

Aleksandra Berkowska

Uniwersytet Warszawski
Wydział Pedagogiczny
ORCID: 0000-0003-1287-0858

Anna Kowalewska

Uniwersytet Warszawski
Wydział Pedagogiczny
ORCID: 0000-0002-8476-9911

Joanna Mazur

Instytut Matki i Dziecka
Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży
ORCID: 0000-0002-3937-7230

Uczestnictwo w zajęciach lekcyjnych i pozalekcyjnych w zależności od stanu zdrowia uczniów oraz wybranych czynników kontekstowych

Summary

PARTICIPATION IN CLASSES AND EXTRACURRICULAR ACTIVITIES DEPENDING ON STUDENTS' HEALTH AND SELECTED CONTEXTUAL FACTORS

The article is devoted to the problem of pupils' perception of difficulties in participating in classes and extracurricular activities. The research was carried out in Poland as part of the international HBSC (Health Behavior in School-aged Children) study in the school year 2013/2014. Data refer to 3,448 schoolkids who completed an extended questionnaire about functioning in a school environment. The research covered five school years – from the fifth grade of primary school to the third grade of lower secondary school. The average age of the respondents was 14.2 years (SD = 1.7). The aim of this work was to compare the pupils' perception of difficulties in access to school and extracurricular activities depending on the health conditions and selected socio-demographic factors. The obtained results indicate that only one in five pupils declared complete lack of difficulty. The results of the average values of the scale of “restrictions on participation in extracurricular activities and after-school programmes” showed a significant relationship with the sex and wealth of the family, to the detriment of

boys and poor families. Pupils with diseases and health problems more often declared that they had difficult access to school and extracurricular activities. Analyses taking into account the state of health of the respondents and the socio-economic status of the family and place of residence indicated that these differences are not offset by children from rich families living in medium-sized cities. An important task of the school in order to equalise educational opportunities is to diagnose the needs related to the students' health conditions but also taking into account environmental conditions.

Key words: health, chronic diseases, education, school activities, extracurricular activities

red. Paulina Marchlik

Wprowadzenie

W ramach funkcjonowania szkoły podejmowane są różne czynności dydaktyczne, wychowawcze, opiekuńcze i profilaktyczne. Kierowane są one do grup dzieci zróżnicowanych pod względem rozwojowym, zdrowotnym, edukacyjnym oraz wywodzących się z różnych środowisk rodzinnych, społecznych, w tym kulturowych.

Według obowiązujących przepisów w Polsce obowiązek szkolny dziecka rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym kończy 7 lat, oraz trwa do ukończenia przez niego szkoły podstawowej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18 roku życia (Dz.U. 2017, poz. 59). W procesie dydaktyczno-wychowawczym dzieci i młodzieży duże znaczenie mają zarówno zajęcia lekcyjne, jak i pozalekcyjne. Uwzględnione w szkolnym zestawie programów nauczania oraz w programie wychowawczym zajęcia lekcyjne i pozalekcyjne z założenia uzupełniają się i tworzą spójną całość pracy edukacyjnej szkoły (Okoń 2004; Denek 2014). Stwarzają możliwość rozwijania indywidualnych zainteresowań uczniów, w przypadku zajęć sportowych mają wpływ na kondycję fizyczną i funkcjonowanie psychofizyczne ucznia w szkole. Zajęcia realizowane poza systemem lekcyjnym mogą przyczyniać się nie tylko do poprawy sprawności fizycznych czy zdolności poznawczych młodych ludzi, ale mogą stanowić okazję wzbudzenia u młodzieży zainteresowania prozdrowotnymi formami spędzania czasu wolnego, rozwijania umiejętności nawiązywania kontaktów z osobami posiadającymi podobne zainteresowania oraz poznawania swoich mocnych i słabych stron. W następstwie stanowić mogą alternatywę dla podejmowanych w czasie wolnym przez młodzież zachowań ryzykownych dla zdrowia (Kowalewska 2018).

Istotne znaczenie w procesie dydaktyczno-wychowawczym mają organizowane przez szkołę różnorodne wycieczki w ramach zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych (Denek 2014). Sprzyjają one integracji klasy, podczas nich uczniowie mają możliwość poszerzyć swoją wiedzę z różnych dziedzin życia społecznego, gospodarczego i kulturalnego. Umożliwiają kształcenie postaw i umiejętności niezbędnych w promowaniu zdrowego stylu życia, rozbudzaniu zainteresowania własną okolicą czy krajem. Uczestnictwo dzieci w różnych zajęciach pozalekcyjnych i pozaszkolnych stwarza szkole możliwość podejmowania działań, które mogą wspomagać rodzinę w procesie wychowania.

Z danych raportu GUS „Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2016/2017” wynika, że wielu uczniów nie korzysta z zajęć szkolnych. Wyniki prowadzonej przez różne szkoły ewaluacji wykazują, że poważnym problemem, mającym wpływ na osiągnięcia szkolne ucznia i ocenę jakości szkoły, jest niska frekwencja uczniów na zajęciach szkolnych (Antczak 2005). Z tego powodu konieczne jest poznanie deklarowanych (przez dzieci i ich rodziców) przyczyn opuszczania zajęć szkolnych. Istotne jest ustalenie, na ile wynikają one z etapu rozwoju dziecka, jego stanu zdrowia, uwarunkowań rodzinnych czy środowiska szkolnego.

W celu podejmowania skutecznych działań pedagogicznych, w różnych obszarach jej działalności, konieczne jest podejmowanie przez pracowników szkoły i instytucje wspomagające, działań zmierzających do postawienia diagnozy i udzielania pomocy uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W celu zapewnienia pomocy dostosowanej do indywidualnych potrzeb Ministerstwo Edukacji Narodowej wprowadziło w ostatnich latach wiele zmian prawnych, które określają kierunki w zakresie wspierania ucznia w szkole i innych placówkach, oraz określiło zadania dyrektora w kontekście nowych regulacji prawnych (Dz.U. 2017, poz. 59 i 949). Głównym celem podejmowanych w szkole działań jest m.in. włączenie i integracja z rówieśnikami ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, zarówno przez wspomaganie jego rozwoju, jak i likwidowanie barier oraz ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka w grupie rówieśniczej i jego uczestniczenie w życiu szkoły (Cybulska i in. 2017; Zareba 2014).

Wśród dzieci, które wymagają pomocy znalazły się te, które posiadają orzeczenia lub opinie poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz te, które takich orzeczeń nie posiadają, ale na podstawie rozpoznania dokonanego w szkole uznano, że jej potrzebują. W tej grupie znalazły się m.in. dzieci: wybitnie zdolne, z dysharmonią rozwojową, które wykazują zaburzenia emocji lub zachowania i deficyty koncentracji. Do grupy tej zaliczono również dzieci, które

doświadczają trudności wynikających z zaniedbań środowiskowych, sytuacji kryzysowych czy traumatycznych, adaptacji w nowym środowisku, ale także dzieci z chorobami przewlekłymi.

Dzieci i młodzież z chorobami przewlekłymi stanowią grupę, która wykazuje specyficzne potrzeby w zakresie opieki medycznej, psychologicznej, a także edukacji. Każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę zależną od rodzaju i stopnia uszkodzenia budowy lub funkcji organizmu, indywidualnego jej przebiegu oraz sposobu leczenia. Specyfika ta z jednej strony wpływa na stopień funkcjonowania dziecka w szkole, z drugiej strony funkcjonowanie dziecka w szkole ma wpływ na jego stan zdrowia. Choroba może zaburzyć realizację zadań rozwojowych, charakterystycznych dla poszczególnych okresów rozwoju dziecka na płaszczyźnie biologicznej, psychicznej, społecznej oraz może stanowić źródło deprywacji jego potrzeb (Małkowska-Szkutnik i in. 2018; Mazur, Małkowska-Szkutnik 2010; Woynarowska 2010). Zaburzenia te mogą być spowodowane bezpośrednio przez samą chorobę, ale również pośrednio poprzez współlistniejące z chorobą zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, spowodowane powtarzającymi się stresorami. Niezależnie od swojej specyfiki choroba przewlekła może wywierać niekorzystny wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne dzieci i młodzieży. Z jednej strony chory może bagatelizować chorobę i wyznaczać sobie niemożliwe do realizacji cele życiowe, z drugiej strony może wyolbrzymiać wpływ choroby na własne życie, co w następstwie prowadzić może do rezygnacji z planów na przyszłość (Perrin i in. 1984). Choroba może być przyczyną etykietowania osób nią dotkniętych i to zarówno przez uczniów, jak i pracowników szkoły. Chory może być postrzegany jako „odmienny”, „gorszy”. W konsekwencji może to prowadzić do wykluczenia ucznia z grupy rówieśników i tym samym niezaspokojenia jednej z podstawowych potrzeb uczniów w okresie dojrzewania, jaką jest przynależność do grupy. W literaturze przedmiotu wśród czynników, które mogą mieć wpływ na wykluczenie ucznia z chorobą przewlekłą ze środowiska rówieśniczego wyróżnia się różne bariery w środowisku fizycznym szkoły oraz czynniki ekonomiczne rodziny, które uniemożliwiają dziecku uczestnictwo w zajęciach szkolnych i pozaszkolnych (Woynarowska 2010; Małkowska-Szkutnik i in. 2018).

W raporcie na temat społecznych nierówności pod względem zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce sformułowano wniosek, że dzieci z chorobami przewlekłymi stanowią grupę wymagającą ukierunkowanych działań interwencyjnych. Z przeprowadzonych analiz z wykorzystywaniem różnych wskaźników zaburzeń zdrowia fizycznego i psychicznego wynikało, że wszystkie one pogarszały

się u młodzieży z chorobami przewlekłymi, jednocześnie poprawa kapitału społecznego niwelowała te różnice (Mazur 2016).

Precyzyjna ocena liczby dzieci z chorobami przewlekłymi jest trudna do ustalenia ze względu na brak jednolitej definicji choroby przewlekłej. Inną trudność stanowi fakt, że różne są źródła pozyskiwania wiedzy na temat częstości występowania tych chorób. Na ogół dane pochodzą od uczniów lub ich rodziców (Woynarowska 2010). Szacuje się jednak, że odsetek dzieci i młodzieży z chorobami przewlekłymi wynosi od 20 do 30%. Z tego wynika, że statystycznie w każdej klasie znajduje się kilkoro uczniów, którzy doświadczają różnych problemów związanych ze swoim stanem zdrowia. Należy jednak zaznaczyć, że u dzieci z zaburzeniami zdrowia, w tym żyjących z chorobą przewlekłą czy niepełnosprawnością, obserwuje się również pozytywny wpływ choroby na przebieg okresu dojrzewania. Jednym z pozytywnych elementów jest np. nabycie zdolności do podejmowania własnych decyzji i ponoszenia ich konsekwencji, sprzyja to kształceniu postaw odpowiedzialności za swoje czyny (Perrin 1984; Wolańczyk 2006). Dzieci i młodzież z chorobami przewlekłymi i różnymi problemami zdrowotnymi lepiej rozumieją procesy zachodzące we własnym ciele oraz rozpoznają zależności pomiędzy swoim postępowaniem a aktualnym stanem zdrowia.

Badania wykazują, że uczniowie z chorobą przewlekłą gorzej niż ich zdrowi rówieśnicy postrzegają środowisko szkolne i gorzej funkcjonują w szkole. Częściej występowało u nich mniejsze poczucie przynależności do szkoły i gorsza ocena kompetencji szkolnych (Małkowska 2018; Woynarowska 2010). Uczniowie z chorobą przewlekłą, częściej niż zdrowi rówieśnicy deklarowali opuszczanie zajęć szkolnych oraz postrzegali naukę szkolną jako duże obciążenie, w większym stopniu odczuwali też stres związany z nauką (Małkowska-Szkutnik 2014). Z badań dotyczących funkcjonowania w szkole uczniów z chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością wynika, że funkcjonowanie ucznia w szkole należy postrzegać w sposób systemowy. Uczeń stanowi element systemu jakim jest szkoła, poszczególne zaś elementy oddziałują na siebie cyrkularnie, a nie linearnie. Z tego powodu podczas analizy funkcjonowania ucznia w środowisku szkolnym konieczne jest uwzględnianie obok czynników indywidualnych również tych, składających się na środowisko fizyczne i psychospołeczne szkoły oraz bliższe i dalsze środowiska ucznia.

Celem pracy jest porównanie postrzegania przez uczniów trudności w dostępie do zajęć szkolnych i pozalekcyjnych w zależności od stanu zdrowia

i wybranych czynników demograficznych. W nawiązaniu do postawionego celu sformułowano pytania badawcze:

1. Jak często uczniowie uważają, że mają większe niż rówieśnicy problemy z uczestnictwem w zajęciach lekcyjnych i pozalekcyjnych?
2. Czy postrzeganie tego typu ograniczeń wykazuje związek z ogólnym przystosowaniem do szkoły?
3. Czy występowanie u badanych choroby przewlekłej, niepełnosprawności rzutuje na stopień postrzeganych przez nich trudności w dostępie do uczestnictwa w zajęciach szkolnych i pozalekcyjnych?
4. Czy i jakie zmienne kontekstowe mogą chronić uczniów z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością przed ograniczeniami w dostępie do zajęć szkolnych i pozaszkolnych?

Material i metoda

W opracowaniu wykorzystano wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w Polsce, w ramach międzynarodowych badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) w roku szkolnym 2013/2014. Dane dotyczą 3448 uczniów, którzy wypełniali rozszerzoną ankietę dotyczącą funkcjonowania w środowisku szkolnym. Badaniami objęto pięć roczników szkolnych – od V klasy szkoły podstawowej do III klasy gimnazjum. Próba była zrównoważona pod względem płci, chłopcy stanowili 48,3%, a dziewczęta 51,7% ankietowanych. Średni wiek badanych wynosił 14,2 lat ($SD = 1,7$). Uczęszczali oni do 180 losowo wybranych klas ze 113 szkół różnych typów zlokalizowanych we wszystkich 16 województwach. W próbie przeważali mieszkańcy mniejszych miast (39,1%). Mieszkańcy dużych miast (powyżej 100 000 mieszkańców) stanowili odpowiednio 30,1%, a mieszkańcy rejonów wiejskich 30,8%.

Badania ankietowe były prowadzone na terenie szkół metodą audytoryjną, przy użyciu tradycyjnych kwestionariuszy papierowych. Dokładny opis procedury badań znajduje się w krajowym raporcie HBSC (Mazur 2015).

W niniejszej pracy wykorzystano pytania badawcze, na podstawie których zdefiniowano następujące wskaźniki i zmienne:

Postrzeganie problemów w uczestnictwie w zajęciach szkolnych i pozalekcyjnych.

Podstawą analiz były trzy pytania na temat ograniczonego dostępu do zajęć szkolnych i pozalekcyjnych. Wchodziły one w skład bloku pytań własnych,

zastosowany przez polski zespół poza międzynarodowym protokołem HBSC. Uczniowie mieli ocenić, czy w porównaniu z rówieśnikami mają większe problemy z:

- systematycznym chodzeniem do szkoły,
- uczestnictwem w zajęciach pozalekcyjnych,
- uczestnictwem w wycieczkach szkolnych.

Wyróżniono pięć kategorii odpowiedzi w skali Likerta, od „zdecydowanie nie zgadzam się” do „zdecydowanie zgadzam się”. Połączone kategorie „zdecydowanie zgadzam się” i „zgadzam się” potraktowano jako występowanie ograniczeń, zaś połączone kategorie „zdecydowanie nie zgadzam się” i „nie zgadzam się” jako brak ograniczeń.

Na podstawie ww. trzech pytań zbudowano sumaryczną skalę ograniczeń przyjmującą zakres od 0 do 12 punktów, gdzie wyższa punktacja oznacza większe ograniczenia w dostępie do zajęć. Skala ta ma dobre własności psychometryczne. Stosując eksploracyjną analizę czynnikową metodą głównych składowych stwierdzono, że ma ona w tej próbie strukturę jednoczynnikową, a główny czynnik wyjaśnia 68,7% ogólnej zmienności. Rzetelność skali oceniono wskaźnikiem alfa-Cronbacha na poziomie 0,772. Skalę tę podzielono umownie na trzy przedziały: 0–1, 2–5 i 6–12 punktów. W trzech grupach znalazło się odpowiednio 29,8%, 43,5% oraz 26,7% ankietowanych.

Ogólny stosunek do szkoły. Uczniowie zaznaczali w skali czteropunktowej, jak bardzo lubią szkołę. Pytanie to od lat znajduje się w protokole HBSC wśród pytań obowiązkowych i było wykorzystywane w wielu publikacjach (Samdal i in. 1998).

Choroby przewlekłe, niepełnosprawność i inne problemy zdrowotne badano z wykorzystaniem trzech pytań zawartych w kwestionariuszu badań HBSC. W pierwszym pytaniu uczniowie mieli za zadanie odpowiedzieć czy „chorują na jakąś chorobę przewlekłą (długotrwałą) lub są niepełnosprawni lub mają inne kłopoty ze zdrowiem (np. cukrzycę, zapalenie stawów, poważną alergię, mózgowe porażenie dziecięce), co zostało stwierdzone przez lekarza”. W przypadku odpowiedzi pozytywnej, badani zaznaczali w dwóch odrębnych pytaniach, „czy tego typu problemy zdrowotne wiążą się z koniecznością stałego przyjmowania leków” oraz „czy ograniczają one ich udział w zajęciach w szkole” (Mazur i in. 2013). W badanej grupie było 18,1% uczniów z chorobami przewlekłymi bądź niepełnosprawnymi.

Zamożność rodziny badano używając skali zasobów materialnych rodziny (FAS – Family Affluence Scale), która też jest narzędziem wypracowanym przez badaczy z sieci HBSC. Skala ta składa się z sześciu pytań dotyczących:

liczby samochodów i komputerów w rodzinie, posiadania własnego pokoju przez ucznia, wyposażenia gospodarstwa domowego w zmywarkę do naczyń, liczby łazienek oraz liczby wyjazdów zagranicznych z rodziną na wakacje lub ferie. Skala FAS przyjmuje zakres od 0 do 13 punktów. Dzieli się ją na trzy przedziały, odpowiadające niskiej (0–5 punktów), przeciętnej (6–9 punktów) i (10–13 punktów) wysokiej zamożności (Torsheim i in. 2016).

W analizie statystycznej porównano różne grupy uczniów pod względem średnich wartości skali ograniczeń w dostępie do zajęć. Zastosowano test nieparametryczny Manna-Whitney'a dla dwóch grup niezależnych lub Kruskala-Wallisa dla trzech porównywanych grup. Przyjęto za wartość krytyczną $p < 0,01$. Analizy wykonano przy pomocy programu statystycznego SPSS.

Wyniki

Problemy w dostępie do wybranych zajęć szkolnych i pozalekcyjnych

Wśród badanych uczniów brak ograniczeń w uczestniczeniu w zajęciach szkolnych i pozaszkolnych wykazywało w zależności od pytania od 41 do 51% ankietowanych. Stosunkowo najlepiej uczniowie oceniali na tle rówieśników swoje możliwości systematycznego chodzenia do szkoły, najgorzej zaś możliwość uczestnictwa w zajęciach pozalekcyjnych (tabela 1).

Tabela 1. Dostęp uczniów do zajęć szkolnych i pozalekcyjnych (w %)

Dostęp do zajęć	Ograniczony	Trudno powiedzieć	Bez ograniczeń
Wycieczki szkolne	36,1	18,2	45,7
Zajęcia pozalekcyjne	31,7	27,6	40,7
Systematyczne chodzenie do szkoły	36,1	13,0	50,9

W przypadku systematycznego chodzenia do szkoły ponad połowa badanych przyznała, że w porównaniu z rówieśnikami, nie czuła się pod tym względem w gorszej sytuacji od innych, a odsetek niezdecydowanych był niższy niż przy odpowiedziach na pozostałe pytania. Największy brak zdecydowania wykazywano, odpowiadając na pytanie odnośnie możliwości uczestniczenia w zajęciach pozalekcyjnych. W związku z tym stosunkowo mniejszy odsetek uczniów deklarował ograniczenia i ich brak.

Uwzględniając w analizach wszystkie trzy odpowiedzi na pytania dotyczące postrzegania problemów z uczestnictwem w zajęciach wykazano, że uczniowie z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością częściej niż uczniowie zdrowi deklarowali takie problemy. Były to różnice na niekorzyść chorych rzędu 5% (systematyczne chodzenie do szkoły), 5% (zajęcia pozalekcyjne) i 5% (wycieczki).

Ograniczenie w dostępie do zajęć szkolnych i pozaszkolnych a wybrane cechy ucznia

Analizując skalę ograniczeń, oszacowano średni indeks na poziomie 3,76 punktów oraz znaczny rozrzut jego wartości (SD = 3,26). Rozkład odpowiedzi był wyraźnie skośny z dominacją wartości niskich. Całkowity brak problemów deklarował prawie co piąty uczeń. Średnie wartości skali ograniczeń w uczestnictwie w zajęciach związanych ze szkołą porównano z uwzględnieniem wieku uczniów, ich płci, miejsca zamieszkania, zamożności rodziny i występowania problemów zdrowotnych i chorób.

Tabela 2. Średnie wartości skali ograniczeń w dostępie do zajęć szkolnych i pozaszkolnych wg wybranych cech ucznia

Cechy ucznia		średnia ± SD	p*
Płeć	chłopiec	4,30 ± 3,38	< 0,001
	dziewczyna	3,26 ± 3,06	
Grupa wieku	11–12 lat	4,11 ± 3,87	0,353
	13–14 lat	3,75 ± 3,11	
	15–16 lat	3,49 ± 2,82	
Zamieszkanie	duże miasto	3,63 ± 3,28	0,029
	małe miasto	3,74 ± 3,27	
	rejon wiejski	3,92 ± 3,24	
Zamożność rodziny	uboga	4,01 ± 3,14	< 0,001
	przeciętna	3,62 ± 3,26	
	zamożna	3,35 ± 3,50	
Choroba przewlekła, niepełnosprawność**	nie	3,69 ± 3,23	0,023
	tak	4,05 ± 3,38	

* test nieparametryczny Manna-Whitney'a lub Kruskala-Wallis

** w tym konieczność brania leków i ograniczenie w uczestnictwie w zajęciach szkolnych

Analizy dotyczące średnich wartości skali ograniczeń w uczestnictwie w zajęciach związanych ze szkołą według różnych cech uczniów wykazały istotny związek z płcią i zamożnością rodziny na niekorzyść chłopców oraz rodzin ubogich. Związek z miejscem zamieszkania okazał się również istotny, z tendencją do deklarowania większych ograniczeń przez uczniów zamieszkałych na wsi (tabela 2).

Również uczniowie z różnymi chorobami i problemami zdrowotnymi osiągnęli mniej korzystne wyniki indeksu ograniczeń w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami. W teście nieparametrycznym nieistotne okazały się różnice związane z wiekiem, chociaż wartość średnia indeksu ograniczeń wydaje się być większa w najmłodszej grupie wieku. W kolejnych grupach obniża się zarówno wartość średnia jak i odchylenie standardowe.

Postrzeganie ograniczeń w dostępie do zajęć szkolnych i pozalekcyjnych a stan zdrowia badanych

W kolejnych analizach sprawdzono interakcję między zamożnością rodziny i występowaniem chorób przewlekłych lub niepełnosprawności jako predyktorami postrzeganych ograniczeń w uczęszczaniu na zajęcia szkolne i pozalekcyjne (tabela 3).

Tabela 3. Średnie wartości skali ograniczeń w dostępie do zajęć szkolnych i pozaszkolnych w zależności od stanu zdrowia ucznia i statusu społecznego lub miejsca zamieszkania

Wybrany czynnik		Średnia wartości w skali ograniczeń	
		Uczniowie zdrowi	Uczniowie z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnością
Zamożność rodziny	uboga	3,92	4,43
	przeciętna	3,56	3,92
	zamożna	3,36	3,38
Miejsce zamieszkania	duże miasta	3,50	4,18
	małe miasta	3,73	3,69
	rejon wiejski	3,83	4,39

Uzyskane wyniki wykazały, że w rodzinach ubogich i przeciętnych pod względem zamożności uczniowie z chorobami i niepełnosprawnością uzyskiwali

wyższe wartości średnich niż ich zdrowi rówieśnicy. Wraz ze wzrostem zamożności rodziny różnica uległa redukcji.

Analizy z uwzględnieniem stanu zdrowia uczniów i miejsca zamieszkania oraz średniej wartości w skali ograniczeń wykazały, że zarówno środowisko dużych miast, jak i wsi sprzyja pogłębieniu ograniczeń w dostępie do zajęć lekcyjnych i pozalekcyjnych między uczniami chorymi i ich zdrowymi rówieśnikami. W przypadku uczniów zdrowych nasilenie ograniczeń zmniejsza się wraz ze wzrostem wielkości miejscowości.

Stosunek do szkoły a postrzeganie ograniczeń w dostępie do zajęć szkolnych i pozaszkolnych

W dalszych analizach uwzględniono poziom ograniczenia w zajęciach jako czynnik wpływający na stosunek do szkoły badanych uczniów (tabela 4).

Tabela 4. Stosunek do szkoły wg postrzegania ograniczeń związanych z uczestnictwem w zajęciach

Stosunek do szkoły	Ogółem	Poziom ograniczeń w dostępie do zajęć w skali 0–12 punktów		
		Małe (0–1)	Średnie (2–5)	Duże (6–12)
bardzo ją lubię	37,1	46,1	33,6	32,8
trochę ją lubię	40,7	38,5	44,1	37,5
niezbyt ją lubię	14,3	10,0	14,9	18,2
nie lubię jej wcale	7,8	5,4	7,3	11,5

W całej badanej grupie odsetek uczniów, którzy zdecydowanie nie lubią szkoły wynosił 7,8%. Odsetek ten zwiększał się od 5,4 do 11,5% przy porównaniu uczniów mających małe i duże ograniczenia w dostępie do zajęć lekcyjnych i pozalekcyjnych. W kolejnych grupach odpowiednio maleje odsetek uczniów, którzy bardzo lubią szkołę.

Analizy z uwzględnieniem stosunku do szkoły, poziomu ograniczeń do zajęć i stanu zdrowia uczniów wykazały, że uczniowie z chorobami przewlekłymi nieznacznie częściej deklarują nieprzyjazny stosunek do szkoły. Szkoły nie lubiło 7,7% uczniów zdrowych i 9,0% z chorobami przewlekłymi. Gorszy dostęp do różnego rodzaju zajęć nie wpływa na tę różnicę. Paradoksalnie, różnica się nasilała przy niewielkich ograniczeniach.

Omówienie wyników

Niniejsza praca zawiera wyniki badań przeprowadzonych wśród populacji 3448 uczniów będących uczniami od V klasy szkoły podstawowej do III klasy gimnazjum. Należy podkreślić, że przeprowadzone badania opierały się na subiektywnej ocenie trudności w uczestniczeniu w zajęciach lekcyjnych i poza lekcyjnych. Wśród badanych co drugi uczeń podał, że w porównaniu z rówieśnikami nie ma większych problemów z systematycznym chodzeniem do szkoły. Jeszcze mniej uczniów deklaroowało brak trudności w dostępie do wycieczek szkolnych i zajęć pozalekcyjnych. W przypadku zajęć pozalekcyjnych prawie jedna czwarta badanych nie miała zdania na ten temat. Zjawisko to jest o tyle niepokojące, że uczęszczanie do szkoły jest obowiązkiem każdego ucznia, a tylko połowa badanych uważała, że nie mają trudności w wypełnianiu obowiązku szkolnego. Zajęcia pozalekcyjne i pozaszkolne mają w założeniu rozwijać indywidualne zainteresowania ucznia i sprzyjać wielostronnemu rozwojowi osobowości i zdrowiu (Denek 2014; Kowalewska 2018). W badanej grupie jednak prawie 1/3 uczniów deklaroowało trudności w dostępie do nich. W przeprowadzonych badaniach ocena trudności miała charakter nieskategoryzowany, warto byłoby w przyszłości poszerzyć ten wątek o wyodrębnienie czynników, które składają się na te trudności i poddać je obiektywnej ocenie. W prezentowanych wynikach badań również pytanie o zajęcia pozalekcyjne miało charakter ogólny. Proponowane uczniom zajęcia pozalekcyjne mają zróżnicowany charakter i często pełnią inne funkcje, jak np.: wyrównywanie szans edukacyjnych, przeciwdziałanie niepożądanym zachowaniom, rozwijanie zainteresowań uczniów oraz zapewnienie im możliwości spędzania czasu po lekcjach, przed powrotem rodziców do domu. Z tego powodu istotne byłoby w przyszłości sprawdzić, w jakim stopniu proponowane zajęcia umożliwiają rozwijanie indywidualnych zainteresowań i dostosowane są do rozwojowych i edukacyjnych potrzeb ucznia. Organizacja zajęć pozalekcyjnych to zadanie szkoły oraz jednostek samorządu terytorialnego. Z raportu dotyczącego realizacji zajęć pozalekcyjnych wynika jednak, że współpraca między nimi wymaga poprawy w sprawie finansowania zajęć. Prowadzenie zajęć pozalekcyjnych traktowane jest często jako wewnętrzna sprawa szkoły. W konsekwencji bardzo często powszechne jest niewykorzystywanie tego typu zajęć w prowadzeniu lokalnej polityki oświatowej. Pomimo przeznaczania środków finansowych, sposób ich wykorzystania często nie jest poddawany właściwej ewaluacji (*System finansowania...* 2012).

W przeprowadzonych analizach założono, że powodem ograniczonego uczestnictwa w zajęciach szkolnych może, ale nie musi, być stan zdrowia. Z przeprowadzonych analiz wynikało, że o około pięć procent dzieci z chorobami i zaburzeniami zdrowia częściej niż dzieci zdrowe deklarowało trudności w systematycznym uczestnictwie w zajęciach szkolnych, wycieczkach szkolnych i zajęciach pozalekcyjnych. Analiza średnich wartości skali ograniczeń do zajęć szkolnych wykazała również, że dzieci zdrowe uzyskiwały niższe wartości niż dzieci z różnymi problemami i chorobami. Potwierdza to wyniki innych autorów, że stan zdrowia dziecka może być jednym z czynników, który może utrudniać funkcjonowanie ucznia w szkole (Małkowska-Szkutnik 2014; Mazur 2016).

W analizach oprócz stanu zdrowia istotne różnice statystyczne wystąpiły w przypadku uwzględnienia w analizach płci i statusu społeczno-ekonomicznego rodziny. Zdecydowanie wyższe wartości wskaźnika występowały u chłopców niż dziewcząt oraz w rodzinach ubogich niż średniozamożnych i bogatych.

W przypadku uwzględnienia w analizach średnich wartości skali ograniczeń w dostępie do zajęć szkolnych i pozaszkolnych w zależności od stanu zdrowia ucznia i statusu społecznego lub miejsca zamieszkania wykazano, że uczniowie zdrowi uzyskiwali niższe wartości w skali ograniczeń niż ich rówieśnicy, którzy deklarowali kłopoty ze zdrowiem. U dzieci z problemami zdrowotnymi, pochodzących z ubogiej rodziny poziom ograniczeń w dostępie do zajęć szkolnych wyraźnie wzrastał. Różnice niwelowały się tylko w przypadku uczniów pochodzących z rodzin bogatych oraz mieszkańców małych miast. Z badań prowadzonych w Polsce i na świecie wynika, że status społeczno-ekonomiczny jest jednym z czynników, który wykazuje związek ze stanem zdrowia dzieci i młodzieży mierzonego z wykorzystaniem różnych wskaźników (Mazur 2015). Z tego powodu w celu poprawy funkcjonowania dzieci z chorobami w środowisku szkolnym oraz stworzenia im warunków do optymalnego rozwoju, konieczne jest wsparcie finansowe tych rodzin lub pomoc w niwelowaniu fizycznych przeszkód, utrudniających uczestnictwo dzieci w zajęciach pozalekcyjnych. Istotną rolę w tym procesie powinna odegrać szkoła odpowiednio wspierana przez jednostki samorządu terytorialnego.

Przeprowadzone badania wykazały, że w przypadku nielubienia szkoły odsetek uczniów zwiększał się wśród uczniów deklarujących większe ograniczenia w dostępie do zajęć szkolnych i pozaszkolnych. Warto byłoby w przyszłości podjąć badania nad przyczynami tych trudności, ponieważ mogą one wynikać z kłopotów finansowych, gdyż część zajęć może być odpłatna. Innym powodem może być np. zbytne obciążenie obowiązkami domowymi, złe relacje z rówieśnikami czy trudności w dotarciu do domu po zajęciach. Wystąpienie trudności

w uczestniczeniu w zajęciach lekcyjnych i pozalekcyjnych może być powodem, dla których uczniów będzie postrzegał to jako rodzaj wykluczenia z życia szkoły.

Uczniowie z chorobami gorzej oceniali swój stosunek do szkoły niż uczniowie zdrowi. Interesujące jest jednak to, że gdy analizowano stosunek do szkoły razem z postrzeganiem ograniczeń w uczestnictwie w zajęciach szkolnych, to różnice te występowały tylko w przypadku małych ograniczeń w dostępie do zajęć szkolnych i pozaszkolnych, a przy wysokich ulegały redukcji.

- Badania z wykorzystaniem ogólnych wskaźników dotyczących stanu zdrowia i trudności w dostępie do zajęć szkolnych pozwoliły nam wykazać, że stan zdrowia jest jednym z czynników, który prowadzić może do gorszego funkcjonowania uczniów w środowisku szkolnym.
- Przeprowadzone badania wskazują, że konieczne jest dalsze prowadzenie badań dotyczących potrzeb edukacyjnych dzieci z chorobami przewlekłymi i zaburzeniami zdrowia.
- Przedstawione analizy potwierdzają opinie innych specjalistów z zakresu wspomagania rozwoju dzieci oraz kształcenia i wychowania uczniów z problemami zdrowia, w tym żyjących z chorobami przewlekłymi, że: celowe jest opracowanie wytycznych dotyczących dostępu tych uczniów do efektywnej edukacji oraz zapewnienia odpowiadających im form wsparcia. Ważne jest jednak, aby w miarę możliwości uelastyczyć zasady stosowania tych wytycznych w taki sposób, aby najbardziej odpowiadały potrzebom uczniów, a nie istniejącej strukturze organizacyjnej szkoły.
- W celu lepszego zrozumienia potrzeb uczniów z chorobami przewlekłymi konieczne jest prowadzenie badań z uwzględnieniem dwóch perspektyw. Po pierwsze konieczne jest uwzględnienie potrzeb i rodzajów wsparcia kierowanych do uczniów, biorąc pod uwagę różnice wynikające ze specyfiki choroby. Po drugie niezależnie od współwystępującej jednostki chorobowej, niezbędne jest wyodrębnienie istotnych w pokonywaniu trudności i sprzyjających samorealizacji oraz kształtowaniu pozytywnej samoświadomości, cech i umiejętności uczniów z chorobą przewlekłą.

Bibliografia

- Antczak B. 2015. *Niska frekwencja uczniów jako jedna z przyczyn niepowodzeń szkolnych*, „Journal of Modern Science”, nr 25, s. 297–311.
- Cybulska R., Derewlana H., Kacprzak A., Peczek K. 2017. *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w systemie edukacji w świetle nowych przepisów prawa oświatowego*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.

- Denek K. 2014. *Pedagogiczne aspekty zajęć pozalekcyjnych w kontekście krajoznawstwa i turystyki*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu”, nr 45, s. 106–118.
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r., poz. 59, ze zm.).
- Kowalewska A. 2018. *Hobby a samoocena zdrowia młodzieży w kontekście czasu wolnego*, „Chowania”, nr 2, s. 51–57.
- Małkowska-Szkutnik A. 2014. *Choroby przewlekłe u dzieci i młodzieży jako narastający problem społeczny*, „Studia BAS”, nr 2, s. 89–112.
- Małkowska-Szkutnik A., Woynarowska B., Mazur J. 2018. *Postrzeżenie środowiska psychospołecznego szkoły i funkcjonowanie w niej uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 1, s. 179–197.
- Mazur J., Sentenac M., Brooks F., Małkowska-Szkutnik A., Gajewski J., Gavin A. 2013. *Burden of chronic health conditions in adolescence measured by school surveys*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, nr 2, s. 157–164.
- Mazur J., red. 2015. *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Mazur J. 2016. *Nierówności w zdrowiu młodzieży szkolnej na podstawie wyników badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi HBSC*, [w:] *Spółeczne nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży w Polsce w świetle badań populacyjnych*, red. B. Wojtyniak, J. Mazur, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. 2010. *Choroby przewlekłe a postrzeżenie wymagań szkolnych przez uczniów 11–15-letnich w Polsce*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, nr 2, s. 160–168.
- Okoń W. 2004. *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Perrin E.C., Gerrity P.S. 1984. *Development of children with a chronic illness*, „Pediatric Clinics of North America”, nr 31, s. 19–31.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017 r., poz. 1591).
- Samdal O., Nutbeam D., Wold B., Kannas L. 1998. *Achieving health and educational goals through schools – a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school*, „Health Education Research”, nr 3, s. 383–397.
- System finansowania zajęć pozalekcyjnych przez jednostki samorządu terytorialnego*. 2012. Instytut Badań w Oświacie, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa; http://www.bc.ore.edu.pl/Content/464/systemy+finansowania+zajec+pozalekcyjnych+przez+samorzady_raport+.pdf (otwarte 15.02.2019).
- Torsheim T., Cavallo F., Levin K.A., Schnohr C., Mazur J., Niclasen B., Currie C. 2016. *Psychometric validation of the Revised Family Affluence Scale: a latent variable approach*, „Child Indicators Research”, nr 9, s. 771–784.
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r., poz. 59 i 949).

- Wolańczyk T. 2006. *Dorastanie a choroba przewlekła – wybrane zagadnienia*, „Postępy Nauk Medycznych”, nr 6, s. 321–326.
- Woynarowska B. red. 2010. *Uczniowie z chorobami przewlekłymi jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zaręba L. 2014. *Specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne dzieci i młodzieży. Identyfikowanie SPR i SPE oraz sposoby ich zaspokajania*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.