

# Wsparcie społeczne a postrzeganie innych elementów środowiska szkolnego przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi

Agnieszka Małkowska-Szkutnik

Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski

*Adres do korespondencji:* Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Mokotowska 16/20, 00-561 Warszawa, amalkowska@uw.edu.pl

## Abstract

### *The social support from teachers and peers and perception of school environment by students with chronic conditions*

The aim of this paper is to explore the relationships between level of social support (from teachers and peers) and perception of school environment: general attitude toward school, academic achievement and level of school stress. The study was conducted in 2013 within the framework of the international HBSC study, on a group of 3346 students aged 11–15 years; 47.7% boys; 17.6% with chronic conditions. Four patterns of relations with teachers and peers were identified by the use of the cluster analysis methods (k-means methods). Analysis were done separately for the healthy students and students with chronic conditions. School functioning was associated with perceived social support. Healthy students, compared with students with chronic conditions, more frequently were high level of social support from two sources simultaneously (from teachers and peers). Among students with chronic conditions more important was the support from peers rather than teachers. Interventions should be directed at the integration of healthy students and students with chronic conditions.

**Key words:** chronic conditions, perception of school environment, social support, students with chronic conditions

**Słowa kluczowe:** choroby przewlekłe, postrzeganie środowiska szkolnego, uczniowie z chorobami przewlekłymi, wsparcie społeczne

## Wprowadzenie

W niniejszym opracowaniu poruszono problematykę wsparcia społecznego w środowisku szkolnym. Przyjęto definicję S. Cobba, zgodnie z którą wsparcie społeczne to sygnały docierające do osoby, sprawiające, że osoba ta wierzy, iż jest kochana, obdarzona szacunkiem, a także ma poczucie przynależności do grupy [1]. Ze względu na właściwości funkcjonalne wyróżnia się wsparcie otrzymywane (ang. *received social support*) – faktycznie otrzymany rodzaj wsparcia, oraz wsparcie spostrzegane (ang. *perceived social support*) – wynika ono z wiedzy i przekonań człowieka o tym, gdzie i od kogo może uzyskać pomoc, na kogo może liczyć w trudnej sytuacji [2]. Analizowany w artykule poziom wsparcia społecznego odnosi się do spostrzeganego wsparcia społecznego. Pozytywny związek wsparcia społecznego

z różnymi sferami funkcjonowania psychospołecznego jest potwierdzony w przypadku spostrzeganego wsparcia społecznego [3].

Analizowano wsparcie społeczne z dwóch źródeł – ze strony nauczycieli oraz rówieśników z klasy szkolnej. Wsparcie ze strony nauczycieli i rówieśników, obok wsparcia ze strony rodziców, stanowią główne źródła wsparcia dla dzieci i młodzieży. Rówieśnicy udzielają wsparcia nieformalnego, nauczyciele mogą dostarczać także wsparcia formalnego [4]. Brak wsparcia z jednego źródła nie może być rekompensowany wsparciem z innego [5]. Brak możliwości zastąpienia wsparcia ze strony nauczycieli wsparciem ze strony rówieśników jest związany z odmiennością tych relacji. Relacje dziecko–nauczyciele mają charakter wertykalny, relacje dziecko–dziecko charakter horyzontalny. Każdy typ relacji charakteryzuje się swoistym systemem doświadczeń

indywidualnych, dlatego zastępowanie braków poznawczo-emocjonalnych z jednej sfery doświadczeniami z innej nie jest możliwe [6].

Problematyka wsparcia społecznego i jego związek z postrzeganiem środowiska szkolnego zostały opisane w artykule także w odniesieniu do uczniów z chorobami przewlekłymi. Tematyka funkcjonowania psychospołecznego nastolatków z chorobą przewlekłą jest w literaturze światowej szeroko dyskutowana [7–10]. Należy także zwrócić uwagę, że w ostatnich latach zwiększa się populacja dzieci i młodzieży z chorobami przewlekłymi. Co piąty uczeń ma chorobę przewlekłą, a co dziesiąty jest obciążony dodatkowymi ograniczeniami wynikającymi z choroby [11]. Badacze postrzegają kilka przyczyn takiego zjawiska: (a) postęp w naukach medycznych, który umożliwia: utrzymanie przy życiu noworodków z niską masą urodzeniową; diagnozowanie i leczenie wad rozwojowych już u płodu; wczesne wykrywanie wad genetycznych (np. mukowiscydoza); (b) zwiększenie skuteczności terapii leczenia różnych chorób (np. nowotworowych); (c) większa częstotliwość występowania w populacji dzieci i młodzieży określonych problemów zdrowotnych (m.in. otyłości) [12].

W badaniach populacyjnych dotyczących funkcjonowania psychospołecznego pominięcie występowania chorób przewlekłych może prowadzić do błędnego wnioskowania m.in. poprzez systematyczne obciążenie wyników [13–15]. Wyklucza to możliwość diagnozy potrzeb dzieci i młodzieży z chorobami przewlekłymi oraz uniemożliwia wdrażanie odpowiednich strategii profilaktycznych [16, 17]. Uznano więc za zasadne analizowanie osobno wyników dotyczących grupy uczniów z chorobami przewlekłymi.

Opisane w pracy badania zostały przeprowadzone w szkole wśród uczniów, którzy byli obecni w dniu ankietyzacji. Ankietę wypełnili więc tylko uczniowie, których stan zdrowia pozwala na realizację obowiązku szkolnego w normalnym trybie. W badaniu pominięto więc uczniów chorych, którzy mają indywidualny tok nauczania i ze względu ich poważne problemy zdrowotne nauczyciel przyjeżdża do ich domu. Nie uwzględniono także uczniów, którzy uczęszczają do szkół specjalnych. Jednak uzyskany w naszych badaniach odsetek uczniów z chorobami przewlekłymi nie odbiega znacząco od wyników krajowych badań populacyjnych Głównego Urzędu Statystycznego, w których respondentami byli rodzice [18].

W pracy przedstawiono dane dotyczące uczniów we wczesnym okresie dorastania. Okres ten charakteryzuje się wieloma zmianami w rozwoju fizycznym i psychospołecznym. Zmiany i konieczność realizacji zadań rozwojowych dotyczą każdego nastolatka bez względu na jego stan zdrowia. Obecność choroby przewlekłej może jednak zaburzać prawidłowości rozwojowe i utrudniać realizację zadań rozwojowych. Wśród trudności można wymienić: widoczne oznaki choroby, które utrudniają integrację z rówieśnikami i obniżają samoocenę; konieczność przyjmowania leków lub stałego noszenia urządzeń wymaganych do leczenia, co obniża rozwojową potrzebę bycia „normalnym” członkiem grupy; mniejsze oczekiwania dotyczące osiągnięć szkolnych związane

z ograniczeniami wynikającymi z choroby; ograniczone możliwości realizacji wszystkich planów życiowych; nadopiekuńczą postawę rodziców utrudniającą dążenie do samodzielności i niezależności [19]. Wymienione powyżej trudności w znacznej części dotyczą funkcjonowania w szkole – zmiany nastawienia nauczycieli oraz trudności w relacjach rówieśniczych.

W wielu pracach wykazano, że uczniowie z chorobami przewlekłymi gorzej funkcjonują w szkole i środowisku rówieśniczym niż zdrowi [20–22]. Tezę można poprzeć także wynikami badań przeprowadzonych przez naukowców z Wielkiej Brytanii. Podczas wywiadów uczniowie z chorobami przewlekłymi zostali poproszeni o zdefiniowanie sfer, które ich zdaniem stwarzają najwięcej trudności we właściwym funkcjonowaniu w szkole. Uczniowie wymienili m.in. reakcje nauczycieli na ich chorobę oraz relacje z rówieśnikami z klasy [23]. Autorzy przeglądowej pracy na temat funkcjonowania nastolatków z chorobami przewlekłymi sugerują, że badanie funkcjonowania w szkole tej populacji wymaga szerszego i dokładnego ujęcia. Należy uwzględnić kilka perspektyw: ucznia i wynikające dla niego konsekwencje z choroby; rówieśników wraz z ich sposobami postrzegania choroby kolegi z klasy oraz nauczycieli i konieczności dostosowania warunków nauczania do stanu zdrowotnego uczniów [24].

## Cele pracy

- Analiza różnic w postrzeganiu środowiska szkolnego przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi.
  - Analiza związku między poziomem wsparcia społecznego z dwóch źródeł (nauczyciele i rówieśnicy) a postrzeganiem środowiska szkolnego, przy uwzględnieniu ogólnego stosunku do szkoły, osiągnięć w nauce oraz obciążeń stresem szkolnym.
- Analizy prowadzono osobno dla uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi, w wieku 11–15 lat w Polsce.

## Materiał i metody

### Osoby badane

Wykorzystano dane stanowiące fragment międzynarodowych badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Badania zostały przeprowadzone w 2013 roku w wybranych województwach w Polsce. Badania te są prowadzone co cztery lata wśród uczniów V klas szkoły podstawowej oraz I i III klasy szkoły gimnazjalnej. Polska uczestniczy w badaniach HBSC od 1990 roku<sup>1</sup>. Zbadano 3346 uczniów 11–15-letnich. Średni wiek badanych wyniósł 13,9 roku. W badanej próbie było 47,4% chłopców i 52,6% dziewcząt.

### Choroby przewlekłe

Występowanie choroby przewlekłej analizowano za pomocą pytania pochodzącego z kwestionariusza Chronic

Conditions Short Questionnaire (CCSQ) zaczerpniętego z kwestionariusza HBSC [25]. W artykule wykorzystano jedno pytanie z kwestionariusza CCSQ: *Czy chorujesz na jakąś przewlekłą (długotrwałą) chorobę (np. cukrzycę, zapalenie stawów, alergię) lub jesteś niepełnosprawny, lub masz inne poważne kłopoty ze zdrowiem, co zostało stwierdzone przez lekarza?*; kategorie odpowiedzi: *tak, nie*. Dwa pozostałe pytania z kwestionariusza CCSQ dotyczą przyjmowania leków oraz opuszczania zajęć w szkole. Odpowiedzi na nie będą przedmiotem analiz w prezentowanym artykule. Podczas opisywania wyników badań używa się sformułowania uczniowie zdrowi. Jest to grupa uczniów, którzy udzieli odpowiedzi *nie* na pytanie dotyczące występowania choroby przewlekłej.

### Wsparcie społeczne

Posłużono się dwiema skalami dotyczącymi spostrzeżonego wsparcia społecznego:

- **Wsparcie społeczne ze strony nauczycieli.** Użyto skali zbudowanej z trzech twierdzeń:
  - *Mam poczucie, że nauczyciele akceptują mnie takim, jaki jestem;*
  - *Mam poczucie, że nauczyciele dbają o mnie jak o osobę;*
  - *Mam wiele zaufania do moich nauczycieli.*

Zastosowano pięciostopniową skalę odpowiedzi od *zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się*. Utworzono indeks sumaryczny skategoryzowany na skalę przyjmującą wartości 0–100 punktów. Wartość wyższa oznaczała wyższy poziom wsparcia społecznego. Analiza czynnikowa przeprowadzona metodą głównych składowych wskazała na jednoczynnikową strukturę tej skali, wartość własna wynosiła 2,358. Główny czynnik wyjaśniał 78,556% ogólnej zmienności. Współczynnik rzetelności  $\alpha$  Cronbacha wynosił 0,858, co można uznać za wynik bardzo dobry.

- **Wsparcie społeczne ze strony rówieśników.** Użyto skali zbudowanej z trzech twierdzeń:
  - *Uczniowie w mojej klasie lubią przebywać z sobą;*
  - *Większość uczniów w mojej klasie to osoby życzliwe i chętne do pomocy;*
  - *Inni uczniowie akceptują (przyjmują) mnie takim, jaki jestem.*

Zastosowano pięciostopniową skalę odpowiedzi od *zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się*. Utworzono indeks sumaryczny skategoryzowany na skalę przyjmującą wartości 0–100 punktów. Wartość wyższa oznaczała wyższy poziom wsparcia społecznego. Analiza czynnikowa przeprowadzona metodą głównych składowych wskazała na jednoczynnikową strukturę tej skali, wartość własna wyniosła 2,036. Główny czynnik wyjaśniał 67,873% ogólnej zmienności. Współczynnik rzetelności  $\alpha$  Cronbacha wynosił 0,763, co można uznać za wynik dobry.

Wykorzystano metodę analizy klastrowej – analizę skupień metodą k-średnich. Biorąc pod uwagę zróżnicowanie średnich wartości analizowanych indeksów, zdecydowano się na zdefiniowanie czterech skupień od-

zwierciedlających interesującą autorkę poziomy wsparcia społecznego:

1. klaster 1 – wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli i wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników;
2. klaster 2 – wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli, niski poziom ze strony rówieśników;
3. klaster 3 – wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników, niski poziom ze strony nauczycieli;
4. klaster 4 – niski poziom wsparcia ze strony nauczycieli i niski poziom wsparcia ze strony rówieśników.

W dalszej części pracy, szczególnie na rycinach, będą używane skróty od klaster 1 do klaster 4 w celu uproszczenia opisu uzyskanych wyników.

### Pozostałe elementy środowiska szkolnego

Badano związek między opisanymi powyżej wzorcami wsparcia społecznego a następującymi obszarami środowiska szkolnego:

- **Ogólny stosunek do szkoły** – Uczniom zadano następujące pytanie: *Co sądzisz obecnie o swojej szkole?*, kategorie odpowiedzi: *bardzo ją lubię, trochę ją lubię, niezbyt ją lubię, nie lubię jej wcale*. Odpowiedzi analizowano w trzech kategoriach, łącząc dwie środkowe.
- **Osiągnięcia w nauce** – Uczniów zapytano: *Co, twoim zdaniem, twój nauczyciel (nauczyciele) sądzi (sądzą) o twoich wynikach w nauce i innych osiągnięciach w szkole w porównaniu z innymi uczniami w klasie?*; kategorie odpowiedzi: *bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej*. Podobnie jak powyżej odpowiedzi analizowano w trzech kategoriach, łącząc dwie środkowe.
- **Poziom stresu związanego ze szkołą** – Uczniom zadano pytanie: *W jakim stopniu odczuwasz stres związanym ze szkołą i nauką?*; kategorie odpowiedzi: *wcale, trochę, dość dużo, bardzo dużo*. Odpowiedzi analizowano w trzech kategoriach.

## Wyniki badań

### Występowanie chorób przewlekłych

W badanej populacji uczniów 11–15-letnich było 17,6% ankietowanych (N = 557), którzy stwierdzili, że mieli chorobę przewlekłą zdiagnozowaną przez lekarza. Szczegółowe analizy dotyczące dodatkowych obciążeń zdrowia wynikających z choroby, przyjmowania leków oraz analizy dotyczące występowania chorób przewlekłych w zależności od płci i miejsca zamieszkania zostaną przedstawione w odrębnej publikacji. Jak zaznaczono powyżej, w artykule prezentowane są dane cząstkowe edycji badań HBSC 2014.

### Wsparcie społeczne wśród uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi

Wartość średnia indeksu wsparcia społecznego ze strony nauczycieli wyniosła 67,99 (SD = 23,04) dla uczniów zdrowych i 63,78 (SD = 23,96) dla uczniów z cho-

robami przewlekłymi ( $p < 0,001$ ). Dla indeksu wsparcia społecznego ze strony rówieśników uzyskano wartości: 72,49 (SD = 20,07) – uczniowie zdrowi oraz 71,26 (SD = 21,13) – uczniowie z chorobami przewlekłymi ( $p = 0,192$ ).

Wyniki dotyczące analizy skupień przedstawiono na **Rysunku 1**, osobno dla uczniów zdrowych i z chorobą przewlekłą.

Wśród uczniów zdrowych najczęściej było badanych, którzy mieli wysoki poziom wsparcia z dwóch źródeł – nauczyciel i rówieśnicy (klaster 1) – 40,1%. Najmniej było badanych w klastrze 4 odzwierciedlającym niski poziom wsparcia z dwóch źródeł – 11,6%. Co piąty badany miał wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli, a niski ze strony rówieśników (klaster 2) – 20,3% i prawie 1/3 uczniów miała wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników i niski ze strony nauczycieli (klaster 3) – 28% (Rysunek 1).

Wśród uczniów z chorobą przewlekłą, w porównaniu z uczniami zdrowymi, klaster 1 – wysoki poziom wsparcia z dwóch źródeł – był o 10 punktów procentowych mniej liczny. Liczniejszy wśród nastolatków z chorobami przewlekłymi był klaster 4 – niski poziom wsparcia z dwóch źródeł – 14,5%. Prawie co czwarty nastolatek miał wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli, a niski ze strony rówieśników – 24,1% (cztery punkty procentowe więcej niż w grupie uczniów zdrowych). Podobnie jak w grupie uczniów zdrowych około 1/3 badanych miała wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników, a niski ze strony nauczycieli – klaster 3 (Rysunek 1).

### **Postrzeganie środowiska szkolnego przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi**

W **Tabeli I** przedstawiono wyniki dotyczące oceny środowiska szkolnego przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. W odniesieniu do osiągnięć w nauce oraz poziomu stresu szkolnego nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między uczniami zdrowymi i z chorobami przewlekłymi. Stwierdzono tendencję dotyczącą osiągnięć w nauce – niewielkie różnice, w odniesieniu do bardzo dobrych osiągnięć szkolnych, na korzyść uczniów z chorobą przewlekłą. Widoczna była także tendencja w odniesieniu do stresu związanego ze szkołą – różnice

w wysokim poziomie stresu szkolnego na niekorzyść uczniów z chorobami przewlekłymi. Wykazano, że uczniowie z chorobami przewlekłymi rzadziej niż ich zdrowi rówieśnicy mają pozytywny stosunek do szkoły ( $p < 0,05$ ).

### **Wsparcie społeczne a ogólny stosunek do szkoły**

Kolejnym etapem była analiza wyników dotyczących ogólnego stosunku do szkoły w zależności od rodzaju relacji z nauczycielami i rówieśnikami, który został określony poziomem wsparcia społecznego z ich strony. W grupie uczniów zdrowych, mających wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli i rówieśników – klaster 1, odsetek osób, które miały pozytywny stosunek do szkoły, był największy (61,6%) w porównaniu z pozostałymi klastrami – 34% klaster 2 i klaster 3 oraz 11,9% klaster 4. Różnica między klastrami była na poziomie  $p < 0,001$  (**Rysunek 2**).

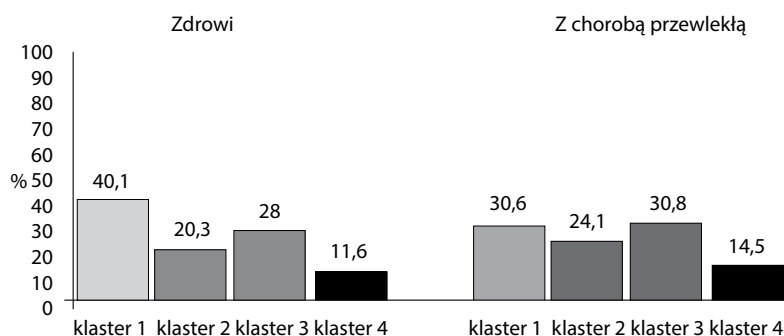
Najwięcej uczniów z chorobą przewlekłą, którzy mieli pozytywny stosunek do szkoły, było w klastrze 1 – wysoki poziom wsparcia z dwóch źródeł. Stwierdzono różnice między klastrami 2 i 3. Więcej uczniów, którzy

	Uczniowie zdrowi	Uczniowie z chorobami przewlekłymi
Ogólny stosunek do szkoły*		
Pozytywny	42,3	38,2
Przeciętny	50,2	53,5
Negatywny	7,5	8,3
Osiągnięcia w nauce		
Bardzo dobre	16,5	17,8
Przeciętne	78,8	75,5
Poniżej przeciętnej	4,7	6,7
Poziom stresu związanego ze szkołą		
Niski	18,7	18,8
Przeciętny	70,4	66,1
Wysoki	10,9	15,0

\*  $p < 0,05$

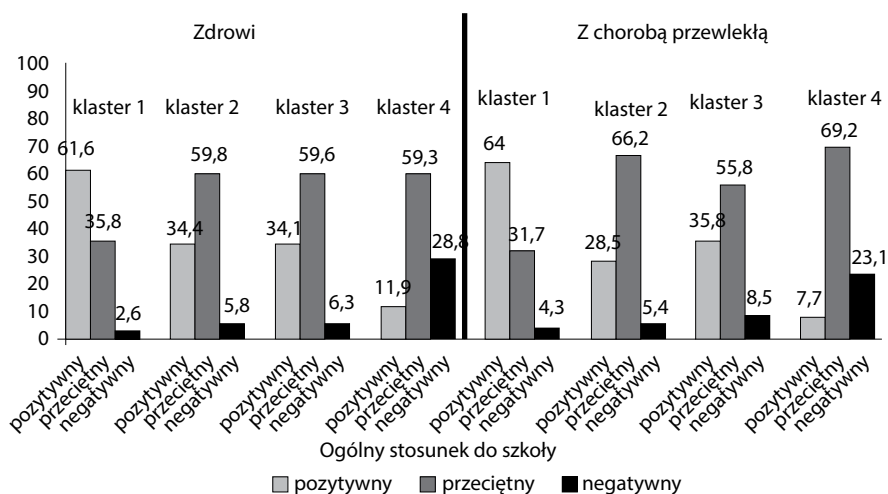
**Tabela I.** Odsetki odpowiedzi na pytania dotyczące postrzegania środowiska szkolnego z podziałem na uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi.

Źródło: Opracowanie własne.



**Rysunek 1.** Odsetki młodzieży w poszczególnych klastrach z podziałem na uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi.

Źródło: Opracowanie własne.



**Rysunek 2.** Odsetki odpowiedzi na pytanie dotyczące ogólnego stosunku do szkoły osobno dla uczniów zdrowych i z chorobą przewlekłą oraz według grup wyróżnionych w analizie klastrowej.

Źródło: Opracowanie własne.

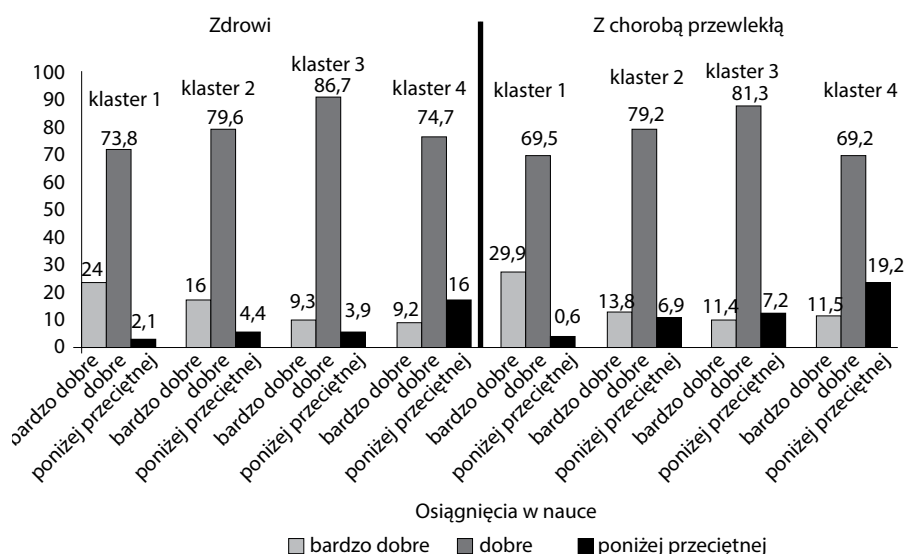
mieli pozytywny stosunek do szkoły, było w klastrze 3 niż w 2 (35,8% vs 28,5%). Najbardziej pozytywny stosunek do szkoły mieli uczniowie z klastru 4 – brak wsparcia z dwóch źródeł. Wykazano istotne statystycznie różnice między klastrami –  $p < 0,001$  (Rysunek 2).

Dokonując porównania wyników uzyskanych dla uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi, stwierdzono, że w grupie uczniów zdrowych pozytywny stosunek od szkoły wyznaczany jest w sposób podobny przez wsparcie ze strony nauczycieli i rówieśników. W grupie uczniów z chorobami przewlekłymi ważniejsze było wsparcie ze strony rówieśników – w tym klastrze odsetek uczniów, którzy mieli pozytywny stosunek do szkoły, był większy niż w klastrze 2 (Rysunek 2).

Analizując rozkład odpowiedzi w klastrze 4 – brak wsparcia ze strony nauczycieli i rówieśników – zauważono, że odsetek uczniów z negatywnym stosunkiem do szkoły był większy w grupie uczniów zdrowych niż uczniów z chorobami przewlekłymi (Rysunek 2).

### Wsparcie społeczne a osiągnięcia w nauce

Na **Rysunku 3** przedstawiono wyniki dotyczące osiągnięć w nauce, w zależności od wsparcia społecznego ze strony nauczycieli i rówieśników. Wśród uczniów zdrowych, którzy mieli wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli i rówieśników (klaster 1), największy był odsetek uczniów z bardzo dobrymi osiągnięciami



**Rysunek 3.** Odsetki odpowiedzi na pytania dotyczące osiągnięć w nauce osobno dla uczniów zdrowych i z chorobą przewlekłą oraz według grup wyróżnionych w analizie klastrowej.

Źródło: Opracowanie własne.

w nauce – 24%, w porównaniu z innymi klastrami: 16% w klastrze 2, 9,3% w klastrze 3 oraz 9,2% w klastrze 4. Różnica między klastrami była na poziomie  $p < 0,001$ .

Wśród uczniów z chorobą przewlekłą, podobnie jak w grupie uczniów zdrowych, najczęściej bardzo dobre osiągnięcia w nauce mieli uczniowie z klastru 1 – wysoki poziom wsparcia z dwóch źródeł w porównaniu z innymi klastrami. Różnice między klastrami były na poziomie  $p < 0,001$  (Rysunek 3).

### Wsparcie społeczne a poziom stresu szkolnego

Ostatnim etapem była analiza obciążenia stresem szkolnym w zależności od poziomu wsparcia społecznego ze strony nauczycieli i rówieśników. Wyniki zaprezentowano na **Rysunku 4**. W grupie uczniów zdrowych, którzy mieli wysoki poziom wsparcia z dwóch źródeł – klaster 1, największy był odsetek uczniów z niskim poziomem stresu szkolnego w porównaniu z innymi klastrami. W pozostałych klastrach odsetki uczniów z niskim poziomem stresu szkolnego były zbliżone. Różnica między klastrami była na poziomie  $p < 0,001$ . W klastrze 4 – brak wsparcia ze strony nauczycieli i rówieśników – największy, w porównaniu z innymi klastrami, był odsetek uczniów z wysokim poziomem stresu szkolnego.

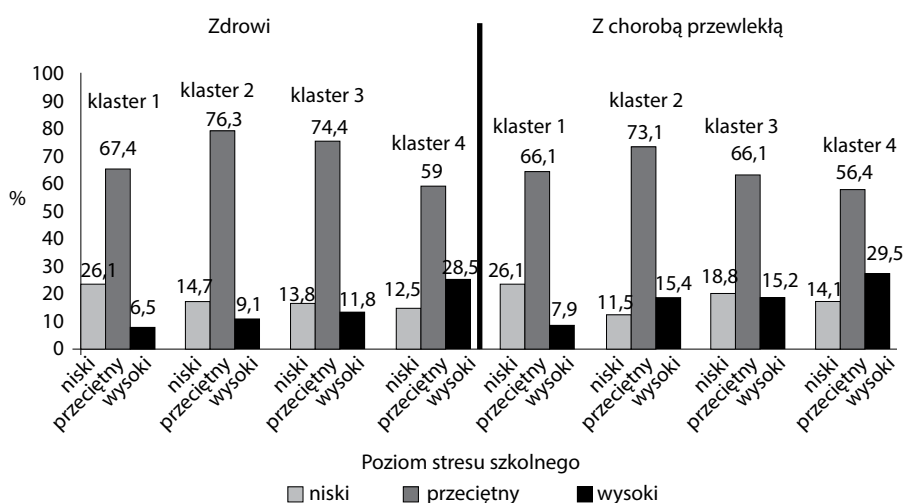
W populacji uczniów z chorobą przewlekłą, podobnie jak powyżej, w klastrze 1 – wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli i rówieśników – największy był odsetek uczniów z niskim poziomem stresu szkolnego. Dla pozostałych klastrów uzyskano wyniki: klaster 2 – 11,5%, klaster 3 – 18,9%, klaster 4 – 14,1%. Różnice między klastrami istotne statystycznie były na poziomie  $p < 0,001$  (Rysunek 4).

Istotne wydaje się porównanie wyników uzyskanych dla populacji uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. W grupie uczniów zdrowych podobne odsetki badanych z niskim poziomem stresu szkolnego stwierdzono w klastrze 2 i klastrze 3. Wśród uczniów z chorobami

przewlekłymi większy odsetek uczniów z niskim poziomem stresu szkolnego był w klastrze 3 – wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników. Kolejnym ważnym wynikiem jest porównanie odsetków w klastrze 2 w dwóch badanych grupach. W grupie uczniów zdrowych wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli jest większym gwarantem obniżenia poziomu stresu szkolnego niż w populacji uczniów z chorobami przewlekłymi (9,1% osób z wysokim poziomem stresu szkolnego w klastrze 2 u uczniów zdrowych vs 15,4% w klastrze 2 u uczniów z chorobami przewlekłymi (Rysunek 4).

### Dyskusja wyników

W artykule przedstawiono dane dotyczące 3346 uczniów w wieku 11–15 lat, zbadanych w Polsce w 2013 roku, w ramach międzynarodowych badań ankietowych HBSC. Analizowano związek między wsparciem społecznym ze strony nauczycieli oraz rówieśników a postrzeganiem środowiska szkolnego: ogólnego stosunku do szkoły, osiągnięć szkolnych oraz stresu szkolnego. Analizy przeprowadzono i zaprezentowano osobno dla uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. Wykazano, że uczniowie z chorobami przewlekłymi w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami: gorzej postrzegają wsparcie ze strony nauczycieli, czują się bardziej obciążeni stresem szkolnym, mają także rzadziej pozytywny stosunek do szkoły. Wyniki badań wykazały, że uczniów, którzy jednocześnie mają dobre relacje z nauczycielami i rówieśnikami (wysoki poziom wsparcia z dwóch źródeł jednocześnie), jest więcej w grupie bez długotrwałych problemów zdrowotnych. Zarówno w odniesieniu do uczniów zdrowych, jak i z chorobami przewlekłymi łączne oddziaływanie wsparcia ze strony nauczycieli oraz rówieśników stanowi najbardziej skuteczny czynnik chroniący przed negatywnym stosunkiem do szkoły, niskimi osiągnięciami w nauce oraz obciążeniem stresem szkolnym. Dla uczniów z choro-



**Rysunek 4.** Odsetki odpowiedzi na pytanie dotyczące poziomu stresu szkolnego osobno dla uczniów zdrowych i z chorobą przewlekłą oraz według grup wyróżnionych w analizie klastrowej.

Źródło: Opracowanie własne.

bami przewlekłymi ważniejsze jest wsparcie ze strony rówieśników.

System wsparcia społecznego, w tym wsparcie w realizacji zadań związanych ze szkołą, staje się dla młodzieży swego rodzaju „systemem immunologicznym” stanowiącym ochronę przed zagrożeniami i ryzykownymi zachowaniami [26]. W innych badaniach wykazano, że uczniowie, którzy mają poczucie wsparcia społecznego, osiągają lepsze wyniki w nauce, mają większą satysfakcję ze szkoły [27, 28]. Udowodniono, że szczególnie wsparcie ze strony nauczycieli w znacznym stopniu wpływa na wyniki i motywację do nauki, wzmacnia u uczniów poczucie własnej wartości [29]. Uczniowie czują satysfakcję ze szkoły, gdy są traktowani przez nauczycieli dobrze i sprawiedliwie, czują się w szkole bezpiecznie i wiedzą, że mogą liczyć na ich pomoc [30, 31]. Właściwe wsparcie ze strony nauczycieli zapobiega pojawieniu się u młodzieży lęków związanych ze szkołą oraz umożliwia realizację potrzeby bezpieczeństwa w odniesieniu do szkoły [32]. Właściwie nawiązana więź z nauczycielem umożliwia uczniom zaspokojenie ich potrzeb przynależności i akceptacji [33].

Pozbawienie uczniów wsparcia i uwagi prowadzi do nasilenia się przemocy rówieśniczej oraz niepowodzeń wychowawczych. Źródłem problemów szkolnych może być często obojętność nauczycieli, pozostawienie uczniów samych ze swoimi kłopotami, bezmyślne akceptowanie negatywnych zachowań uczniów. Szansą na pokonanie trudności może być więc „zwykła międzyludzka relacja pedagogiczna (...), która stwarza rodzicom, uczniom i nauczycielom szanse spotkania się we wspólnej przestrzeni i oferowania sobie wzajemnie pomocy, wsparcia, troski, zrozumienia i otwarcia” [34].

Wyniki prezentowanych w artykule badań wykazały, że wsparcie ze strony nauczycieli oraz rówieśników stanowi czynnik związany z lepszym funkcjonowaniem w szkole. Nauczyciel może się stać dla uczniów osobą ważną i dostarczającą wsparcia lub być przede wszystkim źródłem stresu. Problemy związane z dobrymi relacjami z nauczycielami mogą wynikać z ich nastawienia na realizację podstawy programowej i pomijania indywidualnych potrzeb uczniów [35]. Tego zagadnienia nie można jednak rozpatrywać jedynie z poziomu indywidualnych cech nauczycieli. Należy uwzględnić szerszą perspektywę zmian w funkcjonowaniu szkół. Zmiany, które zaszły w ostatnich latach, zmniejszają szansę na indywidualizację w nauczaniu; wymieniane są także jako trudności w integracji uczniów pełnosprawnych z niepełnosprawnymi. D. Oxley do najważniejszych zalicza m.in.: etykietowanie szkół za pomocą plebiscytów/konkursów, w konsekwencji dzielone są one na dobre lub złe; kontrolowanie pracy szkoły, a przede wszystkim wyników w nauce uzyskiwanych przez uczniów; zarządzanie szkołami w sposób coraz bardziej biurokratyczny [za: 36].

W literaturze opisano rolę nauczyciela w adaptacji i dobrym funkcjonowaniu szkolnym uczniów. Wymienia się tu trzy rodzaje adaptacji: zadaniową – przystosowanie do wymagań, jakie stawia nauczyciel; społeczną – optymalne funkcjonowanie w grupie rówieśniczej oraz orga-

nizacyjną dotyczącą funkcjonowania w środowisku szkoły. Rozróżniając te dwa rodzaje adaptacji i odwołując się do badań innych autorów, S. Kowalik opisał zadania nauczyciela do każdego jej rodzaju. W przystosowaniu się do wymagań nauczyciela pomagają następujące czynniki: poznanie uczniów; indywidualizacja nauczania; zachowanie równowagi między wymaganiami a możliwościami uczniów; unikanie sytuacji, w których nauczyciel staje się źródłem lęku; kierowanie naturalną aktywnością ucznia. W adaptacji społecznej konieczne są następujące działania nauczyciela: zdiagnozowanie życia społecznego klasy; łagodzenie postaw negatywnych; wyzbycie się stereotypowego myślenia; świadomość własnego wpływu na pozycję dziecka w klasie. Wspomaganie ucznia w adaptacji organizacyjnej polega na: kształtowaniu poczucia bezpieczeństwa w szkole; kształtowaniu pozytywnego wizerunku szkoły; rozbudzaniu zaangażowania w aktywność szkolną [37]. Rola nauczyciela w kształtowaniu dobrego funkcjonowania uczniów w szkole jest więc złożona. Bez względu na obciążenie problemami zdrowotnymi nauczyciel, zgodnie z wynikami naszych badań, jest jedną z ważniejszych osób, której postępowanie w znacznym stopniu determinuje jakość funkcjonowania w szkole.

Zgodnie z wynikami prezentowanych badań drugim ważnym źródłem wsparcia społecznego jest wsparcie ze strony rówieśników. Satysfakcjonujące relacje z rówieśnikami z klasy szkolnej stanowią jeden z ważniejszych elementów funkcjonowania społecznego dziecka w wieku szkolnym. Brak dobrych relacji i odrzucenie przez grupę rówieśników to jedna z trudniejszych sytuacji, na jaką narażeni są uczniowie [37]. Może to dotyczyć wszystkich uczniów bez względu na stan ich zdrowia. Sytuacja ta jest związana z systemem nauczania, w którym rywalizacja jest stałym elementem, a uwypuklanie słabości innych osób daje silniejszym wyższą/lepszą pozycję w grupie. W przypadku uczniów z chorobami przewlekłymi problemy związane ze stanem zdrowia mogą prowadzić do „bycia słabszym” w porównaniu z innymi rówieśnikami.

W artykule opisano związek wsparcia społecznego z funkcjonowaniem szkolnym uczniów z chorobami przewlekłymi. Warto odnieść się do oddziaływań, które wpłyną na poprawę relacji między uczniami zdrowymi a chorymi. A. Maciarz wymienia oddziaływania pedagogiczne, których podjęcie wpłynie na lepsze funkcjonowanie grupy uczniów, wśród których są ci z problemami zdrowotnymi. Do najważniejszych należą: poszerzanie wiedzy uczniów zdrowych na temat zmian w funkcjonowaniu wynikających z choroby rówieśnika oraz sytuacji, których musi on unikać i sposobów udzielania mu pomocy, kiedy jest to niezbędne; uświadomienie uczniom, że stany chorobowe (np. ataki padaczki) są dla ucznia chorego sytuacją przykrą i że najrozsądniejszym rozwiązaniem jest oswajanie się z nimi; inicjowanie kontaktów dzieci zdrowych z chorymi; chwalenie dziecka z chorobą przewlekłą za jego osiągnięcia i sukcesy, eksponowanie jego mocnych stron; traktowanie dziecka z chorobą przewlekłą na równi z pozostałymi uczniami, pomijając przeciwwskazania medyczne; motywowanie dziecka

z chorobą przewlekłą do nawiązywania kontaktów z rówieśnikami [35].

Jednym ze wspomnianych powyżej czynników jest traktowanie uczniów z chorobą przewlekłą tak samo jak pozostałych uczniów. Trudność w realizacji tego postulatów może wynikać z postawy roszczeniowej tej grupy uczniów, która umacniana jest często zachowaniami rodziców [35]. Z przeprowadzonych przez W. Pilecką badań wynika, że poczucie samoskuteczności wśród dzieci z chorobami przewlekłymi może się rozwijać wolniej. Wynika to z nadopiekuńczości rodziców, wyręczania dziecka w zadaniach, którym może ono sprostać, braku możliwości sprawdzenia swoich umiejętności [38]. Zadaniem nauczyciela jest więc pozwolenie uczniowi z chorobą przewlekłą na pominięcie zajęć, gdzie jest to przeciwwskazane medycznie, oraz egzekwowanie jego uczestnictwa wszędzie tam, gdzie pozwala na to stan jego zdrowia. Pobłażanie uczniowi z problemami zdrowotnymi może zwrócić uwagę grupy rówieśniczej i postawy „dlaczego on ma lepiej niż my?”. Z badań B.S. Bruce i wsp. wynika, że w niektórych sytuacjach zbudowanie dobrych relacji rówieśniczych jest niemożliwe i zmusza rodzinę do zmiany szkoły. W takich przypadkach rodzice dzieci z chorobą przewlekłą zgłaszali brak zrozumienia ze strony rówieśników (rówieśnicy mają pretensje o faworyzowanie dziecka, dotyczące m.in. tego, że nie bierze ono udziału w klasówkach) [39].

Funkcjonowanie w grupie rówieśniczej uwarunkowane jest wieloma czynnikami, m.in. zachowaniami rówieśników, postawą nauczycieli i nastawieniem dziecka z problemami zdrowotnymi. Uczniowie z chorobą przewlekłą opisują swoje negatywne doświadczenia dotyczące relacji z rówieśnikami związane przede wszystkim z brakiem zrozumienia choroby. Uczniowie ci boją się także reakcji rówieśników i mimo potrzeby podzielenia się odczuciami wynikającymi z choroby wolą nie nawiązywać rozmów na ten temat. Pogłębia to ich izolację w grupie rówieśniczej. Ci sami uczniowie deklarują, że najlepszym wsparciem w środowisku szkoły jest nauczyciel (wychowawca), który rozumie ograniczenia wynikające z choroby [39]. Wyniki badań HBSC prezentowane w innej pracy, w której analizowano funkcjonowanie uczniów z chorobą przewlekłą w środowisku rówieśniczym, wskazują także na większe narażenie tej grupy uczniów na przemoc ze strony innych uczniów [40].

Wartością dodaną pracy jest poszerzenie wiedzy na temat związku między spostrzeganym wsparciem społecznym a funkcjonowaniem szkolnym uczniów. Istotne wydaje się podkreślenie wyników badań wykazujących najsilniejsze działanie ochronne wsparcia z dwóch źródeł jednocześnie (ze strony nauczycieli i rówieśników). Nastolatki, które mają wysoki poziom wsparcia z dwóch źródeł, wykazują też lepszy stosunek do szkoły, lepsze osiągnięcia szkolne oraz niższy poziom stresu szkolnego. W dwóch grupach – uczniów zdrowych i z chorobą przewlekłą – wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli i brak wsparcia ze strony rówieśników (lub odwrotnie – wysoki poziom wsparcia ze strony rówieśników oraz brak wsparcia ze strony nauczycieli) nie zapewnia w sposób znaczący poprawy funkcjonowania w szkole.

Istnieje zatem konieczność prowadzenia dalszych badań pogłębiających uzyskane wyniki. Wydaje się to istotne szczególnie w odniesieniu do uczniów z chorobami przewlekłymi, którzy w wielu sferach oceniają środowisko szkolne gorzej od zdrowych rówieśników.

## Wnioski

1. Uczniowie z chorobami przewlekłymi postrzegają środowisko szkolne inaczej niż ich zdrowi rówieśnicy. Rzadziej mają pozytywny stosunek do szkoły, czują się bardziej obciążeni stresem szkolnym. Mają także niższy poziom wsparcia społecznego ze strony nauczycieli.
2. Stosunek do szkoły, osiągnięcia szkolne oraz obciążenie stresem szkolnym uczniów zdrowych i z chorobą przewlekłą są związane z postrzeganym wsparciem społecznym.
3. W grupie uczniów zdrowych więcej jest tych, którzy mają wyższy poziom wsparcia społecznego z dwóch źródeł – ze strony nauczycieli i rówieśników – w porównaniu z uczniami z chorobami przewlekłymi.
4. Najbardziej skuteczne, dla poprawy stosunku do szkoły, lepszej samooceny, osiągnięć szkolnych oraz niskiego poziomu stresu szkolnego jest łączne oddziaływanie wsparcia ze strony nauczycieli i ze strony rówieśników. Uczniowie, którzy mają wysoki poziom wsparcia z tych dwóch źródeł, postrzegają środowisko szkolne lepiej niż ich rówieśnicy. Brak wsparcia ze strony nauczycieli lub ze strony rówieśników wiąże się z gorszym funkcjonowaniem w szkole.
5. Wśród uczniów z chorobami przewlekłymi, dla poprawy ich stosunku do szkoły oraz niższego poziomu stresu szkolnego, istotniejsze jest wsparcie ze strony rówieśników niż nauczycieli. Działania interwencyjne powinny być ukierunkowane m.in. na poprawę integracji uczniów zdrowych i przewlekle chorych.

## Przypis

<sup>1</sup> Koordynatorem międzynarodowym badań jest prof. Candance Curie (University of St Andrews, UK). Koordynatorem badań w Polsce jest prof. Joanna Mazur (Instytut Matki i Dziecka w Warszawie).

## Piśmiennictwo

1. Cobb S., *Social support as a moderator of life stress*, „Psychosomatic Medicine” 1976; 38, 5: 300–314.
2. Sęk H., Cieślak R., *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, w: Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
3. Cieślak R., *Wsparcie społeczne – problemy i techniki pomiaru*, w: Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
4. Cauce A.M., Srebnik D.S., *Returning to social support systems: A morphological analysis of social networks*, „American Journal of Community Psychology” 1990; 18(4): 609–616.



5. Seginer R., *Adolescents' perception of relationship with older sibling in the context of other close relationships*, „Journal of Research on Adolescence” 1998; 8(3): 287–308.
6. Hartup W., Stevens N., *Friendship and adaptation in the life course*, „Psychological Bulletin” 1997; 121: 355–370.
7. Gortmaker S.L., Walker D.K., Weitzman M., Sobol A.M., *Chronic conditions, socioeconomic risk, and behavioral problems in children and adolescents*, „Pediatrics” 1990; 85(3): 267–276.
8. Stevens S.E., Steele C.A., Jutai J.W. i wsp., *Adolescents with physical disabilities: some psychosocial aspects of health*, „Society for Adolescent Medicine” 1996; 19: 157–164.
9. Perrin J.M., Gnanasekaran S., Delahaye J., *Psychosocial aspects of chronic health conditions*, „Pediatrics in Review” 2012; 33, 2: 99–109.
10. Taylor R.M., Gibson F., Franck L., *The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature*, „Journal of Clinical Nursing” 2008; 17: 3083–3091.
11. Sawyer S.M., Drew S., Yeo M.S., Britto M.T., *Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating*, „The Lancet” 2007; 369: 1481–1489.
12. Van der Lee J.H., Mokkink L.B., Grootenhuis M.A i wsp., *Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: a systematic review*, „JAMA” 2007; 297(24): 2741–2751.
13. Breidablik H.J., Meland E., Lydersen S., *Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite*, „Scandinavian Journal of Public Health” 2008; 36(1): 12–20.
14. Wolman C., Resnick M.D., Harris L.J., i wsp., *Emotional well-being among adolescents with and without chronic conditions*, „Journal of Adolescents Health” 1994; 15(3): 199–204.
15. Everett Jones S., Lollar D., *Relationship between physical disabilities or long-term health problems and health risk behaviors or conditions among US high school students*, „Journal of School Health” 2008; 78(5): 252–257.
16. Perrin E.C., Newacheck P., Pless I.B. i wsp., *Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions*, „Pediatrics” 1993; 91(4): 787–793.
17. Bethell C.D., Read D., Blumberg S.J. i wsp., *What is the prevalence of children with special health care needs? Toward an understanding of variations in findings and methods across three national surveys*, „Maternal and Child Health Journal” 2008; 12(1): 1–14.
18. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
19. Sawyer S., Drew S., Duncan R., *Adolescents with chronic disease: the double whammy*, „Australian Family Physician” 2007; 36(8): 622–627.
20. Christian B.J., D'Auria J.P., *The Child's Eys: Memories of Growing Up With Cystis Fibrosis*, „Journal of Pediatric Nursing” 1997; 12(1): 3–12.
21. Rhee H., Wenzel J., Steeves R.H., *Adolescents' Psychosocial Experiences Living with Asthma: A Focus Group Study*, „Journal of Pediatric Health Care” 2007; 21: 99–107.
22. McEwan M.J., Espie C.A., Metcalfe J. i wsp., *Quality of life and psychosocial development in adolescents with epilepsy: a qualitative investigation using focus group methods*, „Seizure” 2004; 13: 15–31.
23. Lightfoot J., Wright S., Sloper P., *Supporting pupils in mainstream school with an illness or disability: young people's views*, „Child Care Health Development” 1999; 25(4): 267–283.
24. Taylor R.M., Gibson F., Franc L.S., *The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature*, „Journal of Clinical Nursing” 2008; 17: 3083–3091.
25. Mazur J., Sentenac M., Brooks F. i wsp., *Burden of chronic health conditions in adolescence measured by school surveys*, „Developmental Period Medicine” 2013; XVII(2): 157–164.
26. Nestmann, F., Hurrelmann, K., *Social networks and social support in childhood and adolescence*, Walter de Gruyter, Berlin, New York 1994.
27. Samdal O., Dür W., *The school environment and the health of adolescents*, w: Curie C., Hurrelmann K., Settertobulte W. i wsp., *Health and health behaviour among young people. Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA)*, Series No 1., WHO, Copenhagen 2000.
28. Price R.H., Cioci M., Penner W. i wsp., *School and community support programs that enhance adolescent health and education*, „Teachers' College Record” 1993; 94: 487–521.
29. Brophy J., *Motywowanie uczniów do nauki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
30. Winiarski M., *Wymiary i znaczenie dialogu w procesie współpracy rodziców i nauczycieli*, „Ruch Pedagogiczny” 2001; 3/4: 19–32.
31. Woynarowska B., *Środowisko społeczne szkoły i jego wpływ na zdrowie psychiczne uczniów i nauczycieli*, w: Woynarowska B. (red.), *Zdrowie i szkoła*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
32. Obuchowska I., *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1996.
33. Kosińska E., *Wychowawca w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*, Rubikon, Kraków 1999.
34. Janke A.W., Kawula S., *Stosunki rodziny i szkoły. Integracja i syntonja*, w: Kawula S., Brągiel J., Janke A.W., *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Adam Marszałek, Toruń 2006.
35. Maciarz A., *Dziecko przewlekle chore w roli ucznia*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 1998.
36. Kowalik S., *Integracja uczniów niepełnosprawnych z uczniami pełnosprawnymi* w: Kowalik S. (red.), *Psychologia ucznia i nauczyciela*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
37. Wilski M., *Adaptacja uczniów do warunków szkoły*, w: Kowalik S. (red.), *Psychologia ucznia i nauczyciela*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
38. Pilecka W., *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
39. Bruce B.S., Chapman A., MacDonald A., *School experiences of families of children with brain tumors*, „Journal of Pediatric Oncology Nursing” 2008; 25(6): 331–339.
40. Sentenac M., Gavin A., Nic Gabhainn S. i wsp., *Peer victimization and subjective health among students reporting disability or chronic illness in 11 Western countries*, „The European Journal of Public Health” 2012; 34: 120–128.