją bardzo kocham”, „Kłócimy się, a i tak ją kocham”, „kocham go bardzo, jest dla mnie moim bratem”, „dokucza mi często, ale jest bardzo fajny”, „nie rozumieją mnie, ale i tak ich kocham”, „często się złością na nich, ale nigdy nie chciałabym ich stracić”. Aż 75% dzieci zdrowych, w stosunku do 40,8% dzieci przewlekle chorych i kalekich spostrzegало swoje rodzeństwo w sposób negatywny i obojętny (tab. 2).

Ta subiektywna percepcja rodziców i rodzeństwa przez badane dzieci, w której uwidoczniła się w sposób wyraźny tendencja pozytywnych związków uczuciowych, a zatem o wiele większa potrzeba afiliacji w porównaniu z dziećmi zdrowymi, została potwierdzona w percepcji przez ich rodziny jako całości.

Wypowiedzi 81,7% dzieci przewlekle chorych i kalekich na ten temat w porównaniu z 50,5% dzieci zdrowych (tab. 2) charakteryzuje serdeczny klimat uczuciowy i pozytywna ocena. Dla przykładu przytoczę dokończenia przez dzieci chore i kalekie TZN zdania „Moja rodzina”: „jest dla mnie najważniejsza”, „jest wspaniała”, „jest bardzo miła dla mnie, na pewno mnie kocha i nie opuści mnie nigdy”, „jest troskliwa i kochająca wobec mnie”.

Ponadto dwukrotnie mniej dzieci chorych i kalekich (14,5%) w porównaniu z dziećmi zdrowymi (30,5%), zdanie to zakańczało w sposób, który uznano za obojętny emocjonalnie, np.: „jest duża”, „jest dość duża i jeszcze babcia i dziadek”, „jest po rozwodzie”, „jest w USA”, „w każdą niedzielę chodzi do kościoła”, „jest daleko”.

W rozmowie kierowanej na pytanie: „Kiedy czujesz się w swojej rodzinie najbardziej szczęśliwy?” aż 71% dzieci z grupy Ch. odpowiadało: „kiedy wszyscy mnie kochają”, „kiedy jesteśmy razem”, „kiedy jest miłość i zgoda”, „jesteśmy razem i wszyscy są zdrowi”, „jest spokój i zdrowie”.

Tego rodzaju wypowiedzi w grupie dzieci zdrowych było 21%. Większość dzieci zdrowych czuła się w rodzinie szczęśliwa wówczas, kiedy: „są święta i dostajemy prezenty”, „kiedy dostają prezenty”, „mogę pochwalić się dobrymi ocenami”, „nie ma krzyków i jest spokój”.

Podsumowanie

Występowanie w badanej populacji zdecydowanie silniej, w porównaniu z dziećmi zdrowymi, potrzeby afiliacji i zdecydowanie silniejszego pozytywnego nastawienia emocjonalnego (gr. Ch. – 81,7%, gr. Z. – 50,5%) do

rodziców i rodzeństwa (gr. Ch. – 60,2%, gr. Z. – 24,1%) wskazuje na swoistość percepcji przez dzieci przewlekle chore i kalekie środowiska rodzinnego.

Środowisko szkolne w percepcji badanych dzieci

Dla dziecka w wieku szkolnym środowisko szkolne, obok rodziny, jest podstawowym miejscem nabywania doświadczeń, źródłem informacji w procesie regulacji stosunków z otoczeniem społecznym.

Główną działalnością dzieci w tym okresie jest zorganizowane uczenie się, które najczęściej przebiega w ramach klasy szkolnej. Jak słusznie stwierdza Z. Skorny (1987) sprawnie funkcjonujący zespół klasowy zaspokaja potrzeby swych członków, szczególnie zaś potrzeby uczestnictwa w życiu zbiorowym, kontaktów uczuciowych oraz uznania społecznego. W konsekwencji sprzyja to wytworzeniu u ucznia dobrego samopoczucia oraz poczucia bezpieczeństwa. Wobec dzieci przewlekle chorych i kalekich sprawa ta nabiera szczególnego znaczenia, jeśli zważymy, że w literaturze przedmiotu są bardzo nieliczne doniesienia z badań empirycznych z tego zakresu. Stąd celowe było przeprowadzenie badań ukazujących subiektywne odczucia badanych dzieci odnośnie percepcji kolegów szkolnych i nauczycieli, z uwzględnieniem podziału na szkołę macierzystą i szkołę w zakładzie leczniczo-wychowawczym.

Uzyskane dane (patrz tab. 5) wskazują i w tym aspekcie na swoistość percepcji sytuacji środowiskowej przez dzieci przewlekle chore i kalekie.

Tab. 5. Percepcja przez dzieci odczuć emocjonalnych wynikających z zachowania się kolegów z klasy macierzystej wobec badanych

Kategorie odczuć emocjonalnych badanych	Dzieci p. ch. i k. gr. Ch.		Dzieci zdrowe gr. Z.	
	N	%	N	%
– negatywne	121	65,1	36	30,0
– pozytywne	55	29,5	55	45,8
– obojętne (w tym nie umieją ocenić)	10	5,4	29	24,2
Ogółem	186	100	120	100

Dwukrotnie większy odsetek tych dzieci – 61,5% wyraziło subiektywne odczucia o negatywnym nastawieniu i braku akceptacji ze strony kolegów z klasy macierzystej w porównaniu z grupą dzieci zdrowych – 30,0%. Także przyczyny braku akceptacji w odczuciu dzieci chorych i kalekich miały inną treść. Mianowicie aż 39,0% tych dzieci podało jako główną przyczynę braku akceptacji swojej osoby mniejszą sprawność fizyczną (gr. Z. – 0), wyśmiewanie się z nich i dokuczanie – 48,0% (gr. Z. – 29%), a także nieśmiałość i brak odwagi – 13,0% (gr. Z. – 0).

Uczniowie zdrowi uważali, że są nie akceptowani, ponieważ koledzy ich przezywają, kłócą się z nimi, biją i okłamują ich. Jak widać subiektywne odczucie braku akceptacji wśród kolegów z klasy z powodu niekorzystnego stanu zdrowia oraz bojaźni i lęklivosti w nawiązywaniu kontaktów w ogóle nie wystąpiło w tej grupie.

Swoistość percepcowania przez dzieci chore i kalekie stosunków koleżeńskich w klasie macierzystej polegała również i na tym, że przejawiały one bardzo silną potrzebę pozytywnej więzi emocjonalnej z kolegami (72,2%), w porównaniu z dziećmi zdrowymi (31,8%). Świadczą o tym wypowiedzi dzieci w testach projekcyjnych, jak i w rozmowie odnoszącej się do ich pragnień i marzeń oraz najczęstszych przyczyn doznawanych smutków.

Przytoczę charakterystyczne zakończenie zdań w T.Z.N.: „Chciałbym aby w mojej klasie macierzystej...”, „Pragnę aby moi koledzy w klasie macierzystej...”: „wszyscy mnie lubili i chcieli się ze mną bawić”, „nie odsuwali się ode mnie”, „było więcej radości i serdeczności”, „była przyjaźń i zrozumienie”, „lubili mnie chociaż jestem inny”, „bawili się ze mną chociaż się duszę (sapię)”.

Natomiast większość dzieci zdrowych – 59,5% kończyły wspomniane zdania: „nie odrabiano zadań”, „były komputery”, „były same piątki i nikt nie miał dwój”, „był ład i porządek”, „nie wyrażali się chamsko”, „nie bili dziewczyn”, „byli zgrani i fajni”.

Z kolei do najczęściej, oprócz zdrowia (patrz tab. 6), wymienianych przyczyn smutków i zmartwień przez dzieci, w tym szczególnie dzieci z dysfunkcją narządu ruchu, było poczucie osamotnienia, odrzucenia, braku więzi przyjacielskich i konfliktów z kolegami w środowisku macierzystym (gr. Ch. – 30,0%, gr. Z. – 14,5%).

Tab. 6. Powody zmartwień i smutków badanych dzieci

Treść wypowiedzi dzieci	Gr. Ch.		Gr. Z.	
	N*	%	N*	%
Stan zdrowia i związane z tym ograniczenia i lęki	91	33,3	2	0,8
Odrzucenie, osamotnienie, brak więzi przyjacielskich z kolegami	82	30,0	38	14,5
Problemy, nieporozumienia w rodzinie	21	7,7	87	33,2
Kłopoty z nauką	48	17,6	75	28,6
Konflikty z nauczycielami	15	5,5	40	15,3
Niekorzystna sytuacja materialna, brak pieniędzy na upragnioną rzecz	15	5,5	20	7,6
Ogółem wypowiedzi:	273		262	

*% obliczono od ogólnej liczby uzyskanych odpowiedzi badanych osobno z gr. Ch. i z gr. Z.

Należy zaznaczyć, że badana grupa dzieci przewlekle chorych i kalekich zupełnie inaczej percepuje kolegów z klasy w zakładzie leczniczym. Aż 75,8% ich wypowiedzi świadczyło o odczuciu pozytywnych związków emocjonalnych z kolegami z klasy sanatoryjnej. Na pytania „Czy lubisz, akceptujesz kolegów z klasy sanatoryjnej?” zdecydowana większość dzieci chorych i kalekich odpowiadała: „koleżanki są dla mnie miłe i dobre”, „lubię ich bo oni mnie lubią”, „czuję się z nimi dobrze, lubią mnie i chcą się ze mną bawić”, „są serdeczni i pomagają mi w kłopotach”, „pocieszają mnie żebym się nie martwiła”, „są tak samo chorzy jak ja i mnie rozumieją”.

Przedstawione dane mogą stanowić przesłankę do stwierdzenia mającego walor prakseologiczny.

Dzieci przewlekle chore i kalekie w środowisku społecznym, jakim jest klasa w szkole macierzystej nie zaspokajają takich istotnych potrzeb psychologicznych jak afiliacji, przynależności grupowej i uznania społecznego (akceptacji), mających podstawowe znaczenie w procesie regulacji stosunków jednostki z otoczeniem w procesie przystosowania społecznego.

Stąd w szkole masowej, w której w niedalekiej przyszłości realizowana będzie idea integracji, należy w sposób świadomy, planowy i systematyczny stwarzać podstawy do uczenia dzieci altruistycznych, wielokierunkowych i pożądaných postaw w stosunku do kolegów mających odchylenia od prawidłowości w stanie zdrowia i rozwoju.

To niezmiernie ważne zadanie mogą przede wszystkim skutecznie wykonywać nauczyciele, pod warunkiem, że będą do tego przygotowani. Niestety, jak wykazują badania (A. Maciarz 1984, T. Oleńska-Pawlak 1987, 1992) kształcenie i doksztalcanie nauczycieli tzw. „przedmiotowców” nie-

zmiennie, od wielu lat, ukierunkowane jest na przygotowanie ich głównie, bądź jedynie do realizacji funkcji dydaktycznej.

Ponieważ źródłem wzorcowych reprezentacji poznawczych dla dziecka są także nauczyciele, jako osoby z najbliższego mu otoczenia, za istotne uznałam zorientowanie się, jak dzieci przewlekle chore i kalekie spostrzegają swoich nauczycieli. Dane uzyskane na podstawie zgromadzonego materiału empirycznego (patrz tab. 7) pozwalają na stwierdzenie, że dzieci z obydwu grup Ch. i Z. nie różniły się w zasadzie w spostrzeżeniach odnośnie pożądaných i niepożądaných cech nauczycieli. W percepcji badanych dzieci dominowały przede wszystkim cechy charakteru (gr. Ch. – 49,5%, gr. Z. – 40,8%) i cechy zachowań prospołecznych (gr. Ch. – 24,7%, gr. Z. – 21,7%) nauczycieli. Cechy intelektualne, w tym zawodowe, oraz cechy fizyczne nauczycieli były podkreślane przez zdecydowanie mniejszy odsetek dzieci tak chorych (25,8%), jak i zdrowych (37,3%)(patrz tab. 7).

Tab. 7. Pożądane i niepożądane cechy nauczycieli w percepcji badanych uczniów

Pożądane cechy pozytywne nauczycieli	Gr. Ch.		Gr. Z.	
	N	%	N	%
Życzliwi, wyrozumiali, dobrzy, cierpliwi	71	38,2	39	32,5
Akceptujący i lubiący dzieci	46	24,7	26	21,7
Sprawiedliwie oceniający	32	17,2	21	17,5
Dobrze tłumaczący lekcje	10	5,4	21	17,5
Uśmiechnięci, weseli, mający poczucie humoru	21	11,3	10	8,3
O ładnym wyglądzie	6	3,2	3	2,5
Niepożądane cechy negatywne nauczycieli				
Niesprawiedliwi	47	26,3	43	35,8
Niezyczliwi, mściwi, surowi	59	31,7	29	24,2
Nerwowi, krzyczący, niecierpliwi	38	20,4	17	14,2
Prowadzący nudne lekcje, nie tłumaczący dobrze lekcji	32	17,2	16	13,3
Często stawiający dwóje	10	5,3	15	12,5

Treści wypowiedzi badanych o nauczycielach zostały również poklasyfikowane według przyjętego w badaniach schematu tj. kategorii odczuć pozytywnych, negatywnych i obojętnych (patrz tab. 8). Blisko dwukrotnie mniej dzieci przewlekle chorych i kalekich – 24,7% miało subiektywne odczucie negatywnej oceny nauczyciela w porównaniu z dziećmi zdrowymi – 41,7%. Na pytania, jak oceniają swoich nauczycieli ze szkoły macierzystej i na-

uczycieli ze szkoły sanatoryjnej oraz dokończając testy projekcyjne werbalne 85,0% dzieci oceniło bardziej pozytywnie nauczycieli ze szkoły sanatoryjnej.

Tab. 8. Odczucia emocjonalne badanych dzieci w stosunku do nauczycieli ze szkoły macierzystej

Kategoria wypowiedzi badanych	Gr. Ch.		Gr. Z.	
	N	%	N	%
– pozytywne	132	71,0	50	41,7
– negatywne	46	24,7	57	47,5
– obojętne	8	4,3	13	10,8

Pozytywne odczucia emocjonalne wyrażane przez większość dzieci z grupy Ch. – 71,0% (gr. Z. – 41,7%) wobec nauczycieli ze szkoły macierzystej potwierdzają zakładaną swoistość występującą w percepcji środowiska społecznego przez dzieci przewlekle chore i kalekie polegające na zdecydowanie silniejszym pozytywnym nastawieniu emocjonalnym do osób, z którymi przebywają. Ta silna potrzeba afiliacji i pozytywnego nastawienia dziecka do nauczycieli winna być im znana i pomóc w realizacji zasady bezwarunkowej akceptacji ucznia.

Wnioski

1. Przedstawione wyniki badań pozwalają na stwierdzenie występowania swoistości w percepcji przez dzieci przewlekle chorych i kalekich środowiska społecznego (rodzinnego i szkolnego). Specyfika ta polega na zdecydowanie silniejszym, w porównaniu z dziećmi zdrowymi, pozytywnym nastawieniu do osób, z którymi dzieci niepełnosprawne przebywają.

2. Ta silnie uwidoczniła potrzeba afiliacji i pozytywna emocjonalnie percepcja przez dzieci przewlekle chore i kalekie matki, rodzeństwa, kolegów i nauczycieli winna być tym osobom znana i pomocna w kształtowaniu prawidłowych stosunków interpersonalnych.

Informacja ta również pomocna będzie w realizacji zasady bezwarunkowej akceptacji dziecka niepełnosprawnego, szczególnie przez nauczycieli i kolegów szkół masowych.

3. Ponieważ w badaniach stwierdzono występowanie, w odczuciu dzieci niepełnosprawnych, zdecydowanie słabszej więzi emocjonalnej z ojcem szczególnego znaczenia i ukierunkowania nabiera współpraca lekarzy, pedagogów i psychologów z rodzicami dziecka, w tym zwłaszcza z ojcem.

4. Badania wykazały również, że dwukrotnie więcej dzieci przewlekle chorych i kalekich – 65,1% ma subiektywne odczucia o negatywnym nastawieniu i braku akceptacji ze strony kolegów z klasy macierzystej, w porównaniu z dziećmi zdrowymi – 39%.

Wynika stąd pilna potrzeba następujących działań:

– środki masowego przekazu, rodzice, pedagodzy, psychologodzy, winni stwarzać sytuacje uczące dzieci od najmłodszych lat altruistycznych, prawidłowych postaw w stosunku do jednostek niepełnosprawnych;

– przyszłych i czynnych nauczycieli, jako osoby inspirujące i odpowiedzialne za działanie opiekuńczo-wychowawcze (a nie tylko dydaktyczne) wobec uczniów w środowisku szkolnym, należy zapoznać z elementami problematyki pedagogiki specjalnej, w tym z zagadnieniami integracji dzieci niepełnosprawnych ze środowiskiem.