

**Agnieszka Małkowska-Szcutnik**

*Uniwersytet Warszawski*

**Barbara Woynarowska**

*Uniwersytet Warszawski*

**Joanna Mazur**

*Instytut Matki i Dziecka*

## **Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły i funkcjonowanie w niej uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi**

### **Summary**

SCHOOL SETTING PERCEPTION AND FUNCTIONING AMONG LOWER SECONDARY SCHOOL STUDENTS WITH AND WITHOUT CHRONIC CONDITIONS

The article presents the results of a survey on the perception of the psychosocial school environment and school functioning of lower secondary school students with and without chronic conditions. Students of grades 1–3 (N = 4,058) from randomly selected 234 public lower secondary schools from all voivodships participated in the survey. In this group 3,232 (80%) students were healthy and 798 (20%) had different chronic conditions. The anonymous “Health and school” questionnaire was used as the instrument for data collections with questions from HBSC study (*Health Behaviour in School-aged Children*) and from CHIP–AE Questionnaire (*Child Health and Illness Profile: Adolescent Edition*). Based on Urie Bronfenbrenner’s ecological model, dimensions of psychosocial school environment were analysed on the individual level (micro-system) and the social relations level (mesosystem). It was found that healthy students, in comparison with those with chronic conditions, perceived school environment and their functioning at school better. They have: a larger sense of school belonging, higher level of school competencies and achievements, larger sense that their grades are adequate to the results, a higher social position in the class and a higher level of support from peers, teachers and parents. Students with chronic conditions have higher level of workload, stress and problems associated with the school, and they also spend more time on homework. These students (about 20% of the population of school age) have special educational needs which depend on the specificity and the course of the disease. Identification of difficult areas in the functioning of chronically ill students in the school and knowledge of their perception of their school’s psychosocial environment will allow teachers to provide them with appropriate support.

**Key words:** school setting perception, school setting functioning, healthy students, students with chronic conditions, lower secondary schools

red. Paulina Marchlik

## Wprowadzenie

Uczęszczanie do szkoły przypada na okres najbardziej intensywnego rozwoju człowieka. W tym też czasie dokonują się liczne zmiany, które mają istotne znaczenie dla zdrowia, stylu życia i jego jakości w dzieciństwie, młodości i w dalszych latach życia.

Postrzeganie szkoły jako życzliwego, wspierającego środowiska, satysfakcja ze szkoły, dobre w niej funkcjonowanie sprzyjają realizacji zadań rozwojowych dzieci i młodzieży oraz budowaniu zasobów dla ich zdrowia. Wyniki badań (Torsheim, Wold 2001; Mazur i in. 2003; Bond i in. 2007; Kidger i in. 2012) wykazały, że nastolatki, które korzystnie oceniały środowisko psychofizyczne szkoły i dobrze w niej funkcjonowały (w porównaniu z rówieśnikami, którzy oceniali je niekorzystnie):

- lepiej oceniały swoje zdrowie, częściej były zadowolone lub bardzo zadowolone z obecnego życia, rzadziej odczuwały dolegliwości somatyczne (ból głowy i pleców) oraz negatywne stany emocjonalne (przygnębienie, rozdrażnienie lub zły humor, zdenerwowanie, trudności w zasypianiu),
- rzadziej podejmowały zachowania ryzykowne (m.in. regularne palenie tytoniu, częste picie alkoholu, upijanie się, używanie marihuany, uczestnictwo w różnych formach przemocy).

W wielu badaniach potwierdzono, że dla dobrego samopoczucia i zdrowia, zwłaszcza psychicznego, szczególne znaczenie ma postrzeganie przez uczniów wsparcia ze strony nauczycieli, rówieśników oraz rodziców. Wysoki poziom wsparcia sprzyja zdrowiu, jest czynnikiem ochronnym przed podejmowaniem zachowań ryzykownych (Mazur i in. 2003; Way i in. 2007; LaRusso i in. 2008; Hargreaves 2012; Kidger i in. 2012).

Analiza związku między postrzeganiami przez uczniów środowiska szkoły i funkcjonowaniem w niej, a zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów jest od ponad 30 lat jednym z głównych obszarów badawczych międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Collaborative Cross-National Study*). Bada-

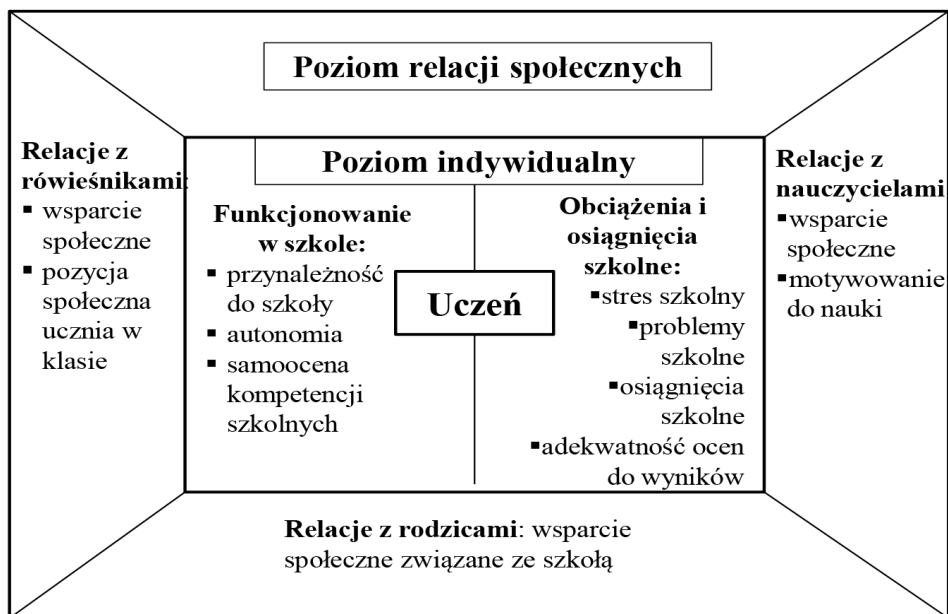
nia dotyczą uczniów w wieku 11–15 lat, i są powtarzane co 4 lata przez zespoły naukowców w krajach należących do sieci badawczej HBSC. Polska uczestniczy w tych badaniach od 1990 r.<sup>1</sup>, a w ostatniej ich serii (2013/2014) brały udział 44 kraje Europy i Ameryki Północnej (Mazur 2015). W strukturze organizacyjnej tych badań na poziomie międzynarodowym funkcjonują m.in. dwie grupy tematyczne: „Szkoła” (*School Focus Group*) oraz „Choroby przewlekłe” (*Chronic Conditions Writing Group*). Zasady organizacji badań, ich harmonogram, szczegółowy opis kwestionariusza z podaniem źródła pytań i podstaw teoretycznych poszczególnych obszarów tematycznych zawiera protokół naukowy (Currie 2014)<sup>2</sup>.

Przedstawioną w pracy koncepcję badania postrzegania środowiska szkoły i funkcjonowania w niej zaczerpnięto z badań HBSC. W koncepcji HBSC założono, że w badaniach nad wpływem szkoły na zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów należy postrzegać szkołę jako siedlisko i specyficzny system społeczny określony przez jej organizację oraz wzajemne relacje między członkami społeczności szkolnej, pracownikami i uczniami. Złożoność tego systemu wymaga wykorzystania elementów wielu teorii wyjaśniających związki między szkołą, a zdrowiem uczniów. Na użytek artykułu posłużono się koncepcją badania środowiska szkoły przyjętą w protokole HBSC oraz ekologiczną teorią rozwoju człowieka Urie Bronfenbrennera (Darling 2007). Autor założył, że rozwój człowieka odnosi się od różnych wymiarów życia społecznego. Wpływ bezpośredni na rozwój związany jest z mikro- i mezosystemem, wpływ pośredni dotyczy egzoi makrosystemu. Zakłada się także wzajemny wpływ różnych siedlisk oraz zawieranie elementów systemów najbliższej położonych przez systemy oddalone. W odniesieniu do koncepcji Bronfenbrennera stworzono model analizowanych w artykule wymiarów środowiska szkoły (rys. 1). Podzielono je na dwa poziomy: indywidualny i relacji społecznych. Poziom indywidualny odnosi się do poczucia przynależności do szkoły, autonomii i samooceny kompetencji szkolnych oraz obciążeń i osiągnięć szkolnych. Poziom relacji społecznych odnosi się do relacji z rówieśnikami, nauczycielami i rodzicami.

---

<sup>1</sup> Koordynatorem (Principal Investigator) badań w Polsce jest od 2004 r. prof. IMD dr hab. Joanna Mazur z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

<sup>2</sup> Protokół ma dwie wersje – skróconą zewnętrzną (zawiera tylko pytania obowiązkowe), rozszerzoną, wewnętrzną (zawiera także pytania dodatkowe do wyboru). Obecnie na stronie internetowej ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)) dostępny jest protokół skrócony i pytania obowiązkowe oraz dane krajowe i międzynarodowe z serii badań HBSC 2009/2010.



Rys. 1. Model analizowanych w pracy wymiarów środowiska szkolnego

Źródło: opracowanie własne

Na stosunek dzieci i młodzieży do szkoły oraz funkcjonowanie w niej, poza czynnikami związanymi z jej organizacją i środowiskiem psychospołecznym mogą wpływać inne czynniki pozaszkolne, w tym czynniki związane ze środowiskiem rodzinnym. Istotne są także czynniki indywidualne, a wśród nich stan zdrowia ucznia, a zwłaszcza niepełnosprawność lub choroba przewlekła.

Choroby przewlekłe są częstym problemem zdrowotnym w populacji dzieci i młodzieży. W Polsce dane o częstości ich występowania są niepełne. Wynika to z braku ujednocnionej definicji i klasyfikacji tych chorób oraz stosowania różnych metod badania ich rozpowszechnienia. W systemie opieki zdrowotnej rejestrowane są m.in. zachorowania na choroby nowotworowe. Dostępne dane pochodzą także z badań ankietowych rodziców dzieci lub młodzieży, wykorzystywane w nich kwestionariusze zawierają różnie sformułowane pytania. Głównym źródłem informacji są:

- Badania GUS (2016), z których wynika, że w 2014 r., w okresie badania co najmniej jeden długotrwały problem zdrowotny lub chorobę przewlekłą trwającą 6 miesięcy lub dłużej miało:

- 27% dzieci w wieku 0–14 lat (dane uzyskane od ich rodziców), więcej chłopców (30%) niż dziewcząt (23%), dzieci w miastach niż na wsi, starszych niż młodszych,
- 21% młodzieży w wieku 15–19 lat (dane uzyskane od młodzieży), więcej dziewcząt niż chłopców.

Najczęściej występowały alergie i astma (w zależności od wieku u 15–20% badanych).

- Badania HBSC, w których w 2010 r., w grupie wieku 13–17 lat – 20,3% (Mazur i in. 2013), a w 2014 r. w grupie 13–15-latków – 20% (Małkowska-Szkutnik, Mazur 2015<sup>3</sup>) badanych podało, że choruje na jakąś chorobę przewlekłą (np. cukrzycę, zapalenie stawów, poważną alergię) lub są niepełnosprawni, albo mają inne poważne kłopoty ze zdrowiem, co zostało stwierdzone przez lekarza.

Dane wskazują, że w Polsce co piąty uczeń ma chorobę przewlekłą lub długotrwały problem zdrowotny. Sytuacja ucznia z takim problemem zależy m.in. od rodzaju choroby, nasilenia objawów związanych z chorobą i jej leczeniem, prognozy co do dalszego jej przebiegu, rodzaju i stopnia ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu i aktywności.

Choroba przewlekła stanowi duże obciążenie dla ucznia i jego rodziny. Może utrudniać realizację zadań rozwojowych, zaburzać rozwój fizyczny, motoryczny, psychiczny i społeczny dziecka. Liczne ograniczenia związane z diagnozowaniem, leczeniem, występowaniem różnych dolegliwości, odmienne pod względem jakościowym postawy rodziców i innych członków rodziny oraz praktyki rodzinne i instytucjonalne wobec dziecka z chorobą przewlekłą mogą wpływać negatywnie na jego funkcjonowanie, aktywność i jakość życia. Nastolatki z chorobami przewlekłymi, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami, mają gorsze samopoczucie, częściej są niezadowolone z życia i swojego wyglądu. Chorowanie przewlekłe może wpływać na przebieg edukacji, osiągnięcia szkolne, relacje z rówieśnikami, a także ograniczać wybór zawodu i jego wykonywanie, utrudniać przygotowanie do samodzielnego, dorosłego życia i założenia rodziny (Pilecka 2002; Woynarowska 2008; Małkowska-Szkutnik 2014). Występowanie u ucznia choroby przewlekłej lub innych poważnych kłopotów ze zdrowiem stwarza u niego ryzyko gorszego funkcjonowania w szkole. Wyniki badań uczniów 15-letnich wykazały, że uczniowie z tymi problemami zdrowotnymi, w porównaniu ze

---

<sup>3</sup> Małkowska-Szkutnik A., Mazur J. *School and family as predictors of goal orientation among adolescents with and without chronic conditions*. Prezentacja konferencyjna Excellence in Pediatrics 10–12 December 2015, London.

zdrowymi rówieśnikami, gorzej oceniali swoje osiągnięcia szkolne, częściej mieli poczucie bardzo dużego przeciążenia nauką, uważali, że nauka sprawia im trudności i ich męczy (Wojnarowska, Tabak 2009).

Uczniowie z chorobami przewlekłymi należą do grupy uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Najczęściej (jeżeli nie są obciążeni innymi zaburzeniami w rozwoju) nie mają orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego. Mają prawo do nauki w szkołach powszechnych i klasach ogólnodostępnych. Zgodnie z rozporządzeniem z 2013 r. nauczyciele zobowiązani są do udzielania tej grupie uczniów pomocy psychologiczno-pedagogicznej (Dz.U. 2013, poz. 532).

Celem pracy jest porównanie postrzegania środowiska szkoły oraz funkcjonowania w niej uczniów z chorobami przewlekłymi i bez tych chorób (zdrowych). Przedstawione wyniki badań stanowią próbę odpowiedzi na pytanie badawcze: Czy i jaka istnieje różnica w spostrzeganiu środowiska szkoły i funkcjonowaniu w szkole przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi?

## **Badane osoby**

Dane pochodzą z badań wykonanych w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki 2013/09/B/HS6/03438, realizowanego w latach 2013–2017 w Instytucie Matki i Dziecka<sup>4</sup>.

Zbadano 4085 uczniów klas I–III z 70 gimnazjów publicznych zlokalizowanych we wszystkich województwach. Operatem losowania była lista 234 gimnazjów publicznych, szczegółowe informacje o doborze próby podano w odrębnej publikacji (Mazur i in. 2015). W badanej grupie było: 48% chłopców i 52% dziewcząt; 21,1% mieszkańców dużych miast, 33,7% małych miast i 45,2% wsi; 33,1% uczniów klas I, 35,6% klas II i 31,8% klas III gimnazjum. Wśród badanych było 3232 uczniów zdrowych (80,2%) i 798 uczniów z chorobami przewlekłymi (19,8%).

## **Metoda**

Zastosowano metodę sondażu, technikę ankiety. Anonimowe ankiety wypełnili uczniowie na terenie szkoły: w 19 szkołach była to wersja papierowa

---

<sup>4</sup> Kierownikiem badań była dr hab. prof. nadzw. IMD Joanna Mazur.

(wypełniana audytoryjnie), w 51 szkołach ankieta internetowa (wypełniana w klasie lub pracowni informatycznej), z wykorzystaniem systemu Lime Survey ([www.limesurvey.org/en/eu](http://www.limesurvey.org/en/eu)), tzw. wolnego oprogramowania (*free open source software*). Badania przeprowadzono w okresie kwiecień–czerwiec 2015 r.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz *Zdrowie i szkoła*, w którym wykorzystano pytania:

- z protokołu HBSC (Giebler i in. 2009/2010),
- z polskiej wersji kwestionariusza CHIP–AE, *Child Health and Illness Profile: Adolescent Edition* – pytania dotyczące problemów szkolnych (Mazur 2012).

Występowanie chorób przewlekłych u uczniów ustalono na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Czy chorujesz na jakąś przewlekłą chorobę (np. cukrzycę, zapalenie stawów, poważną alergię) lub jesteś niepełnosprawny lub masz inne kłopoty ze zdrowiem, co zostało stwierdzone przez lekarza?”; kategorie odpowiedzi: tak, nie. Uzasadnienie metodologiczne takiego sposobu pytania o występowanie choroby przewlekłej i zasadność wykorzystania go w badaniach populacyjnych, opisano w osobnej publikacji (Mazur i in. 2013). Jak zaznaczono powyżej, opisując częstość występowania chorób przewlekłych i długotrwałych problemów zdrowotnych w populacji rozwojowej, odsetki uzyskane z badań GUS (odpowiedzi od rodziców) oraz z badań HBSC (subiektywna ocena nastolatków) są porównywalne. Potwierdza to słuszność zbierania danych dotyczących stanu zdrowia bezpośrednio od nastolatków.

Dla oceny postrzegania przez uczniów środowiska szkoły i funkcjonowania w niej wykorzystano pytania, stwierdzenia i skale, które podzielono na dwie grupy:

1. Poziom indywidualny, w tym dwa wymiary: funkcjonowanie w szkole i osiągnięcia/obciążenia szkolne;
2. Poziom relacji społecznych, w tym trzy wymiary: relacje z rówieśnikami, relacje z nauczycielami, relacje z rodzicami.

W analizach wykorzystano odpowiedzi na pojedyncze pytania, a w niektórych przypadkach utworzono skale, złożone z odpowiedzi na dwa lub trzy pytania. Opis zmiennych/skal, stwierdzeń/pytań i kategorii odpowiedzi oraz skal i wskaźników uwzględnionych w analizie podano w tabeli 1.

Szczegółowy opis zmiennych, wraz z ich właściwościami psychometrycznymi, przedstawiono w odrębnej publikacji (Mazur i in. 2015).

Tabela 1. Charakterystyka analizowanych zmiennych i skal

Zmienna/skala	Stwierdzenie/pytanie	Kategorie odpowiedzi Zakres skali i przedział środkowy	Wskaźniki analizy*
1	2	3	4
<b>POZIOM INDYWIDUALNY</b>			
<b>Funkcjonowanie w szkole</b>			
Poczucie przynależności do szkoły	Lubię przebywać w szkole	Od: zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się Zakres skali 0–8 pkt., przedział środkowy 2–6 pkt.	Odsetek uczniów silnie związanych ze szkołą 7–8 pkt. (P)
	Czuję się związany z moją szkołą		
Autonomia	Uczniowie mogą wpływać na to jak wykorzystywany jest czas na lekcji	Od: zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się Zakres skali 0–8 pkt., przedział środkowy 3–6 pkt.	Odsetek uczniów postrzegających poziom autonomii w szkole jako wysoki – 8 pkt. (P)
	Uczniowie mogą decydować, jakie zadania wykonują na lekcji		
Samocena kompetencji szkolnych	Sądzę, że jestem tak samo zdolny, jak inni w moim wieku	Stwierdzenie opisuje mnie: od bardzo źle do bardzo dobrze Zakres skali 0–9, przedział środkowy 5–7 pkt.	Odsetek uczniów o wysokich kompetencjach szkolnych 8–9 pkt. (P)
	Sądzę, że jestem dość inteligentny		
	Bardzo dobrze piszę klasówki		
<b>Osiągnięcia/obciążenia szkolne</b>			
Osiągnięcia szkolne	Co twoim zdaniem nauczyciel/e sądzi/ą o twoich wynikach i innych osiągnięciach w szkole, w porównaniu z innymi uczniami w klasie	Od bardzo dobre do poniżej przeciętnej	Odsetek uczniów mających bardzo dobre osiągnięcia szkolne (P)
	Osiągnięcia szkolne na skali wizualnej	Zakres skali od: 0 – najgorszy uczeń w klasie do 10 – najlepszy uczeń w klasie; przedział środkowy 5–8 pkt.	Odsetek uczniów będących na szczycie klasowego rankingu – 9–10 pkt. (P)



1	2	3	4
Adekwatność ocen do osiągnięć w nauce	Oceny dobrze odzwierciedlają moje osiągnięcia w nauce	Od: zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się Zakres skali 0–8 pkt., przedział środkowy 4–6 pkt.	Odsetek uczniów postrzegających swoje oceny jako sprawiedliwe 7–8 pkt. (P)
	Moje oceny są sprawiedliwe		
Stres szkolny	W jakim stopniu odczuwasz stres związany ze szkołą	Od 1 – wcale (nie odczuwam stresu) do 4 – bardzo duży stres	Odsetek uczniów odczuwających duży i bardzo duży stres (N)
Problemy szkolne	W ilu dniach w ostatnich czterech tygodniach spędzonych w szkole mieliście problemy z: skupieniem uwagi i koncentracją; nauką; porozumiewaniem się z nauczycielami	Od wcale do 15–28 dni Zakres skali 0–12 pkt.; przedział środkowy 1–6 pkt.	Odsetek uczniów, u których często występowały problemy szkolne – 7–12 pkt. (N)
<b>POZIOM RELACJI SPOŁECZNYCH</b>			
<b>Relacje z rówieśnikami</b>			
Wsparcie ze strony rówieśników	Uczniowie w mojej klasie lubią przebywać ze sobą	Od: zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się Zakres skali 0–8 pkt., przedział środkowy 4–6 pkt.	Odsetek uczniów postrzegających wsparcie ze strony rówieśników jako wysokie 7–8 pkt. (P)
	Większość uczniów w mojej klasie to osoby życzliwe i chętne do pomocy		
Pozycja społeczna ucznia w klasie	Ocena na skali wizualnej	Zakres skali od 0 – najniższa pozycja w klasie do 10 – najwyższa ocena w klasie (osoba popularna, lubiana, z którą wszyscy chcą przebywać) Zakres skali 0–10 pkt., przedział środkowy 5–8 pkt.	Odsetek uczniów z najwyższą pozycją społeczną w klasie – 9–10 pkt. (P)
<b>Relacje z nauczycielami</b>			
Wsparcie ze strony nauczycieli	Nasi nauczyciele traktują nas dobrze i sprawiedliwie	Od: zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się Zakres skali 0–8 pkt., przedział środkowy 3–6 pkt.	Odsetek uczniów postrzegających wsparcie ze strony nauczycieli jako wysokie 7–8 pkt. (P)
	Większość moich nauczycieli jest życzliwa		

1	2	3	4
Motywowanie ze strony nauczycieli	Nauczyciele chwalą mnie, kiedy się bardzo staram	Od: zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się Zakres skali 0–8 pkt., przedział środkowy 4–6 pkt.	Odsetek uczniów postrzegających motywowanie jako duże 7–8 pkt. (P)
	Nauczyciele chwalą mnie, kiedy dobrze wykonam pracę		
<b>Relacje z rodzicami</b>			
Wsparcie związane ze szkołą ze strony rodziców	Rodzice są gotowi mi pomóc, gdy mam kłopoty w szkole	Od: zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się Zakres skali 0–8 pkt., przedział środkowy 6–7 pkt.	Odsetek uczniów postrzegających wsparcie ze strony rodziców jako wysokie 8 pkt. (P)
	Rodzice zachęcają mnie, abym dobrze uczył się w szkole		

\* Wskaźniki analizy odnoszą się do najwyższych wartości punktów uzyskanych w analizowanych skalach. Przyjęto, że: P – oznacza wartości pozytywne (pożądane), N – oznacza wartości negatywne

Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu oprogramowania SPSS v. 17.00. W celu porównania postrzegania środowiska szkoły przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi obliczono częstość odpowiedzi dla poszczególnych pytań i skal w tych dwóch grupach. Istotność różnic zbadano za pomocą testu chi kwadrat.

## Wyniki

### POZIOM INDYWIDUALNY

#### Funkcjonowanie w szkole

Uczniowie z chorobami przewlekłymi istotnie statystycznie częściej niż zdrowi rówieśnicy podali, że mają małe poczucie przynależności do szkoły (19,2% vs. 14,1%) i niski poziom kompetencji szkolnych (20,3% vs. 14,4%). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w ocenie poziomu autonomii obu grup (tabela 2).

Tabela 2. Zmienne z poziomu indywidualnego – funkcjonowanie w szkole uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi (%)

Zmienne	Uczniowie zdrowi	Uczniowie z chorobą przewlekłą
Poczucie przynależności do szkoły**		
małe	14,1	19,2
średnie	72,3	68,2
duże	13,6	12,6
Poziom autonomii		
niski	19,2	20,7
średni	69,8	67,2
wysoki	11,1	12,2
Poziom kompetencji szkolnych**		
niski	14,7	20,3
przeciętny	72,0	68,3
wysoki	13,3	11,4

\*\*  $p < 0,01$

### Osiągnięcia i obciążenia szkolne

Stwierdzono, że uczniowie z chorobami przewlekłymi, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami częściej (tabela 3):

- ocenili swoje osiągnięcia szkolne na skali wizualnej jako gorsze (21,1% vs. 16,7%), ale też nieco częściej uznawali je jako lepsze (18,7% vs. 17,0%) – dotyczy subiektywnej oceny osiągnięć szkolnych;
- uważali, że zdaniem nauczycieli ich osiągnięcia szkolne są przeciętne lub poniżej przeciętnej (46,2% vs. 41,2%);
- uznali, że ich oceny szkolne w niewielkim stopniu są sprawiedliwe, w stosunku do wyników (21,6% vs. 17,6%).

Szczególnie niekorzystne dla uczniów z chorobami przewlekłymi są wyniki badań dotyczących postrzegania przez nich obciążeń związanych z uczeniem się w szkole i w domu. Uczniowie ci częściej niż zdrowi rówieśnicy podali, że ich poziom stresu szkolnego jest bardzo duży lub duży (40,4% vs. 31,6%); często mieli problemy szkolne w ostatnim miesiącu (22,5% vs. 14,8%); przeznaczali więcej czasu na odrabianie lekcji w domu (tabela 3).

Tabela 3. Zmienne z poziomu indywidualnego – osiągnięcia i obciążenia szkolne uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi (%)

Zmienne	Uczniowie zdrowi	Uczniowie z chorobą przewlekłą
<b>Osiągnięcia</b>		
Samoocena osiągnięć szkolnych (skala wizualna)**		
gorsze	16,7	21,1
przeciętne	65,4	60,1
lepsze	17,9	18,7
Osiągnięcia szkolne w opinii nauczyciela*		
przeciętne lub poniżej	41,2	46,2
dobrze	41,4	38,3
bardzo dobrze	17,4	15,6
Adekwatność ocen do wyników – w jakim stopniu oceny są sprawiedliwe**		
niewielkim	17,6	21,6
przeciętnym	65,6	65,5
dużym	16,7	12,9
<b>Obciążenia</b>		
Poziom stresu szkolnego***		
bardzo duży lub duży	31,6	40,4
niewielki	51,0	45,6
brak stresu	17,4	14,0
Problemy szkolne w ostatnim miesiącu***		
często	14,8	22,5
rzadko	68,3	64,6
wcale	16,9	12,9
Czas przeznaczony na odrabianie lekcji – liczba godzin dziennie**		
mniej niż pół godziny	14,1	18,5
od 0,5 do 2 godzin	61,1	54,1
powyżej 2 godzin	24,9	27,4

\* p &lt; 0,05, \*\* p &lt; 0,01, \*\*\* p &lt; 0,001

### POZIOM RELACJI SPOŁECZNYCH

Kolejnym etapem analizy było sprawdzenie, czy istnieją różnice w postrzeganiu relacji społecznych, związanych z funkcjonowaniem w szkole, przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi.

Uczniowie z chorobami przewlekłymi zdecydowanie gorzej niż rówieśnicy bez tych chorób, ocenili wsparcie ze strony rówieśników. Częściej podali, że poziom tego wsparcia był niski (23,5% vs. 15,4%). Częściej też uznali, że ich pozycja w klasie była najniższa (20,6% vs. 15,4%) – tabela 4.

W przypadku wsparcia udzielanego uczniom przez nauczycieli także więcej badanych z chorobami przewlekłym uważało, że poziom wsparcia z ich strony jest niski (14,9% vs. 11,6%), mniej, że jest on wysoki (17,5% vs. 21,3%). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami dotyczących motywowania uczniów do uczenia się przez nauczycieli.

Badani uczniowie najwyżej ocenili poziom wsparcia związanego ze szkołą ze strony rodziców. Za wysokie uznało je więcej uczniów zdrowych (46,6%), niż z chorobami przewlekłymi (40,0%); odsetki te były prawie dwukrotnie większe niż w przypadku rówieśników i nauczycieli (tabela 4).

Tabela 4. Zmienne z poziomu relacji społecznych u uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi (%)

Zmienne	Uczniowie zdrowi	Uczniowie z chorobą przewlekłą
Rówieśnicy		
Poziom wsparcia ze strony rówieśników***		
niski	15,4	23,5
średni	57,8	53,8
wysoki	26,8	22,6
Pozycja społeczna ucznia w klasie**		
najniższa	15,5	20,6
przeciętna	61,2	57,1
najwyższa	23,4	22,3
Nauczyciele		
Motywowanie ze strony nauczycieli		
małe	17,6	21,6
przeciętne	65,6	65,5
duże	16,7	12,9

Poziom wsparcia ze strony nauczycieli**		
niski	18,2	21,2
średni	61,4	60,2
wysoki	20,5	18,6
Problemy szkolne w ostatnim miesiącu***		
często	11,6	14,9
rzadko	67,1	67,6
wcale	21,3	17,5
<b>Rodzice</b>		
Poziom wsparcia ze strony rodziców***		
niski	10,6	17,3
średni	42,8	42,7
wysoki	46,6	40,0

\*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Tabela 5. Zbiorcze zestawienie wskaźników analizy: pozytywnych (P) i negatywnych (N) dla uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. Zacieniowano wskaźniki, w których różnice były istotne statystycznie (większy poziom zacieniowania oznacza wyższy poziom istotności statystycznej)

Wymiary i zmienne	Uczniowie zdrowi	Uczniowie z chorobą przewlekłą
<b>POZIOM INDYWIDUALNY</b>		
<b>Funkcjonowanie w szkole</b>		
Duże poczucie przynależności do szkoły (P)	**	
Wysoki poziom autonomii (P)		
Wysoki poziom kompetencji szkolnych (P)	**	
<b>Osiągnięcia szkolne</b>		
Lepsze osiągnięcia szkolne (skala wizualna) (P)		**
Bardzo dobre osiągnięcia szkolne w opinii nauczyciela (P)	*	
Oceny są w dużym stopniu adekwatne do wyników (P)	**	
<b>Obciążenia</b>		
Bardzo duży lub duży stres szkolny (N)		***
Problemy szkolne często w ostatnim miesiącu (N)		**
Czas przeznaczony na odrabianie lekcji powyżej 2 godzin (N)		**

POZIOM RELACJI SPOŁECZNYCH		
<b>Relacje z rówieśnikami</b>		
Wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników (P)	***	
Najwyższa pozycja społeczna ucznia w klasie (P)	***	
<b>Relacje z nauczycielami</b>		
Wysokie motywowanie ze strony nauczycieli (P)		
Wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli (P)	**	
<b>Relacje z rodzicami</b>		
Wysoki poziom wsparcia związanego ze szkołą ze strony rodziców (P)	*	

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

W tabeli 5 zestawiono wskaźniki analizy, opisane w tabeli 1 dla obu grup, które okazały się istotne statystycznie. Zestawienie to wskazuje, że wśród analizowanych wskaźników:

- pozytywnych (N = 11) – w przypadku 8 wskaźników, były one korzystniejsze u uczniów zdrowych, uczniowie z chorobami przewlekłymi nieco lepiej ocenili tylko swoje osiągnięcia szkolne na skali wizualnej; nie stwierdzono różnic między obu grupami uczniów w poczuciu autonomii i motywowaniu ich przez nauczycieli;
- negatywnych (N = 3) – wszystkie dotyczyły uczniów z chorobami przewlekłymi.

Wyniki te wskazują jednoznacznie na wyraźne różnice w postrzeganiu środowiska szkoły i funkcjonowania w niej na niekorzyść uczniów z chorobami przewlekłymi.

## Dyskusja

W artykule przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych w populacji 4085 uczniów klas I–III z 70 gimnazjów publicznych ze wszystkich województw w Polsce. Wśród badanych było 20% nastolatków z chorobami przewlekłymi. Badano, czy i jakie występują różnice w postrzeganiu środowiska szkoły i funkcjonowaniu w niej przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. Stwierdzono różnice w ocenie środowiska szkolnego na niekorzyść uczniów

z długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Wykazano, że uczniowie z chorobą przewlekłą gorzej postrzegają środowisko szkolne i gorzej funkcjonują w szkole. Stwierdzono u nich mniejsze poczucie przynależności do szkoły i gorszą ocenę kompetencji szkolnych. Ta grupa uczniów jest bardziej obciążona stresem szkolnym i problemami szkolnymi. W porównaniu do zdrowych rówieśników gorzej ocenia relacje z kolegami i nauczycielami oraz wsparcie z ich strony.

Interesujące wyniki uzyskano dla postrzegania osiągnięć szkolnych. Subiektywne postrzeganie osiągnięć było wyższe u uczniów z chorobami przewlekłymi, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami. Uczniowie z chorobami przewlekłymi gorzej oceniali osiągnięcia szkolne związane z opinią nauczyciela. Uzyskana rozbieżność w ocenie tego samego obszaru funkcjonowania w szkole pozwala przypuszczać, że uczniowie z chorobami przewlekłymi chcą myśleć o swoich osiągnięciach szkolnych lepiej, niż widzą to nauczyciele, lub ich osiągnięcia szkolne są w rzeczywistości lepsze niż oceniają to nauczyciele. Na tym etapie badań są to jednak wyłącznie hipotezy.

W pracy odwołano się do koncepcji Bronfenbrennera uwzględniając aktywną rolę uczniów w budowaniu i przekształcaniu środowiska szkoły. Analizowano dwa systemy mikro- i mezosystem. Planując dalsze badania dotyczące spostrzegania środowiska szkoły i funkcjonowania w szkole warto uwzględnić w nich mediującą rolę czynników w poszczególnych systemach. Model ekologiczny odnosi się do systemów związanych z uczniem w sposób pośredni: egzo- i makrosystemu, których w pracy nie uwzględniono. W odniesieniu do (wykazanego wynikami badań) negatywnego postrzegania szkoły przez uczniów z chorobami przewlekłymi istotne jest uwzględnianie czynników związanych z systemem edukacji – sposób „definiowania” uczniów z chorobą przewlekłą, rodzaj systemowego wsparcia, poziom przygotowania nauczycieli do pracy z uczniami w długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Obok czynników bezpośrednio związanych z uczniem i jego środowiskiem, także te elementy wpływają na spostrzeganie środowiska szkoły przez tą grupę uczniów. Dane uzyskane z polskich i międzynarodowych badań wskazują na niewystarczający poziom przygotowania nauczycieli do pracy z uczniem z chorobą przewlekłą (Clay i in. 2004; Małkowska-Szkutnik i in. 2016). Wyniki metaanaliz wskazują, że gdy wśród nauczycieli i zdrowych rówieśników zwiększa się wiedza i umiejętności praktyczne dotyczące chorób przewlekłych, poprawia się także postrzeganie szkoły i funkcjonowanie w niej wśród uczniów z chorobami przewlekłymi (Canter, Roberts 2012).

Uzyskane wyniki badań mogą wskazywać, które obszary w funkcjonowaniu szkolnym są dla uczniów z chorobami przewlekłymi szczególnie trudne. Obciąż-



żenie stresem szkolnym, problemy szkolne oraz brak satysfakcji z osiągnięć szkolnymi mogą mieć związek z częstszymi absencjami w szkole (związanymi z zaostrzeniem objawów, diagnozowaniem i leczeniem) i koniecznością nadrobienia zaległości. Ograniczenia w spędzaniu czasu z rówieśnikami mogą wiązać się z niższym poziomem poczucia przynależności do szkoły i brakiem poczucia kompetencji szkolnych. Uzyskane wyniki, podobnie jak dane innych autorów (Hamlet, Herrick 2011), wskazują, że uczeń obciążony chorobą przewlekłą może odczuwać niższy poziom wsparcia ze strony rówieśników i nauczycieli. Ze względu na różnorodność chorób i wynikających z nich obciążeń trudno jest określić jedną, adekwatną w każdej sytuacji, formę wsparcia uczniów z chorobami przewlekłymi. Trudnością jest także znalezienie równowagi między potrzebą opieki nad nastolatkiem z chorobą przewlekłą, a pozwoleniem mu na kształtowanie autonomii (Edwards, Titman 2010).

Jeżeli porównamy szkołę do rodziny i będziemy definiowali szkołę jako system, to uczeń z chorobą przewlekłą jest jednym z elementów systemu. Rozumienie systemowe środowiska szkoły (podobnie jak systemowe rozumienie rodziny) zakłada, że poszczególne elementy oddziałują na siebie cyrkularnie, a nie liniowo (Barbaro 1999). Oznacza to, że obok naukowego poszukiwania przyczyn i skutków negatywnego postrzegania szkoły przez uczniów z chorobami przewlekłymi należy pamiętać o tym, że zmiana jednego elementu systemu pociąga za sobą zmianę w całym systemie. Codzienne funkcjonowanie w szkole ucznia z chorobą przewlekłą oddziałuje na społeczność szkolną i odwrotnie. Oddziaływania w kierunku poprawy spostrzegania środowiska szkoły przez uczniów z problemami zdrowotnymi powinny dotyczyć wszystkich elementów systemu szkoły oraz uwzględniać oddziaływania spoza środowiska szkolnego. Ten trudny proces zmian powinien być podejmowany z uwzględnieniem różnorodności potrzeb uczniów z chorobami przewlekłymi i ich rodzin, a także innych osób bezpośrednio zaangażowanych w pracę z uczniami (Rafferty, Sullivan 2016).

## Wnioski

1. Istnieją różnice w spostrzeganiu środowiska szkoły i funkcjonowania w niej przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi:
  - Uczniowie zdrowi lepiej postrzegają środowisko szkoły i swoje w nim funkcjonowanie, mają:
    - większe poczucie przynależności do szkoły,

- częściej wysoki poziom kompetencji szkolnych, lepsze osiągnięcia w nauce, poczucie, że ich oceny są adekwatne do wyników,
  - wyższą pozycję społeczną w klasie szkolnej oraz wyższy poziom wsparcia społecznego ze strony rówieśników, nauczycieli i rodziców.
- Uczniowie z chorobami przewlekłymi mają wyższy poziom obciążeń związanych ze szkołą: stresu szkolnego, problemów szkolnych, więcej czasu poświęcają na odrabianie lekcji.
2. Identyfikacja obszarów trudnych w funkcjonowaniu w szkole ucznia z chorobą przewlekłą i znajomość postrzegania przez niego środowiska psychospołecznego szkoły powinna być punktem wyjścia do planowania przez nauczycieli form pracy z danym uczniem, udzielenia mu odpowiedniego wsparcia i zaspokojenia jego specjalnych potrzeb edukacyjnych.

## Bibliografia

- Barbaro B. red. 1999. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Bond L., Butler H., Carlin J., Glover S., Bowes G., Patton G. 2007. *Social and school connectedness in early secondary school as predictor of late teenage substance use, mental health and academic outcomes*, „Journal of Adolescent Health”, nr 40, 357e9–357e18.
- Canter K.S., Roberts M.C. 2012. *A Systematic and quantitative review of interventions to facilitate school reentry for children with chronic health conditions*, „Journal of Pediatric Psychology”, nr 10, s. 1065–1075.
- Clay D.L., Cortina S., Harper D.C. 2004. *Schoolteachers' experiences with childhood chronic illness*, „Children's Health Care”, nr 3, s. 227–239.
- Darling N. 2007. *Ecological system theory: The person in the center of the circles*, „Research in Human Development”, nr 4, s. 203–217.
- Dziennik Ustaw z 2013 r., poz. 532. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.
- Edwards M., Titman P. 2010. *Promoting psychological well-being in children with acute and chronic illness*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia, s. 121–134.
- Griebler P., Molcho M., Samdal O., Inchley J., Dür W., Currie C. red. 2009. *Health Behavior in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2009/10 Survey*, LIBIHRP, Vienna & CAHRU, Edinburgh.
- Główny Urząd Statystyczny. 2016. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Hamlet H., Harrick M.A. 2011. *Who's on first?: professional collaboration and child with chronic conditions*. Paper based on a presentation at the 2011 American Counseling Association

- Conference and Exposition, March 23–27, 2011, New Orleans, dostępny na: [http://counselingoutfitters.com/visitas/visitas11/Article\\_82.pdf](http://counselingoutfitters.com/visitas/visitas11/Article_82.pdf) (otwarty 25 stycznia 2017).
- Hargreaves D. 2012. *Country-level correlations between school experience and health behavior: Health Behavior in School-aged Children survey 2005–2006*, „Archives of Disease in Childhood”, nr 97 (suppl 1), s. A63–A65.
- Kidger J., Araya R., Donovan J., Gunnell D. 2012. *The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: A systematic review*, „Pediatrics”, nr 129, s. 925–949.
- LaRusso M.D., Romer D., Selman R.L. 2008. *Teachers as builders of respectful school climates: Implications for adolescent drug use norms and depressive symptoms in high school*, „Journal of Youth and Adolescence”, nr 37, s. 386–398.
- 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., Kleszczewska D., Salonna F., Vorliček M., Gajewski J. 2016. *Wiedza i przekonanie nauczycieli w Polsce i Czechach wobec uczniów z padaczką oraz przygotowanie nauczycieli do pracy z tymi uczniami*. Raport z badań. Fundacja Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa.
- Mazur J. 2012. *Polska wersja kwestionariusza Child Health and Illness Profile: Adolescent Edition (CHIP-AE)*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Mazur J., Sentenac M., Brooks F., Małkowska-Szkutnik A., Gajewski J., Gavin F. 2013. *Burden of chronic conditions in adolescence measured by school survey*, „Developmental Period Medicine”, 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 ([www.imd.med.pl](http://www.imd.med.pl)).
- Mazur J., Dzielska A., Woynarowska B., Zawadzka D. 2015. *Środowisko gimnazjów w opinii uczniów i dyrektorów szkół*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa ([www.imd.med.pl](http://www.imd.med.pl)).
- Mazur J., Małkowska A., Woynarowska-Soldan M. 2003. *Związki między środowiskiem psychospołecznym szkoły i przystosowaniem szkolnym a zdrowie, zadowoleniem z życia i zachowaniami zdrowotnymi uczniów gimnazjum*, [w:] *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, red. B. Woynarowska, Wydział Pedagogiczny UW, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 109–131.
- Rafferty K.A., Sullivan S.L. 2016. *“You know the medicine, I know my kid”: How parents advocate for their children living with complex chronic conditions*, „Health Communication”.
- Torsheim T., Wold B. 2001. *School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach*, „Journal of Adolescence”, nr 6, s. 701–713.
- Way N., Reddy R., Rhodes J. 2007. *Students' perception of school climate during the middle school years. Associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment*, „American Journal of Community Psychology”, nr 40, s. 194–213.